

Совет директоров профессиональных образовательных организаций
среднего профессионального образования Волгоградской области

государственное автономное профессиональное образовательное учреждение
"Волгоградский медицинский колледж"

МАТЕРИАЛЫ

*III Межрегиональной научно-практической конференции
для студентов профессиональных образовательных организаций*

ОТ ТВОРЧЕСТВА К ИССЛЕДОВАНИЮ

23 января – 27 февраля 2023 г.



Волгоград, 2023

Материалы III Межрегиональной научно-практической конференции для студентов профессиональных образовательных организаций "От творчества к исследованию" (23 января – 27 февраля 2023 г.). – Волгоград: ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", 2023. – С. 750.

В сборнике представлены материалы III Межрегиональной научно-практической конференции для студентов профессиональных образовательных организаций, которая проходила с 23 января по 27 февраля 2023 г. Учредитель конференции: Совет директоров профессиональных образовательных организаций среднего профессионального образования Волгоградской области. Организатор конференции: ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж".

Научно-практическая конференция проводилась с целью представления и распространения результатов студенческих научно-исследовательских и учебно-исследовательских достижений, содействия раскрытию интеллектуальных способностей обучающихся, расширения их кругозора в различных областях знаний.

Направления работы научно-практической конференции:

- "Гуманитарные исследования": история, краеведение, философия, культурология, социология, политология, психология;
- "Естественно-научные исследования": математика, химия, биология, физика, астрономия;
- "Исследования в области информационных технологий": информатика, информационные технологии в профессиональной деятельности;
- "Филологические исследования": русский язык, родной язык, литература, родная литература, иностранный язык;
- "Исследования в профессиональной области": здравоохранение, образование, строительство, связь, информационные и коммуникативные технологии, финансы и экономика, сельское хозяйство, транспорт, легкая и текстильная промышленность, металлургическое производство, сервис, юриспруденция и др.

В рамках Конференции была организована работа Круглого стола для педагогических работников по теме "Современные образовательные технологии как средство развития творческого потенциала обучающихся".

В конференции приняли участие студенты и преподаватели из 48 профессиональных образовательных организаций.

Статьи участников конференции публикуются в авторской редакции. Авторы несут ответственность за достоверность и грамотность изложения предоставленных материалов.

Компьютерная версия:

Чудина Т.Н., научно – методический отдел ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж"

Оргкомитет Конференции

Председатель оргкомитета:

Генералова Галина Евгеньевна – к.м.н., директор государственного автономного профессионального образовательного учреждения «Волгоградский медицинский колледж».

Члены оргкомитета:

Саяпин Сергей Петрович – председатель Совета директоров профессиональных образовательных организаций Волгоградской области;

Покателова Татьяна Николаевна – заместитель директора по профессиональному образованию ГАПОУ «Волгоградский медицинский колледж»;

Черненко Марина Васильевна – начальник научно-методического отдела ГАПОУ «Волгоградский медицинский колледж»;

Белоусова Галина Александровна – старший методист ГАПОУ «Волгоградский медицинский колледж»;

Баева Ольга Анатольевна – преподаватель, председатель студенческого научного общества ГАПОУ «Волгоградский медицинский колледж».

Экспертный совет Конференции

Председатель Экспертного совета:

Черненко Марина Васильевна, начальник научно-методического отдела ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж".

Члены Экспертного совета:

Зданович Григорий Викторович – преподаватель высшей квалификационной категории АНПОО "Академический колледж", юрисконсульт АО "Военторг-Юг";

Максимова Вера Ивановна – преподаватель высшей квалификационной категории ГБПОУ "Волгоградский профессиональный техникум кадровых ресурсов";

Тушева Наталья Николаевна – преподаватель высшей квалификационной категории ГБПОУ "Волгоградский профессиональный техникум кадровых ресурсов";

Беликова Екатерина Владимировна – к.э.н, доцент кафедры финансово-экономических дисциплин АНО ВО "Волгоградский институт бизнеса";

Чернявская Екатерина Юрьевна – к.с.н, зав. кафедры финансово-экономических дисциплин АНО ВО "Волгоградский институт бизнеса";

Коновалова Дарья Вадимовна - преподаватель ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Недолуга Ирина Александровна - преподаватель первой квалификационной категории ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Кизина Ирина Владимировна – преподаватель первой квалификационной категории ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Баева Ольга Анатольевна – преподаватель первой квалификационной категории ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Джелидзе Тамара Нодаровна – преподаватель первой квалификационной категории ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Серебрякова Лилия Витальевна - преподаватель ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Солопова Елена Александровна – методист ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Харитоновна Татьяна Владимировна – преподаватель ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Кривова Светлана Анатольевна - преподаватель Урюпинского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Ермаков Владимир Николаевич - преподаватель Урюпинского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Малякина Татьяна Николаевна - преподаватель первой квалификационной категории Камышинского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж";

Перевозчикова Татьяна Александровна - преподаватель высшей квалификационной категории Камышинского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж"

ОГЛАВЛЕНИЕ

Естественно-научные исследования: математика, химия, биология, физика, астрономия

1. ПУЛЬСАРЫ И ИХ ОБНАРУЖЕНИЕ.

Стр.33

*Мазур Даниэла Кирилловна
Руководитель: Турицын Владимир Михайлович
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

2. ВЗРЫВАЮЩИЕСЯ ЗВЕЗДЫ.

Стр.37

*Манохина Татьяна Валерьевна
Руководитель: Турицын Владимир Михайлович
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

3. МАТЕМАТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В РАЗРАБОТКЕ СУТОЧНОГО РАЦИОНА ПИТАНИЯ ЧЕЛОВЕКА.

Стр.39

*Морозова Надежда Владимировна
Руководитель: Гуляева Ирина Владимировна
ГАПОУ "Брянский базовый медицинский колледж", г. Брянск*

4. ФИНАНСОВАЯ ПОДУШКА БЕЗОПАСНОСТИ И КАК ЕЁ ФОРМИРОВАТЬ?

Стр.43

*Лахно Елизавета Романовна
Руководитель: Недолуга Ирина Александровна,
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

5. МАТЕМАТИКА В ИСКУССТВЕ: РАЗВИТИЕ ТВОРЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ У СТУДЕНТОВ ПО ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «МАТЕМАТИКА».

Стр.46

*Мещерякова Дарья Дмитриевна
Руководитель: Баева Ольга Анатольевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

6. УДИВИТЕЛЬНАЯ ГОЛОВОЛОМКА ФЛЕКСАГОН.

Стр.48

*Соломатина Марианна Евгеньевна
Руководитель: Шайагзамова Комила Олимовна
ГБПОУ "Волгоградский техникум водного транспорта
имени адмирала флота Н.Д. Сергеева", Волгоград*

7. ЧИСЛА В СКАЗКАХ.

Стр.52

*Тажикенова Айна Аскатовна
Руководитель: Григорьева Наталия Сергеевна
Волжский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Волжский*

8. МАТЕМАТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ В ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЕ.

Стр.55

*Аксенова Екатерина Викторовна
Руководитель: Линченко Лариса Николаевна,
ГБПОУ "Жирновский педагогический колледж", г. Жирновск*

9. РОЛЬ МАТЕМАТИКИ В ПРОФЕССИИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА.

стр.59

*Аскарров Константин Дмитриевич
Рычагова Дарья Александровна
Руководитель: Гончарова Наталия Васильевна*

10. ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

**В СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КОНСТРУИРОВАНИЕ,
МОДЕЛИРОВАНИЕ И ТЕХНОЛОГИЯ ШВЕЙНЫХ ИЗДЕЛИЙ».**

Стр.62

Рудяк Мария Романовна

Руководитель: Прилипкина Ирина Юрьевна

ГБПОУ "Волгоградский профессиональный техникум кадровых ресурсов", Волгоград

**11. О ФИЗИЧЕСКИХ ОСНОВАХ МРТ-ДИАГНОСТИКИ
И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В СРАВНЕНИИ.**

Стр.65

Ольмезова Виолетта Руслановна

Руководитель: Жолаева Фатимат Башировна

*ФГБОУ ВО "Кабардино-Балкарский государственный
университет им. Х.М. Бербекова", г. Нальчик*

12. ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА.

Стр.69

Крамчанинова Лариса Александровна

Руководитель: Головач Ольга Владимировна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный
национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**13. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИТАМИННОГО СОСТАВА
ПЛОДОВ ШИПОВНИКА МАЙСКОГО, ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО
НА ТЕРРИТОРИИ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ.**

Стр.72

Афанасенко Карина Олеговна

Ситникова Мария Александровна

Руководитель: Петракова Елена Александровна

ГАПОУ "Брянский базовый медицинский колледж", г. Брянск

**14. ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗА И ПРОДУКТОВ ЕГО КОРРОЗИИ
НА РАЗВИТИЕ ВОДНЫХ РАСТЕНИЙ И ЖИВОТНЫХ.**

Стр.75

Мордвинцева Полина Вячеславовна

Руководитель: Лябин Михаил Павлович

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

**15. ОЦЕНКА ЗАГРЯЗНЁННОСТИ ВОЗДУХА
МЕТОДОМ ЛИХЕНОИНДИКАЦИИ.**

Стр.77

Данилова Анастасия Дмитриевна

Руководитель: Паткина Тамара Николаевна

ГБПОУ "Волгоградский технологический колледж", Волгоград

16. ПОТЕРИ ГОСУДАРСТВА ОТ ПРОДАЖИ НЕФТИ - СЫРЦА.

Стр.81

Масленникова Дарья Дмитриевна

Руководитель: Тиманович Елена Николаевна

*ГБПОУ "Камышинский индустриально – педагогический колледж
имени А. П. Маресьева", г. Камышин.*

17. ЧТО ТАКОЕ «СЛИВОЧНОЕ МАСЛО» И ЕГО ПОЛЬЗА.

Стр.84

Белоус Ульяна Константиновна

Руководитель: Шляхова Людмила Александровна

ГБПОО Республики Адыгея "Майкопский медицинский колледж", г. Майкоп

18. УГЛЕВОДЫ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА.

Стр.87

Бондарева Анна Андреевна

Руководитель: Анкудинова Наталья Николаевна

Михайловский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка

**19. ХИМИКИ – ФРОНТУ:
«КС» - ПРОТИВОТАНКОВОЕ ОРУЖИЕ,
ПОСВЯЩАЕТСЯ 80 – ЛЕТИЮ ПОБЕДЫ
В СТАЛИНГРАДСКОЙ БИТВЕ.**

Стр.90

*Вергаласова Марина Николаевна
Рабаданов Камиль Джамалуддинович
Руководитель: Максимова Вера Ивановна
ГБПОУ "Волгоградский профессиональный техникум кадровых ресурсов", Волгоград*

20. ПРОЯВЛЕНИЯ АЛЛЕРГИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.

Стр.93

*Сырых Наталья Васильевна
Руководитель: Рыбалченко Ольга Васильевна
Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный
национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**21. РОЛЬ КИСЛО-МОЛОЧНЫХ БАКТЕРИЙ
ДЛЯ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА.**

Стр.95

*Савельева Мадина Андреевна
Руководитель: Малогина Екатерина Константиновна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**22. ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕСНОЙ
РАСТИТЕЛЬНОСТИ ВОЛГО-АХТУБИНСКОЙ
ПОЙМЫ В ПРЕДЕЛАХ СРЕДНЕАХТУБИНСКОГО
РАЙОНА ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ.**

Стр. 97

*Куба София Анатольевна
Бызов Егор Дмитриевич
Руководитель: Макаренко Александр Вячеславович
ГБПОУ "Волгоградский колледж ресторанного сервиса и торговли", Волгоград*

23. ВЛИЯНИЕ РАДИОАКТИВНОСТИ НА ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ.

Стр.99

*Горбачева Алина Юрьевна
Плотникова Татьяна Александровна
Руководитель: Тимошина Оксана Викторовна
ГБПОУ "Волгоградский технический колледж", Волгоград*

24. ЧИПСЫ: ВКУСНО ИЛИ ПОЛЕЗНО?

Стр.103

*Басенко Ольга Александровна
Руководитель: Смирнова Юлия Владимировна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

25. ВЛИЯНИЕ ФАЗ ЛУНЫ НА РАЗВИТИЕ РАСТЕНИЙ ТОМАТОВ.

Стр.108

*Дзыс Алина Витальевна,
Дворниченко Валерия Романовна
Руководитель: Матракишина Ольга Владимировна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

26. ОПАСНЫЕ НИТРАТЫ.

Стр. 111

*Жидко Алина Сергеевна.
Руководитель: Смирнова Юлия Владимировна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

27. ВЛИЯНИЕ СНА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА.

Стр.114

*Ивашкевич Олеся Дмитриевна
Руководитель: Кушова Ирина Александровна*

**28. ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА, АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ
НА ЭМБРИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА.**

Стр.116

Ивлева Арина Сергеевна

*Руководитель: Кушова Ирина Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

29. БИОЛОГИЧЕСКИЕ РИТМЫ ЧЕЛОВЕКА.

Стр.119

Резникова Екатерина Николаевна

*Руководитель: Матракишина Ольга Владимировна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

30. НУЖНО ЛИ МЫТЬ РУКИ?

Стр.121

Пономаренко Максим Валерьевич

*Руководитель: Гнидина Наталья Анатольевна
Камышинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

Исследования в профессиональной области:

здравоохранение, образование, строительство, связь, информационные и коммуникативные технологии, финансы и экономика, сельское хозяйство, транспорт, легкая и текстильная промышленность, металлургическое производство, сервис, юриспруденция и др.

**31. ПРОБЛЕМА АДАПТАЦИИ МОЛОДОГО
СПЕЦИАЛИСТА В АПТЕКЕ И СИСТЕМА
НАСТАВНИЧЕСТВА КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ЕЁ РЕШЕНИЯ.**

Стр.123

Курганская Алина Олеговна

*Руководитель: Фадеева Ирина Александровна
Балашовский филиал ГАПОУ Саратовской области
"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Балашов*

**32. АНАЛИЗ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОЙ
КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ
ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ И БАД,
ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.**

Стр.125

Апанович Анна Геннадьевна

*Руководитель: Кудренко Александра Викторовна
Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный
национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**33. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ
ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.**

Стр.129

Балабурченко Ирина Сергеевна

*Руководитель: Коваленко Евгения Васильевна
Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**34. АНАЛИЗ ПРЕДПОЧТЕНИЙ ДЕТСКИХ
ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНЫХ КОМПЛЕКСОВ.**

Стр.133

*Беликова Дарья Сергеевна
Руководитель: Коваленко Евгения Васильевна
Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**35. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛЮДЕЙ,
СТРАДАЮЩИХ ДИАРЕЕЙ.**

Стр.137

*Брусенская Дарья Александровна
Руководитель: Коваленко Евгения Васильевна
Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**36. СОЗДАНИЕ АЛГОРИТМА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ
ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ.**

Стр.140

*Гавриленкова Надежда Геннадьевна
Руководитель: Луханина Елена Михайловна
Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**37. СЕСТРИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТЕРАПИИ
АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.**

Стр.143

*Глушкова Алиса Викторовна
Руководитель: Шенцева Ирина Николаевна
Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**38. СОВРЕМЕННЫЕ СЕСТРИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ
В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ.**

Стр.147

*Гораина Екатерина Александровна
Руководитель: Шенцева Ирина Николаевна
Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**39. АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА И СПРОСА
ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ СРЕДСТВ.**

Стр.150

*Гречко Ирина Ивановна
Руководитель: Борzych Елена Анатольевна
Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**40. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О САХАРНОМ
ДИАБЕТЕ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА.**

Стр.154

*Дедушенко Александра Викторовна
Руководитель: Гончарова Юлия Сергеевна
Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**41. УРОГЕНЕТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ
У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.**

Стр.156

*Ежелик Виктория Ярославовна
Руководитель: Гончарова Юлия Сергеевна
Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

42. МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЭНДОМЕТРИОЗ.

Стр.159

Литягина Анастасия Григорьевна

Кольцова Ксения Евгеньевна

Руководители: Пафенрот Елена Анатольевна

Шевченко Елена Петровна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

43. АНАЛИЗ ИМИДЖА АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ПРИМЕРЕ ООО «БИОФАРМ».

Стр.163

Литягина Анастасия Григорьевна

Кольцова Ксения Евгеньевна

Руководители: Пафенрот Елена Анатольевна

Шевченко Елена Петровна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

44. АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Стр.167

Литягина Анастасия Григорьевна

Кольцова Ксения Евгеньевна

Руководители: Пафенрот Елена Анатольевна

Шевченко Елена Петровна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

45. АНАЛИЗ ПРЕМИАЛЬНЫХ БРЕНДОВ СИНБИОТИКОВ В ВЕТЕРИНАРИИ .

Стр.173

Неговора Мартин Владимирович

Руководитель: Ткачёва Алёна Леонидовна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

46. ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА.

Стр.177

Некипелов Денис Вячеславович

Руководитель: Кычина Елизавета Сергеевна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

47. ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОДУКЦИИ ФИРМЫ «ФАРМТЕК».

Стр.180

Неустроева Наталья Юрьевна

Руководитель: Коваленко Евгения Васильевна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

48. ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНОГО КОНТРОЛЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.

Стр.185

Овакимян Анна Грачьевна

Руководитель: Луханина Елена Михайловна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

**49. ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА.**

Стр.188

Сафронова Елизавета Евгеньевна

Руководитель: Борzych Елена Анатольевна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**50. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ АППАРАТА ДВИЖЕНИЯ.**

Стр.192

Таранова Валерия Вячеславовна

Руководитель: Комарова Марина Николаевна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**51. АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ
ПРЕПАРАТОВ НА БЕЛГОРОДСКОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ. Стр.196**

Хальчицкая Анна Дмитриевна

Руководитель: Ткачёва Алёна Леонидовна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный
национальный исследовательский университет", г. Белгород*

52. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕРПЕСОМ ЗОСТЕР.

Стр.199

Хамхоева Дали Абу-Язитовна

Руководитель: Коваленко Евгения Васильевна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный
национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**53. КРИОГЕННАЯ ЗАМОРОЗКА НА ПРИМЕРЕ
ПРИГОТОВЛЕНИЯ МОРОЖЕНОГО. ПЛЮСЫ И МИНУСЫ.**

Стр.203

Харченко Анна Ивановна

Руководитель: Головач Ольга Владимировна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный
национальный исследовательский университет", г. Белгород*

Щаева Мария Сергеевна

Руководитель: Харченко Мария Ивановна

ОГАПОУ "Белгородский техникум общественного питания", г. Белгород

**54. АНАЛИЗ ЗАВИСИМОСТИ ТОВАРООБОРОТА ОТ СЕЗОННОСТИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ). Стр.207**

Чубина Наталья Владимировна

Руководители: Пафенрот Елена Анатольевна

Шевченко Елена Петровна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный
национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**55. УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДАЖ С ПОМОЩЬЮ
ПРИНЦИПОВ МЕРЧАНДАЙЗИНГА НА ПРИМЕРЕ
НАЗАЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ.**

Стр.211

Чубина Наталья Владимировна

Зейналова Алина Валерьевна

Руководитель: Буцыкина Юлия Олеговна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный
национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**56. МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ТОВАРОВ И УСЛУГ.**

Стр.216

*Чубина Наталья Владимировна
Зейналова Алина Валерьевна*

Руководитель: Пафенрот Елена Анатольевна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный
национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**57. РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ЛЕЧЕНИИ
И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ.**

Стр.219

Юракова Яна Юрьевна

Руководитель: Луханина Оксана Владимировна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**58. РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА
В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА.**

Стр.223

Ясинская Мария Анатольевна

Руководитель: Луханина Оксана Владимировна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

**59. ПОПУЛЯРНЫЕ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ ВРЕДНЫЕ
ПРИВЫЧКИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ.**

Стр.226

Иваницкая Анастасия Владимировна

Франц Полина Евгеньевна

Руководитель: Боровко Надежда Александровна

ГБПОУ "Белореченский медицинский колледж", г. Белореченск

**60. РАЗВИТИЕ ДЕЗИНФЕКЦИИ И АКТУАЛЬНЫЕ
ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА.**

Стр.229

Хачатрян Ангелина Артемовна

Руководитель: Боровко Надежда Александровна

ГБПОУ "Белореченский медицинский колледж", г. Белореченск

**61. ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
И ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛОДОВ ШИПОВНИКА,
ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В ГОРОДСКОЙ СРЕДЕ.**

Стр.233

Краснопольская Анастасия Андреевна

Скобликова Виолетта Сергеевна

Руководители: Маркелова Наталья Васильевна

Алексеева Светлана Николаевна

ГАПОУ "Брянский базовый медицинский колледж", г. Брянск

**62. САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ (НА ПРИМЕРЕ
ФГБОУ ВО «БРЯНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.Г. ПЕТРОВСКОГО).**

Стр.236

Старовойтова Виктория Васильевна

Руководитель: Дубовой Иван Иванович

ГАПОУ "Брянский базовый медицинский колледж". Брянск.

**63. СТЕНОКАРДИЯ И РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ
СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ.**

Стр.240

*Бушина Алина Сергеевна
Руководитель: Маркова Любовь Михайловна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**64. ОСОБЕННОСТИ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ КОНСТРУКЦИЙ
ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
СО ШТАМПОВАННО-ПАЯНЫМИ ПРОТЕЗАМИ.**

Стр.243

*Василенко Диана Алексеевна
Руководитель: Багнова Вероника Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**65. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ
НЕСЪЕМНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ.**

Стр.245

*Зайцева Алёна Александровна
Руководитель: Багнова Вероника Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград.*

**66. ЦВЕТОВАЯ МАРКИРОВКА ПРОДУКТОВ –
НА СТРАЖЕ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ.**

Стр.249

*Кравченко Лев Андреевич
Руководитель: Крутова Ирина Владимировна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

67. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ.

Стр.252

*Мамедова Сабина Захид кызы,
Руководитель: Крайнова Светлана Васильевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

68. АНОМАЛИИ ВЕЛИЧИНЫ ЗУБОВ.

Стр.257

*Лабазанова Луиза Агдановна
Руководитель: Коломиец Мафтуна Иномджоновна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**69. РОЛЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ.**

Стр.260

*Макарова Полина Сергеевна
Руководитель: Тимощенко Людмила Юрьевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**70. РАБОТА АКУШЕРКИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ
И ПРОВЕДЕНИИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.**

Стр.263

*Мартынова Екатерина Дмитриевна
Руководитель: Файзулина Раиса Валентиновна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**71. РАЗВИТИЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ.
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА.**

Стр.268

*Моисеева Виктория Николаевна
Руководитель: Крайнова Светлана Васильевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

72. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – УГРОЗА XXI ВЕКА.

Стр.272

*Мусалаева Альбина Хангереевна
Руководитель: Моисеева Елена Николаевна*

- ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*
73. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА. **Стр.275**
Омельченко Эдуард Алексеевич
Руководитель: Коломиец Мафтуна Иномджоновна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград
- 74. МЕЗИАЛЬНЫЙ ПРИКУС.** **Стр.277**
Петров Юрий Сергеевич
Руководитель: Коломиец Мафтуна Иномджоновна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград
- 75. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РАБОТЫ ОРГАНИЗМА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДОВ ГИМНАСТИКИ ЦИГУН.** **Стр.281**
Сурков Матвей Михайлович
Руководитель: Демидович Ирина Леонидовна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград
- 76. СОВРЕМЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ОБОРУДОВАНИЕ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНЫХ ПРОТЕЗОВ.** **Стр.284**
Черкасова Анастасия Вячеславовна
Руководитель: Литвинова Елена Сергеевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград
- 77. ПЕРСПЕКТИВЫ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ РОДА ШАЛФЕЙ В СВЕТЛОЯРСКОМ РАЙОНЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ.** **Стр.286**
Банина Олеся Владимировна,
Бутенко Арина Александровна
Руководитель: Ткачева Людмила Юрьевна
ГАПОУ "Волгоградский медико-экологический техникум", р.п. Светлый Яр
- 78. КАРАНТИН-АКТИВНОСТЬ: ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ ДО И ПОСЛЕ КАРАНТИНА.** **Стр.290**
Джусова Анастасия Руслановна,
Руководитель: Ушакова Ирина Анатольевна
ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ
- 79. АНАЛИЗ УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА.** **Стр.292**
Искалиева Виктория Муратовна
Руководитель: Губарева Елена Николаевна
Волжский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Волжский
- 80. АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ МЕДСЕСТРЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПРОСТРАНСТВА В СРЕДЕ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ.** **Стр.296**
Нехорошева Анастасия Леонидовна
Руководитель: Рубахина Ольга Евгеньевна
БПОУ Воронежской области
"Воронежский базовый медицинский колледж", г. Воронеж

81. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Стр.299

*Амирбекова Сакинат Меджидовна
Руководитель: Ганиева Карина Мурадовна
ГБПОУ Республики Дагестан "Дагестанский базовый медицинский колледж
имени. Р.П Аскерханова", г. Махачкала*

82. ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ.

Стр.302

*Арсаналиева Сайгидат Артуровна
Руководитель: Дагирова Людмила Петровна
ГБПОУ Республики Дагестан "Дагестанский базовый медицинский колледж
имени. Р.П Аскерханова", г. Махачкала*

83. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ.

Стр.306

*Гусейнова Патимат Ханмагомедовна
Руководитель: Гасанова Аида Ахмедовна
ГБПОУ Республики Дагестан "Дагестанский базовый медицинский колледж
имени. Р.П Аскерханова", г. Махачкала*

**84. РОЛЬ ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.**

Стр.310

*Мамаева Камилла Маратовна
Руководитель: Садратдинова Наида Османовна
ГБПОУ Республики Дагестан "Дагестанский базовый медицинский колледж
имени. Р.П Аскерханова", г. Махачкала*

**85. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА
ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.**

Стр.313

*Бондаренко Дарья Николаевна
Руководитель: Шевцова Наталия Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**86. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ
И ТЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.**

Стр.316

*Горгунов Данис Ильгамович
Руководитель: Куфтерина Татьяна Робертовна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", Ейск*

**87. ВЛИЯНИЕ СПОРТИВНЫХ СЕКЦИЙ
НА МОТИВАЦИЮ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ.**

Стр.318

*Дьяченко Елизавета Олеговна
Руководитель: Дьяченко Марина Валерьевна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**88. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
ПАЦИЕНТАМ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.**

Стр.321

*Коба Мария Андреевна
Руководитель: Куфтерина Марина Сергеевна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**89. ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
И ИХ ОКРУЖЕНИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ. Стр.323**

*Носиченко Анастасия Алексеевна
Руководитель: Куфтерин Сергей Михайлович
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**90. РОЛЬ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
В ОЗДОРОВЛЕНИИ ЧАСТОБОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ. Стр.326**

*Носова Алина Дмитриевна
Руководитель: Попова Татьяна Васильевна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**91. ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТЕР. Стр.329**

*Пухно Альбина Андреевна
Руководитель: Лукина Алла Владимировна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

92. ЧЕРЕЗ ТВОРЧЕСТВО К ЗДОРОВЬЮ. Стр.331

*Тихая Анна Александровна
Руководитель: Кошкалда Светлана Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

93. ВЛИЯНИЕ ПЛАВАНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА. Стр.333

*Шалимова Наталья Валентиновна
Руководитель: Дьяченко Марина Валерьевна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**94. ЗНАЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА. Стр.336**

*Балякина Анастасия Ивановна
Руководитель: Толстокорая Татьяна Николаевна
Камышинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

95. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Стр.338

*Кострюкова Вера Анатольевна
Руководитель: Перевозчикова Татьяна Александровна
Камышинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

**96. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ КАК ФАКТОР
ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ. Стр.341**

*Лепехин Андрей Дмитриевич,
Шияненко Марина Сергеевна
Руководитель: Артюхова Елена Владимировна
Камышинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

97. РОЛЬ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ. Стр.344

*Скрыпникова Анастасия Александровна
Руководитель: Ефимова Татьяна Владимировна
Камышинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

**98. ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА С БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА.**

Стр.346

*Шемшединова Асият Сайпуллаевна
Руководитель: Толстокорая Лидия Александровна
Камышинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

**99. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.**

Стр.350

*Нестерова Анастасия Романовна
Руководитель: Анкина Лариса Викторовна
ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Колледж ВолгГМУ, Волгоград*

**100. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА
С ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ НАПРЯЖЕНИЯ.**

Стр.353

*Гарькуша Алла Евгеньевна,
Ильенко Екатерина Максимовна
Руководители: Смирнова Ольга Ивановна
Иванова Виктория Ивановна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

101. ВЛИЯНИЕ ДИОКСИНА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА.

Стр.357

*Ильченко Анастасия Владимировна
Руководитель: Корсунова Ольга Александровна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**102. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРЕДАЧИ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ.**

Стр.360

*Мурадян Александра Сергеевна,
Цеева Жаннета Аскарбиевна
Руководитель: Демченко Ольга Павловна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**103. ВЛИЯНИЕ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА
ВЫСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА НА РАЗВИТИЕ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ
РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ.**

Стр.363

*Мурадян Александра Сергеевна
Руководитель: Базелюк Маргарита Альфредовна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**104. ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ
И ПРАКТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ
В ОРГАНИЗАЦИИ И ОБЕСПЕЧЕНИИ
СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.**

Стр.366

*Чеботарева Наталья Сергеевна
Шаркова Наталья Викторовна*

*Руководители: Агаджанова Майя Сергеевна
Потапова Юлия Васильевна*

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**105. МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА
И РОЗНИЧНЫХ ПРОДАЖ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
В АПТЕКЕ ГОРОДА КРАСНОДАРА.**

Стр.370

*Верест Ангелина Михайловна
Трофименко Анна Сергеевна*

*Руководители: Панжинская Наталья Николаевна
Панжинская Наталья Ивановна*

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**106. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ
СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ
ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ, ВЛИЯНИЯ
ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ
НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ.**

Стр.373

*Фадеева Вероника Николаевна
Фильченко Юлия Владимировна*

*Руководители: Сосновская Анна Карловна,
Иванова Виктория Ивановна*

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**107. НАРУШЕНИЕ ОСАНКИ
У УЧАЩИХСЯ МЛАДШИХ КЛАССОВ.**

Стр.376

Ганичева Кристина Васильевна

Руководитель: Шляхова Людмила Александровна

ГБПОО Республики Адыгея "Майкопский медицинский колледж", г. Майкоп

**108. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ФОРМИРОВАНИИ
ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ ШКОЛЫ
ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.**

Стр.379

Кулыгина Дарья Сергеевна

Руководитель: Акимова Наталья Георгиевна

Михайловский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка

109. КУРЕНИЕ - КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР РИСКА.

Стр.382

Тележникова Екатерина Вадимовна

Норинова Алина Олимджоновна

Руководитель: Кунина Любовь Александровна

*Михайловский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж",
г. Михайловка*

**110. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО
ЛАБОРАТОРНОГО ТЕХНИКА ПО ПРИГОТОВЛЕНИЮ
ПРЕПАРАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.**

Стр.384

*Вилькоцкая Ксения Владимировна
Руководитель: Кочерыжкина Наталья Анатольевна
ГБПОУ Департамента здравоохранения города Москва
"Медицинский колледж № 1"*

111. БАДАН ТОЛСТОЛИСТНЫЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ.

Стр.388

*Копеева Анна Андреевна,
Руководитель: Багрянцева Наталья Михайловна
ГАПОУ Мурманской области "Мурманский медицинский колледж", г. Мурманск*

**112. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПЕРВИЧНОЙ
ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**

Стр.392

*Мардыкина Виктория Юрьевна
Руководитель: Кудрина Анна Юрьевна
ГАПОУ Мурманской области "Мурманский медицинский колледж", г. Мурманск*

**113. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ
ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д В ДИАДЕ «МАТЬ-ДИТЯ»
В ПРИАРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ РФ НА БАЗЕ ГОБУЗ
МОКМЦ ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ №3.**

Стр.397

*Синюкова Наталья Андреевна
Руководитель: Кудрина Анна Юрьевна
ГАПОУ Мурманской области "Мурманский медицинский колледж", г. Мурманск*

114. СТАРЕНИЕ КОЖИ КАК НЕОБРАТИМЫЙ ПРОЦЕСС.

Стр.401

*Зента Татьяна Николаевна
Данилова Карина Владимировна
Руководитель: Шишкина Елена Владимировна
ГАПОУ НСО "Новосибирский медицинский колледж", г. Новосибирск*

**115. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ
ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.**

Стр.405

*Гасратова Камилла Пашиевна
Руководители: Михайлова Анна Вячеславовна
Соловьева Елена Сергеевна
ГАПОУ Саратовской области
"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Саратов*

**116. ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ - «РОЗОВАЯ ЛЕНТОЧКА».**

Стр.407

*Нурмуханова Лейла Сагинбековна
Руководители: Агушева Наталья Александровна
Михайлова Анна Вячеславовна
ГАПОУ Саратовской области
"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Саратов*

**117. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ
С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.**

Стр.409

*Парахневич Софья Сергеевна
Руководитель: Тютюник Ирина Августовна
ГАПОУ Саратовской области*

"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Саратов

**118. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В УСЛОВИЯХ
ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.**

Стр.412

*Зорина Кристина Ситраковна
Руководитель: Тютюник Ирина Августовна
ГАПОУ Саратовской области*

"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Саратов

**119. ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ТЕЧЕНИЕ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.**

Стр.415

*Фомичев Андрей Михайлович
Устинова Анна Владимировна
Руководители: Алексеева Галина Васильевна
Кочеткова Яна Вадимовна
СПБ ГБПОУ "Медицинский колледж имени В.М. Бехтерева", г. Санкт-Петербург*

**120. БОЛЕЗНЬ КРЕЙТЦФЕЛЬДА-ЯКОБА: ЧТО ДАЛЬШЕ?
ПРОФИЛАКТИКА ПРИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ.**

Стр.417

*Чурина Полина Павловна
Руководители: Новикова Алена Игоревна
Ивановская Екатерина Владимировна
СПБ ГБПОУ "Медицинский колледж имени В.М. Бехтерева", г. Санкт-Петербург*

**121. АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА
И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ,
ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЦИСТИТЕ.**

Стр.421

*Гузеева Эмилия Николаевна
Руководитель: Стрилец Марина Владиславовна
ГБПОУ Ставропольского края
"Ставропольский базовый медицинский колледж", г. Ставрополь*

**122. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
В ФОРМИРОВАНИИ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ
ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ
ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.**

Стр.424

*Александрова Марина Владимировна
Руководитель: Иволина Татьяна Викторовна
Урюпинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск*

**123. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
В ПРОФИЛАКТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.**

Стр.427

*Тупицына Надежда Сергеевна
Руководитель: Самохина Елена Анатольевна
Урюпинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск*

**124. РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА
с 2021 г. по 2022 г. в г. УРЮПИНСК.**

Стр.430

*Горемыкина Алина Руслановна
Суворов Роман Владимирович
Руководитель: Огдланов Алексей Геннадьевич
Урюпинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск*

**125. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ
ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ.**

Стр.432

*Суворов Роман Владимирович
Горемыкина Алина Руслановна*

Руководитель: Огдланов Алексей Геннадьевич

Урюпинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск

**126. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ
У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.**

Стр.434

Пантелеева Елена Александровна

Руководитель: Огдланов Алексей Геннадьевич

Урюпинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск

**127. ВЛИЯНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ
НА ЗДОРОВЬЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ
СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ.**

Стр.436

*Сальников Матвей Сергеевич
Чернышова Карина Алексеевна*

Руководитель: Огдланов Алексей Геннадьевич

Урюпинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск

**128. ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА УРЮПИНСК.**

Стр.439

Чернышова Карина Алексеевна

Руководитель: Огдланов Алексей Геннадьевич

Урюпинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск

**129. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ.**

Стр.441

Сербина Ева Валерьевна

Руководитель: Огдланов Алексей Геннадьевич

Урюпинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск

**130. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ
КАК ФАКТОР УСПЕШНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ НЕЗРЯЧИХ ЛЮДЕЙ.**

Стр.442

*Арацкая Олеся Юрьевна
Сурин Денис Вячеславович*

Руководитель: Лунина Юлия Владимировна

*КГБПОУ "Хабаровский государственный медицинский колледж" имени Г.С. Макарова
министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск*

**131. ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА КАК ФАКТОР СОЗДАНИЯ
КОЛЛЕКТИВНОГО ИММУНИТЕТА ОТ ДИФТЕРИИ В РОССИИ.**

Стр.446

Иноземцева Алена Олеговна

Руководитель: Новик Елена Станиславовна

*КГБПОУ "Хабаровский государственный медицинский колледж" имени Г.С. Макарова
министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск*

**132. ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ АКУШЕРКИ.**

Стр.449

Строкина Ульяна Сергеевна

Руководитель: Маслова Татьяна Михайловна

*КГБПОУ "Хабаровский государственный медицинский колледж" имени Г.С. Макарова
министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск*

**133. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ
КОНСТИТУЦИОННО – ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ.**

Стр.452

*Андропова Анна Алексеевна
Руководитель: Прихунова Елена Николаевна
ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж", г. Чайковский, Пермский край*

**134. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ
И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЛИЧНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ
СЕСТЕР ГБУЗ ПК «ЧАЙКОВСКАЯ ДЕТСКАЯ
ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА».**

Стр.454

*Германова Екатерина Алексеевна
Руководитель: Кузнецова Вера Вячеславовна
ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж", г. Чайковский, Пермский край*

135. ГМО - ЗА ИЛИ ПРОТИВ.

Стр.458

*Еремеева Наталья Алексеевна
Андреева Анастасия Алексеевна
Руководитель: Лаврушина Любовь Леонидовна
ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж", г. Чайковский, Пермский край*

**136. ЗДОРОВЫЙ СОН И ЕГО ВЛИЯНИЕ
НА РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ
ЧАЙКОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА.**

Стр.460

*Никифорова Александра Денисовна
Руководитель: Рвачева Татьяна Николаевна
ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж", г. Чайковский, Пермский край*

**137. ФАСТФУД, КАК ФАКТОР РИСКА
ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА.**

Стр.462

*Судницына Вера Васильевна
Руководитель: Антипина Юлия Разифовна
ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж", г. Чайковский, Пермский край*

**138. ФАКТОРЫ РИСКА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА.**

Стр.464

*Тройникова Анастасия Сергеевна
Руководитель: Полякова Виктория Владимировна
ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж", г. Чайковский, Пермский край*

**139. ЗАЩИТА АТМОСФЕРЫ ОТ ВЫБРОСОВ АВТОТРАНСПОРТА,
КАК ОСНОВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДСКОГО ЖИТЕЛЯ.**

Стр.466

*Хрычева Татьяна Александровна
Быкова Александра Павловна
Руководитель: Нуделева Анна Александровна
ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж", г. Чайковский, Пермский край*

**140. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДОВ РОДОВ У ЖЕНЩИН
С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.**

Стр.469

*Терентьев Илья Юрьевич
Руководитель: Прохорова Татьяна Михайловна
ГБПОУ Ростовской области "Шахтинский медицинский колледж
Имени Г.В. Кузнецовой", г. Шахты*

**141. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА
ПРИ ВЫХАЖИВАНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.**

Стр.473

*Степанова Анастасия Васильевна,
Руководитель: Роббек Колымана Васильевна
ГБПОУ Республики Саха (Якутия) "Якутский медицинский колледж", г. Якутск*

**142. РОЛЬ САНИТАРНОГО ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ
ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ.**

Стр.476

*Уваровский Кирилл Александрович
Руководитель: Алексеева Евгения Петровна
ГБПОУ Республики Саха (Якутия) "Якутский медицинский колледж", г. Якутск*

**143. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА
ПРИ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННЫХ.**

Стр.480

*Шарина Дарина Ивановна
Руководитель: Роббек Колымана Васильевна
ГБПОУ Республики Саха (Якутия) "Якутский медицинский колледж", г. Якутск*

**144. САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В Г. САЛЕХАРД
(ЯМАЛО-НЕНЕЦКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ).**

Стр.484

*Абдулаев Хусейн Исмагуллоевич
Руководитель: Ганина Марина Михайловна
ГБПОУ Ямало-Ненецкого автономного округа
"Ямальский многопрофильный колледж", г. Салехард*

**145. НАСТАВНИЧЕСТВО КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ
ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА ОБУЧАЮЩИХСЯ.**

Стр.488

*Азаров Алексей Леонидович
Руководитель: Барышникова Наталья Борисовна
Себряковский филиал ФГБОУ ВО
"Волгоградский государственный технический университет", г. Михайловка*

**146. ДЕЙСТВИЕ НАД НАТУРАЛЬНЫМИ ЧИСЛАМИ.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕТРАДИЦИОННЫХ ПРИЁМОВ
ВЫЧИСЛЕНИЯ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ.**

Стр.490

*Абубакирова Хеда Бислановна
Руководитель: Шалаева Юлия Викторовна
ГБПОУ "Дубовский педагогический колледж", г. Дубовка*

**147. АКТИВИЗАЦИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
НА УРОКЕ ГЕОМЕТРИИ ЧЕРЕЗ ИЗУЧЕНИЕ ИСТОРИИ
ПОЯВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ НАУКИ.**

Стр.493

*Мармоль Екатерина Ивановна
Руководитель: Шалаева Юлия Викторовна
ГБПОУ "Дубовский педагогический колледж", г. Дубовка*

**148. ИЗМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ
РЕГУЛИРОВАНИЯ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА.**

Стр.496

*Яровая Любовь Андреевна
Руководитель: Нилова Людмила Геннадьевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**149. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ
ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ПРАВА В РОССИИ.**

Стр.498

*Богаченко Полина Сергеевна
Кондрашова Алина Игоревна
Руководитель: Заварзина Галина Владимировна,
ГБПОУ "Волгоградский политехнический колледж
имени В.И. Вернадского", Волгоград*

**150. АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЧАЯ,
РЕАЛИЗУЕМОГО В ТОРГОВОМ ПРЕДПРИЯТИИ
«ПЯТЕРОЧКА» ООО «АГРОТОРГ» ВОЛГОГРАДА.**

Стр.501

*Бродская Дарья Игоревна
Руководитель: Синицына Галина Павловна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

**151. РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ PR – ТЕХНОЛОГИЙ
В РЕСТОРАННОМ БИЗНЕСЕ.**

Стр.505

*Дик Виктория Витальевна
Руководитель: Москвитина Оксана Павловна
ГАПОУ "Камышинский политехнический колледж", г. Камышин*

**152. ИННОВАЦИОННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ
СФЕРЫ УСЛУГ КАК ФАКТОР ЭКОНОМИЧЕСКОГО РОСТА.**

Стр.509

*Кузьменко Анна Сергеевна
Руководитель: Москвитина Оксана Павловна
ГАПОУ "Камышинский политехнический колледж", г. Камышин*

**153. ИНВЕСТИЦИОННОЕ СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ:
СОСТОЯНИЕ, АКТУАЛЬНОСТЬ, ПРОБЛЕМЫ.**

Стр.512

*Скребнева Дарья Алексеевна
Есина Полина Витальевна,
Руководитель: Авдухина Елена Ивановна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

**154. СТРАХОВАНИЕ ЮРИДИЧЕСКИХ ЛИЦ В РОССИИ:
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ.**

Стр.519

*Щетская Виктория Сергеевна,
Ермоленко Валентина Сергеевна,
Руководитель: Волошина Анна Васильевна,
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

**155. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СТРАХОВОГО
РЫНКА ТРУДА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.**

Стр.524

*Верченко Варвара Андреевна,
Юрченко Дана Константиновна,
Руководитель: Рулева Анна Евгеньевна,
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

**156. РАЗВИТИЕ СТРАХОВОГО РЫНКА В УСЛОВИЯХ
СОВРЕМЕННОЙ СИТУАЦИИ: СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ.**

Стр.534

*Ротенбергер Ольга Сергеевна
Аксёнова Анастасия Дмитриевна
Руководитель: Чумак Татьяна Григорьевна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

**157. ВЛИЯНИЕ ПОЛИТИКИ КОЛИЧЕСТВЕННОГО
СМЯГЧЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ И ФОРМИРУЮЩИЕСЯ
ФИНАНСОВЫЕ РЫНКИ.**

Стр.539

*Махмудов Тимур Николаевич
Руководитель: Мозгунова Елена Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**158. ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЕ КАК ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ
ВОЛГОГРАДСКОГО РЕГИОНА.**

Стр.542

*Захарова Мария Дмитриевна
Горьковская Ксения Дмитриевна
Руководитель: Снегирёва Галина Геннадьевна
ГБПОУ "Волгоградский колледж ресторанного сервиса и торговли", Волгоград*

**159. ДОХОДЫ НАСЕЛЕНИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ
УРОВНЯ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ.**

Стр.545

*Черепанцева Софья Сергеевна
Чеглова Екатерина Олеговна
Руководитель: Снегирёва Галина Геннадьевна
ГБПОУ "Волгоградский колледж ресторанного сервиса и торговли", Волгоград*

**Исследования в области информационных технологий:
информатика, информационные технологии в профессиональной деятельности**

**160. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ
В МАТЕМАТИЧЕСКОМ МОДЕЛИРОВАНИИ.**

Стр.549

*Дорогая Элла Павловна
Руководитель: Фатина Татьяна Петровна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

161. МЕХАНИЗМЫ ЗАЩИТЫ КОМПЬЮТЕРНЫХ СЕТЕЙ.

Стр.552

*Киреев Иван Геннадьевич
Руководитель: Слепова Оксана Сергеевна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

**162. ПРОБЛЕМАТИКА ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ.**

Стр.555

*Ковалева Екатерина Алексеевна
Руководитель: Фатина Татьяна Петровна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

163. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ.

Стр.559

*Джафарова Нурай Ильгаркызы
Руководитель: Шамраева Анастасия Юрьевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

**164. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.**

Стр.561

*Деева Екатерина Владимировна
Руководитель: Лукина Алла Владимировна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**165. СЕТЕВОЙ ЭТИКЕТ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ
ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ.**

Стр.563

*Киснер Виктория Руслановна
Руководитель: Фёдорова Ольга Михайловна
Камышинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

**166. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.**

Стр.565

*Печерская Полина Андреевна
Руководитель: Шаревич Александра Владимировна
Себряковский филиал ФГБОУ ВО
"Волгоградский государственный технический университет", г. Михайловка*

**167. СОЗДАНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ ИГРОВЫХ
ФОРМ ЗАДАНИЙ ЧЕРЕЗ СЕРВИС LEARNINGAPPS
ПО УД «ОСНОВЫ МИКРОБИОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ».**

Стр.567

*Иванова Алена Петровна
Семенов Платон Власьевич
Руководители: Габышева Лена Юрьевна
Шадрина Любовь Ивановна
ГБПОУ Республики Саха (Якутия) "Якутский медицинский колледж", г. Якутск*

Гуманитарные исследования:
история, краеведение, философия, культурология, социология,
политология, психология

**168. ВЕЛИКАЯ ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ВОЙНА 1941-1945 гг.
В ИСТОРИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ НАРОДА.**

Стр.572

*Панферов Денис Александрович
Руководитель: Белопольская Виктория Автандиловна
Аркадакский филиал ГАПОУ Саратовской области
"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Аркадак*

169. ОССЕ КАРЛ ИВАНОВИЧ – АПТЕКАРЬ I СТЕПЕНИ.

Стр.575

*Рагимова Сабина Гасановна
Чамсутдинова Рукият Магомедсаидовна
Руководитель: Гриценко Виктория Викторовна
ГБУ "Профессиональная образовательная организация
"Астраханский базовый медицинский колледж", г. Астрахань*

170. ЗНАМЕНИТЫЕ ВРАЧИ – ТРУЭНТЫ.

Стр.579

*Воробина Мария Сергеевна
Руководитель: Белоусова Галина Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

171. СЕСТРЫ МИЛОСЕРДИЯ НА ПОЛЯХ СРАЖЕНИЯ.

Стр.582

*Тарасова Мария Дмитриевна
Руководитель: Белоусова Галина Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

172. ПОМНИМ...

Стр.586

*Тарасенко Ольга Николаевна
Руководитель: Кривинец Екатерина Ивановна
БПОУ Воронежской области
"Воронежский базовый медицинский колледж", г. Воронеж*

173. МЕТРО ЛОНДОНА.

Стр.589

*Касьяненко Дарья Александровна,
Руководитель: Маслова Ольга Александровна
ГБПОУ Жирновский педагогический колледж", г. Жирновск*

174. ТЕАТР И КИНЕМАТОГРАФ.

Стр.592

*Выпова Ангелина Александровна
Руководитель: Яковлева Светлана Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

175. РОЛЬ ПЕТРА I В ИСТОРИИ МАЛОЙ РОДИНЫ.

Стр.596

*Жеребцова Анна Дмитриевна
Руководитель: Яковлева Светлана Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

**176. ПЕРВЫЙ И ПОСЛЕДНИЙ БОЙ
1077-ГО ЗЕНИТНО-Артиллерийского полка:
ПОДВИГ ЗЕНИТЧИЦ.**

Стр.599

*Карпова Софья Григорьевна
Руководитель: Яковлева Светлана Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

177. ИСТОРИЯ ХРАМОВ ГОРОДА КАМЫШИНА.

Стр.602

*Миракова Ульяна Николаевна
Руководитель: Латкина Татьяна Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

**178. ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МУЗЕЕВ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.**

Стр.606

*Новикова Алиса Евгеньевна
Руководитель: Яковлева Светлана Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

179. БОЛЬШИЕ ЦЕЛИ «МАЛЕНЬКИХ ВОЙН».

Стр.609

*Кислица Элеонора Эдуардовна
Марутян Сильвия Артуровна
Руководитель: Астапеева Елена Викторовна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

**180. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ИСТОРИИ ПОВСЕДНЕВНОСТИ.**

Стр.612

*Камбиева Фатимат Алимовна
Руководитель: Шереужев Аскер Жиялиевич*

**181. ОСОБЕННОСТИ МЕЖНАЦИОНАЛЬНЫХ КОНФЛИКТОВ
В СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ.**

Стр.615

Агеенко Елизавета Владимировна
Руководитель: Антипова Наталья Станиславовна
Анапский филиал ГБПОУ "Новороссийский медицинский колледж", г. Анапа

**182. ИСТОРИЯ МОЕЙ СЕМЬИ В ИСТОРИИ
ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ.**

Стр.618

Самойлов Дмитрий Юрьевич
Руководитель: Курова Елена Валентиновна
ГБПОУ Самарской области "Отраденский нефтяной техникум", г. Отрадный

**183. К ВОПРОСУ О ДЕПОРТАЦИИ КОРЕЙЦЕВ
В СОВЕТСКОМ ГОСУДАРСТВЕ.**

Стр.621

Ли Алина Витальевна
Руководитель: Турсунов Фаррух Акбарович
АНОО ВО Центросоюза РФ
"Сибирский университет потребительской кооперации", г. Новосибирск

184. ПИСЬМА С ФРОНТА.

Стр.624

Баширова Ирина Дамировна
Руководитель: Дёмина Олеся Петровна
ГАПОУ Республики Башкортостан
"Стерлитамакский медицинский колледж", г. Стерлитамак

185. СТАЛИНГРАД. ПОСЛЕВОЕННОЕ ВОЗРОЖДЕНИЕ ГОРОДА.

Стр.629

Авдеева Кристина Александровна
Руководитель: Шаилова Лилия Борисовна
ГБПОУ "Волгоградский профессиональный техникум
кадровых ресурсов", Волгоград

**186. ЭТОТ ДЕНЬ МЫ ПРИБЛИЖАЛИ КАК МОГЛИ.
СТАЛИНГРАДСКАЯ ГРЭС В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ.**

Стр.632

Архипов Олег Владимирович
Вараев Биалл Абубакарович
Руководитель: Тушева Наталья Николаевна
ГБПОУ "Волгоградский профессиональный техникум
кадровых ресурсов", Волгоград

**187. ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА В ГОДЫ
ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ.**

Стр.636

Кузнецова Софья Артемовна
Руководитель: Гаврилюк Евгения Юрьевна
КГБПОУ "Хабаровский государственный медицинский колледж"
им. Г.С. Макарова министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск

188. ЧЕЛОВЕК–ЛЕГЕНДА: ИВАН ПЕТРОВИЧ БУРМАШЕВ.

Стр.639

Бегусова Анна Николаевна
Руководитель: Василенко Гульнара Исраиловна
ГБПОУ "Дубовский педагогический колледж", г. Дубовка

**189. ДРЕВЕСНО-КУСТАРНИКОВАЯ ФЛОРА
АМУРСКОГО БУЛЬВАРА г. ХАБАРОВСК.**

Стр.643

Кожевникова Жанна Антоновна

Руководитель: Гаврилюк Евгения Юрьевна

КГБПОУ "Хабаровский государственный медицинский колледж"

им. Г.С. Макарова министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск

**190. ОБРЯДЫ И ОБЫЧАИ, СВЯЗАННЫЕ С РОЖДЕНИЕМ
И ВОСПИТАНИЕМ РЕБЕНКА У ЧЕЧЕНЦЕВ В КОНЦЕ
XIX- НАЧАЛЕ XX вв.**

Стр.645

Джамалханова Амина Адамовна

Руководитель: Абдуразакова Хава Хусейновна

ГБПОУ "Чеченский базовый медицинский колледж", г. Грозный

**191. ПРОЕКТ МУЗЕЯ ИСТОРИИ ЯКУТСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА. ПЕРЕДВИЖНАЯ ВЫСТАВКА
«САКВОЯЖ ДОКТОРА». ЦИКЛ ВЫЕЗДНЫХ ТЕМАТИЧЕСКИХ
ЭКСПОЗИЦИЙ РАССЧИТАН НА ДОШКОЛЬНИКОВ, ШКОЛЬНИКОВ
И ДЛЯ ВСЕХ ТЕХ, КТО ИНТЕРЕСУЕТСЯ ИСТОРИЕЙ МЕДИЦИНЫ.**

Стр.649

Черемкин Станислав Васильевич

Руководители: Шарапова Александра Владимировна

Сергеева Лена Робертовна

ГБПОУ Республики Саха (Якутия) "Якутский медицинский колледж", г. Якутск

192. ГРАФФИТИ: ВАНДАЛИЗМ ИЛИ ИСКУССТВО.

Стр.652

Байдукова Екатерина Алексеевна,

Руководитель: Маслова Ольга Александровна,

ГБПОУ "Жирновский педагогический колледж", г. Жирновск

**193. ИЗМЕНЕНИЕ ГРАЖДАНСКОЙ ПОЗИЦИИ
И ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ МОЛОДЕЖИ
ЧЕРЕЗ ВОЛОНТЕРСКО-НАСТАВНИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ.**

Стр.655

Хамзин Богдан Раилевич

Руководитель: Курова Елена Валентиновна

ГБПОУ Самарской области

"Отраденский нефтяной техникум", г. Отрадный

**194. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗКУЛЬТУРНЫХ ПАУЗ
НА УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЯХ ДЛЯ СТУДЕНТОВ
ВОЛГОГРАДСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА.**

Стр.658

Манохина Татьяна Валерьевна

Руководитель: Воронина Светлана Андреевна

ГАПОУ «"Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

**195. ЧАСТИЧНАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ В ВОЛГОГРАДЕ
И ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ.**

Стр.660

Паришина Валерия Николаевна

Руководитель: Лагерева Елена Александровна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

**196. ИЗМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ
РЕГУЛИРОВАНИЯ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА.**

Стр.663

Яровая Любовь Андреевна

Руководитель: Нилова Людмила Геннадьевна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

**197. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ
ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ПРАВА В РОССИИ.**

Стр.665

*Богаченко Полина Сергеевна
Кондрашова Алина Игоревна
Руководитель: Заварзина Галина Владимировна
ГБПОУ "Волгоградский политехнический колледж
имени В.И. Вернадского, Волгоград*

**198. ГУМАНИТАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:
ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ.**

Стр.669

*Плахотный Владислав Андреевич
Руководитель: Лукина Алла Владимировна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

**199. АДАПТАЦИЯ СТУДЕНТА ПЕРВОКУРСНИКА
В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ №1.**

Стр.672

*Мусдакова Марьям Даировна
Руководитель: Поливанова Татьяна Владимировна
ГБПОУ Департамента здравоохранения города Москва
"Медицинский колледж № 1", г. Москва*

**200. ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ
НА ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТА.
ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ.**

Стр.676

*Синюкова Наталья Андреевна
Руководитель: Кудрина Анна Юрьевна
ГАПОУ Мурманской области
"Мурманский медицинский колледж", г. Мурманск*

201. ПСИХОЛОГИЯ РЕЛИГИИ.

Стр.679

*Колесникова Виктория Аркадьевна
Руководитель: Шишкина Елена Владимировна
ГАПОУ Новосибирской области
"Новосибирский медицинский колледж", г. Новосибирск*

**202. БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
КЛИМАТ КАК ФАКТОР ПОЛНОЦЕННОГО ВОСПИТАНИЯ
РЕБЁНКА В НЕПОЛНОЙ СЕМЬЕ.**

Стр.682

*Кулиева Дана Руслановна
Руководитель: Лунина Юлия Владимировна
КГБПОУ "Хабаровский государственный медицинский колледж"
им. Г.С. Макарова министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск*

**203. АКАДЕМИЧЕСКАЯ ПРОКРАСТИНАЦИЯ:
ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ.**

Стр.685

*Щелкунова Кристина Вячеславовна
Руководитель: Лунина Юлия Владимировна
КГБПОУ "Хабаровский государственный медицинский колледж"
им. Г.С. Макарова министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск*

Филологические исследования:
русский язык, родной язык, литература, родная литература,
иностраный язык

**204. О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ФОРМИРОВАНИЯ
НОМЕНКЛАТУРЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.**

Стр.689

Кубатова Камила Рагимовна
Руководитель: Микулан Ольга Викторовна
ГБУ "Профессиональная образовательная организация
"Астраханский базовый медицинский колледж", г. Астрахань

**205. ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ГРЕЧЕСКИХ
И ЛАТИНСКИХ СЛОВООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
ЭЛЕМЕНТОВ В ЭТИМОЛОГИИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ.**

Стр.692

Кастрикина Юлия Алексеевна
Руководитель: Серебрякова Лилия Витальевна,
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

**206. ОСОБЕННОСТИ НАИМЕНОВАНИЯ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ.**

Стр.695

Фенина Виктория Владимировна
Зеленкина Татьяна Олеговна
Руководители: Горбунова Наталья Николаевна
Чайковская Виктория Эдуардовна
ГАПОУ "Волгоградский медико-экологический техникум", р.п. Светлый Яр

**207. НРАВСТВЕННЫЕ УРОКИ ЕРШАЛАИМСКИХ
ГЛАВ РОМАНА М.А. БУЛГАКОВА «МАСТЕР И МАРГАРИТА».**

Стр.699

Вьюник Алексей Олегович
Руководитель: Попова Мария Александровна
ГБПОУ "Волгоградский политехнический колледж
имени В.И. Вернадского", Волгоград

208. КАК МЕНЯЕТСЯ ЧТЕНИЕ В ЦИФРОВУЮ ЭПОХУ.

Стр.703

Сергеева Анна Сергеевна
Фомиченко Анна Сергеевна,
Руководитель: Шаммедова Елена Викторовна
ГБПОУ "Волгоградский политехнический колледж
имени В.И. Вернадского", Волгоград

**209. «КАК СЕРДЦУ ВЫСКАЗАТЬ СЕБЯ?..»
ИЛЛЮСТРИРОВАНИЕ СТИХОТВОРЕНИЙ Ф.И. ТЮТЧЕВА.**

Стр.706

Варзина Софья Михайловна
Новосёлова Алиса Олеговна
Руководитель: Гайворонская-Кантомирова Анна Николаевна
ГБПОУ "Волгоградский технологический колледж", Волгоград

**210. ПРОБЛЕМА ЗАИМСТВОВАНИЙ
В СОВРЕМЕННОМ РУССКОМ ЯЗЫКЕ.**

Стр.710

Долгова Ольга Александровна
Руководитель: Саксеева Анастасия Валентиновна
ГБПОУ "Дубовский педагогический колледж", г. Дубовка

211. БИБЛЕЙСКИЕ ПРИНЦИПЫ В АДВОКАТСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. Стр.714

Смирнова Софья Григорьевна
Руководитель: *Саксеева Анастасия Валентиновна*
ГБПОУ "Дубовский педагогический колледж", г. Дубовка

**212. И МИР УВИДЕЛ СТАЛИНГРАД:
ИЗОБРАЖЕНИЕ СТАЛИНГРАДСКОЙ БИТВЫ
В СОВРЕМЕННОЙ РУССКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ.**

Стр.716

Холодова Татьяна Владимировна
Руководитель: *Саксеева Анастасия Валентиновна*
ГБПОУ "Дубовский педагогический колледж", г. Дубовка

**213. АНГЛОЯЗЫЧНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ
В ИНТЕРНЕТ-ПРОСТРАНСТВЕ.**

Стр.718

Миронова Диана Романовна
Руководитель: *Давыденко Александра Юрьевна*
ГБПОУ "Жирновский педагогический колледж", г. Жирновск

**214. АНГЛОЯЗЫЧНЫЕ НАДПИСИ НА ОДЕЖДЕ
КАК ЭЛЕМЕНТ МОЛОДЕЖНОЙ СУБКУЛЬТУРЫ.**

Стр.722

Федосова Полина Алексеевна
Руководитель: *Давыденко Александра Юрьевна*
ГБПОУ "Жирновский педагогический колледж", г. Жирновск

**215. КОМПЬЮТЕРНЫЙ СЛЕНГ:
ОБРАЗОВАНИЕ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ.**

Стр.725

Котова Карина Олеговна
Канина Алиса Вячеславовна
Руководитель: *Латкина Татьяна Викторовна*
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин

216. К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ АКЦИИ «ТОТАЛЬНЫЙ ДИКТАНТ». Стр.728

Чернышева Снежана Витальевна
Руководитель: *Латкина Татьяна Викторовна*
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин

**217. ХУДОЖЕСТВЕННАЯ ЛИТЕРАТУРА -
СОКРОВИЩНИЦА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ДУХА.**

Стр.732

Высоцкая Юлия Сергеевна
Руководитель: *Малякина Татьяна Николаевна*
Камышинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин

218. РОЛЬ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ В НАШЕЙ РЕЧИ.

Стр.734

Сердюкова Светлана Сергеевна
Руководитель: *Малякина Татьяна Николаевна*
Камышинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин

**219. ИГРОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ В ЛИТЕРАТУРЕ
И СОВРЕМЕННОМ МИРЕ.**

Стр.737

Варламов Вадим Анатольевич
Руководитель: *Бессарабова Оксана Григорьевна*
Михайловский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка

220. ПРОБЛЕМА СКВЕРНОСЛОВИЯ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ.

Стр.739

Лупенко Милана Андреевна

Руководитель: Бессарабова Оксана Григорьевна

Михайловский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка

221. ВЛИЯНИЕ СКВЕРНОСЛОВИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА.

Стр.742

Маркина Татьяна Дмитриевна

студентка I курса, специальность Сестринское дело

Руководитель: Федоренко Александр Николаевич

Михайловский филиал ГАПОУ «Волгоградский медицинский колледж», г. Михайловка

**222. ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ СПИРТНЫМИ НАПИТКАМИ
В ЛИТЕРАТУРЕ И МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ.**

Стр.745

Шейкина Валерия Семеновна

Руководитель: Бессарабова Оксана Григорьевна

Михайловский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка

**223. ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ
КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
КАЧЕСТВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.**

Стр.748

Бабуева Ангелина Антоновна

Руководитель: Гаврилюк Евгения Юрьевна

КГБПОУ "Хабаровский государственный медицинский колледж"

им. Г.С. Макарова министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск

Естественно-научные исследования: математика, химия, биология, физика, астрономия

ПУЛЬСАРЫ И ИХ ОБНАРУЖЕНИЕ

Мазур Даниэла Кирилловна

Руководитель: Турицын Владимир Михайлович

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Самый обычный маяк с вращающимся фонарём, издали его свет воспринимается как пульсирующий. Каждый морской маяк имеет точно установленную частоту, так что моряки могут сразу определить, какой маяк они видят просто по интервалам между вспышками.

Примерно так же происходит и с космическим объектом пульсаром, его излучение воспринимается на Земле как пульсирующий с определённой частотой источник радиоволнового излучения.

В середине шестидесятых годов двадцатого века, в mallardsky радио астрономической обсерватории Кембриджа, строился новый радиотелескоп для наблюдения за компактными радиоисточниками. Телескоп использовал новый по тем меркам метод мерцаний.

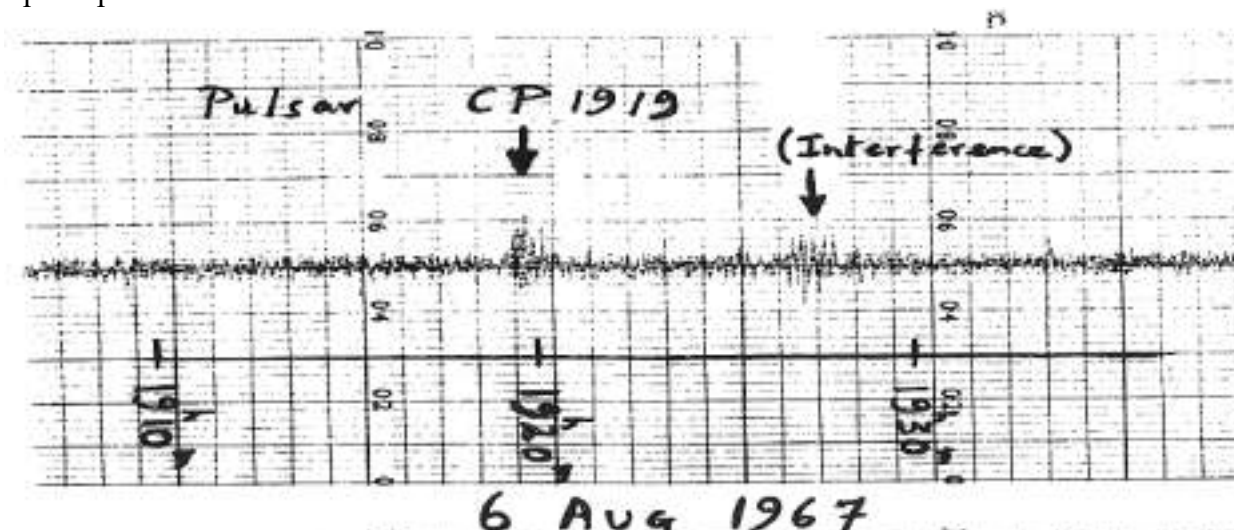
Если кратко, метод основан на том, что точечные радио источники, как бы мерцают для наблюдателя на Земле, когда сигнал проходит сквозь солнечный ветер в межпланетном пространстве, как тот самый маяк на море, и сильнее мерцать из за солнечного ветра будут именно компактные объекты.



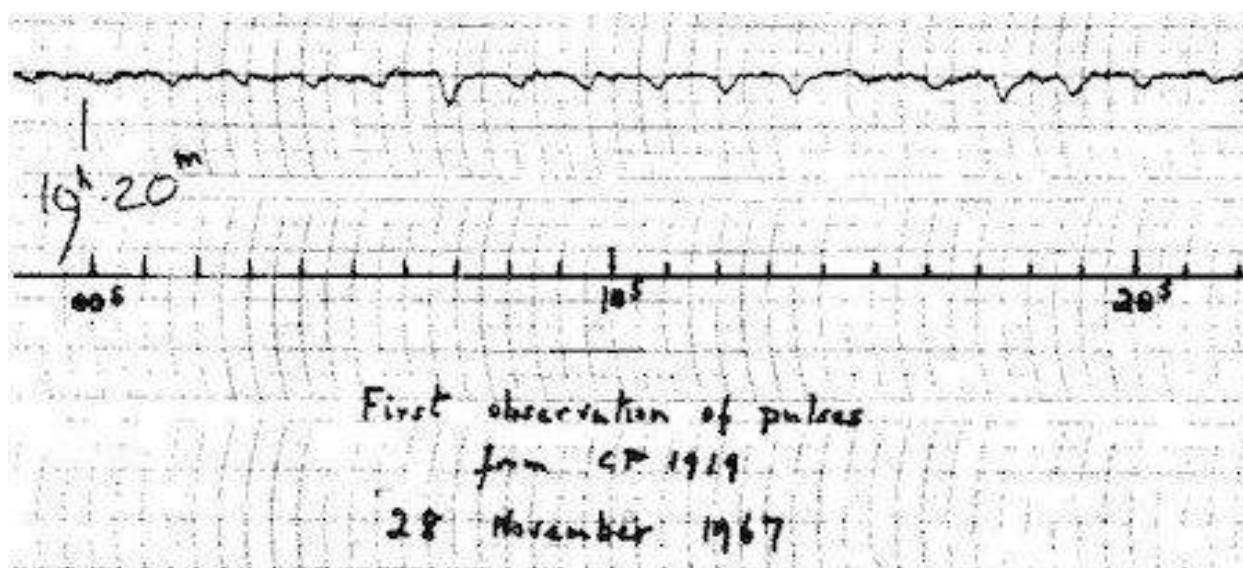
Телескоп был спроектирован Энтони Хьюишом, и по площади занимал пару десятков тысяч квадратных метров, что приблизительно равно 2.5 футбольным полям. Джоселин Белл Бернелл аспирантка Хьюиша и еще несколько человек своими руками вбили 1000 столбов в землю, протянули между ними около 200 километров кабеля и установили 2048 одноволновых симметричных вибратора. Такие вибраторы могут быть, как самостоятельными антеннами, так и работать как часть антенны. Таким образом они получили довольно высококачественный радиотелескоп, с дешёвой, даже по тем меркам, конструкцией.

Значительный участок всего неба система могла просканировать раз в четыре дня, ну и когда телескоп сканировал небо, данные выводились на бумажных рулонах с тремя дорожками. Каждый день от наблюдений скапливалось около 30 метров такой бумаги с данными и тогда их, уже вручную, анализировала сама Джоселин Белл. По началу специально решили, что данные будет осматривать человек, а не компьютер, пока не удастся

установить понимание поведения телескопа, ведь человек мог распознавать сигналы разного характера.



После анализа сотен метров бумажных рулонов с данными Джоселин Белл, легко научилась распознавать, как и космические точечные мерцающие радиоисточники, так и помехи земного происхождения. В 1967 году через несколько недель после начала работы телескопа Джоселин Белл обнаружила в данных странный сигнал, который повторялся через равные промежутки времени и был не похож, например, на квазар или помехи с Земли.



Расстояние, в сигнале, между тиками практически не было заметно и это значило только то, что скорости движения бумаги попросту хватало, а перо, как бы закрашивало нужный участок. И чтобы рассмотреть нужный сигнал в более высоком разрешении, нужно было просто более быстро двигать бумагу под пером, правда тогда рулон мог заканчиваться за 20 минут и его нужно было постоянно менять. Преодолев некоторые трудности, команде учёных все же удалось записать сигнал с более быстрым движением бумаги, и они увидели следующее - сигнал был серией импульсов, частота которых могла меняться, но все они шли через совершенно равные промежутки времени в 1.3 секунды

Ничего подобного раньше находить не доводилось. Энтони Хьюиш и Джоселин Белл с помощью других ученых пытались разобраться в природе происхождения этого сигнала, ведь он выглядел так, будто имел искусственное происхождения. Вариант того, что сигнал мог быть помехой самого оборудования отменили практически сразу, ведь его удавалось

наблюдать и на других телескопах. Были версии что это сигнал с самой Земли, просто отразившийся от Луны, но и его вскоре отмели, ведь сигнал двигался вместе со звездами, а значит не бы земным по происхождению. Дальнейшее изучение показали, что сигнал приходил к нам где-то из-за пределов Солнечной системы, но был все еще в пределах нашей галактики. Из-за этого первые изображения сигнала помечали аббревиатурой LGM (little green men – маленькие зеленые человечки), ведь из-за своей точности, он казался проделками внеземного разума.

Если бы сигнал исходил от планеты, и по мере его движения можно было бы зарегистрировать доплеровское смещение, однако его не обнаружили, вместо него было смещение лишь из-за движения Земли. Кроме того, в это же время стали находить и другие сигналы с очень похожим периодом. Так что и теорию sLGM решили отменить, ведь было очень маловероятно, что это именно инопланетяне отсылали нам свои сигналы.

Несколько месяцев находку держали в секрете, пока не нашли других кандидатов, ведь одного единственного сигнала было недостаточно для публикации статьи. И вот в итоге в 1968 году в журнале Nature была опубликована статья, в которой людям рассказали об обнаружении быстро пульсирующих радиосигналов. Тут же ученые предположили, что источником сигналов могли быть либо белые карлики, либо нейтронные звезды. Статья произвела фурор.

В 1974 году Энтони Хьюишу и Мартину Раэлу за это открытие вручили Нобелевскую премию в области физики. И именно эти наблюдения пульсаров стали первыми доказательствами в существовании нейтронных звёзд. Кстати, тот самый первый пульсар сейчас называют PSRB1919+21.

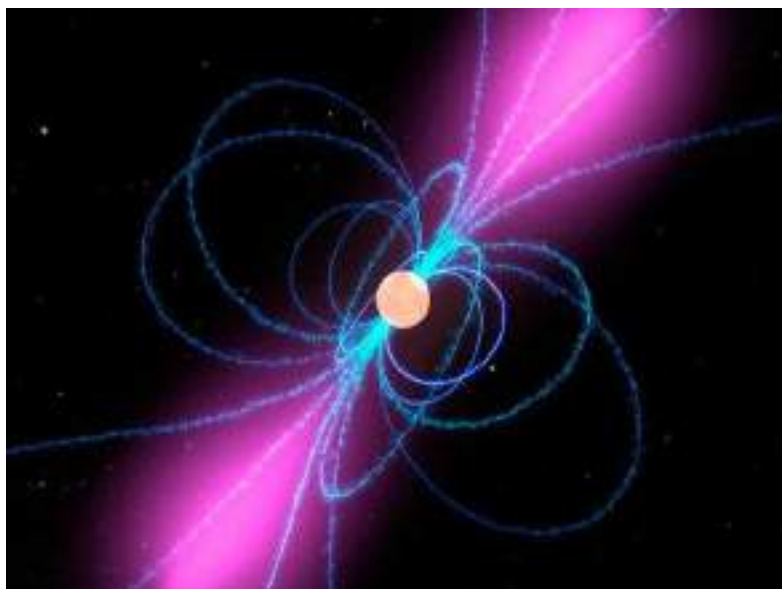
День за днём учёные стали открывать все новые и новые пульсары, и постепенно мы пришли к современному пониманию того, что же это такое.

Пульсар — это тип нейтронных звезд который быстро вращается и имеет сильное магнитное поле. Они являются космическим источником радио-, оптического, рентгеновского и/или гамма- излучений, приходящих на Землю в виде периодических всплесков. Среди открытых нейтронных звёзд большинство это пульсары. Существует 2 основных типа их происхождения.

1. Когда у недостаточно массивных, чтоб образовалась черная дыра, но более массивных чем Солнце звезд, примерно от 10 солнечных масс, заканчивается топливо, начинают производиться все более тяжёлые элементы. Когда дело дойдет до железа, произойдет вспышка сверхновой, ядро станет коллапсировать, и в центре останется нейтронная звезда

2. Когда в двойной системе белый карлик, поглотив материю звезды компаньона, преодолевает предел Чандрасекара, вспыхивает сверхновой и становится нейтронной звездой.

- 3.



Масса нейтронных звезд, могут варьироваться от 1 до 3 масс солнца. К примеру, самой массивной нейтронной звездой на текущий момент принято считать PSRJ2215+2135 с массой 2.3 солнечных, находится он к тому же в двойной системе.

Интересно, что имея столь большую массу, нейтронные звезды довольно малы, достигая в поперечнике 10-20 километров. Они по праву могут считаться одними из самых плотных известных объектов во вселенной. Часто приводят пример, что кусочек нейтронной звезды, размером с кубик сахара, может весить миллиард тонн.

Возвращаясь к пульсарам, они довольно быстро вращаются и имеют очень мощное магнитное поле. Вдоль магнитных полюсов находится 2 потока ускоренных частиц излучения. Зачастую ось вращения нейтронной звезды и ось вращения магнитного поля не совпадают. Именно из-за этого и появилось название пульсар. Мы видим пульсацию излучения, когда луч пульсара поворачивается к нам.

Откуда у пульсаров такая скорость вращения и такое сильное магнитное поле?

Скорость можно объяснить законом сохранения момента импульса. До коллапса звезда и так вращалась, а когда огромное количество массы звезды уменьшилось в огромное количество раз в объеме из-за сохранения момента импульса, она начала вращаться быстрее. Примером этого в жизни может стать фигурист, который сводит руки во время вращения.



Если вспомнить первый обнаруженный пульсар, то он вращался вокруг своей оси примерно за 1.3 секунды, но это далеко не рекордсмен по скорости! Например, период вращения PSRB0329+54 примерно 0.7 секунды, а известный многим пульсар в парусах совершает 11 оборотов в секунду, пульсар в центре крабовидной туманности 30 оборотов в секунду. Удивительный пример миллисекундных пульсаров - PSRJ04374715. Он вращается со скоростью 144 раза в секунду, PSRB1937+21 – 642 оборота в секунду! Пределом по скорости вращения считают 1500 оборотов в секунду, если пульсар преодолевает эту границу, считается, что он начнет разрушаться. Из-за того, что пульсар размером примерно с город, его магнитные поля в триллионы раз мощнее, чем у нашей планеты.

Список использованных источников:

1. <https://www.google.com/url>
2. <https://ru.wikipedia.org/wiki>
4. selenas.ru *Наука*
5. v-kosmose.com *Пульсары и нейтронные звезды*
6. dic.academic.ru *Энциклопедия Кольера*

ВЗРЫВАЮЩИЕСЯ ЗВЕЗДЫ

Манохина Татьяна Валерьевна

Руководитель: Турицын Владимир Михайлович

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Первым астрономом, обратившим внимание на вспышку яркой новой звезды, был, по-видимому, Гиппарх Родосский, живший во втором веке до нашей эры. Это побудило его создать звездный каталог, своего рода инвентарную опись неба. Сведения о появлениях новых звезд содержатся также в хрониках и летописях разных народов. На протяжении тысячелетий звезды были непостижимы для сознания человека, но они завораживали его. Поэтому наука о звездах - астрономия - это одна из самых древних. Понадобились тысячи лет, чтобы люди освободились от наивных представлений о том, что звезды - это светящиеся точки, прикрепленные к огромному куполу.

Звездные взрывы, или Рождение «новых». Термином «новая звезда» наука обязана великому датчанину Тихо Браге, астроному и астрологу Возрождения. 11 ноября 1572 г. он увидел в созвездии Кассиопеи внезапно вспыхнувшую звезду и долго следил за изменением ее блеска. Звезду заметили, и даже раньше, многие другие европейские астрономы. Но только Браге детально описал свои наблюдения в монографии *De Nova Stella* («О новой звезде») (1573), первом астрономическом труде на эту тему, который принес его автору европейскую известность. В декабре 2008 г. международная группа астрофизиков подтвердила, что Браге наблюдал сверхновую типа Ia, о чем еще в 1945 г. догадался работавший в США немецкий астроном Вальтер Бааде. К концу первой четверти прошлого века астрономы выяснили, что новые звезды зажигаются и во Млечном Пути, и в соседних галактиках, расстояния до которых были приблизительно известны. Результаты фотометрических измерений показали, что абсолютная яркость (суммарная мощность излучения) новых звезд различается как минимум на три порядка. В 1925 г. шведский астроном Кнут Лундмарк предложил выделить звезды с максимальной светимостью в группу новых высшего класса, двумя годами позже Бааде назвал их «главными новыми», но эти термины не прижились.

В начале 30-х гг. переселившийся в США из Швейцарии и мигрировавший из физики в астрономию Фриц Цвикки в лекциях для аспирантов Калтеха стал называть такие вспышки *super-novae* (сверх-новыми). Термин имел успех, лишь лишился дефиса. Дальнейшая классификация новых звезд пришлась на вторую половину прошлого века. Сегодня эта группа включает несколько семейств: карликовые, обычные (классические), симбиотические, повторные, сверхновые различных типов и даже гиперновые. По всей вероятности, и эта классификация неокончательная.

Как зажигаются звезды. Судьба одиночного светила зависит от его начальной массы. Звезды образуются в результате гравитационного коллапса газовых облаков, состоящих в основном из молекулярного водорода и гелия (один атом He на 12 атомов H₂), следовых количеств более тяжелых элементов и твердых пылевых частиц. Коллапс завершается рождением протозвезды, которая имеет шанс превратиться в полноправное светило. Для этого в ее ядре должно начаться устойчивое термоядерное горение водорода, способное полностью компенсировать потери энергии, уносимой в космос излучением звезды (гелий в этом процессе не участвует, поскольку для его поджога требуются куда большие температуры). Минимальная температура, необходимая для воспламенения водорода, составляет около 3 млн К. Согласно модельным вычислениям, для достижения этого порога масса протозвезды должна превысить 0,075 массы Солнца. Существуют и «недоразвившиеся» светила, возникшие из протозвезд с массой от 0,07 до 0,075 массы Солнца, их называют коричневыми карликами. Как это нередко случается в астрономии, они были открыты «на кончике пера»: в 1962 г. их существование предсказал Шив Кумар, двадцатитрехлетний американский астроном индийского происхождения, только что защитивший докторскую диссертацию в Мичиганском университете. Первый коричневый карлик был обнаружен спустя треть столетия, в 1995 г. Считается, что общая масса коричневых карликов составляет десятую часть от массы всех звезд нашей Галактики. В ядрах коричневых карликов идут реакции синтеза гелия из водорода, но их интенсивность очень низка, и выделившаяся энергия покрывает не более половины потерь на излучение. Поэтому коричневый карлик охлаждается, несмотря на тлеющую в его ядре водородную печь, сохраняющую активность от одного до десяти миллиардов лет. Затем синтез гелия прекращается, хотя в ядре и остается немало несожженного водорода. Наблюдать коричневые карлики сложно из-за их малой яркости. Завершая свою жизнь постепенным остыванием, коричневые карлики никогда не взрываются. Начальные массы настоящих звезд лежат в диапазоне от 0,075 до двух-трех сотен масс Солнца. Самые легкие (с массами не выше половины солнечной) относятся к семейству красных карликов, самые массивные – голубых сверхгигантов. Все они до конца сжигают свои водородные ядра, после чего теряют стабильность и претерпевают различные изменения. Для достаточно массивных (но не самых!) звезд все заканчивается взрывом. Продолжительность нормальной жизни самых легких красных карликов исчисляется триллионами лет, голубых сверхгигантов – миллионами. Таким образом, разброс начальных масс составляет четыре порядка, зато разброс возрастов – целых шесть.

Появление сверхновых объектов. Сверхновые вспышки — явление, при котором яркость небесного тела резко увеличивается, но затем медленно затухает. Пиковая светимость у объектов этого типа в тысячи раз больше, чем у новых звезд. Этот феномен возникает вследствие эволюции некоторых космических объектов. В процессе звездного взрыва выделяется большое количество энергии. Явление можно наблюдать только в космическом пространстве. Его сложно заметить из-за большого объема газа и пыли. Астрономы долго не могли узнать природу этих космических объектов, поскольку процесс можно наблюдать лишь во время его протекания. Сегодня известны два сценария, приводящие к таким вспышкам:

- После взрыва небесного тела в космическое пространство выбрасывается значительный объем вещества из внешнего слоя его оболочки. Из оставшейся части формируется нейтронная звезда.
- Взрыв считается последней стадией существования объекта. Со временем топливный ресурс в газовой сфере истощается. Часть массы звезды попадает в ядерную область, где она увеличивается. Поскольку объект больше не может её сдерживать с помощью своей гравитации, происходит расширение с последующим взрывом.

Непосредственно после взрыва в течение сотен лет можно видеть так называемые оптические остатки сверхновой. В течение десятков тысяч лет можно будет исследовать

послевзрывные процессы, изучая рентгеновское и радиоизлучение остатков вспышек сверхновых. Однако через сотни тысяч лет и это станет невозможным. Астрономам останутся для наблюдения лишь пульсары, радиоизлучение которых будет последним свидетелем произошедшей катастрофы.

Список использованных источников:

1. <https://multiurok.ru/files/vzryvaiushchiesia-zvezdy.html>
2. <https://scfh-ru.turbopages.org/scfh.ru/s/papers/zvezdnye-vzryvy-ili-rozhdenie-novykh/>

МАТЕМАТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В РАЗРАБОТКЕ СУТОЧНОГО РАЦИОНА ПИТАНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Морозова Надежда Владимировна

Руководитель: Гуляева Ирина Владимировна

ГАПОУ "Брянский базовый медицинский колледж", г. Брянск

Пища - основа жизни человека. От того, как человек питается, зависит его здоровье, настроение, трудоспособность. В подростковом и юношеском возрасте отношение к правильному питанию особенно важно. От того, насколько правильно и качественно организовано питание школьника или студента, зависит качество его учебной деятельности.

Здоровье школьника или студента невозможно обеспечить без рационального сбалансированного питания, которое является необходимым условием его гармоничного роста, физического и нервно-психического развития, способности к обучению, профилактике заболеваний, устойчивости к действию инфекций и других неблагоприятных факторов во все возрастные периоды.

Основными принципами рационального питания являются следующие:

- соответствие калорийности пищевого рациона суточным энергозатратам;
- соответствие химического состава, калорийности и объема рациона возрастным потребностям и особенностям организма;
- сбалансированное соотношение пищевых веществ в рационе (белков, жиров и углеводов, а также белков и жиров растительного происхождения);
- использование широкого ассортимента продуктов, в том числе овощей, фруктов, ягод, разнообразной зелени;
- правильная кулинарная обработка продуктов с целью сохранения биологической и пищевой ценности, высоких органолептических свойств и усвояемости пищевых веществ;
- строгое соблюдение режима питания.

Мы решили исследовать возможность самостоятельного составления дневного меню, с применением средств математики, и разработать полноценное меню.

Для достижения поставленной цели мы использовали методы линейного программирования.

Для этого нами были поставлены и решены задачи, связанные с изучением специальной литературы, расчетом калорийности дневного рациона, определением качественного состава и степени витаминизации пищевых продуктов.

В меню любого человека должны обязательно входить белки, жиры и углеводы. При оптимальной системе питания необходимо обязательно учитывать баланс между поступающими и расходуемыми калориями.

Изучив необходимую литературу и проведя исследование мы установили, что для составления математической модели дневного меню необходимо в первую очередь учесть следующие ограничения: суточная потребность человека в белках составляет 80 г. в жирах - 54 г. в углеводах - 130 г., кроме того человеку требуется 1 г. кальция, 90 мг. витамина С в сутки. Помимо сказанного, при разработке математической модели мы также учли калорийность продуктов. Для старшеклассника норма составляет 1800-2000 калл. Кроме того, при составлении дневного меню мы также ориентировались и на минимальную стоимость набора продуктов.

Учитывая собственные предпочтения, мы выбрали следующие продукты питания: гречка, молоко, чай, картофель, морковь, лук, курятина, хлеб, макароны, мясо (говядина), масло сливочное, шоколад. Обозначили их количество $a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l$ соответственно, составили математическую модель.

Уравнение, задающее стоимость набора выбранных продуктов:

$$80*a+90*b+120*c+40*d+40*e+80*f+200*g+30*h+50*i+400*j+700*k+90*l$$

Это наша целевая функция, значение которой должно быть наименьшим, то есть

$$80*a+90*b+120*c+40*d+40*e+80*f+200*g+30*h+50*i+400*j+700*k+90*l \rightarrow \min$$

Составим уравнения, задающие ограничения по основным питательным веществам.

Ограничение по белкам:

$$50*a+30*b+0*c+20*d+9,3*e+16*f+200*g+50*h+100*i+190*j+10*k+70*l = 80;$$

Ограничение по жирам:

$$20*a+25*b+0*c+0,9*d+1*e+0*f+90*g+10*h+10*i+130*j+830*k+360*l = 54;$$

Ограничение по углеводам:

$$270*a+47*b+3*c+170*d+63*e+90*f+10*g+490*h+740*i+0*j+10*k+520*l = 130;$$

Учет поступления кальция:

$$10*a+1*b+0*c+0,1*d+5*e+3*f+1*g+20*h+3*i+140*j+10*k+10*l \geq 1;$$

Учет витамина С:

$$10*a+0,01*b+0*c+0,02*d+0,5*e+0,3*f+0*g+0*h+0*i+0*j+1*k+0*l \geq 0,1;$$

Учет калорийности подобранных продуктов:

$$1370*a+80*b+10*c+800*d+290*e+410*f+1610*g+2100*h+3290*i+1910*j+7480*k+5460*l = 2000$$

Данную задачу мы решали методами линейного математического программирования, в частности симплекс-методом, используя при этом Excel. Для этого составили таблицу 1, в которой отразили названия выбранных продуктов и содержание в них питательных веществ (в расчете на 1 кг), а также цену на продукты на момент проведения исследования.

Таблица 1. Содержание питательных веществ в некоторых продуктах

	гречка	молоко	чай	картофель	морковь	лук	курятина	хлеб	макароны	говядина	масло сливочное	шоколад
белки	50	30	0	20	9,3	16	200	50	100	190	10	70
жиры	20	25	0	0,9	1	0	90	10	10	130	830	360
углеводы	270	47	3	170	63	90	10	490	740	0	10	520
кальций	10	1	0	0,1	5	3	1	20	3	140	10	10
витамин С	10	0,01	0	0,2	0,05	0,3	0	0	0	10	0	10

калорийность	1370	580	10	800	290	410	1610	2100	3290	1910	7000	5460
цена	80	90	120	40	40	80	200	30	50	400	700	90

С помощью пакета анализа данных "Поиск решения" мы ввели систему ограничений (рис.1).

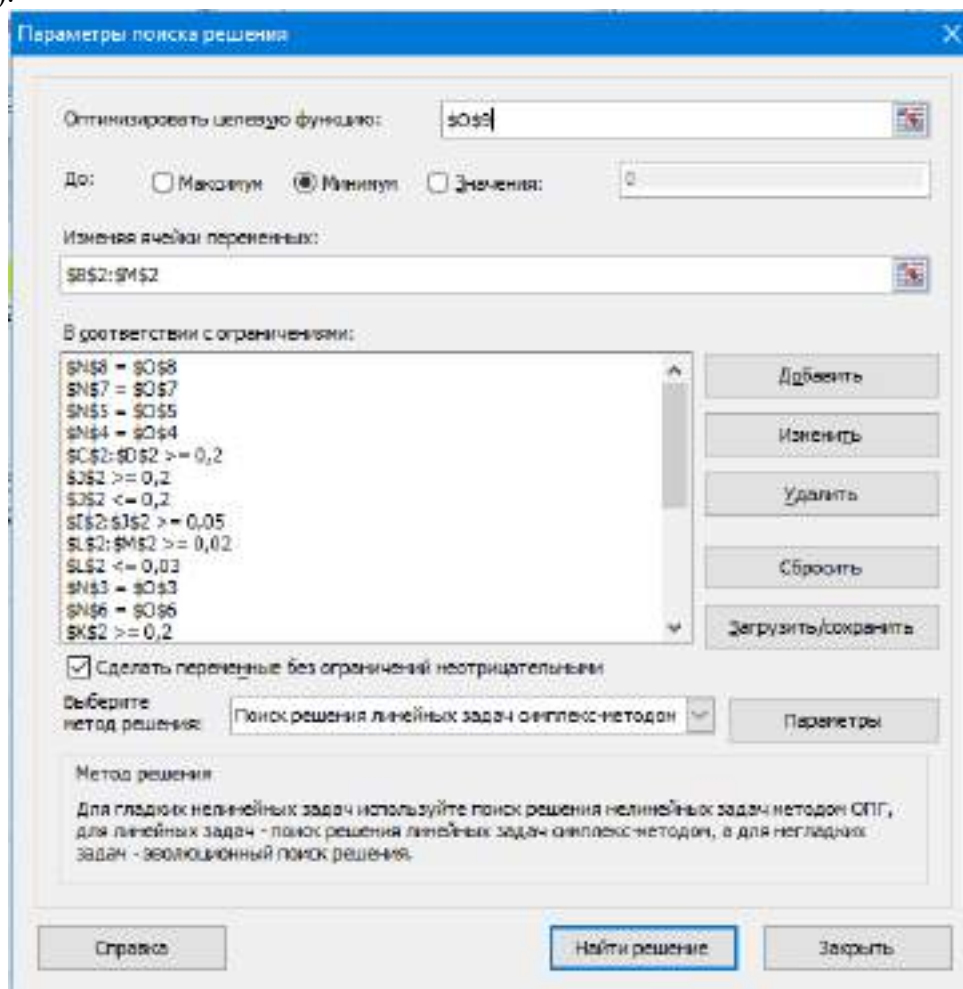


Рис.1. Решение задачи в Excel симплекс-методом с помощью пакета «Поиск решения». В таблице 2 представлены полученные результаты.

Таблица 2. Результат решения задачи симплекс-методом в Excel

Выбранные продукты для дневного меню	Количество (кг)
гречка	0,2
молоко	0,2
чай	0,2
картофель	0,2
морковь	0,2
лук	0,01
курятина	0,15
хлеб	0,05
макароны	0,2
говядина	0,2
Масло сливочное	0,02
шоколад	0,02

Таким образом, дневное меню может быть следующим:

Завтрак:

Гречневая каша – 200 г
Молоко – 1 стакан
Хлеб – 1 кусочек
Масло сливочное – 20 г

Обед:

Макароны – 200 г
Говядина – 200 г
Лук – 10 г
Морковь – 100 г
Шоколад – 20 г
Чай – 1 стакан

Ужин:

Картофель – 200 г
Курятина – 150 г
Морковь – 100 г

Однако, изучив отчеты о полученных результатах, мы пришли к выводу, что не все ограничения, введенные нами, точно учтены. Так, например, несколько превышена калорийность. В нашем случае это превышение не критично и является нормой в том случае, если учащийся занимается спортом, посещается спортивные секции.

В результате проделанной работы мы убедились, что с помощью математического моделирования, в частности линейных методов программирования можно самостоятельно разработать полноценное дневное меню, имеющее минимальную стоимость. В дальнейшем мы планируем разнообразить наше меню, включив другие наборы продуктов питания.

Список использованных источников:

1. *Методы оптимизации. Линейное программирование: учебно-методическое пособие [Электронный ресурс] / АлтГУ, Рубцовский ин-т (фил.); сост. А.С. Шевченко. – Электрон. текст. дан. (3,34 Мб). – Рубцовск: Рубцовский институт (филиал) АлтГУ, 2016*
2. *Основы рационального питания: учебное пособие / М. М. Лапкин [и др.] ; под ред. М. М. Лапкина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019 - 304 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" / ООО "Группа компаний ГЭОТАР". — [Москва]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452103.html>*

ФИНАНСОВАЯ ПОДУШКА БЕЗОПАСНОСТИ И КАК ЕЁ ФОРМИРОВАТЬ?

*Лахно Елизавета Романовна
Руководитель: Недолуга Ирина Александровна,
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

*Дело не в том, сколько денег вы
зарабатываете, а сколько денег вы сохраняете,
насколько эффективно они работают на Вас...
Роберт Кийосаки*

Финансовая подушка - это накопленная сумма денег, которая может помочь человеку, семье продержаться какое-то время в случае потери основных источников дохода. Она может сильно выручить во время финансовых затруднений, которые по закону подлости всегда возникают неожиданно и не вовремя. Если люди теряют источники дохода, которые кормили их и их семьи, то хорошо подстраховаться и заранее создать резервный фонд, который поможет безболезненно преодолеть такой период.

Впервые о необходимости иметь финансовую подушку безопасности я задумалась, когда закончила школу и захотела жить самостоятельно.

Надеюсь, что с моей семьёй и с моими друзьями не случится финансового ЧП, но начать формировать резервный фонд на непредвиденные случаи обязательно надо.

Достаточный размер накоплений очень индивидуален. Но обычно финансовые советники рекомендуют сформировать сумму, которой будет достаточно для жизни в течение 3-6 месяцев при стандартных тратах.

Как сформировать подушку безопасности? Самый простой способ — откладывать с доходов в периоды относительной стабильности. Главное — делать это регулярно и с любых заработков. Важно не ждать наступления лучших времен, а начинать откладывать при первых же возможностях. Как бы плохо ни шли дела, всё может быть ещё хуже. К счастью, верно и обратное.

Желательно заранее определить фиксированный процент, который будет откладываться со всех источников дохода (допустим, 10-30%), и придерживаться выбранного курса, пока резерв не будет сформирован, какие бы соблазны ни стояли на нашем пути к финансовой защите.

Например, при норме сбережений в 25% от дохода мы сформируем резерв на 6 месяцев за год при условии, что ещё 50% от дохода — это стандартные траты человека или семьи, а оставшиеся 25% — излишние траты, которые могут быть безболезненно сокращены в периоды финансовых трудностей.

Резервный фонд лучше не хранить в рискованных проектах, где вероятность потери средств очень высока. Никаких хайпов, форексов и прочих сомнительных вариантов «инвестиций».

Также отказываемся от вложений в высоковолатильные активы, где цена колеблется непредсказуемо и по очень широкому диапазону, поскольку деньги из подушки безопасности могут потребоваться именно в тот момент, когда цены будут находиться в своих нижних значениях. Например, в момент кризисов на фондовом рынке могут падать на 50-70% котировки акций даже очень успешных и стабильных корпораций. Не вкладываем деньги из подушки безопасности в то, что нельзя продать быстро. Какой смысл в «кубышке», если ей нельзя воспользоваться в момент острой необходимости?

Обратим внимание на консервативные инструменты с фиксированной и предсказуемой доходностью, например, депозиты в надёжном банке. Важно помнить, что цель подушки безопасности — это защита в трудные периоды, а не приумножение капитала.

Сформированная подушка это - приятное ощущение защищённости и хорошо проделанной работы. А затем можно сделать следующий шаг и обратить свой взор в сторону

разумных инвестиций, перейдя из статуса накопителей в статус инвесторов. После того как финансовая подушка безопасности сформирована, новые сбережения можно направлять в более рискованные и доходные инструменты, формируя свой инвестиционный капитал для более глобальных финансовых целей.

Для ознакомительной и просветительной работы со студентами-первокурсниками медицинского колледжа, с целью расширения знаний по финансовой грамотности математическими методами, рассмотрим задачу – личный пример формирования моей финансовой подушки безопасности.

Задача.

В 2022 году я задумалась над созданием финансовой подушки безопасности. За 3 бмесяцев (3года) я планирую получить 70 000 рублей. Для достижения своей финансовой цели я составила инвестиционный портфель, состоящий из 3-хпозиций. Чему равна реальная подушка финансовой безопасности, которую я сформирую к концу 2025 года?

Определим доходность моих вложений.

Структура моего инвестиционного портфеля следующая:

- 1) Банковский депозит на 50000 руб. под 4,5 % годовых с ежемесячной капитализацией процентов.
- 2) Банковский депозит на 300 долларов под 9 % годовых с ежегодной капитализацией процентов. Доллары покупались в 2022 году по цене 65,23 руб. за доллар. Курс доллара на конец 2025года – 79,7 руб. за доллар, по прогнозу Центробанка.
- 3) Пакет акций компании А в количестве 25 штук. Стоимость одной акции в 2022 году – 394,5 руб., стоимость акции в конце 2025 года –470,4руб.

Комиссионные банков по продаже и покупке валюты, размер выплаченных дивидендов по акциям не учитывать.

Дополнительная информация.

Инвестиционный портфель – набор инвестиций в различные инструменты, принадлежащий одному инвестору и сформированный в соответствии с определённой стратегией.

Вклад (депозит) – сумма денег, переданная человеком или организацией в банк с целью получения дохода. Банк проводит разные финансовые операции с этими деньгами, а за это вкладчик получает процентный доход.

Капитализация процентов–добавление процентного дохода предыдущего периода к накопленной сумме вклада, позволяющее начислять сложный процент (проценты на проценты).

Формула величины наращенной суммы депозита под сложный процент (капитализация процентов), выданный на некоторый срок:

$$SUM=X \times (1+p/m)^n,$$

Где X–начальная сумма вклада;

m – количество раз начисления процентов в течение года (m=1при ежегодной капитализации %, m=12 при ежемесячной капитализации %,m=365 при ежедневной капитализации %);

p–процентная ставка по вкладу/100;

n – количество периодов, в которых осуществляется капитализация (n=m× t при сроке депозита в годах (t)).

Доходность – показатель, отражающий величину увеличения капитала в процентах, или то, на сколько процентов увеличилась вложенная сумма.

$$\text{Доходность} = \frac{\text{прибыль}}{\text{сумма вложений}} \times 100\%$$

Акция – эмиссионная ценная бумага, закрепляющая права ее владельца на получение части прибыли акционерного общества в виде дивидендов, на участие в управлении акционерным обществом и на часть имущества, остающегося после его ликвидации.

Дивиденд – часть прибыли акционерного общества или иного хозяйствующего субъекта,

распределяемая между акционерами, участниками в соответствии с количеством и видом акций, долей, находящихся в их владении.

Депозитарий – профессиональный участник рынка ценных бумаг, осуществляющий услуги по хранению сертификатов ценных бумаг и/или осуществляющий услуги по учёту перехода прав собственности на ценные бумаги.

Решение.

1. Размер наращенной суммы депозита в рублях по окончании срока:

$$С_{Н1} = 50000 \times \left(1 + \frac{0,045}{12}\right)^{96} = 50000 \times 1,626 = 71\,618 \text{ рублей.}$$

2. Размер наращенной суммы депозита в долларах по окончании срока:

$$С_{Н2} = 300 \times (1 + 0,09)^3 = 10000 \times 1,267 = 388,5 \text{ евро.}$$

$$79,7 \times 388,5 = 30\,963,45 \text{ рублей.}$$

3. Стоимость акций компании А составила:

$$С_{Н3} = 470,4 \times 25 = 11\,760 \text{ рублей.}$$

4. Общая стоимость инвестиционного портфеля составила на момент закрытия:

$$С_{Н0} = 71\,618 + 388,5 + 11\,760 = 83\,766,5 \text{ руб., что превышает запланированную по финансовому плану величину накоплений.}$$

5. Определим доходность инвестиционного портфеля:

$$\text{Доходность} = \frac{\text{прибыль}}{\text{сумма вложений}} \times 100\%$$

Определяем сумму вложений:

$$50000 + 65,23 \times 300 + 394,5 \times 25 = 50\,000 + 19\,569 + 9\,862,5 = 79\,431,5 \text{ рублей.}$$

Доходность составит:

$$\frac{83\,766,5 - 79\,431,5}{79\,431,5} \times 100\% = 5,5\%$$

Ответ: 83 766,5 рублей; доходность портфеля за 3 года составила 5,5 %.

В подобных задачах на финансовое планирование важно обратить внимание на изменение курса валют и стоимости акций, возможность использования валюты и ценных бумаг, как инвестиционного инструмента. Так же следует обратить внимание, что инвестирование в ценные бумаги не обязательно ведет к получению дохода и иногда может принести убытки, как и инвестирование в другие инструменты и валюту.

Думаю, не стоит пренебрегать накоплениями и созданием финансовой подушки безопасности. Даже если в настоящий момент кажется, что можно обойтись и без нее, в сложных случаях она может серьезно упростить жизнь. Подушка формируется годами, и работу над её созданием лучше сделать своей привычкой. Хорошая привычка - регулярно откладывать хотя бы 5–10 % от своих ежемесячных доходов, ведь даже маленькое накопление лучше, чем ничего. Правила финансовой грамотности для создания подушки безопасности помогут нам эффективнее тратить деньги, более уверенно копить и продумывать дальнейшие действия, рациональнее относиться к своим финансам.

При создании подушки безопасности формируется финансовая дисциплина. Подушка безопасности, – спокойствие и уверенность в том, что временные финансовые трудности мы можем преодолеть. А еще это отличный тренажер навыков накопления денег. После создания финансового резерва не останавливайтесь, а продолжайте откладывать деньги только уже для формирования пассивного дохода и достижения финансовой независимости.

Список использованных источников:

1. Методические материалы учебного курса по финансовой грамотности для учащихся образовательных организаций среднего профессионального образования- Текст : электронный // [сайт]. - URL <https://fmc.hse.ru/spo1> (дата обращения 17.11.2022)
2. Финансовая грамотность : практикум для студентов вузов / науч. ред. Р. А. Кокорев. — Москва : Издательство Московского университета, 2021. — 79 с. : ил. ISBN 978-5-19-011700-4 (e-book)

3. Финансовая подушка безопасности: зачем нужна и как ее создать
- Текст:

электронный// Banki.ru[сайт]. -URL :<https://www.banki.ru/news/daytheme/?id=10967256>
(дата обращения 10.11.2022)

4. Финансы и безопасность- Текст: электронный // [сайт]. -
URL<https://sberegiplanetu.ru/categories/finansy-i-bezopasnost?>(дата обращения 12.11.2022)

МАТЕМАТИКА В ИСКУССТВЕ: РАЗВИТИЕ ТВОРЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ У СТУДЕНТОВ ПО ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «МАТЕМАТИКА»

Мещерякова Дарья Дмитриевна

Руководитель: Баева Ольга Анатольевна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

***Математику уже затем учить нужно,
что она ум в порядок приводит.***

М.В. Ломоносов

***Творчество – это, прежде всего, умение отказаться
от стереотипов мышления, подходов к делу,
только в этом случае можно создать что-то новое.***

И.Я. Лернер

Когда, вы слышите слово «творчество», какие образы приходят к вам? Мне представляются картины и памятники, книги и музыкальные произведения. Я посещаю выставки, слушаю музыку, гуляя по паркам, обращаю внимание на архитектуру. Сама же не очень умею рисовать и придумывать что-то новое. Я больше технарь, задача, большой пример, много действий, вот моя стихия. Мир чисел и формул – вот что окружает меня. Однажды на занятиях по математике, преподаватель рассказал нам, что математика связана с разными сферами деятельности в жизни и дала задание придумать историю о вымышленных математических героях по теме: «Логарифмические функции». Для меня это задание оказалось достаточно сложным, но я его выполнила. Впервые я проявила свои творческие способности и именно в математике. Мне захотелось больше узнать, как можно развиваться с помощью математики – творчески.

Сначала я решила изучить литературу и узнать, в каких областях искусства применима математика.

В своих творениях архитекторы должны совместить функциональность, красоту, гармоничность, комфортность, экономичность и долговечность. В этом им и помогают знания математики. Например, для измерения площади земельного участка, архитектору необходимы знания формулы расчета площади и, конечно же, единиц измерения. Кроме того, он должен знать аналитическую геометрию и математический анализ, основы высшей алгебры и теории матриц, владеть методами математического моделирования и оптимизации. В конечном счете, все это многократно оправдывает себя в процессе самостоятельной работы. Не случайно при подготовке архитекторов за рубежом большое внимание уделяется математической подготовке и владению компьютером.

Известно, что еще в древности основу скульптуры составляла теория пропорций. Отношения частей человеческого тела связывались с формулой золотого сечения. Скульпторы утверждают, что талия делит совершенное человеческое тело в отношении

“золотого сечения”. Так, например, знаменитая статуя Аполлона Бельведерского состоит из частей, делящихся по золотым отношениям. Великий древнегреческий скульптор Фидий часто использовал “золотое сечение” в своих произведениях. Самыми знаменитыми из них были статуя Зевса Олимпийского (которая считалась одним из чудес света) и Афины Парфенос. [2]

Все в живописи состоит из фигур. Круг, овал, квадрат, прямоугольник, треугольник. Все, что вы хотите нарисовать, можно разбить на простые фигуры. Если же нужно рисовать в объеме, помогут геометрические тела – цилиндр, конус, шар и другие. Леонардо да Винчи известен, прежде всего, как великий художник. Но он был разносторонним человеком, занимался математикой, физикой, химией, машиностроением, военной техникой, архитектурой. И во всех этих науках Леонардо добился успехов. Этот человек полон загадок, многие из которых до сих пор остались тайной. Леонардо да Винчи был убежден в единстве живописи и математики.

Теорию музыки нельзя представить без математики: длительность нот и пауз, музыкальный размер, ритм, темп – всё это имеет прямое отношение к математике. Без знания математики невозможно сыграть ни одну мелодию. Что же касается нотной записи, то здесь без математических знаний не обойтись! Математика важна и в процессе обучения игры на каком-либо инструменте. [3]

Развитие творческих способностей и развитие личности – это взаимообусловленные процессы. Без развития творческих способностей не может происходить развитие личности.

Влияние творческих способностей на саморазвитие личности весьма значимо:

- активизируется самопознание;
- человек проявляет свою уникальность;
- повышается результативность и качество его деятельности становится

привлекательной и желанной. [1, с. 15]

В своей работе, мы бы хотели рассмотреть различные виды заданий. С помощью, которых можно способствовать развитию творческих способностей на занятиях математики.

При изучении педагогической литературы мы выявили, что проблемой творческих способностей занимались педагоги, такие как В.А. Крутецкий, Б.М. Теплов, Линькова Н.П и др.

В. А. Крутецкий в своих работах различал способности разного уровня – *учебные и творческие*. Учебные способности связаны с усвоением уже известных способов выполнения деятельности, приобретением знаний, умений и навыков. Творческие способности связаны с созданием нового, оригинального продукта, с нахождением новых способов выполнения деятельности. С этой точки зрения различают способности к усвоению, изучению математики и творческие математические способности. [1, с. 35]

Творчество — умственный процесс свободной реализации мысли во внешнем мире, в том числе с помощью инструментов и внутренних ощущений человека, представляющий для него или для окружающих интерес и имеющий эстетическую ценность. [4]

Под творческим заданием по математике понимаются такие как:

- составить задачу,
- сделать рисунок к задаче,
- сыграть в головоломку «Танграм»,
- решить задачу со спичками,
- придумать обратную задачу,
- составить задачу по картинке, схеме;
- поставить вопрос к задаче,
- составить задачу на основе объекта из реального окружения,
- составить пример с данными числами,
- составить из данных геометрических фигур новую фигуру или узор,
- составить магический квадрат,

- восстановить недостающие числа в равенстве,
- изменить вопрос так, чтобы задача решалась двумя способами,
- придумать вопрос к задаче,
- составить задачу с излишними или недостающими данными
- из чисел составить выражение...[5, с. 121]

Для развития творческих способностей можно использовать:

- эксперименты,
- составление сказок, рассказов, кроссвордов,
- кластеры,
- участие в викторинах и олимпиадах,
- презентации-проекты,
- нестандартные уроки.

Современные ученые определили, что творчество не дано человеку от природы, а приобретает им в процессе обучения и воспитания. Там, где начинается самостоятельный поиск новых решений, предполагаются новые, оригинальные пути поиска, современные и рациональные способы решения теоретических и практических задач, там и начинает развиваться истинное творчество студента.

Список использованных источников:

1. Крутецкий В.А. Психология математических способностей школьников. –М. Воронеж: Институт практической психологии, 2019. Текст: непосредственный.
2. Волошинов А.В. Математика и искусство. -М.: Просвещение, 2020. Текст: непосредственный.
3. Чепракова Е., Липкина Т. Присутствие красоты / Чепракова Е. -Текст: непосредственный. // Математика в школе. Научно-теоретический и методический журнал МО РФ. – М.: «Школьная пресса», 2021.
4. Википедия, свободная энциклопедия: сайт. – URL: <https://ru.wikipedia.org> (дата обращения: 09.01.2023).
5. Гин С. И. Развитие творческих способностей на уроках математики: сайт. – URL: <https://trizway.com/art/primary/tvorcheskie-sposobnosti-na-urokakh-matematiki.html>. (дата обращения: 03.02.2023). – Текст: электронный.

УДИВИТЕЛЬНАЯ ГОЛОВОЛОМКА ФЛЕКСАГОН

*Соломатина Марианна Евгеньевна
Руководитель: Шайагзамова Комила Олимовна
ГБПОУ "Волгоградский техникум водного транспорта
имени адмирала флота Н.Д. Сергеева", Волгоград*

Порой математика бывает так скучна, что вот, вот и произойдет взрыв мозга. Эти бесконечные формулы, уравнения, неравенства, задачи... не видно края в конце туннеля. Поэтому нужно не упускать случая делать математику немного занимательной. Элементы игры, который делает занимательную математику занимательной, может иметь форму головоломок, состязания, фокуса, парадокса, ошибочного рассуждения или обычной математической задачи с «секретом», что, несомненно, можно отнести к прикладной математике, ибо отвечает извечной человеческой потребности в игре. [1, 7]

Книга известного популяризатора науки Мартина Гарднера «Математические головоломки и развлечения» содержит множество занимательных задач и головоломок из самых различных областей математики. Разнообразие используемых Гарднером форм поистине удивительно: от кратких творческих портретов классиков занимательной

математики до фокусов, основанных на использовании того или иного математического принципа, от хитроумных головоломок до задач «на смекалку» математических игр. [1, 6]

Занимательная математика помогает людям, далеким в своей повседневной жизни от математического мышления, постичь дух истинной математики. Занимательная математика пробуждает наблюдательность, умение логически мыслить, веру в свои силы. С помощью удивительной головоломки Флексагон, хочу показать, что математика разноплановая наука, она удивительна, необычайна. Флексагоны относятся к числу самых замечательных топологических моделей-головоломок.

Цель данной работы является изучить мир флексагонов.

Задача: познакомиться с методикой изготовления флексагонов.

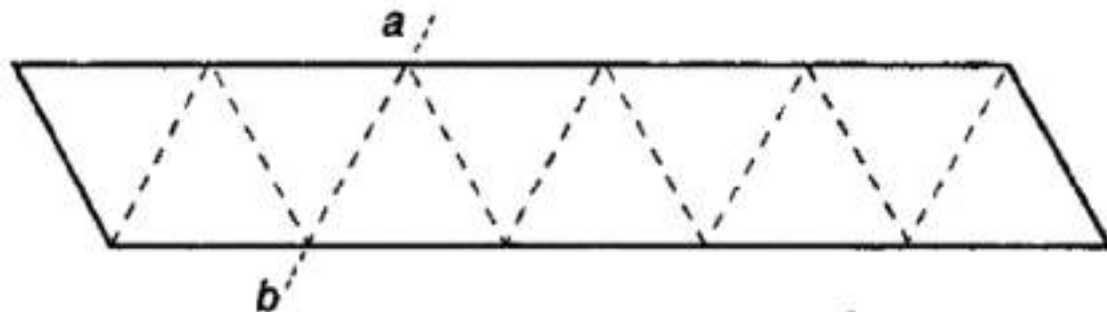
Флексагоны – это многоугольники, сложенные из полосок бумаги прямоугольной или более сложной, изогнутой формы, которые обладают удивительным свойством: при перегибании флексагонов их наружные поверхности прячутся внутрь, а ранее скрытые неожиданно выходят наружу [1, 10]

Название «флексагон» происходит от соединения английского слова с греческим: «флекс» - по-английски «гнуть», «сгибать», «складывать», «гония» - по-гречески «угол». «Флексагон» можно перевести как «гнущийся гибкий (много)угольник». [3, 121]

Первый флексагон был разработан в 1939 году, 23-летним аспирантом из Англии Артуром Х. Стоуном, изучавшего математику в Принстоне. Он обрезал листы американского блокнота под английский размер. Из отрезанных полосок бумаги он начал собирать разнообразные фигуры и... одна из этих фигур раскрывалась при складывании пополам так, что видимой становилась совсем другая поверхность. Так был открыт флексагон, с тремя поверхностями. За ним немедленно последовали и другие фигуры: Стоун и его друзья организовали целый «Флексагонный комитет». Их достижения стала Полная Математическая Теория Флексагонов, которая указывала способ построения флексагонов для любого заданного числа сторон. [2, 14]

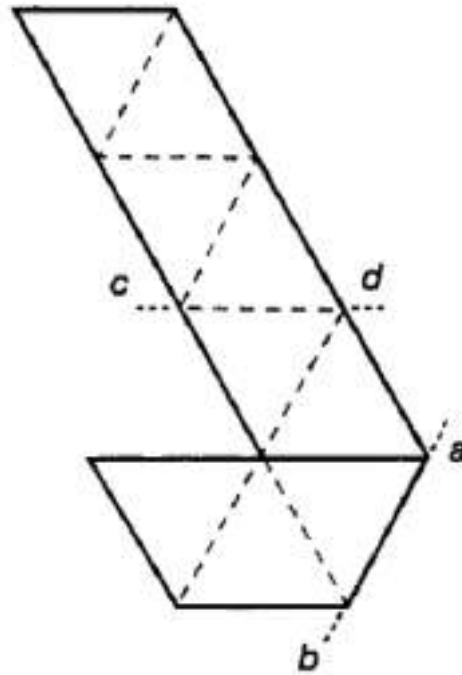
Постоянные модели были названы гексафлексагонами: «гекса» - из-за шестиугольной формы, «флексагонами» - из-за их способности складываться. [1, 11]

Для того чтобы сделать флексагон нужно вырезать полоску бумаги шириной 6 см, и на полоске разметить 10 равносторонних треугольников (рис. 1).



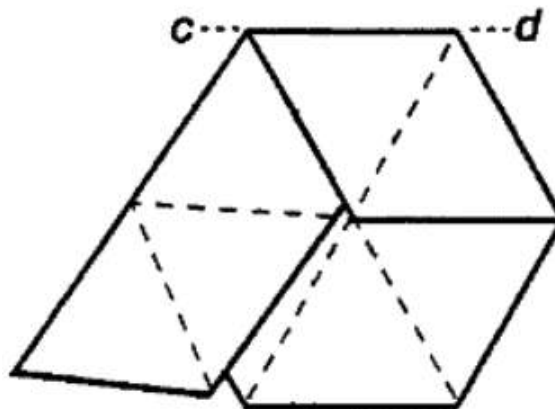
(рисунок 1)

Полоску перегибают по линии ab и переворачивают (рис. 2).



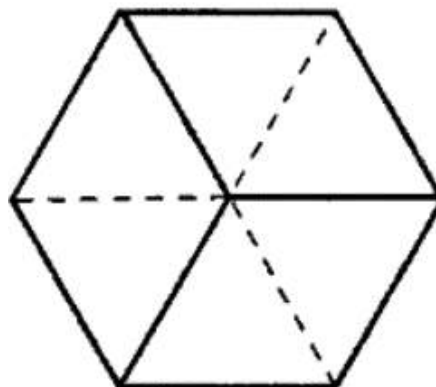
(рисунок 2)

Перегнув полосу еще раз по линии cd , расположим ее концы так, чтобы предпоследний треугольник оказался наложенным на первый (рисунок 3).



(рисунок 3)

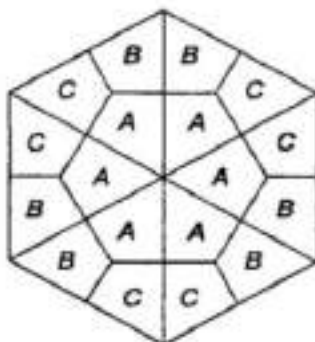
Последний треугольник нужно подогнуть вниз и приклеить к оборотной стороне первого треугольника (рисунок 4).



(рисунок 4)

Существует множество способов раскраски флексагонов, которые приводят к интересным головоломкам и самым неожиданным зрительным эффектам. Если каждую

поверхность разделить на части как показано на рисунке 5, и выкрасить области А, В и С в различные цвета, то в центре видимой поверхности могут появиться и области А (именно этот случай и показан на рисунке 5), и области В, и области С. [1, 16]



(рисунок 5)

На рисунке 6 изображен геометрический узор, который, будучи нарисован на одном развороте флексагона, появляется на двух других разворотах, каждый раз принимая иной вид.



(рисунок 6)

Данная тема вызвала интерес у всех учащихся моей группы. Мы вместе с группой попробовали изготовить гексафлексагон, флексагон. Работа над флексагонами была очень занимательна и увлекательна. Мы познакомились с ранее неизвестными для нас видами флексагонов, увидели математику совершенно другой неизвестной, но с занимательной стороны. Например, при изготовлении гексафлексагона нужно чертить правильные треугольники. Флексагон это математическая головоломка. Очень увлекательная, забавная игрушка, обладающая удивительными свойствами.

Флексагоны способствуют развитию творчества и логического мышления. Изготовление моделей флексагонов требует аккуратности, четкости в чертежах, умений строить равносторонние треугольники.



Список использованных источников:

1. Гарднер М. Математические головоломки и развлечения: 2-е изд., испр. и дополн. / Пер. с англ. – М.: «Мир», 1999. – 447 с.
2. Журнал Квантик для любознательных. № 4, апрель. – М.: МЦНМО, 2012. - 19 с.
3. Наука и жизнь. Психологический практикум. Тренировка геометрического воображения и умения мыслить логически. Флексагоны.

ЧИСЛА В СКАЗКАХ

Тажикенова Айна Аскатовна

Руководитель: Григорьева Наталия Сергеевна

Волжский филиал ГАПОУ " Волгоградский медицинский колледж", г. Волжский

Математика – настоящее волшебное царство...А цифры, числа, геометрические фигуры, если вы сильно захотите, могут превратиться в удивительные сказочные персонажи.

Нас заинтересовала эта тема, и мы решили провести исследование

Цель работы: выяснить, какое значение имеют числа в сказках, случаен ли их выбор.

Задачи: изучить литературу о числах; проанализировать наличие чисел в сказках; провести анкетирование "несут ли числа определенный смысл"?

Объект исследования: народные сказки.

Предмет исследования: числа в сказках.

Гипотеза: выбор чисел в сказках не случаен, сказки помогают лучше понять различные математические свойства и правила.

Методы исследования: изучение литературных источников, анкетирование, анализ.

С древних времен и в наше время многие люди верили и верят в счастливые и несчастливые числа, например, боятся числа 13 и верят в удачу 3 и 7. Вера в счастливые и несчастливые числа восходят к временам, когда только возникал счет. Люди не имели общих чисел для всех предметов, а существовали разные обозначения для каждого числа в зависимости оттого, что считали: один счет был для камней, другой для рыб и т.д. Лишь постепенно люди стали разделять числовые понятия и конкретные вещи. Это привело к тому, что числу стало приписываться магическое значение, оно представлялось в виде какого-то таинственного духа, который может приносить счастье или несчастье.

В данной работе рассмотрены три числа наиболее часто встречающихся в сказках – 3, 7 и 13.

Таинственное число три! В культурной традиции всех народов мира тройка занимает почетное место. На Руси число 3 всегда было особенным: три богатыря, три желания, тридевятое царство и т. д. Вспомним народные выражения, где используется число три: "в трех соснах заблудиться", "с песней хоть за три моря", "обещанного три года ждут", "Бог, как известно, любит троицу", "плакать в три ручья", "согнуться в три погибели", "наврать с три короба", "три желания", "три попытки", "три испытания", "три брата" "дракон с тремя головами"... Эти словесные обороты существуют многие века, не теряя популярности в народной речи.

Тройка – небесное число, символизирующее душу. Это – число удачи. В христианстве: Святая Троица: Отец, Сын и Святой Дух; единство тела и души в человеке и Церкви. Три ипостаси – это догмат троицы, что является отличительной особенностью христианства от ислама и иудаизма. Поэтому число "3" - это священное число Христианства.

"Три" - любимое число человечества. Вся эстетика охотно прибегает к троичности. Для уяснения хода событий мы часто разделяем их время на три части.

Таинственное число семь! Каким его только не считают: и священным, и божественным, и счастливым. Так относятся к нему англичане, французы, итальянцы, русские, почитают индусы, арабы, турки и другие народы. Почиталось оно за много лет до нашей эры, в средние века, почитают его и сегодня. То, что 7 – число особое, люди считали

очень давно. Еще древние охотники, земледельцы и скотоводы наблюдали за небом. Их внимание всегда привлекало созвездие Большой Медведицы – изображения семи звезд этого созвездия часто встречаются на древнейших изделиях.

Число 7 фигурирует во многих легендах. Например, в Древнегреческом мифе о Минотавре, которому ежегодно приносили в жертву 7 юношей и 7 девушек. В легенде о смертной женщине Ниобе, дерзнувшей оскорбить богиню Латону, упоминается о 7 сыновьях и о 7 дочерях Ниобы. Число 7 считали священным числом бога Аполлона – покровителя искусств [3, с. 6].

В исламе говорится о семи небесах. Попадающие на седьмое небо испытывают высшее блаженство. В браминском и буддийском верованиях и богослужениях число семь также священно. От индусов пошел обычай дарить на счастье семь слоников – фигурок из кости, дерева или другого материала.

Христианство, как и другие религии, богато упоминанием числа семь. В священных книгах мы находим, например, такие слова: "...и прошло семь лет изобилия... и наступили семь лет голода", "и насчитай себе семь субботних лет семь раз по семи лет, чтоб было у тебя в семи субботних годах сорок девять лет...", "через семь дней воды потока пришли на землю".

А теперь о другом поверье – числе 13, "чертовой дюжине". Для некоторых людей нет страшнее дня, чем пятница тринадцатое. Нельзя сказать точно, как и когда именно появилось это суеверие. Еще задолго до двадцатого века число 13 считалось неудачным, пятница тоже считалась неудачным днем, но никакой связи между ними не было.

Удивительно, но иногда суеверия, связанные не столько с пятницей тринадцатого, сколько с самим числом "13", доводятся до абсурда. Например, в Британии многие хирурги отменяют назначенные на пятницу тринадцатого операции. В кинотеатрах отсутствует кресло под номером 13. В США во многих домах нет тринадцатого этажа.

В древней Руси были возведены храмы с тринадцатью куполами – Первый Софийский в Новгороде, Полоцкий и Киевская София, однако несчастливыми они не считались.

Ну а теперь, о числах в русских народных сказках.

Впервые с числами мы встречаемся в самом раннем детстве, когда читаем свои первые сказки. Каждый человек в раннем детстве слушал сказки. Сказки – это настоящая бытовая энциклопедия прошлого, настоящего, и даже, возможно, будущего.

"Теремок". 7 зверей заселялись в Теремок: муха, комар, мышка, лягушка, заяц, лиса, волк. Медведь – 8-й – развалил Теремок.

"Иван-крестьянский сын и чудо-юдо". У старика со старухой было **три** сына; Иван – крестьянский сын, с одного размаху сшиб **три** головы чуду-юде; затем еще последние **три** головы [2, с. 89].

"Царевна – лягушка". В старые годы у **одного** царя было **три** сына; на пире **одна** кость царю в глаз попала; парню нужно было ждать **три** дня, чтобы царевна стала его, а затем искать за **тридевять** земель, в **тридесятом** царстве, у Кощея Бессмертного.

"Три медведя". Одна девочка ушла из дома в лес, забрела в домик, в нем было **две** комнаты, где жили **три** медведя. Девочка вошла в первую комнату и увидела на столе **три** чашки с похлебкой. **Первая** чашка, очень большая, была Михайлы Ивановича. **Вторая** чашка, поменьше, была Настасьи Петровны; **третья**, синенькая чашечка, была Мишуткина. Девочка захотела сесть и видит у стола **три** стула: один большой – Михайлы Ивановича; другой поменьше – Настасьи Петровны, а **третий**, маленький, с красненькой подушечкой – Мишутки. Также в домике стояли **три** кровати.

"По щучьему веленью". Жил-был старик. И было у него было **три** сына: **двое** умных, а **третий** – дурачок Емеля.

"Хаврошечка". Было у хозяйки **3** дочери: **Одноглазка**, **Двухглазка** и **Трёхглазка**. **3** раза засыпала Хаврошечка [1, с. 54].

"Илья Муромец". Коня **3** месяца кормил пшеницей, через **3** зари выгуливал коня на шёлковом поле. В дремучем лесу был дуб в **3** обхвата, **30** богатырей и **30** коней. Святобогатырь спал **300** лет. Илья Муромец в Киеве прожил **200** лет.

Проанализировав только малую часть русских народных сказок, можно убедиться в том, что самым распространённым числом является "3". Число "3" издревле считали магическим. В сказках всегда желания выполняются только на третий раз.

Великий русский поэт А.С. Пушкин тоже использовал в своих произведениях числа.

"Сказка о рыбаке и рыбке". Старик со старухой много лет прожили вместе:

"Они жили в ветхой землянке

Ровно **тридцать** лет и **три** года..."

Три раза старик кидал в море свой невод.

"Раз он в море закинул невод, —

Пришел невод с одной тиной,

Он в другой раз закинул невод, —

Пришел невод с травой морской,

В **третий** раз закинул он невод, —

Пришел невод с **одной** рыбкой,

С непростою рыбкой — золотой..."

"Сказка о царе Салтане". Только желание **третьей** девицы родить для батюшки-царя богатыря "полюбилося" царю, подслушивавшему речь девиц... Через **3** дня, как пустили бочку с матерью и с младенцем в океан, царевич и царица стали княжить в городе, подаренном им лебедем... Чтобы царевич смог попасть в царство Салтана, **3** раза лебедь превращает его в насекомое.

Три раза выручает лебедь царевича, подарив ему чудеса.

Второе чудо:

"И очутятся на берегу,

В чешуе, как жар горя,

Тридцать три богатыря".

Пожелав жениться на царевне, был готов

"За царвною прекрасной

Он пешком идти отсель

Хоть за **тридевять** земель".

Превращенный в насекомое, **три** раза ужалил царевич **трех** злодеек-обидчиц.

"Сказка о мёртвой царевне и о семи богатырях". **Три** раза обращается к своему зеркалу злая царевна:

"Свет мой, зеркальце! Скажи

Да всю правду доложи:

Я ль на свете всех милее,

Всех румяней и белее?"

Елисей в своих поисках **три** раза обращается за помощью: к красному солнцу, к месяцу ясному, к ветру буйному.

После смерти царевны богатыри "ждали **три** дня, но она

Не восстала ото сна".

"**Семь** богатырей, **семь** румяных усачей".

В приданое царевне было дано "**семь** торговых городов

Да **сто сорок** теремов".

После смерти царевны богатыри

"гроб её к **шести** столбам

На цепях чугунных там

Осторожно привинтили

И решёткой оградили".

Примеров можно привести бесчисленное множество [4, с. 5].

Изучая данную тему, был проведён опрос 25 студентов Волжского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж". Респондентам было задано 4 вопроса:

1. С какими числами ты чаще всего встречался в русских народных сказках?
2. Когда в сказках даётся испытание главному герою, то чаще, с какой попытки он справляется?
3. Сколько даётся испытаний главному герою чаще всего?
4. Считаешь ли ты, что числа в русских народных сказках несут определенный смысл?

На первый вопрос все 25 человек ответили 3, 7 и 9.

На второй вопрос: 20 человек считают, что с третьего, остальные 5 человек – с 1 раза.

На третий вопрос: 24 человека ответили 3, а 1 человек 1 раз.

На четвертый вопрос: 18 человек думают, что да, несут смысл, а 7 человек – нет.

Изучая результаты опроса, можно сделать следующие выводы: студенты были правы в том, что цифры 3 и 7 встречаются в сказках очень часто и большинство понимают: в числах есть смысл.

Выполняя данный проект, мы вновь вспомнили русские народные сказки, сказки А. С. Пушкина. Русский народ, создавший сказки, выбирал числа не случайные, а те, что имели магическое значение. В сказках можно встретить все числа от 1 до 10. Они встречаются не только в названиях, но и в их содержании. Такими наиболее часто употребляемыми числами стали числа три и семь.

Тем самым, наша гипотеза подтвердилась: выбор чисел в сказках не случаен. С помощью сказок можно быстрее и легче запомнить некоторые математические законы.

Список использованных источников:

1. Афанасьев, А. Н. *Собрание русских народных сказок* / А. Н. Афанасьев. – Москва : Белый город, 2009. – 192 с. – ISBN978-5-7793-1574-6. – Текст : непосредственный.
2. *В гостях у сказки. Русские народные сказки.* – Смоленск: Русич, 2010. – 320 с. – ISBN978-5-8138-0622-3. – Текст : непосредственный.
3. Панов, В. Ф. *Математика древняя и юная* / В. Ф. Панов ; под редакцией В. С. Зарубина. – 2-е изд. – Москва : Издательство МГТУ им. Н. Э. Баумана, 2006. – 648 с. – ISBN 5-7038-2206-8. – Текст : непосредственный.
4. Пушкин, А. С. *Сказки* / А. С. Пушкин ; под редакцией В. Рябченко. – Москва : Оникс, 2018. – 144 с. – ISBN978-5-4451-0569-5. – Текст : непосредственный.
5. *Старт в науке : сайт.* – Москва, 2023. – URL: <https://school-science.ru> (дата обращения: 23.01.2023). – Текст : электронный.

МАТЕМАТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ В ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

Аксенова Екатерина Викторовна

Руководитель: Линченко Лариса Николаевна,

ГБПОУ "Жирновский педагогический колледж", г. Жирновск

Часто можно услышать такую фразу: «Ой, да что эта математика! Сухая наука. Выучил формулу - и решаю задачи! Не то, что литература. Вот где красота и гармония». Но мы забываем о том, что именно математика подарила нам такие слова как гармония, симметрия, пропорция. Каждому искусству присуще стремление к стройности, соразмерности, гармонии. Природа совершенна, и у нее есть свои законы, выраженные с помощью математики и проявляющиеся во всех искусствах. Как можно говорить о сухости математиков, если многие из них были поэтами, писателями? Как верно заметил Александр Блок, сама истинная поэзия, сами «настоящие стихи - это математика слова».

Мы считаем интересным узнать сходства между математикой и литературой. Актуальность выбранной темы - увидеть за словом число, за сюжетом - формулу и

доказать, что художественная литература существует не только для литераторов, как и математика не только для математиков. Цель исследования: поиск математических задач в художественной литературе, их решение, математическое и жизненное объяснение. Объектом исследования являются математические задачи в произведениях художественной литературы. Гипотеза: в своей работе мы попытаемся показать, что в некоторых литературных произведениях присутствует математическая логика, но встречаются и математически неправильно решенные жизненные задачи. Изучая литературные источники по теме исследования, нами установлено, что многие русские писатели увлекались математикой. Во времена А.С. Пушкина в литературные журналы помещали математические статьи, и это было обычным явлением. Как это ни странно, в то время среди писателей существовала своего рода мода на математику. Русский писатель Н.В. Гоголь в 1827 г. не только выписывал «Ручную математическую энциклопедию» Перевозчикова, но даже изучал ее. В библиотеке А.С. Пушкина имелись два сочинения по теории вероятностей, одно из которых представляет собой знаменитый труд великого французского математика и механика Лапласа «Опыт философии теории вероятностей», вышедшей в Париже в 1825 г. Для М.Ю. Лермонтова математика была не только наукой, которую «проходят» в военных учебных заведениях. Поэт много занимался ею для себя. Сохранившиеся воспоминания современников Лермонтова донесли до нашего времени факты, которые подтверждают, что юный поэт владел математикой значительно лучше большинства своих знакомых. Как известно, великий русский писатель Л.Н. Толстой организовал в своем имении Ясная Поляна школу для крестьянских детей и сам преподавал в ней. Для учащихся он написал и издал «Азбуку», в которой есть раздел «Арифметика». В прошлом веке выдающийся математик и писатель Софья Ковалевская на вопрос, как она совмещает две профессии, ответила: «Я понимаю, что вас удивляет, что я могу одновременно заниматься литературой и математикой. В сущности, математика - это наука, требующая фантазии, что нельзя быть математиком, не будучи в тоже время поэтом в душе. Мне кажется, что поэт должен видеть, что не видят другие, видеть «глубже» других. И это же должен математик». Эти слова подтверждение того, что многие поэты и писатели любили математику.

Грамотное использование математических фактов делает художественное произведение достоверным и реальным. В некоторых художественных произведениях встречаются математические задачи, на которые обычно не обращают внимания, так как они для читателя не главные. И сами авторы часто рассматривают математическую задачу как деталь, фон, эпизод своего повествования. Но если читатель любитель математики, от него такая задача не ускользнет! Он не упустит случая разобраться, что это там предложил автор: разрешима задача или нет. Перейдем к конкретным примерам.

Давайте вспомним произведение А.С. Пушкина «Сказка о царе Салтане и тридцати трёх богатырях». Попытаемся доказать, что сказка о царе Салтане именно сказка, а не быль. Допустим, сказка о царе Салтане — это быль, и всякое высказывание в ней истинно. Рассмотрим, как корабельщики рассказывают царю Салтану про чудо - явления тридцати трех богатырей:

«Расплеснется в скором беге —
И останутся на бреге
Тридцать три богатыря,
В чешуе златой горя,
Все красавцы молодые,
Великаны удалые,
Все равны, как на подбор;
Старый дядька Черномор
С ними из моря выходит
И попарно их выводит».

Итак, на берег из моря выходят 33 молодых богатыря и старый дядька Черномор, который выводит их парами, то есть по двое. Но 33 на 2 не делится, следовательно, поэтическое описание оказывается ложным, невозможным с точки зрения арифметики. Отсюда следует, что произведение Александра Сергеевича Пушкина действительно является сказкой.

Неужели поэт ошибся? Получается так, что наш великий поэт допустил элементарную математическую ошибку и не заметил, что 33 нельзя разделить нацело на 2? Конечно, нет! Почти шесть лет Пушкин обучался в Императорском Лицее, который принадлежал к числу учебных заведений с энциклопедической программой обучения и воспитания. Известно, что лицеистов в классе рассаживали в соответствии с успехами в учении: чем ниже успеваемость воспитанника, тем дальше от кафедры он должен был садиться. Позже, спустя несколько лет, когда Пушкин вновь посетил Лицей, один самый смелый воспитанник спросил поэта - за что, учитель математики отправил его за самую последнюю парту? Пушкин с улыбкой ответил: «Я не мог 33 разделить на 2!» Деление у юного Александра никак не получалось. Это был именно тот день, когда учитель сказал ему: «Ступайте, Пушкин, на место! И продолжайте лучше сочинять свои стихи!..» Возможно, историю о том неудавшемся делении в лицее и зашифровал поэт в сказке о тридцати трех богатырях, выходящих из моря парами.

Читая произведения Пушкина, мы находим применение геометрии. А.С. Пушкин писал: «Вдохновение нужно в геометрии не меньше, чем в поэзии». Кому не известны следующие пушкинские строки из поэмы «Руслан и Людмила»:

*У лукоморья дуб зеленый
Златая цепь на дубе том.
И днем и ночью кот ученый
Все ходит по цепи кругом.*

А задумываемся ли мы над тем, какую линию описывает кот при своем движении? На первый взгляд может показаться, что если кот ходит по цепи кругом, то при таком движении описывается окружность. Но это неверно. Ведь цепь все время наматывается или сматывается с дуба так, что она натянута и образует касательные к окружности ствола. Ее концы при этом описывают сложную геометрическую кривую. Так что кот не зря назван Пушкиным «Ученым»: он знаком с этой геометрической кривой.

Обратимся к произведению И.С. Тургенева «Муму». «...Из числа всей ее челяди самым замечательным лицом был дворник Герасим, мужчина двенадцати вершков роста, сложенный богатырем и глухонемой от рождения». Выясним, не пренебрег ли писатель математическими расчетам, описывая рост Герасима. Зная соотношения между старорусскими мерами длины и современными вычислим рост Герасима. 1 вершок = 4,5 см, 12 вершков = 54 см. Получается, рост Герасима равен 54 см. Но рост младенца в среднем составляет 51-53 см. Какой же Герасим тогда богатырь? Дело в том, что раньше указывали лишь число вершков, на которое он превышал два аршина. Аршин — старорусская единица измерения длины. 1 аршин = 72 см. 2 аршина = 144 см, Значит 144 см + 54 см = 198 см. При повторном вычислении получили: рост Герасима был 1м 98см, т.е. Герасим высокий человек, богатырь, как и сказано в произведении «Муму». Автор в этом произведении привел достоверные данные, и они не лишены логики.

Рассмотрим задачу от Григория Остера «38 попугаев». Нам всем хорошо известна история о том, как главные герои Попугай, Мартышка и Слононок измеряли рост Удава. Они выяснили, что он составляет 38 попугаев, 5 мартышек или 2 слоненка. А так ли это на самом деле? На самом деле, средний рост попугая = 22см, мартышки = 77см, слона = 335см, а длина удава = 10м. Выполнив несложные вычисления, получим, что оказывается в жизни длина 1 удава = 45 попугаям ($1000: 22=45$), равна 13 мартышкам ($1000: 77= 13$) и равна 3 слонам ($1000: 335 = 3$). Автор в этом произведении пренебрег точными математическими данными.

Обратимся к басне И.А.Крылова «Лебедь, рак и щука»:

Однажды Лебедь, Рак да Щука

Везти с поклажей воз взялись

И вместе трое все в него впряглись;

Из кожи лезут вон, а возу все нет ходу!

Поклажа бы для них казалась и легка:

Да Лебедь рвется в облака,

Рак пьтится назад, а Щука тянет в воду.

Кто виноват из них, кто прав - судить не нам;

Да только воз и ныне там.

Рассмотрим содержание басни, как геометрическую задачу. В ней находим сложение векторов движения лебедя и щуки по правилу параллелограмма. Диагональ параллелограмма будет суммой двух векторов. Вектор движения рака будет направлен в противоположную сторону, значит, сумма этих векторов будет равна 0. Поэтому воз не двинется с места. Замысел автора басни оказался верен!

В работе приведено лишь несколько примеров огромного разнообразия математических задач, которые встречаются в литературных произведениях.

Обзор литературы показал, что знания по математике нужны не только математикам, но и писателям и поэтам. В художественных произведениях можно заметить «руку математика». На страницах книг содержится много загадок, а иногда автор дает и отгадку. Авторы, используя в своих произведениях математические данные, не просто дают готовые знания и выдают математические секреты, а предлагают читателю подумать и дают «пищу» для размышления. А разве книга не должна давать читателю пищу для ума? Любая книга откроет свои тайны тому человеку, кто умеет смотреть и видеть, тому, кто умеет удивляться и воспринимать новое, тому, кто умеет сам добывать знания и отвечать на интересующие его вопросы.

Математика и литература не так далеки друг от друга, как многие думают. Искусство и наука требуют фантазии, творческой смелости, зоркости в наблюдении различных явлений жизни. Служение науке многие математики представляют себе неотрывным от служения литературе. Поэт должен видеть то, чего не видят другие, видеть глубже других. А это должен видеть и математик.

В исследовательской работе раскрыты факты счастливого соединения художественного и математического таланта, наблюдаемого у некоторых людей. Читая художественные произведения, мы встречаем в них элементы математики. Подводя итог, можно с уверенностью сказать, что математика и литература – это вечные науки. С древнейших времен известно, что математика учит правильно и последовательно мыслить, логически рассуждать. Не менее важна и литература, позволяющая человеку выражать свои мысли, чувства, эмоции. Только в тесной взаимосвязи этих наук человек будет чувствовать себя спокойно, уверенно, комфортно в этом огромном мире загадок.

Список использованных источников:

1. Глейзер, Г.И. История математики в школе, IV – VI классах, изд. Просвещение, М., 1981. – 240 с.
2. Депман, И.Я., Виленкин, Н.Я. За страницами учебника математики, изд. Просвещение, М., 1996. – 320 с.
3. Козлов, С.: приложение «Математика» к газете «Первое сентября» [Текст] / - 2009, №18, с. 2-3.
4. Перельман, Я. И. Занимательная арифметика. [Текст] / Я. И. Перельман. Екатеринбург: Тезис, 1994. –293 с.
5. Перельман, Я. И. Занимательная геометрия. [Текст] / Я. И. Перельман. Екатеринбург: Тезис, 1994. – 288 с.
6. Пушкин, А.С. Сочинения в 3-х томах, Санкт - Петербург: Золотой век, Диамант, 1997. – 506 с.

РОЛЬ МАТЕМАТИКИ В ПРОФЕССИИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Аскарлов Константин Дмитриевич

Рычагова Дарья Александровна

Руководитель: Гончарова Наталия Васильевна

Камышинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин

Важную роль в современном мире играет медицина. В зависимости от уровня её развития, зависит наше здоровье и продолжительность жизни. Однако, без математических знаний невозможно представить качественную медицину. В данной работе постараемся определить роль математики в профессии медицинского работника.

Математика в медицине позволяет более точно проводить расчеты и исследования, ускорять процесс и качество лечения, и так как ошибочное лечение может навредить человеку либо даже подвергнуть к летальному исходу, математика разрешает вести все исследования первоначально на бумаге, а не во время лечения.

Трудно перечислить все профессии, в которых нужна математика. Еще в древности заметили, что математика заставляет человека постоянно думать. Эта дисциплина была одной из важных составляющих в жизни философов и мыслителей тех времен. Знаменитый афинский философ-софист говорил: "Математика есть гимнастика ума и приготовление к философии". Занимаясь математикой, мы развиваем интеллектуальные способности: навыки концептуального и абстрактного мышления, способность удерживать в голове несколько последовательных шагов. Учимся обобщать, находить закономерности, логически мыслить и рассуждать, быстро принимать решения, планировать, делать верные логические выводы, принимать правильное решение проблем и определяться в условиях трудного выбора.

В основе математики лежит точность и расчет, как раз то, что важно в профессии медицинского работника. Самое дорогое, что есть у человека - это здоровье и жизнь, которым врач не должен ни в коем случае навредить. Поэтому, будь то простое измерение пульса или измерение давления пациента и сопоставление этих показателей, для того, чтобы помочь определить диагноз заболевания, составить лечебную схему пациента на основании применения того или иного препарата, а также сами дозировки врачу нужны, чтобы препарат не стал для пациента ядом. При проведении хирургического вмешательства, врач-анестезиолог должен так рассчитать дозу наркоза, чтобы оперируемый не испытывал боли, и, чтобы не было передозировки препарата. Все это – врачебные и в тоже время математические процедуры.

Важное место в современной медицине занимает математическая статистика.

Статистика (от латинского status — состояние дел) - изучение количественной стороны массовых общественных явлений в числовой форме.

Медицинская статистика нацелена на решение наиболее выраженных современных проблем населения - это необходимость снижения заболеваемости, смертности и увеличения продолжительности жизни населения. Соответственно, на данном этапе основная информация должна быть подчинена решению этой задачи.

Для педиатра математика играет не последнюю роль. Ведь малыш сам не может рассказать о своем состоянии, поэтому врачам приходится опираться на математическую статистику и сравнение многих случаев, а это и есть среднее арифметическое. Ортопед

пользуется симметрией тела, чтобы определить сколиоз. В вирусологии пользуются теорией вероятности и геометрической прогрессией, чтобы определить, насколько быстро размножаются вирусы.

Большинство офтальмологических исследований основываются на математических измерениях и формулах. Одним из направлений математики в этой области является микрохирургия глаза. Благодаря точнейшим математическим расчетам удается восстановить зрение. Примерами микрохирургических операций глаз являются лазерная коррекция зрения, пересадка роговицы, операция по лечению катаракты, глаукомы. При изготовлении очков, производятся точные расчеты расстояния между центрами зрачков в миллиметрах, для этого важно знать и уметь пользоваться формулой нахождения оптической силы линзы - диоптрии.

Математика применяется в медицине для считывания электрокардиограмм, исследования, которое графически записывает электрическую активность сердца как функцию времени. В этих исследованиях проявляются функции молочной железы и косинуса. В зависимости от того, как они появляются, им дается буква, которая придает смысл волне. Это позволяет врачам прочитать его и дать своевременный диагноз. Как утверждают медики, эта формула в значительной степени облегчает процесс описания основных параметров деятельности сердца, ускоряя, постановку диагноза и начало лечения. Также ученые открыли формулу сердца - комплексное алгебраически-тригонометрическое равенство, состоящее из 8 выражений, 32 коэффициентов и 33 основных параметров, включая несколько дополнительных для расчетов в случаях аритмии.

Многие люди делали кардиограмму сердца, но не все знают, что кардиограмма человеческого сердца – это график синуса или косинуса (рис.1).



Рисунок 1. ЭКГ

Современные приборы позволяют врачам "видеть" человека изнутри, правильно устанавливать диагноз и назначать эффективное лечение. Созданием таких приборов занимаются инженеры, использующие аппарат физико-математических исследований.

Используя знания из области комбинаторики, благодаря которым можно просчитать различные варианты распределения хромосом, количество таких вариантов и другую нужную информацию, можно решить задачу о наследственности.

Применяя математическое моделирование можно сделать программу, которая, исходя из симптомов болезни, полуавтоматически поможет выбрать подходящий способ лечения. Для этого вначале строится математическая модель, т.е. "модель человека", описанная языком математики.

Физиотерапевты лечат людей с травмами или аномалиями в их анатомии, которые ограничивают их способность двигаться. Геометрия, область математики, помогает понять, как манипулировать углами для реабилитации поврежденных суставов (рисунок 2). Врачи применяют упражнения и другие методы реабилитации, чтобы уменьшить боль и отсутствие подвижности, связанные с травмой или аномалией. Применяя знания геометрии в своей работе, физиотерапевты дают возможность пациентам жить нормальной жизнью.



Рисунок 2. ИЗМЕРЕНИЕ СУСТАВОВ ФИЗИОТЕРАПЕВТАМИ

Стоматологи для создания зубных протезов или коронок используют математические расчеты. В идеальной улыбке передние два резца образуют золотистый прямоугольник (рисунок 3).



Рисунок 3. ИЗМЕРЕНИЕ СТОМАТОЛОГАМИ ПЕРЕДНИХ РЕЗЦОВ

На основании "маски красоты" было разработано инновационное программное обеспечение для стоматологов, которое позволяет добиваться потрясающих результатов в протезировании. Одной из таких программ является Digital smiledesign ("диджитал смайл дизайн"). Данные со снимка КТ загружаются в ПО и далее по принципам "золотого сечения» подбираются оптимальные параметры будущих зубов и улыбки в целом. Такая программа позволяет в конечном итоге получить улыбку, полностью соответствующую эстетическим потребностям пациента, а также увидеть финальный результат еще до начала лечения.

Работая над нашим исследованием, мы заметили, что значимое место в медицине занимают вычисления, проценты, пропорции и объём.

Математические методы (прогнозирование, моделирование, анализ, и т. д.) в медицине применяют: для описания биологических процессов, при выборе способа лечения заболевания; для обработки статистических данных; для моделирования химических, биологических и физических процессов; при изучении циклических процессов, происходящих в организме человека; при расчете дозы лекарственных средств в различных формах; при расчете процентной концентрации растворов; при расчете прибавки роста и массы тела у детей; при расчете индекса массы тела, для разработки и диагностики систем жизнеобеспечения; для описания динамики изучаемых явлений и много другого. Такие медицинские области, как генетика, таксономия, теория эпидемии, даже организация медицинской службы, так же невозможно представить без знаний математики. Значение математики в медицинских профессиях очевидно. В современном мире идет математизация,

включая систему здравоохранений, внедряются новейшие методы, основанные на достижения математики в медицине [4].

За последний век науки достигли больших успехов, медицина не является исключением. В далеком прошлом у людей не было шансов побороть болезни, которые сейчас при грамотном лечении врачи способны вылечить за короткий срок. Поэтому продолжительность жизни у людей намного увеличилось, и в этом заслуга медицины.

Подводя итог вышесказанного, можно сказать, что математическая компетентность будущего медицинского работника складывается не столько из математической подготовки, сколько из математических знаний, которые он будет использовать в профессиональной деятельности при решении задач.

Математика присутствует в медицине в различных аспектах уже много лет, активно внедряется в различные направления, становясь мощным инструментом в руках врачей. Её роль в медицине сегодня столь же разнопланова, насколько разнообразна сама медицина, и уже можно с уверенностью сказать: математика не просто дополняет медицину, она выводит ее на новый качественный уровень.

Список использованных источников:

1. Барташевич, Л. Ю. Роль математических дисциплин в формировании здорового образа жизни детей и подростков / Л.Ю. Барташевич // Коллеги - педагогический журнал Казахстана - URL: <http://collegu.ucoz.ru/publ/67-1-0-2580> (дата обращения: 11.01.2023)
2. Голёнова, И.А. Основы медицинской статистики с элементами высшей математики: пособие / И.А. Голёнова. – Витебск: ВГМУ, 2017. – 362 с.-ISBN 978-958-466-855-0.- Текст: непосредственный.
3. Плитниченко, Б. Г. Латинская терминология в курсе анатомии человека: учебное пособие / Б.Г. Плитниченко, М.А. Бондаренко -Тула: ТулГУ, 2006.-130 с.-ISBN 5-7679-1010-3.- Текст: непосредственный.
4. Шарыгин, И.Ф. Математика: алгебра и начала математического анализа, геометрия / И.Ф. Шарыгин. – Москва: Дрофа, 2018.- 236с.- ISBN 978-5-358-11050-2 - Текст : непосредственный.
5. Иллюстративный материал заимствован из общедоступных ресурсов интернета, не содержащих указаний на авторов этих материалов и каких-либо ограничений для их заимствования.

ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КОНСТРУИРОВАНИЕ, МОДЕЛИРОВАНИЕ И ТЕХНОЛОГИЯ ШВЕЙНЫХ ИЗДЕЛИЙ»

Рудяк Мария Романовна

Руководитель: Прилипкина Ирина Юрьевна

ГБПОУ "Волгоградский профессиональный техникум кадровых ресурсов", Волгоград

В настоящее время математика играет очень большую роль и в быту, и в любой профессиональной деятельности. Она одинаково нужна домохозяйке, простому рабочему, так и высококвалифицированному специалисту. Прикладные возможности математики велики. Её методы позволяют просто и в определённых условиях исчерпывающе разрешать сложные задачи.

Конечно, не менее важна математика и в профессии «Конструирование, моделирование и технология швейных изделий», поскольку такой вид деятельности неразрывно связан с постоянными замерами, вычислениями нужного количества ткани, построениями чертежей и многими другими операциями.

Модельер - конструктор должен разбираться в направлениях моды, подходить к выбору модели для заказчика с учетом строения его фигуры и возраста. Также важно уметь определять способы и приемы покроя, иметь навыки снятия мерок, знать методику конструирования одежды, с помощью расчетных формул и графических приемов создавать конструкцию достаточной точности, умело применять полученные знания и навыки на практике. [4]

Снятие мерок.

Приступая к пошиву изделия, прежде всего, необходимо снять мерки, на основании которых можно будет затем построить чертеж и сделать выкройку соответствующих размеров. Снимать мерки нужно очень внимательно, и все измерения делать с большой точностью. Любая неточность в дальнейшем может существенно проявиться в готовом изделии.

Математические формулы и вычислительные навыки – важная составляющая снятия мерок.

Например, Впрз - высота проймы сзади от основания шеи. При определении этой мерки следует в первую очередь полагаться на расчёт, потому что при измерении возможны погрешности.

$$\text{Впрз} = \text{Огз} / 10 + 10,5 + (\text{Ош} / 2 / 9)$$

$$\text{Огз (обхват груди третий)} = 90$$

$$\text{Ош (обхват шеи)} = 36$$

$$\text{Впрз} = 90 / 10 + 10,5 + (36 / 2 / 9) = 21,5$$

Дтс - длина спины до талии от основания шеи

$$\text{Дтс} = \text{Р} / 4 - 1 + (\text{Ош} / 18)$$

$$\text{Р} = 162$$

$$\text{Ош} = 36$$

$$\text{Дтс} = 162 / 4 - 1 + (36 / 18) = 41,5 [1]$$

Выбор фасона одежды в зависимости от осанки.

Под осанкой понимается естественное привычное положение тела во время покоя и движения. От осанки зависит выбор фасона одежды. Осанка фигуры влияет на построение глубины проймы, раствора нагрудной вытачки и оката рукава. Например, при построении шалового или английского воротника нужно наверняка знать тип осанки заказчика.

Для конструирования одежды, в зависимости от фигуры по осанке, принято выделять три основных типа:

1.Нормальные (типовые). Выемка на талии и выступ ягодиц умеренны, шея слегка наклонена вперед, выступающие точки груди расположены несколько ниже уровня подмышечных впадин и выдвинуты вперед относительно выступа живота, который расположен ниже талии и несколько выдается вперед, принимая слегка овальную форму.

2.Сутулые (наклоненные вперед). Выемка на талии и выступ ягодиц уменьшены, шея больше наклонена вперед, расстояние Дтс увеличено. Высшие точки груди опущены и незначительно выступают вперед относительно выступа живота, который у таких фигур обычно выдается вперед. Мерка Дтп уменьшена. [1]

3.Перегибистые (отклоненные назад). Спина выпрямлена, выемка на талии и выступ ягодиц увеличены, шея менее наклонена. Мерка Дтс уменьшена, а Дтп увеличена.

Тип фигуры определяется по следующим меркам: полуобхват груди 1 и 2, длина переда до талии, длина спины до талии. Мерка полуобхват груди – это обхват груди деленный пополам.

Осанка определяется по формуле: $\text{Ос} = (\text{Дтп} - \text{Дтс}) - (\text{Сг2} - \text{Сг1})$

Для типовой фигуры: $\text{Ос} = 2,5$ или больше/меньше на 0,5;

Для сутулой фигуры: $\text{Ос} =$ меньше 2,5 на 1; 2;

Для перегибистой фигуры: $\text{Ос} =$ больше 2,5 на 1; 2;

Изготовление выкройки.

Выкройка - это вырезанные из бумаги детали одежды, полученные на основе чертежа. Чертеж представляет собой графическое изображение, выполненное в определённом масштабе, с указанием размеров и условно выраженных технических условий, соблюдение которых должно быть обеспечено при изготовлении изделия. При построении чертежа-сетки важно знать, как строить прямой угол, обозначать прямоугольники и квадраты латинскими буквами, например, прямоугольник БТТЗБЗ, квадрат БТТ2Б2, понимать «масштаб» (масштаб увеличения и масштаб уменьшения).

Чтобы построить любую выкройку нужно не только правильно снять мерки, но и на их основе построить чертеж и изготовить соответствующую выкройку.

При изготовлении выкроек применяются не только формулы и расчеты, но и геометрические понятия, свойства, законы и теоремы.

Например, при изготовлении выкройки воротника-спирали («волана») используется понятие сопряженных окружностей, сопряженных полуокружностей. Для этого необходимо:

1. Построить окружность радиуса $R_1 = 1,5$ см с центром в точке О. Ее длина равна $2\pi R_1$.

2. Построить полуокружность радиуса $R_2 = 2R_1$ с центром в точке А. Ее длина равна $2\pi R_2$ (рис 2,а).

3. Построить полуокружность радиуса $R_3 = 4R_1$ с центром в точке В. Длина дуги МД = $2\pi R_1$, а длина полуокружности МДN равна $4\pi R_1$

4. Выполнить построение полуокружности радиуса $R_4 = 6R_1$ с центром в точке А.

5. Выполнить построение полуокружности радиуса $R_5 = 8R_1$ с центром в точке В.

Имеем:

$$2\pi R_1 + 2\pi R_1 + 2\pi R_1 = 6\pi R_1, \quad 6\pi R_1 = 6 \cdot 3,14 \cdot 1,5 = 18,3 \text{ (см)}$$

Весь воротник должен быть равен $18,3 \cdot 2 \sim 28$ (см). Ширина самой широкой части воротника равна 5 см.

Также знания геометрии помогут, если необходимо изменить размеры выкройки. Например, увеличить/уменьшить длину спинки выкройки блузки. Для этого необходимо воспользоваться преобразованием подобия. Подобие характеризуется коэффициентом подобия k . Задача сводится к тому, чтобы найти k . $k = A'C' : AC$, откуда $A'C' = k \cdot AC$. В случае уменьшения выкройки $k < 1$, в случае увеличения – $k > 1$. Этот способ удобно применять при $k = 2, 3, 4, \dots$, т.е. при k из N , $k > 1$. Конечно, натуральное число k не может быть при этом очень большим; при уменьшении выкройки тоже удобно уменьшать ее в целое число раз. Поместив исходную выкройку в клетчатую сетку, отмечается положение характерных точек. Для уменьшенной (увеличенной) выкройки строится сетка, каждая клетка которой имеет сторону, которая составляет число k от первоначальной стороны. Отмечается положение точек A', B', C', D', E', F' . При их соединении получается нужная выкройка. [2]

Применение симметрии в конструировании и моделировании одежды.

Создание гармоничного костюма — основная цель модельера. Композиционная целостность изделия предусматривает, главным образом, равновесие, т.е. такое состояние формы, при котором все ее элементы и части сбалансированы между собой.

Симметрия — это закономерное расположение одинаковых, равных частей относительно друг друга. Симметрия является одним из самых ярких композиционных средств, с помощью которого форма организуется, приводится к порядку, устойчивости и стабильности. В одежде симметрия может наблюдаться в различных проявлениях: в силуэте, в конструкции, размещении деталей (карманов, клапанов, погончиков и т. д.), распределении декоративной отделки, цветовых пятен (рис. 2).

Сведение сущности красоты к одной лишь симметрии ограничивает богатство ее внутреннего содержания. Истинная гармония заключается в единстве противоположностей, а значит, красоту предмета определяет не только сочетание симметрии и качества, но и противоположного ей, — асимметрии.

Асимметрия — это средство композиции, в котором равенство частей и одинаковость их расположения заменяется зрительным равновесием непохожих друг на друга частей.

Основными средствами создания единства в асимметричной композиции являются согласованность всех ее частей, подчиненность ее элементов композиционному центру, а также расстановка акцентов.

Композиция костюма, построенная на принципе асимметрии, — случай более сложный и редкий. Асимметрия может найти выражение в различных проявлениях. Особую остроту и оригинальность имеет одежда, асимметричная по форме и покрою. Подобное решение более характерно для молодежных комплектов, а также для вечерних нарядов, в которых приоритет отдается не практичности, а образности и оригинальности. (рис.2)

При проверке правильности изготовления карманов, пришивании пуговиц применяется понятие параллельного переноса. При пошиве изделий качество работы проверяется с помощью понятий четырехугольников и их свойств. Напрямую они применяются при определении форм карманов, воротников и манжет. [3]

Работа со швейной машиной и проверка качества изделия.

Знания математики необходимы при настройке швейной машины для пошива изделия. В целях безопасности необходимо с помощью винта закрепить иглу перпендикулярно игольной пластине, в противном случае она просто сломается. Математические знания пригодятся и в процессе работы. Надо уметь подбирать номера игл, номера и длину нитей для выполнения различных строчек, швов; заправлять и регулировать натяжение нити, силу давления лапки на ткань; устанавливать иглы, лапки; регулировать величину и частоту машинных стежков для различных тканей; выполнять параллельные, овальные, ломаные и зигзагообразные строчки на ткани. [4]

Таким образом, в профессии «Конструирование, моделирование и технология швейных изделий» математика необходима. Людям данной профессии важны математические знания для снятия мерок, раскроя и пошива изделий, чтения и построения выкройки, для комбинирования ткани в изделии и для создания новых моделей одежды. Без наличия вычислительных навыков, без знаний математических свойств невозможно построить, раскроить и сшить изделие. Даже при дизайне рисунка для одежды нельзя обойтись без знаний математики.

Список использованных источников:

1. Кузьмичев В. Е. Конструирование швейных изделий: учеб. пособие для СПО / В. Е. Кузьмичев, Н. И. Ахмедулова, Л. П. Юдина ; под. науч. ред. В. Е. Кузьмичева. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: Издательство Юрайт, 2019 — 543 с. — (Серия : Профессиональное образование). (дата обращения: 19.01.2023)
2. Матузова Е.М., Соколова Р.И., Гончарук Н.С. Разработка конструкций женских швейных изделий по моделям - 2-е изд., испр. и доп. — М.: Издательство: Легкая и пищевая промышленность, 1983 — 224 с. (дата обращения 19.01.2023)
3. Симметрия в одежде. Электронный ресурс. URL: https://revolution.allbest.ru/mathematics/00774126_0.html. (дата обращения 20.01.2023)
4. Уроки кройки и шитья. Электронный ресурс. URL: <https://www.livemaster.ru/topic/115109-pryamaya-yubka-vykrojka-i-poshiv-dlya-nachinayuschih-ot-galiny-bojko>. (дата обращения: 19.01.2023)

О ФИЗИЧЕСКИХ ОСНОВАХ МРТ-ДИАГНОСТИКИ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В СРАВНЕНИИ

Ольмезова Виолетта Руслановна
Руководитель: Жолаева Фатимат Башировна
ФГБОУ ВО "Кабардино-Балкарский государственный
университет им. Х.М. Бербекова", г. Нальчик

Магнитно-резонансная томография (МРТ) и компьютерная томография (КТ) были включены в основные инструменты визуализации для оценки морфологических изменений органов и тканей. В основе каждого из методов лежит применение отличающихся способов воздействия на живые ткани. Несмотря на известные преимущества и недостатки КТ и МРТ в различных аспектах оценки состояния здоровья человека, не всегда возможно выполнить как КТ, так и МРТ при обследовании одного и того же пациента. Сравним физические основы КТ и МРТ и определим, какой метод визуализации из двух более подходит для оценки патологических изменений в состоянии здоровья человека.

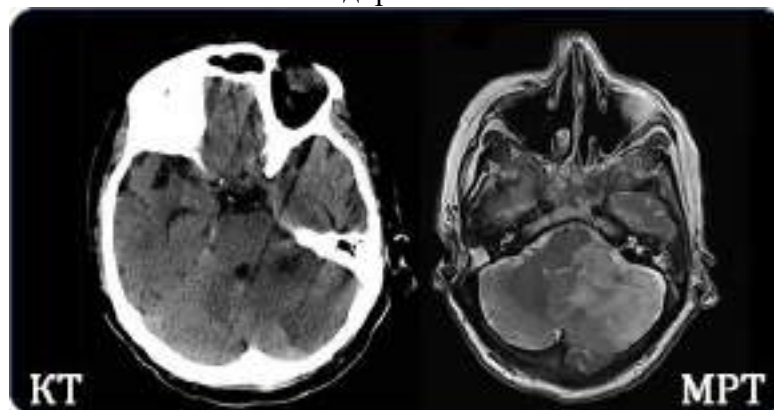


РИСУНОК – отличие МРТ от КТ [1]

Основное отличие КТ и МРТ состоит в разных физических явлениях, которые используются в аппаратах. В случае КТ — это рентгеновское излучение, которое дает представление о **физическом** состоянии вещества, а при МРТ — постоянное и пульсирующее магнитные поля, а также радиочастотное излучение, дающее информацию о распределении протонов (атомов водорода), т.е. о **химическом** строении тканей [1].

Компьютерная томография (КТ) — диагностический метод, позволяющий посредством рентгеновского излучения получить послойное изображение внутреннего строения организма в аксиальной плоскости с последующей возможной многоплоскостной (мультипланарной) обработкой изображения. Преимуществами КТ по сравнению с различными методами рентгенодиагностики стали:

- 1) отсутствие теневых наложений на изображении;
- 2) более высокая точность измерения геометрических соотношений.

Физические основы компьютерной томографии. Компьютерная томография базируется на законе экспоненциального ослабления ионизирующего излучения. Основным смыслом компьютерного томографа (КТ) — это быстрое получение большого числа рентгеновских снимков при движении источника вокруг объекта. Метод основан на измерении и сложной компьютерной обработке разности ослабления рентгеновского излучения различными по плотности тканями [2].

Суть компьютерной томографии математически можно проиллюстрировать так. В компьютерной томографии рентгеновская трубка и система коллимирования создают узкий веерообразный пучок лучей, рассеиваемых всеми элементарными объемами (вокселями) исследуемого слоя. Суммарный линейный коэффициент ослабления пучка фотонов коэффициент рассеивания при прохождении излучения через набор вокселей составляет

$$\mu_{\Sigma} = \mu_1 + \mu_2 + \mu_3 + \dots + \mu_N,$$

где $\mu_1, \mu_2, \dots, \mu_N$ — коэффициенты ослабления пучка в каждом из элементарных объемов [2].

Найти коэффициенты поглощения для каждого вокселя, необходимые для восстановления изображения, можно с помощью метода обратного проецирования (решения обратной задачи), предполагающего получение информации о характере поглощения рентгеновского излучения с многих направлений. Рассмотрим слой, состоящий из четырех

элементарных объемов. Рассматриваемый слой подвергается облучению с четырех направлений.

В этом случае мы получаем ряд различных значений суммарных коэффициентов μ_{12} , μ_{23} , μ_{13} , μ_{24} , которые можно записать в виде системы уравнений [3]:

$$\begin{cases} \mu_1 + \mu_2 = \mu_{12}, \\ \mu_2 + \mu_3 = \mu_{23}, \\ \mu_1 + \mu_3 = \mu_{13}, \\ \mu_1 + \mu_4 = \mu_{14}. \end{cases}$$

Решая уравнения, мы получаем коэффициенты ослабления для элементарных объемов. Таким образом можно оценить пропускающую способность ткани на разной глубине и по ней судить о ее структуре [3]. Выходные данные компьютерного томографа обычно даются в единицах Хаунсфилда (HU). У современных томографов эти числа лежат в пределах от 1024 до 3071 HU. Соотношение между коэффициентом линейного ослабления материала μ_i соответствующей единицей Хаунсфилда имеет вид:

$$H = \frac{\mu_i - \mu_{\text{воды}}}{\mu_{\text{матер}}} \cdot 1000.$$

Таким образом, компьютерное исследование подразумевает использование рентгеновского поля. Ионизирующие лучи распространяются направленно на изучаемый участок, относительно свободно проходят сквозь пустоты мягкие ткани, и задерживаются в плотных структурах, частично накапливаясь в них. На снимках этот эффект отображается в виде светлых участков. Чем меньше плотность ткани, тем темнее она на изображениях, поэтому полые объекты выглядят темными пятнами.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) — томографический способ исследования внутренних органов и тканей с использованием физического явления ядерного магнитного резонанса. Способ основан на измерении электромагнитного отклика атомных ядер, чаще всего ядер атомов водород, а именно на возбуждении их определённым сочетанием электромагнитных волн в постоянном магнитном поле высокой напряжённости [4].

Важнейшим преимуществом МРТ по сравнению с другими методами лучевой диагностики является отсутствие ионизирующего излучения и, как следствие, эффектов канцеро- и мутагенеза, с риском возникновения которых сопряжено воздействие рентгеновского излучения, также трехмерный характер получения изображений, высокий мягкотканый контраст, естественный контраст от движущейся крови, высокая диагностическая эффективность.

Физические основы магнитно-резонансной томографии основаны на том, что ядра атомов тканей человека могут поглощать и в ответ излучать радиоволны определенной частоты во время нахождения этих ядер во внешнем магнитном поле. Эти ответные радиосигналы регистрируются приемником и содержат информацию о тканях человека. Электрические сигналы регистрируются АЦП и затем поступают в компьютер, где с помощью специальных программ формируется изображение. При МРТ происходит взаимодействие радиоволн и статических магнитных полей непосредственно с атомным ядром. Не все ядра реагируют на магнитное поле — лишь те, которые имеют нечетное число протонов или нейтронов [4]. Однако на практике используется только ядро атома водорода, которое состоит из одного протона и одного нейтрона, так как водород в большом количестве содержится в любом организме. Необходимо отметить, что элементарные частицы (в случае атомного ядра это протон и нейтрон) обладают квантово-механическим параметром — спином, который имеет в классической физике аналог — вращательный момент. Для лучшего понимания принципа ядерно-магнитного резонанса можно представить ядро в виде вращающегося волчка — он вращается вокруг собственной оси и одновременно его ось вращения описывает окружность. Магнитный момент μ пропорционален квантовому числу I , обычно называемому ядерным спином:

$$\mu = \gamma \cdot I.$$

При отсутствии внешнего поля магнитные моменты ядер ориентированы случайным образом. При помещении объекта в постоянное магнитное поле ядра, обладающие спинами и магнитными моментами, начинают вести себя как диполи, выстраиваясь параллельно постоянному магнитному полю и формируя суммарный вектор намагниченности M [4]. Таким образом, суммарный вектор намагниченности есть сумма магнитных моментов атомов:

$$M = \sum \mu_i.$$

Явление вращения отклоненной оси называется *прецессией*. Она возникает в каждом случае, когда вращающийся объект подвержен действию внешней силы. Скорость прецессии протона в магнитном поле увеличивается с увеличением самого магнитного поля. Частота вращения прямо пропорциональна напряженности магнитного поля и называется частотой Лармора [4]. В перпендикулярной оси прецессии плоскости намагничивание будет отсутствовать, так как поперечные проекции всех моментов хаотично распределены и их суммарный вектор равен нулю. При этом сами диполи не находятся в статическом положении, а постоянно вращаются по конусу вокруг направления поля с частотой, пропорциональной силе магнитного поля и зависящей от магнитных свойств ядра:

$$\omega_0 = \gamma \cdot H_0.$$

На ядро, которое находится в прецессии в приложенном магнитном поле, можно воздействовать внешним переменным электромагнитным полем — радиоволной. Воздействие радиочастотного излучения увеличивает угол наклона прецессии ядра. Однако радиоволны могут воздействовать на прецессирующие ядра только вследствие совпадения собственной частоты с частотой прецессии. Такое совпадение частот называют *резонансом* [4]. Величина угла отклонения зависит от частоты, интенсивности, продолжительности и направленности радиоволны. Воздействие радиочастотного излучения отклоняет ось прецессии от почти вертикального направления до горизонтального — под прямым углом к статическому магнитному полю. Суть метода магнитного резонанса — используются радиочастотные волны с частотой прецессии ядра водорода. После прекращения воздействия внешнего электромагнитного сигнала ядра возвращаются в свое первоначальное положение, при этом излучают электромагнитные волны той же частоты, что и частота посланных радиоволн. Этот процесс называется *релаксацией*. Ответные радиоволны улавливаются принимающей катушкой во время фазы регистрации магнитно-резонансного сигнала. Затем эти сигналы передаются в компьютер, где происходит их математическая обработка и построение изображения [4].

Для определения расположения сигнала в пространстве, помимо основного магнита в МР-томографе, которым может быть электромагнит, либо постоянный магнит, используются градиентные катушки, добавляющие к общему однородному магнитному полю градиентное магнитное возмущение. Это обеспечивает локализацию сигнала ядерного магнитного резонанса и точное соотношение исследуемой области и полученных данных. Действие градиента, обеспечивающего выбор среза, обеспечивает селективное возбуждение протонов именно в нужной области, т.е. благодаря градиентам мы можем получить изображение именно того органа, который нам нужен. Сила и скорость действия градиентной системы относится к одним из наиболее важных показателей магнитно-резонансного томографа. От ее характеристик во многом зависит быстродействие, разрешающая способность и соотношение сигнала [4].

Важнейшим преимуществом магнитно-резонансной томографии по сравнению с компьютерной томографией является использование безопасных электромагнитных полей радиочастотного диапазона. В магнитно-резонансной томографии не используется ионизирующее излучение, как при рентгеновском исследовании, флюорографии, лучевой терапии. МРТ не вызывает боль или какие-либо неприятные ощущения, а магнитные поля никоим образом не повреждают ткани и органы человека.

Таким образом, приходим к выводу, что с точки зрения безопасности магнитно-резонансная томография не облучает организм ионами, поэтому накопления радиации в

клетках не происходит. Повторять МРТ можно столько раз и с такой частотой, которая требуется в персональном клиническом случае. Для применения компьютерной томографии есть четкие ограничения, связанные с годовыми нормами рентгеновского облучения.

Есть различия и по части скорости исследования. Скрининг на компьютере проходит в 2-3 раза быстрее, чем на МР-установке, так как для генерации рентгеновского поля не нужно так много энергии, как для электромагнитного поля. Важно, что независимо от вида томографии, человек не ощущает действия поля аппарата, оборудование не касается кожи, поэтому сеанс проходит безболезненно.

Список использованных источников:

1. *Difference Between Cat Scan and MRI [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://healthresearchfunding.org/difference-cat-scan-mri/>, свободный.*
2. Федорова, В.Н., Силин, А.Ю., Русскова, А.Н., Мещеряков, А.И., Фаустов, Е.В. Физические основы некоторых методов лучевой диагностики // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2016. – № 6-1. – С. 81-82.
3. Хофер, М. Компьютерная томография: Базовое руководство / М. Хофер. - Витебск: Медицинская литература, 2011. - 232 с.
4. Уэстбрук, К., Тэлбот, Дж., Каут Рот, К. Магнитно-резонансная томография. Практическое руководство /К. Уэстбрук, Дж. Тэлбот, К. Каут Рот. - Издательство: Лаборатория знаний, 2005.-451 с.

ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВЫХ ДОБАВОК НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Крамчанинова Лариса Александровна

Руководитель: Головач Ольга Владимировна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО
"Белгородский государственный национальный
исследовательский университет", г. Белгород*

Экологическая ситуация на планете является одной из глобальных проблем современности и оказывает огромное влияние на качество нашей жизни. Токсичные отходы, выбрасываемые заводами и другими промышленными производствами, распространяются и часть из них уходит в землю или в сточные воды. За счёт этого качество и безопасность продуктов нашего потребления значительно снижается.

При производстве продуктов питания в большинстве случаев используются пищевые добавки. С их помощью можно продлить срок хранения продукта, улучшить его вкусовые и ароматические качества, а также значительно сэкономить на сырье. При этом используя дешёвые пищевые добавки, улучшающие органолептические свойства продукта, но делающие его небезопасным для нашего здоровья.

Многие люди не задумываются о том, насколько безопасна продукция, которую они потребляют в пищу. Хотя, стоит только обратить внимание на состав многих продуктов, который написан на этикетке мелкими буквами, и отказаться от мысли положить их в продуктовую корзину.

В совокупности с плохой экологической обстановкой и некачественными продуктами питания, мы приобретаем проблемы со здоровьем за свои же деньги.

Зная о влиянии пищевых добавок в продуктах питания на наш организм, можно уберечь себя от различных болезней: аллергии, астмы, ожирения, расстройства желудка, вплоть до онкологических заболеваний.

Пищевые добавки - это натуральные или синтетические вещества, которые никогда не употребляются самостоятельно, а вводятся в продукты питания для придания им заданных органолептических свойств (вкуса, цвета, запаха, консистенции и внешнего вида), сохранения

пищевой и биологической ценности, улучшения условий обработки, расфасовки, упаковки, транспортировки и хранения, а также увеличения сроков хранения продукции. [4]

К пищевым добавкам не относят соединения, повышающие пищевую ценность пищевых продуктов питания и причисляемые к биологически активным веществам, такие как витамины, микроэлементы и др. [1]

Большинство пищевых добавок не имеют, как правило, пищевого значения и в лучшем случае являются биологически инертными для организма, а в худшем-оказываются биологически активными и небезразличными для организма.

Применение пищевых добавок в этой связи допустимо лишь в тех случаях, если они, даже при длительном использовании, не угрожают жизни человека. [2]

Согласно Европейской цифровой кодификации пищевые добавки подразделяют следующим образом:

- Е 100-Е 182- красители;
- Е 200-Е 299-консерванты;
- Е 300-Е 399- антиокислители (антиоксиданты);
- Е 400-Е 449-стабилизаторы консистенции;
- Е 450-Е 499-эмульгаторы;
- Е 500- Е 599-регуляторы кислотности, разрыхлители;
- Е 600-Е 699-усилители вкуса и аромата;
- Е 700-Е 800-запасные индексы для другой возможной информации;
- Е 900 и далее- антифламинги, улучшители качества хлеба и т.д.

В некоторых случаях после названия пищевой добавки или заменяющего его индекса может стоять ее концентрация [3].

Наличие пищевых добавок в продуктах должно указываться на потребительской упаковке, этикетке, банке, пакете и в рецептуре.

Для проведения анализа в практической части, использовалась продукция таких магазинов, как: «Магнит», «Лента», «Пятерочка». С целью выявления количества вредных и опасных пищевых добавок в продуктах питания.

1. Торт бисквитный «черничный».

В составе данного продукта содержатся добавки Е422 Е475, которые не несут опасности для здоровья человека. Но при этом такие добавки, как: Е466-вызывает расстройство желудка, повышение уровня холестерина в крови; способствует развитию раковых заболеваний. Е171, Е477-подозрительные; Е223-опасная.

Вывод: Данный продукт является небезопасным для здоровья человека. Не рекомендуется к употреблению.

2. Сосиски из мяса птицы Любимые с сыром охлажденные.

В составе данного продукта содержится добавка Е330, которая не представляет опасности для здоровья человека. Но при этом такие добавки, как: Е450-вызывает расстройство желудка; Е270-опасна для детей; Е621-может вызвать аллергию, астму, головную боль, усталость. Ухудшает зрение, может вызывать привыкание.

Вывод: Данный продукт является небезопасным для здоровья человека. Не рекомендуется к употреблению.

3. Карамель, открытая с фруктово-ягодной начинкой.

В составе данного продукта отсутствуют добавки с нейтральным влиянием на здоровье человека. Такие добавки, как: Е102, Е124-опасные, ракообразующие, вызывают гиперактивность у детей; Е142-Канцерогенная.

Вывод: Данный продукт является опасным для здоровья человека. Его употребление строго не рекомендуется.

4. Жевательная резинка без сахара с ароматом фруктов и мяты. Орбит белоснежный.

В составе данного продукта содержатся добавки Е420 Е170 Е414 Е260 Е421, которые не несут опасности для здоровья человека. Но такие добавки, как: Е171-подозрительна, может

привести к заболеваниям печени и почек; E341-вызывает расстройство желудка; E951, E320-вызывают кожные заболевания.

Вывод: Данный продукт является небезопасным для здоровья человека. Не рекомендуется к употреблению.

5. Мясной продукт. Изделие колбасное сырокопченое: колбаса полусухая Сальчичон.

В составе данного продукта содержатся добавки E330 E301, которые не несут опасности для здоровья человека. Но такие добавки, как: E250-повышает артериальное давление; E450-может привести к развитию аллергических реакций, ухудшению пищеварения, повышению артериального давления; E621-может вызвать аллергию, астму, головную боль, усталость. Ухудшает зрение, может вызывать привыкание.

Вывод: Данный продукт является небезопасным для здоровья человека. Не рекомендуется к употреблению.

6. Чипсы «Луковые кольца со вкусом сметаны и лука».

В составе данного продукта содержится добавка E341iii, которая не представляет опасности для здоровья человека. Но такие добавки, как: E621-может вызвать аллергию, астму, головную боль, усталость. Ухудшает зрение, может вызывать привыкание; E627-нарушает артериальное давление, ведёт к расстройствам желудка; E631-нарушает нормальное артериальное давление, Опасна для детей.

Вывод: Данный продукт является небезопасным для здоровья человека. Не рекомендуется к употреблению.

7. Продукт плавленый с сыром ломтевой. Колбасный копченый.

В составе данного продукта отсутствуют добавки с нейтральным влиянием на здоровье человека. Такие добавки, как: E339, E341, E450-вызывают расстройство желудка.

Вывод: Данный продукт является небезопасным для здоровья человека. Не рекомендуется к употреблению.

8. Напиток безалкогольный сильногазированный ароматизированный «Миринда refreshing вкус апельсина».

В составе данного продукта содержатся добавки E330 E331, которые не несут опасности для здоровья человека. Но такие, как: E211-может вызывать аллергию, токсична; E110-опасна, высокий риск аллергий.

Вывод: Данный продукт является небезопасным для здоровья человека. Не рекомендуется к употреблению

9. Мармелад жевательный «Детский сувенир» мармеладные цифробуквы.

В составе данного продукта содержится добавка E330, которая не представляет опасности для здоровья человека. Но такие, как: E320, E321- повышают холестерин.

Вывод: Данный продукт является небезопасным.

Проводя анализ содержащихся в этих продуктах пищевых добавок, они были разделены условно на нейтральные и опасные. В результате анализа установлено, что большая часть из них – опасна для здоровья человека, особенно, если эту продукцию часто употреблять в пищу. Самое безобидное воздействие пищевых добавок в исследуемых продуктах – нарушение функции пищеварения (ЖКТ). Но в целом, они могут спровоцировать у человека аллергические реакции, развитие астматического синдрома, ожирения и других заболеваний, вплоть до онкологических. Более того, человек употребляющий много продуктов богатых пищевыми добавками, со временем перестает чувствовать вкус натуральных продуктов, так как его рецепторы привыкают к усилителям вкуса, ароматизаторам, подсластителям и т.д.

В целях оздоровления населения и профилактики вышеуказанных болезней родителям необходимо с детства информировать своих детей о последствиях употребления продуктов, содержащих опасные пищевые добавки. Если человек будет обладать информацией о влиянии пищевых добавок на здоровье и скорректирует свой рацион питания, то это приведет к улучшению его самочувствия, внешнего вида и качества жизни.

Лучше готовить самостоятельно, используя натуральные продукты и кулинарное мастерство.

Список использованных источников:

1. Брунилина Л.Л., Рахимов А.И. Химия пищевых добавок: учебное пособие - Москва: Академия, 2013. - 44 с.
2. Булдаков А.С. Пищевые добавки. Справочник. – Москва; Академия, 1996. - 240 с.
3. В.Н. Голубев, Л.В. Чичева-Филатова, Т.В. Шленская. Пищевые и биологически активные добавки – Москва: Просвещение, 2003. - 208 с.
4. https://studbooks.net/1924234/tovarovedenie/ponyatie_pischevyh_dobavkah_klassifikatsiya

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИТАМИННОГО СОСТАВА ПЛОДОВ ШИПОВНИКА МАЙСКОГО, ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО НА ТЕРРИТОРИИ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ

Афанасенко Карина Олеговна

Ситникова Мария Александровна

Руководитель: Петракова Елена Александровна

ГАПОУ "Брянский базовый медицинский колледж", г. Брянск

Основным компонентом биологически активного комплекса плодов шиповника являются аскорбиновая кислота и флавоноиды, которые и определяют их ценность. Плоды шиповника и их препараты оказывают противощее действие, повышают окислительно-восстановительные процессы в организме (за счет витаминов С и Р), стимулируют сопротивляемость организма к вредным воздействиям внешней среды, инфекциям и другим факторам, оказывают желчегонное действие [2, с. 302].

В последнее время аскорбиновую кислоту рекомендуют в качестве противосклеротического средства, снижающего уровень холестерина в крови у людей, больных атеросклерозом. Активное участие аскорбиновой кислоты во многих процессах обмена обуславливает ее применение при заболеваниях печени, кишечника, желудка, поражениях слизистой оболочки, инфекционных болезнях, геморрагических диатезах, трудно заживающих ранах и язвах. Длительное применение больших доз аскорбиновой кислоты может угнетать функцию поджелудочной железы, островковый аппарат Лангерганса.

Содержание витамина С в плодах шиповника варьирует в зависимости от условий произрастания. Нами произведен сбор и сушка плодов шиповника майского, произрастающего в четырех районах города Брянска, согласно ГФ XIV [1, с. 2262].

Для определения аскорбиновой кислоты была выбрана методика йодометрии.

Аналитическую пробу сырья грубо измельчали и около 20,0 (точная навеска) измельченного сырья помещали в фарфоровую ступку, тщательно растирали со стеклянным порошком (около 5,0 г), постепенно добавляя 50 мл воды. Полученную смесь количественно переносили в мерную колбу вместимостью 250 мл, доводили объем раствора водой до метки и перемешивали. Около 50 мл измельчения фильтровали, отбрасывая первые 10 мл фильтрата.

5,0 мл полученного фильтрата переносили в колбу для титрования вместимостью 250 мл, прибавляли 1 мл хлористоводородной кислоты раствора 2 %, 10 мл воды, 0,5 мл калия йодида раствора 1 %, 2-3 капли раствора крахмала и титровали 0,001 М раствором калия йодида до появления голубого окрашивания, не исчезающего в течение 30 сек. Параллельно проводили контрольный опыт [4, с. 248].

Содержание аскорбиновой кислоты в абсолютно сухом сырье в процентах вычисляли по формуле (1):

$$X = \frac{V \cdot T \cdot 1000 \cdot p}{a}, (1)$$

где: V – объём 0,001 М раствора калия йодида, пошедшего на титрование, мл;

T – титр раствора аскорбиновой кислоты по раствору калию йодида;

p – навеска сырья;

a – аликвота раствора аскорбиновой кислоты.

Содержание аскорбиновой кислоты по массе и в процентах в пересчете на сухое вещество приведены в таблице.

Содержание витамина С в плодах шиповника

Район Брянска	Объем титранта (мл)	Содержание аскорбиновой кислоты	
		% на сухое вещество	Массовое
Бежицкий район	0,3	4,75%	513мг/100г
	0,15		
	0,2		
Советский район	0,22	5,41%	584 мг/100г
	0,31		
	0,21		
Володарский район	0,1	2,26%	244 мг/100г
	0,09		
	0,12		
Фокинский район	0,25	5,00%	540 мг/100г
	0,2		
	0,3		

Количество аскорбиновой кислоты разнится в пределах 2,26 и 5.41%. Максимальное содержание витамина С определено в плодах шиповника, собранных в Советском районе, минимальное количество в сырье шиповника, произрастающего в Володарском районе г. Брянска.

Под названием «витамин Р» объединены фенольные соединения, которые уменьшают проницаемость и ломкость капилляров. Это флавоны гесперидин, эриодиктин, флавонолы рутин, кверцетин, изокверцетин, кверцетин, изорамнетин, метилхалкон, L-эпикатехин, оксикумарины эскулин, эскулетин. Механизм действия объясняется тем, что соединения с Р-витаминной активностью снижают уровень гиалуронидазы, предотвращают окисление аскорбиновой кислоты и адреналина, который повышает прочность кровеносных сосудов.

Кроме того, флавоноиды оказывают диуретическую, кардиотоническую, гипотензивную, спазмолитическую, антиоксидантную, радиозащитную активность. Проявляют желчегонный, противоязвенный, ранозаживляющий, противоопухолевый эффект. Для изофлавонов характерно эстрогенное, для катехинов - вяжущее и противовоспалительное действие [3, с. 102].

На следующем этапе определяли количественное содержание витамина Р, используя метод спектрофотометрии, с использованием спектрофотометра СПЕКС 330 МАКС.

Около 3,0 г (точная навеска) сырья, измельченного до величины частиц, проходящих сквозь сито с отверстиями размером 0,5 мм, помещали в колбу со шлифом вместимостью 250 мл, прибавляли 80 мл спирта 70 %, присоединяли к обратному холодильнику, нагревали на кипящей водяной бане в течение 45 минут, после охлаждения до комнатной температуры содержимое колбы фильтровали через бумажный фильтр в мерную колбу вместимостью 100 мл, объем раствора в колбе доводили спиртом 70 % до метки (раствор А испытуемого раствора) и перемешивали.

2,0 мл раствора А испытуемого раствора помещали в мерную колбу вместимостью 25 мл, прибавляли 2 мл алюминия хлорида спиртового раствора 2 %, 0,1 мл уксусной кислоты разведенной 30 %, доводили объем раствора спиртом 96 % до метки и перемешивали (раствор Б испытуемого раствора).

Оптическую плотность раствора Б испытуемого раствора измеряли на спектрофотометре при длине волны 415 нм в кювете с толщиной слоя 10 мм относительно раствора сравнения. В качестве раствора сравнения использовали раствор, состоящий из 2,0 мл раствора А испытуемого раствора, 0,1 мл уксусной кислоты разведенной 30 %, помещенный в мерную колбу вместимостью 25 мл и доведенный спиртом 96 % до метки.

Параллельно измеряли оптическую плотность раствора Б СО рутина в аналогичных условиях. В качестве раствора сравнения используют раствор, состоящий из 2 мл раствора А СО рутина, 0,1 мл уксусной кислоты разведенной 30 % и доведенный спиртом 96 % до метки в мерной колбе вместимостью 25 мл.

Содержание суммы флавоноидов в пересчете на рутин в абсолютно сухом сырье в процентах вычисляли по формуле (2):

$$X = \frac{D \cdot p \cdot 1000}{D_0 \cdot E \cdot (100 - W)} \quad (2), \text{ где:}$$

D – оптическая плотность извлечения;

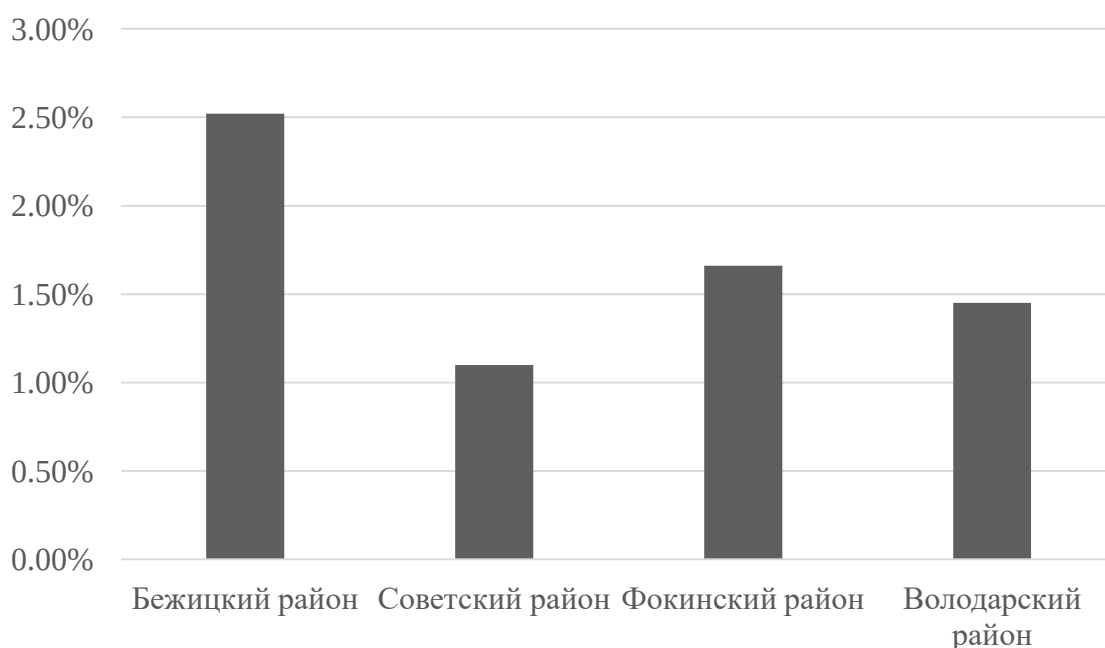
D₀ – оптическая плотность хлорида алюминия;

E – пересчет на рутин;

p – навеска сырья;

W – потеря влажности сырья при сушке

Полученные результаты представлены на диаграмме.



Содержание витамина Р в плодах шиповника майского

Содержание рутина не превышает 2,5 % в пересчете на сухое вещество с максимальным значением показателя для плодов, собранных в Бежицком районе.

Аскорбиновая кислота и рутин при одновременном приеме проявляют большую фармакологическую активность, тем самым наблюдается синергетический эффект действующих веществ. Рассматриваемое сырье шиповника, произрастающего в городской черте, имеет оптимальное содержание витаминов, может быть рекомендовано для сбора и приготовления настоев в домашних условиях.

Список использованных источников:

1. Государственная фармакопея Российской Федерации / МЗ РФ. – XIV изд. – Т.2. – М., 2018. – 6628 с.

2. *Фармакогнозия: учебник для студентов фармацевтических колледжей и техникумов / Е. В. Жохова [и др.]. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 544 с.*
3. *Фармакогнозия [Электронный ресурс]: учебник / Саякова Г.М., Датхаев У.М., Кисличенко В.С. - М. : Литтерра. - 2019. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423502584.html?ysclid=ld7nu3fj6y249396207> (дата обращения: 22.01.2023).*
4. *Харитонов Ю. Я. Аналитическая химия: учебник / Ю. Я. Харитонов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 320 с. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470756.html> (дата обращения: 22.01.2023).*

ВЛИЯНИЕ ЖЕЛЕЗА И ПРОДУКТОВ ЕГО КОРРОЗИИ НА РАЗВИТИЕ ВОДНЫХ РАСТЕНИЙ И ЖИВОТНЫХ

*Мордвинцева Полина Вячеславовна
Руководитель: Лябин Михаил Павлович
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

Полигоны по утилизации твердых бытовых отходов (свалки) являются признаком несоответствия экологическим стандартам жизнедеятельности городов и других населенных территорий, поскольку в настоящее время промышленность и жилые массивы производят большое количество отходов, которые невозможно бесследно переработать по причинам как технологического, так и экономического характера. Несанкционированные или плохо оборудованные свалки представляют собой угрозу для окружающей среды. Отраваляющие вещества со свалок могут проникать в грунтовые воды, а также естественным водотоком загрязнять реки и другие водоёмы. Стихийные свалки металлических отходов давно уже стали бичом крупных городов России. Они загрязняют почву, имеют неэстетичный вид и потенциально травмоопасны. Кроме этого, под действием окружающей среды происходит разрушение металлов с образованием различных соединений. Важное место при разработке мероприятий по охране природной среды от загрязнения техногенными выбросами занимает изучение поглощения металлов растениями.

Проблема поступления металлов в растения имеет два практических аспекта: во-первых, растения являются промежуточным резервуаром, через который металлы переходят из воды, воздуха и, главным образом, почвы в организм человека и животных, в связи с чем необходима разработка методов защиты пищевых цепей от проникновения токсикантов в опасных концентрациях; во – вторых, доказана токсичность некоторых металлов для самих растений, что ставит ряд вопросов о реакции растений на избыток металлов в среде.

Поэтому исследование влияния железа и продуктов её коррозии на живые организмы актуально и представляет особый интерес. Коррозия, как железа, так и других металлов, также вызывает серьёзные экологические последствия. Утечка опасных веществ из разрушенных коррозией трубопроводов приводит к загрязнению окружающей среды, что отрицательно воздействует на развитие водных растений и животных.

Коррозия – это процесс разрушения металлов и металлических конструкций под воздействием различных факторов окружающей среды .

Рассмотрим влияние железа на воду, растения и человека. Железо как микроэлемент участвует в процессах кроветворения, в создании гемоглобина и т.д. Железо необходимо для создания многих металлоферментов, приводящих в действие разнообразные жизненные процессы. При дефиците железа в организме у человека развиваются болезни. В повышенном содержании этого элемента также нет ничего хорошего, так как при его избытке происходят реакции, похожие на образование ржавчины: молекулы железа окисляются и повреждают живые ткани.

Повышенное содержание железа в воде придает ей буроватую окраску, неприятный металлический привкус, вызывает зарастание водопроводных сетей и водоразборной арматуры. Избыток железа в питьевой воде вреден для здоровья человека. При продолжительном введении в организм железа, оно накапливается в печени в коллоидной форме оксида железа. Поэтому воду с повышенным содержанием железа необходимо обезжелезивать. Железо является функциональной частью ферментативных систем растений. Особенно важна его роль в окислительном и энергетическом обмене, в образовании хлорофилла. Органические соединения, в состав которых входит железо, необходимы для протекания биохимических процессов, происходящих при дыхании и фотосинтезе. Это объясняют очень высоким уровнем их каталитических свойств, которые во много раз превышают неорганические соединения железа. Любая причина, ограничивающая доступность железа для растений, приводит к тяжелым заболеваниям. В случае нарушения и ослабления процессов фотосинтеза и дыхания вследствие недостаточного образования органических веществ, из которых строится организм растений, и дефицита органических резервов происходит общее расстройство обмена веществ. Поэтому при острой нехватке железа неизбежно наступает гибель растений. Избыточное количество железа растение не успевает усваиваться, так как при соединении с кислородом воздуха растворимые соли железа превращаются в окись. Железо быстро выводится из растворимой фазы вследствие образования гидроксида железа и др. нерастворимых соединений. При недостатке железа в листьях растений нарушается образование хлорофилла, в результате чего развивается хлороз листьев. Избыток железа случается довольно редко, при этом прекращается рост корневой системы и всего растения. Листья при этом принимают более темный оттенок. Если избыток железа оказался намного выше нормы, то листья начинают отмирать и осыпаться без всяких видимых изменений. В обычной атмосфере железо неустойчиво: даже в относительно чистом воздухе сельской местности оно покрывается ржавчиной. Гораздо хуже обстоит дело, если свалки железа находятся рядом с водоемами, так как влага является одним из факторов увеличения скорости коррозии.

- Целью нашей работы было изучить влияние продуктов коррозии железа на развитие водных растений и животных. Предполагалось, что наличие в воде водоемов загрязнителей ухудшает состояние растительности и животных.

Лабораторный опыт.

Цель работы: изучить влияние железа и продуктов её коррозии на развитие водных растений и животных. **Задачи:** Проанализировать полученные результаты. Сделать вывод о влиянии продуктов коррозии на экологию водоемов в целом.

Материалы и оборудование: две пробирки, аквариум, грязная вода, дистиллированная вода, водоросли, рыба – Данио.

Ход работы: на выявление коррозии металлов в воде было отведено семь дней. На выявление коррозии путем влияния на живой организм – месяц. Наблюдение проходило в одно и то же время, каждый день.

В пробирку 1 поместили дистиллированную воду, водоросли, кусок железа.

В пробирку 2 поместили грязную воду, водоросли, кусок железа.

В аквариум поместили рыбу – Данио, чистую воду, кусок железа.

Наблюдение: Через 7 дней можно заметить изменение состояния водорослей и потемнение воды. Растение меняется в цвете, становится скользким и расслаивается. Вода становится

темной, с легким запахом железа. Само железо в обеих пробирках точно становится оранжевого цвета .

Наблюдение: Через месяц рыба – Данио меняется с нормального цвета на бледный. Движения замедлились , аппетит пропал, заметен сильный приток крови к сердцу, на жабрах образовалась пленка, препятствующая поступлению кислорода. Спустя еще несколько дней животное погибло.

Заключение.

1 – опасные вещества, находящиеся на поверхности металла, просачиваются в почву, подземные воды, организмы животных и растений. Наносят в течение длительного времени урон и могут привести к летальному исходу. Являются угрозой заражения почвы и питьевой воды.

2 – изменяется микроклимат вокруг свалки металлолома, который отрицательно влияет на растительный и животный мир. Они приносят физический вред внутренним и внешним органам. Острые предметы травмируют покровы растений и животных. Безусловно, коррозия является одной из главных проблем, с которой нужно бороться. У такой реакции достаточно много минусов , которые отравляют жизнь человека, растения и животного . Она приносит экономические потери, снижает устойчивость мостов, изнашивает водопроводы ЖКХ, ухудшает свойства питьевой воды и эпидемиологической обстановки, приносит экологический вред и так далее. Можно привести множество примеров, которые доказывают отрицательное влияние химической реакции. По мнению автора данной статьи, с коррозией нужно вести борьбу, разрабатывать более надежные способы защиты. Этому вопросу следует уделить особое внимание, так как это одна из множества экологических проблем.

Список использованных источников:

1. Ерохин Ю.М. Химия: задачи и упражнения : учебное пособие для использования в учебном процессе образовательных учреждений СПО на базе основного общего образования с получением среднего общего образования / Ю. М. Ерохин. - Москва :

Академия, 2019. – 282 с.

2. https://www.pesticidy.ru/active_nutrient/iron

3. https://studref.com/449624/tehnika/ekologicheskie_posledstviya_vyzvannye_korroziyey_merami_zaschity

ОЦЕНКА ЗАГРЯЗНЁННОСТИ ВОЗДУХА МЕТОДОМ ЛИХЕНОИНДИКАЦИИ

Данилова Анастасия Дмитриевна

Руководитель: Паткина Тамара Николаевна

ГБПОУ "Волгоградский технологический колледж", Волгоград

В современное время экологическая обстановка в мире довольно неблагоприятная, природа не может выдержать постоянного вмешательства человека в свои процессы.

Наиболее острую экологическую проблему представляет загрязнение воздуха, поскольку регулярно происходит выброс загрязняющих веществ в атмосферный воздух. А ведь это отражается, прежде всего, на нашем здоровье. Чистый воздух необходим для жизни человека, животных и для растений. Исследование состояние воздуха очень трудоемкий и требующий сложной техники процесс. Определить чистоту воздуха в зеленых насаждениях, не имея дорогостоящих приборов, можно с помощью метода лишеноиндикации, по видовому составу лишайников. Существуют такие живые организмы, которые способны изменять свой внешний вид в зависимости от степени загрязненности воздуха.

Лишайники являются одним из перспективных объектов биоиндикации. Это уникальные симбиотические ассоциации грибов и микроскопических зелёных водорослей и

цианобактерий. По внешнему виду различают лишайники: накипные (рис.1), листовые (рис.2), кустистые (рис.3) [3, с. 4].



Рисунок 1 – Накипные лишайники



Рисунок 2 - Листовые лишайники



Рисунок 3 – Кустовые лишайники

Лишайники растут большей частью в условиях хорошего освещения на разнообразных субстратах и отличаются особым способом питания. Воду они поглощают всей поверхностью таллома из атмосферных осадков и водяных паров, углекислый газ из атмосферы. Источником питательных веществ являются субстрат и атмосферная пыль, оседающая на их поверхности. Лишайники, как губка, впитывают вместе с водой и пылью различные загрязнители. Разные виды лишайников по-разному реагируют на загрязнение воздуха. Это свойство используется для определения степени загрязнения атмосферы. Чем сильнее загрязнение воздуха, тем меньше в нем встречается лишайников, тем меньшую площадь покрывают они на стволах деревьев или других субстратах, тем ниже их жизнеспособность. Наиболее опасны для лишайников загрязнители воздушного бассейна – окислы азота, угарный газ, соединения фтора, диоксид серы. Концентрация диоксида серы 0,5 мг/м³ губительная для всех лишайников. На территориях, где средняя концентрация SO₂ превышает 0,3 мг/м³, лишайники практически отсутствуют. В районах со средними диоксида серы от 0,3 до 0,05 мг/м³ по мере удаления от источника загрязнения сначала появляются накипные лишайники, затем листовые. При концентрации менее 0,05 мг/м³ появляются кустистые лишайники и некоторые листоватые. Загрязнители воздуха нарушают пигментную систему фотосинтеза, окисляя хлорофилл, разрушающийся уже при pH 3,2–3,4, и нарушая процесс транспорта органических веществ [1, с. 59].

Методы оценки загрязнённости атмосферы по встречаемости лишайников основаны на следующих закономерностях:

1. Чем сильнее загрязнён воздух города, тем меньше встречается в нём видов лишайника.

2. Чем сильнее загрязнён воздух, тем меньшую площадь покрывают лишайники на стволах деревьев.

3. При повышении загрязнённости воздуха исчезают первыми кустистые лишайники, за ними – листоватые, последние исчезают накипные.

Таким образом, учитывая эти закономерности, можно количественно оценить чистоту воздуха [1, с. 60].

Различные виды растений, представленные в таблице, чувствительны к определенным загрязняющим веществам. Необходимо отметить, что одним из видов, чаще всего повреждающимся различными загрязняющими веществами, является ель европейская. А из газоустойчивых пород, следует отметить: боярышник обыкновенный, бузина красная, ель колючая, клен ясенелистный, тополь канадский, туя западная.

В настоящее время для количественного описания эпифитной лишенофлоры в основном используется метод сеточек-квадратов с соотношением сторон 1:1 или 1:2. Такие сеточки представляют собой жесткий контур прямоугольной или квадратной формы, разделенный на квадраты размером 1 x 1 см тонкими проволочками, натянутыми параллельно сторонам контура (рис.4).



Рисунок 4 - Метод сеточек-квадратов

При определении проективного покрытия лишайников обычно пользуются сеточками 10 x 10 см, представляющие собой рамки, на которые через каждый сантиметр натянуты продольные и поперечные тонкие проволочки. Рамку накладывают на ствол дерева и фиксируют. Затем определяют число (а) единичных квадратов, в которых лишайники занимают на глаз больше половины площади квадрата. Им приписывают покрытие, равное 100 %; определяют число (b) квадратов, в которых лишайники занимают менее половины площади квадрата, и им приписывают покрытие, равное 50 %. Общее покрытие в процентах вычисляют по формуле (с - число исследованных площадок): $R = 100 a + 50 b / c$ [1, с.108].

Покрытие каждого вида на стволе дерева может быть также представлено на основе визуальной оценки. Это можно сделать с помощью небольших пробных площадок, расположенных на стволе дерева на определённой высоте. Для определения проективного покрытия используется шкала Браун-Бланке (табл.1), объединяющая покрытие и обилие [2].

Таблица 1 - Шкала Браун-Бланке

Частота встречаемости (в %)		Степень покрытия (в %)		Балл оценки
Очень редко	Менее 5%	Очень низкая	Менее 5%	1
Редко	5 – 20%	Низкая	5 – 20%	2
Редко	20 – 40%	Средняя	20 – 40%	3
Часто	40 – 60%	Высокая	40 – 60%	4
Очень часто	60 – 100%	Очень высокая	60 – 100%	5

В зависимости от среднего количества диоксида серы в воздухе изменяется встречаемость лишайников в разных частях города (табл.2).

Таблица 2 - Встречаемость лишайников в разных частях города в зависимости от среднего количества диоксида серы в воздухе

Зоны лишайников	Район города	Концентрация диоксида серы
«Лишайниковая пустыня» (лишайники практически отсутствуют)	Центр города и промышленные районы с сильно загрязнённым воздухом	Свыше 0,3 мг/м ³
«Зона угнетения» (флора бедная)	Районы города со средней	0,05 – 0,3 мг/м ³

	загрязнённостью	
«Зона нормальной жизнедеятельности» (максимальное видовое разнообразие; встречаются, в том числе и кустистые виды)	Периферийные районы и пригороды	Менее 0,05 мг/м ³

Было проведено лишеноиндикационное исследование в сентябре 2022 года, в качестве субстрата использовались деревья: тополь на территории Волгоградского технологического колледжа, для этого были выбраны произвольно 5 деревьев, растущих около колледжа, со стороны, где проходит автомобильная дорога и железнодорожные пути. В ходе проведения исследования был определен видовой состав. На исследуемых деревьях присутствовали накипные и листоватые лишайники. Кустистые лишайники отсутствовали. Причем количество листовых лишайников преобладало.

Вывод: скудное видовое разнообразие и отсутствие кустистых лишайников говорит о значительном загрязнении атмосферы.

Далее на исследуемой площадке были выбраны произвольно 5 деревьев. Мы прикладывали рамку к дереву с четырех сторон на высоте 1 м. 10 см.

Был проведен расчет по формуле: $R = 100a + 50b/c$.

№ дерева	Степень покрытия	
1.	56%	$\frac{56 + 40 + 55 + 54 + 39}{10} = 24,4 \%$
2.	40%	
3.	55%	
4.	54%	
5.	39%	

Вывод: степень покрытия 24,4 % или 3 балла.

Чем сильнее загрязнен воздух на определенной территории, тем меньше на ней встречаются различные виды лишайников, тем меньшую площадь покрывают они на стволах деревьев и других субстратах и тем ниже их жизнеспособность. Поэтому на территории колледжа не встречаются совсем кустистые лишайники, редко - листоватые, чаще - накипные. Степень загрязнения атмосферного воздуха по состоянию лишайников в районе колледжа средняя. При повышении степени загрязненности воздуха первыми исчезают кустистые лишайники, за ними листоватые, и последними накипные.

Оценка чистоты воздуха показала, что колледж находится в «Зоне угнетения» – это район города со средней загрязненностью, где концентрация диоксида серы 0,05-0,3 мг/м³.

Это объясняется тем, что рядом с колледжем проходит автомобильная дорога.

Проблемы экологии городов – это в первую очередь проблемы уменьшения выбросов в окружающую среду различных загрязнителей. Их необходимо решать путем создания новых малоотходных технологий производственных процессов и эффективных очистных сооружений.

Необходимо вести регулярные наблюдения за состоянием экосистем и их элементов.

Регулярно (один раз в два года) проводить оценку чистоты воздуха методом лишеноиндикации, изучать разнообразие лишайников и состояние их покрова.

В целях регуляции газового состава воздуха и степени его загрязнения необходимо высаживать деревья, разбивать скверы, газоны, парки в микрорайонах с высокой антропогенной нагрузкой.

Использовать для озеленения наиболее устойчивые к воздействию пыли, дыма и газа виды древесных пород: тополь, липу, клен, вяз, клен ясенелистный, акацию белую,

боярышник обыкновенный, шиповник, бересклет, барбарис обыкновенный, бузину красную. Проводить целенаправленную и планомерную работу по обновлению и реконструкции зеленого фонда.

Список использованных источников:

1. Бязров Л. Г. Лишайники в экологическом мониторинге / Л. Г. Бязров. – М., 2002
2. Инсарова И. Д. Сравнительные оценки чувствительности эпифитных лишайников различных видов к загрязнению воздуха / И.Д. Инсарова, Г.Э. Инсаров // Проблемы экологического мониторинга и моделирования экосистем. – Л., 1989. – Т. 12. – С. 113–174.
3. Определитель низших растений. Т. 5: Лишайники, Бактерии и Актиномицеты. – М., 1996. – 296 с.

ПОТЕРИ ГОСУДАРСТВА ОТ ПРОДАЖИ НЕФТИ – СЫРЦА

*Масленникова Дарья Дмитриевна
Руководитель: Тиманович Елена Николаевна
ГБПОУ "Камышинский индустриально – педагогический колледж
имени А. П. Маресьева", г. Камышин.*

Как известно, в России нефть является одним из самых главных продуктов экспорта на мировой рынок, ее доля в общем объеме мировой экспортируемой нефти – порядка 28%.

Наш федеральный бюджет на 40% формируют нефтегазовые доходы, от этих сумм напрямую зависят пенсии, зарплаты бюджетников и социальные льготы.

Именно поэтому меня заинтересовала данная тема. Я решила узнать свойства и состав нефти, изучить историю ее открытия в России и познакомиться с научными открытиями русских ученых, которые занимались изучением этого ценного природного ресурса. Ну и, конечно, подсчитать хотя бы приблизительно, теряемые государством доходы от реализации нефти –сырца. Дмитрий Иванович Менделеев назвал нефть – «черным золотом». И это действительно так! Ни один грамм добытой нефти не выбрасывается в виде отходов производства в окружающую среду, все перерабатывается в нефтепродукты. Учитывая, что запасы нефти на Земном шаре истощаются, ученые мужи всего мира протяжении XX и XXI веков пытаются найти альтернативу этому природному ресурсу. Пока данный процесс не увенчался успехом, и мы можем смело утверждать «Заменить нефть ничем!»

Первые упоминания о нефти на территории России относятся к XV веку. Нефть собирали с поверхности воды на реке Ухта. Так же как и другие народы, здесь ее использовали в качестве лекарственного средства и для хозяйственных нужд. В 1684 году иркутский письменный голова Леонтий Кислянский обнаружил нефть в районе Иркутского острога. О другой находке нефти в России-Кавказкой было сообщено 2 января 1703 года в русской газете «Ведомости». Добыча нефти началась с 1745 года. Однако в течение XVIII века разработка нефтяных месторождений являлась убыточной из-за крайне узкого практического применения продукта. С развитием промышленности, спрос увеличился. Основным нефтяным районом России стал Кавказ.

Первый завод по очистке нефти был построен в России в 1745 году, в период правления Елизаветы Петровны, на Ухтинском нефтяном промысле. В Санкт-Петербурге и в Москве тогда пользовались свечами, а в малых городах — лучинами. Но уже тогда во многих церквях горели неугасаемые лампы. В них наливалось горное масло, которое было не чем иным, как смесью очищенной нефти с растительным маслом. Купец Набатов был единственным в то время поставщиком очищенной нефти для соборов и монастырей. В конце XVIII столетия была изобретена лампа. С появлением ламп возрос спрос на керосин.

То, что нефть является важнейшим источником химического сырья, впервые обратил внимание Д. И. Менделеев. Уже в 1881 г он посвятил ряд своих работ происхождению и рациональной переработке нефти. Продолжил работы над нефтью Л. Г. Гурвич. На основании своих исследований он разработал физико-химическую основу очистки нефти и нефтепродуктов и значительно усовершенствовал методы её переработки. Далее, в 1891, В. Г. Шухов изобрёл первую в мире промышленную установку термического крекинга нефти, он был автором проекта в 1878 году и главным инженером строительства первого российского нефтепровода и конструирования нефтехранилищ.

Ну а в 1918 году в работах Марковникова и Н. Д. Зелинского описан первый в мире каталитический способ получения бензина из тяжёлых остатков нефти и лишь спустя почти четверть века, взяв за основу опыт русских, свою установку построили в США.

Способы переработки нефти:

- Прямая перегонка нефти— разложение смеси нефтепродуктов на составляющие при вакуумном нагревании.

- Крекинг – разложение больших молекул углеводородов нефти на более мелкие.

- Риформинг или ароматизация— создание циклических форм молекул углеводородов.

При прямой перегонке получают:

- Бензин – содержащий углеводороды, кипящие в интервале от 40° до 200° С

- Лигроин- соляровое масло, содержащий углеводороды с температурой кипения от 150° до 250° С

- Керосин, включающий углеводороды с температурой кипения от 180° до 300° С

- Дизельное топливо($t > 275^{\circ}\text{C}$)

- Мазут – вязкая черная жидкость, содержит углеводороды с большим числом атомов углерода в молекуле, молекулу разделяют на фракции путем дополнительной переработки.

Мазут—это котельное жидкое топливо. Его подвергают вторичной переработке – крекингу.

Из мазута получают:

- Соляровое масло— моторное топливо.

- Смазочные масла- смазка механизмов (автотракторные, авиационные, машинное, веретенное).

- Вазелин – основа для косметических средств и лекарств.

- Из некоторых сортов нефти получают парафин— сырье для получения высших карбоновых кислот; для пропитки древесины в производстве спичек и карандашей, для изготовления свечей, гуталина и пищевой сырной упаковки.

- Гудрон (нелетучая темная масса) – для получения асфальта.

Риформинг или ароматизация нефти дает:

- Бензиновые фракции нефти - получают 80-85 % бензина с октановым числом 90-95.

- 1-2% водорода.

- Бензол.

- Толуол.

Перейдем к международным ценам на нефть и нефтепродукты:

Нефть занимает ведущее место в мировом топливно-энергетическом хозяйстве. Цена на нефть не постоянная. Единица продажи – баррель (это 159 литров). В октябре 2022 года цена барреля сырой нефти составляет 70,72 доллара США. Если сравнивать цену нашей нефти сегодня, то она дешевле европейской на 30%.

Сегодня от экспорта сырой нефти Россия получает примерно 96,6 млрд долл. США. А сколько наша страна могла бы получать от продукции переработки нефти?

Перейдем к цифрам:

из 1 барреля нефти получается бензина 85-102 л, Из 1 барреля нефти можно получить 55 литров керосина и 25 литров сверхчистого авиационного керосина. Из барреля нефти можно получить 30 литров дизельного топлива. Из 1 барреля нефти можно получить 7 литров мазута, масло веретенное на сумму 0,743 \$, моторные масла – на сумму 8,6 доллара. Эту всю продукцию получают именно из 1 барреля при всех способах переработки нефти. Кроме всех этих нефтепродуктов, получают массу других – о которых я информацию не нашла. Но, стоимость даже этих нефтепродуктов на мировом рынке настолько велика, что, подсчитав мировую цену этой продукции, мы имеем:

-Цены бензина, 24-окт-2022: Средняя цена бензина по всему миру составляет 1.29 (U.S. Dollar) за литр. 1.29 умножить на 102 литров=131.58 долларов

-Цены на керосин, литр, 24-окт-2022 составляет по всему миру 1, 43 (U.S. Dollar). 1.43 умножить на 75 литров=107.25 долларов.

-Цены дизельного топлива, 24-окт-2022: Средняя цена дизельного топлива по всему миру составляет 1.35 (U.S. Dollar) за литр. 1.35 умножить на 30 литров=40.5 доллара

- Цены на топочный мазут, 24-окт-2022 1,6 (U.S. Dollar) за литр. 1.6 умножить на 7 литров=11.2 доллара.

- Масло веретенное – на сумму 0,743 \$- Моторные масла – на сумму 8,6 доллара

Всего: 288,7 доллара США.

Таким образом – только перечисленные несколько наименований нефтепродуктов, получаемых из 1 барреля нефти, по мировым ценам дают прибыль в 288.7 долларов. А это выше продаваемой цены барреля сырой нефти (70,72 доллара США) на 217.98 долларов.

А еще из нефти получают:

сжиженный газ; реактивное топливо; пропиленгликоль-сырье для пластиковых контейнеров; корпусов для бытовой техники; деталей мебели; CD и DVD-диски; искусственный мех; материалы для набивки подушек и мягкой мебели; полиуретан; пластиковая тара; полиэтилен; пищевая плёнка; ткани (40% всего синтетического текстиля производят из нефти) –полиэстер; нейлон; полиамид-материалы для обшивки кресел и диванов; косметика: тени для век; карандаши для губ и глаз; косметические лаки; шампуни; духи; лекарства- аспирин, сульфидин, стрептоцид, сульфадимезин, антисептики; антибиотики; противотуберкулезные препараты; лекарства от желудочно-кишечных заболеваний; успокаивающие средства; резина – авто, вело покрышки и камеры; резиновые амортизаторы, коврики, прокладки и тому подобное; охлаждающую жидкость; удобрения; воск; краску для строительных работ и окраски волос. моющие средства -нефть широко применяется при изготовлении различной бытовой химии, панели солнечных батарей- альтернативные источники энергии; синтетические удобрения; ядохимикаты; пестициды; пищевые ароматизаторы; пищевые загустители; эмульгаторы; пищевые красители; продукты питания.

Этот список можно продолжать бесконечно. Представляете, какую стоимость могла бы иметь вся эта продукция по совокупной цене? Невольно вспомнишь слова Д. И. Менделеева, которые актуальны и сегодня. Еще в начале 19 века он написал, что «Плох тот государь, который разбазаривает природное сырье!»

В год, из-за отсутствия нефтеперерабатывающих заводов и низкого качества выпускаемой продукции, которая не котируется на мировом рынке, бюджет России теряет 12438.4 млрд долларов.

Заключение:

России необходимо вернуться к восстановлению и развитию всех отраслей народного хозяйства. Возродить промышленное и сельскохозяйственное производство, начать производить продукцию высокого качества, которую с радостью будут закупать иностранные партнеры. Уменьшить объемы экспорта – сырья природных ресурсов: нефти, газа, каменного

угля, руд металлов и металлолома, древесины. Переходить к самостоятельной переработке природных богатств и торговать готовой продукцией. И, только такая позиция нашего руководства страны, позволит поднять мировой авторитет России, увеличить прожиточный уровень россиян и защитить нас от внешних врагов.

Список использованных источников:

1. Рябов В.Д. *Химия нефти и газа: учебное пособие*. – М.6 ИД «ФОРУМ», 2009. – 336.: ил. – (Высшее образование).
2. Шмаров А.И. *Нефтяной комплекс России и его роль в воспроизводственном процессе*. – М., 2000.
3. *Добыча нефти в России*. //БИКИ. №46, 2001
4. *Русский бизнес. Нефтедобыча*. //Эксперт волга, №36, 2007
5. ТЭК России, Министерство Энергетики Российской Федерации, функционирование и развитие.

Интернет – ресурсы:

1. <http://www.gks.ru> - Федеральная служба Государственной статистики
2. <http://prime-tass.ru> - Агентство экономической информации

ЧТО ТАКОЕ «СЛИВОЧНОЕ МАСЛО» И ЕГО ПОЛЬЗА

Белоус Ульяна Константиновна

Руководитель: Шляхова Людмила Александровна

ГБПОО Республики Адыгея "Майкопский медицинский колледж", г. Майкоп

Сливочным маслом может называться продукт, который получили из высокожирных сливок с жирностью не менее 72,5 %. Масло - высококалорийный продукт. Состоит из жира (72-82%) и влаги (15-25%). Кроме метиловых эфиров жирных кислот, в масле содержится более 50 различных химических компонентов. Отличный вкус, аромат, высокое содержание жирорастворимых витаминов, усвояемость питательных веществ делают масло важным продуктом в нашем рационе.

Актуальность темы: значение исследовательской работы обусловлено постоянными изменениями выбора моей семьи сливочного масла.

Цель исследования: изучение некоторых органолептических анализов сливочного масла, которое пользуется спросом.

Для достижения поставленной цели нужно выполнить следующие задачи: узнать историю создания масла и его состав; провести анкетирование студентов 1 курса (группы С-11, С-14, С-16) и педагогического состава для определения наиболее популярного сливочного масла в их семьях; провести органолептическую оценку качества масла и сравнить с результатами оценки качества сливочного масла с результатами «теста сливочного масла: 4 из 31 можно покупать» на сайте Росконтроль.

Объект исследования: масло сливочное: Адыгейское (майкопский молзавод), Бурёнкин луг 72,5 %, Коровка из Кореновки, Масло традиционное «Магнит», Масло традиционное сливочное (Ростовское) (наиболее популярные по результатам анкетирования).

Предмет исследования: сравнительный анализ сливочного масла.

Методы исследования: литературный обзор, социологический опрос, сравнительный анализ, органолептический и химический анализы.

История возникновения сливочного масла

В справочных материалах нет точной информации о том, когда же появилось сливочное масло. По одним данным, это произошло более 10 тысяч лет назад. Что касается документального доказательства, то процесс, похожий на производство масла, был выбит на каменных табличках Месопотамии (2500 г. до Рождества Христова). Жители России употребляли сливочное масло с IX- X века. В летописях сказано, что торговцы из стран Европы покупали масло у монахов Печенежского монастыря [6].

Во всем мире долгое время сливочное масло получали путем сбивания домашних сливок, сметаны и цельного молока. Россия была одним из крупнейших ее экспортеров.

Масло сливочное в зависимости от технологии производства классифицируют на сладко-сливочное и кисло-сливочное, которые в свою очередь подразделяют на не соленое и соленое и в следующем ассортименте: Традиционное, Любительское; Крестьянское.

По органолептическим показателям оно должно соответствовать требованиям [3], указанным в таблице.

Таблица. Органолептические показатели

Наименование показателя	Характеристика для	
	сладко-сливочного масла	кисло-сливочного масла
Вкус и запах	Выраженные сливочный и привкус пастеризации, без посторонних привкусов и запахов.	Выраженные сливочный и кисломолочный, без посторонних привкусов и запахов.
	Умеренно соленый - для соленого масла.	
Консистенция и внешний вид	Плотная, пластичная, однородная. Поверхность на срезе блестящая, сухая на вид. Допускается мелкие капельки влаги.	
Цвет	От светло-желтого до желтого, однородный по всей массе	

Сливочное масло содержит Са, Р, витамины А, D и Е, определённые границы соотношения массовых долей метиловых эфиров жирных кислот.

В соответствии с ГОСТ Р 52971–2008 «Масло топленое и жир молочный» [6] масло-продукт с массовой долей жира 99,0 %, влаги 1,0 %, который изготавливали вытапливанием жировой фазы из сливочного масла, подсырного масла, масла сырца, сборного топленого масла и пластических сливок. В 2015 году был введен ГОСТ 32261-2013 Международный стандарт «Масло сливочное. Технические условия» [4] в котором говорится, что масло-продукт с массовой долей жира от 72,5 до 82,5 %, влаги от 16,0 до 24,0 % , и для производства масла используют основное сырье: молоко коровье, сливки с кислотностью не более 19⁰ Т, пахта -молоко сухое цельное, молоко сухое обезжиренное концентраты бактериальные молочнокислых микроорганизмов, соль поваренная пищевая, каротин.

Энергетическая ценность сливочного масла должна составлять для традиционного сливочного масла 3132 кДж, любительского- 3044 кДж, крестьянского- 2772 Кдж.

В ГОСТе 32261-2013 [4] сказано, что срок годности монолитного масла при температуре от +3 до +5⁰ С НЕ БОЛЕЕ 10 суток с момента отпуска с предприятия! Масло, упакованное в фольгу или другие материалы, должны храниться при температуре +3⁰ С не более 35 дней! При покупке сливочного масла мы обращали внимание на температурный режим в холодильнике магазинов, и он всегда показывал температуру до +4, что говорит о нарушении хранения продукта.

Чем полезно сливочное масло

1. Является противовоспалительным средством, т.к. содержит линолевые кислоты.
2. Кислоты, которые содержатся в сливочном масле, влияют на функцию гистондеацетилазы, которая влияет на настроение, а лауриновая кислота помогает избавляться от различных вирусов, бактериальных и грибковых инфекций.

3. Бета-каротин снижает риск возникновения стенокардии и дегенерации желтого пятна сетчатки глаза.
4. Ионы кальция, меди, цинка, селена и марганца влияют на костный состав.
5. Содержатся витамины.
6. В масле содержатся гликофинголипиды, защищающие организм от ЖК- инфекций [8].

Практическая часть

Социологический опрос

Для определения объектов исследования среди большого разнообразия сливочного масла необходимо было провести социопрос о его выборе. Социопрос провели среди 75 студентов и педагогических работников ГБПОО Республики Адыгея «Майкопский медицинский колледж» г. Майкопа.

Результаты анкетирования:

1. Большинство респондентов предпочитают сливочное масло Адыгейское (майкопский молзавод), Буренкин луг, Коровка из Кореновки, Традиционное масло сливочное (Магнит), Масло традиционное сливочное (Ростовское).
2. Причины выбора сливочного масла у большинства респондентов – жирность.
3. Большинство респондентов предпочитают сливочное масло жирностью 85 %.

Экспериментальная часть

Образцы были пронумерованы в следующем порядке: 1-сливочное масло Адыгейское (майкопский молзавод), 2- Буренкин луг, 3- Коровка из Кореновки, 4- Традиционное масло сливочное (Магнит), 5- Масло традиционное сливочное (Ростовское).

Отношение сливочного масла к температурам

В 5 стаканов кипятка и помещали кусочки испытуемого масла.

Качественное масло, очень быстро растает и растечется по поверхности воды блестящими желтоватыми блестящими каплями, не образуется осадка. После замораживания проб масла в морозильной камере в течение 3-4 часов их достали и разрезали ножом. Образец № 4 крошится, что подтверждает содержание растительного жира.

Вывод: масло Традиционное масло сливочное (Магнит) содержит растительные масла.

Определение органолептических показателей

Определение наличия примесей крахмала

Около 10 г растопленного масла размешали с 10 мл. горячей дистиллированной воды. Жировой слой аккуратно собираем пипеткой, водный слой доводим до кипения, затем добавляем 2-3 капли 0,5% спиртового раствора йода. Появление фиолетовой окраски свидетельствует о наличии в масле крахмала.

Заключение: образцы сливочного масла не содержат примесей крахмала.

Определение примесей творога (молочнокислых продуктов).

10 г. масла опустить в стакан кипятка и перемешивать. В случае, если масло хорошего качества, то после остывания, жир (растопленное сливочное масло) всплывает, вода остается прозрачной. Крупинки, которые не растворяются в воде, оседают на дно.

Заключение: образец 4 имеет примеси кисломолочных продуктов, которые при температуре выпали в осадок в виде хлопьев.

Определение наличия ненасыщенных жиров.

В растопленное масло помещали раствор перманганата калия, оно становилось розовым. Через некоторое время жидкость должна обесцветиться — это свидетельствует о наличии в исследованных образцах ненасыщенных жиров.

Вывод: В исследованных образцах установлено наличие ненасыщенных жиров, которые необходимы человеку.

Качественные реакции на витамины

Витамин А можно определить качественной реакцией с хлоридом железа (III): в пробирки с растопленным маслом (1 мл) добавили 2-3 капли 1%-ного раствора FeCl_3 . В присутствии витамина А появляется ярко-зеленая окраска.

Заключение: В образцах 1,2,3 присутствует незначительное количество витамина А, в образцах 4,5 раствор не изменил окраску. Витамин А чувствителен к окислителям и разрушается кислородом в растворе при нормальной температуре.

Наличие витамина Е

Определяли качественной реакцией с концентрированной азотной кислотой

Окрашивание масла в оранжевый цвет свидетельствует о наличии витамина Е.

Заключение: Исследуемые образцы содержат витамин Е.

Заключение

Изучив литературу, мы узнали историю происхождения сливочного масла, о его пользе для здоровья человека, составе и видах сливочного масла. Наиболее популярны масла: Адыгейское (майкопский молзавод), Бурёнкин луг 72,5 %, Коровка из Кореновки, Масло традиционное «Магнит», Масло традиционное сливочное (Ростовское).

Изучив результаты теста сливочного масла на сайте Росконтроль [9], я узнала, что не все изученные нами марки сливочного масла были изучены в лабораториях Росконтроль. Были проверены только масла: Коровка из Кореновки- оценка 6; Масло традиционное сливочное (Ростовское) -оценка 7,4.

В результате проведенных анализов определили, что в Традиционном масле сливочном (Магнит) содержится растительный жир, кисломолочные продукты.

На основе изученных материалов мы разработали рекомендации по выбору фасованного сливочного масла:

1. Цвет качественного сливочного масла должен быть от беловато-желтого до желтого.
2. Консистенция должна быть плотной, однородной, пластичной.
3. При резке поверхность должна быть блестящей, но сухой, без влаги.
4. Хорошее сливочное масло должно иметь ярко выраженный сливочный вкус и запах.
5. Упаковка должна быть изготовлена из упаковочной фольги или пергамента. Масло брусками тоже должно быть упаковано в фольгу или пергамент. ОБРАЩАЙТЕ внимание при покупке масла на рынках.
6. Обращайте внимание на температурный режим холодильных камер при хранении сливочного масла и срок хранения.

Список использованных источников:

1. Бредихин, С.А., Юрин В.Н. Техника и технология производства сливочного масла и сыра. М.: Колос, 2007. 319 с.
2. Туников Г.М., Морозова Н.И., Шашкова И.Г., Колонтаева С.М. Технология производства и переработки продукции животноводства. Часть 1. Технология производства и переработки молока. Рязань.: «Приз». 2003. 284 с.
3. Шидловская, В.П. Органолептические свойства молока и молочных продуктов. Справочник/В.П. Шидловская. -М.: Колос, 2008. 139 - 151 с.
4. <https://docs.cntd.ru/document/1200107359>
5. <https://docs.cntd.ru/document/1200157051>
6. <https://docs.cntd.ru/document/1200071687>
7. <https://kulturologia.ru/blogs/260721/50522/>
8. <https://polzavred-edu.ru/slivochnoe-maslo-polza-i-vred-dlja-organizma/>
9. <https://roscontrol.com/journal/tests/kakoe-slivochnoe-maslo-nastoyashchee/>

УГЛЕВОДЫ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

Бондарева Анна Андреевна

Руководитель: Анкудинова Наталья Николаевна

Михайловский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка

Про углеводы часто вспоминают с содроганием, считая, что они являются причиной лишнего веса и различных заболеваний. Если не злоупотреблять ими, ничего подобного не случится. Наоборот, роль углеводов в организме человека заключается в том, чтобы обеспечить его необходимой подзарядкой. Человек, не получающий их в достаточном количестве, выглядит болезненно и устало.

Еще в древние времена человечество познакомилось с углеводами и научилось использовать их в своей повседневной жизни. Хлопок, лен, древесина, крахмал, мед, тростниковый сахар – это всего лишь некоторые из углеводов, сыгравшие важную роль в развитии цивилизации.

Впервые термин «углеводы» появился в 1844 г., его автором признают профессора Дерптского университета К.Г. Шмидта. Ученые тех лет считали, что все соединения этой группы состоят из молекул углерода и воды, отсюда произошло и название. Но позднее более глубокие исследования показали, что к углеводам относятся вещества с формулой «кислород + водород». В научной литературе можно встретить другое наименование – глициды.

Производство углеводов лежит на плечах представителей флоры, образующееся в результате фотосинтеза огромное количество крахмала и других углеводов обеспечивает калориями структуру человека.

Различают два основных класса углеводов простые и сложные.

Если моносахариды содержат альдегидную группу, то они относятся к классу альдегидоспиртов, если кетонную – к классу кетоспиртов. В зависимости от числа углеродных атомов в молекуле моносахаридов различают триозы (C3), тетрозы (C4), пентозы (C5), гексозы (C6) и т.д.

Простые углеводы.

Рибоза входит в состав нуклеиновых кислот РНК, АТФ. Это бесцветные кристаллы легко растворимые в воде и имеющие сладкий вкус. Дезоксирибоза входит в состав ДНК, альдопентоза – производное рибозы, где гидроксильная группа у второго атома углерода замещена водородом с потерей атома кислорода. Глюкоза или виноградный сахар шестиатомный гидроксальдегид, встречается в соке многих фруктов и ягод, в том числе и винограда, от чего и произошло название этого вида сахара. Галактоза отличается от глюкозы пространственным расположением водородной и гидроксильной групп у 4-го углеродного атома. Содержится в животных и растительных организмах, в микроорганизмах, молоке, сахарной свекле, камеди, некоторых энергетических напитках, в клетках головного мозга, нервных тканях. Фруктоза, кетонспирт – белое кристаллическое вещество, хорошо растворимое в воде. Смеси с ней входят в состав мёда.

Сложные углеводы.

Сахароза – бесцветные кристаллы состоят из циклических формул фруктозы и глюкозы, соединённых атомом кислорода. Встречается во многих фруктах, плодах и ягодах, сахарной свёкле и сахарном тростнике. Мальтоза – обнаружена в солоде, семенах ячменя. Она содержит два остатка Д-глюкопиранозы, соединённых между собой α-гликозидной связью. Лактоза содержится в молоке и молочных продуктах, состоит из остатков молекул глюкозы и галактозы.

Высокомолекулярные или полисахариды.

Крахмал безвкусный аморфный порошок белого цвета, нерастворимый в холодной воде, при сжатии порошка крахмала он издаёт характерный скрип, вызванный трением частиц. Целлюлоза состоит из остатков β-глюкозы, соединённых гликозидными связями. Это белое, твёрдое, стойкое вещество, не разрушается при нагревании, горит, нерастворима в воде, слабых кислотах и большинстве органических растворителей, составная часть клеточных оболочек всех растений. Гликоген построен из звеньев Д-глюкопиранозы, связанных гликозидными связями. По химической структуре и пространственному строению близок к амилопектину. Однако, амилопектин является резервным полисахаридом растений, а гликоген – животных.

Углеводы выполняют следующие функции:

Энергетическая. Являются основным энергетическим источником для всех видов работ, происходящих в клетках. При распаде углеводов высвобождаемая энергия рассеивается в виде тепла или накапливается в молекулах АТФ. При окислении 1 г углеводов выделяется 17кДж энергии.

Пластическая. Рибоза и дезоксирибоза используются для построения АТФ, АДФ и других нуклеотидов, а также нуклеиновых кислот, входят в состав некоторых ферментов, являются компонентами клеточных мембран, входят в состав сложных белков хрящевой и других тканей.

Резервная (запасающая). Углеводы запасаются в скелетных мышцах, печени и других тканях в виде гликогена.

Защитная. Сложные углеводы входят в состав компонентов иммунной системы; находятся в слизистых веществах, покрывающих поверхность сосудов, бронхов, пищеварительного тракта, мочеполовых путей и защищают от проникновения бактерий, вирусов, а также от механических повреждений.

Специфическая. Отдельные углеводы участвуют в обеспечении специфичности групп крови, выполняют роль антикоагулянтов, являются рецепторами гормонов, оказывают противоопухолевое действие.

Регуляторная. Входят в состав мембранных рецепторов, участвуют в регуляции осмотического давления в организме.

Клетчатка из пищи активирует перистальтику кишечного тракта, ферменты, используемые в пищеварительном тракте, улучшая пищеварение и усвоение питательных веществ.

Рибоза и дезоксирибоза используются для синтеза нуклеиновых кислот.

Глюкоза используется для образования гликогена, для питания тканей сердечной мышцы, для поддержания необходимого уровня сахара в крови и создания запасов гликогена печени.

Фруктоза является легкоусвояемым сахаром. Избыток сахарозы оказывает влияние на жировой обмен, усиливая жиरोобразование. Обильное потребление сахара приводит к нарушению обмена холестерина и повышению его уровня в сыворотке крови, отрицательно сказывается на функции кишечной микрофлоры.

Крахмал имеет основное пищевое значение. Гликоген используется в качестве энергетического материала для питания работающих мышц, органов и систем.

В ротовой полости начинается пищеварение крахмала под воздействием амилазы слюны, при этом образуются декстрины и мальтоза. Большая часть молекул полисахаридов не успевает гидролизиться во рту. Смесь крупных молекул такими как мальтозой, глюкозой- поступает в желудок. Сильно кислая среда желудочного сока угнетает ферменты слюны, поэтому дальнейшие превращения углеводов происходят в кишечнике, сок которого содержит бикарбонаты, нейтрализующие соляную кислоту желудочного сока.

Моносахариды получают энергию, взаимодействуя с молекулой АТФ в реакциях, продуктами которых являются фосфорные эфиры моносахаридов. При переходе из кишечной стенки в кровь фосфорные эфиры расщепляются фосфатазами, и в кровоток поступают свободные моносахариды.

Итак, мы выяснили, что углеводы - основной источник энергии, который необходим для нормальной стабильной работы внутренних органов, способствуют укреплению мышц, стабилизируют деление клеток и нормализуют динамику роста.

Некоторые углеводы обладают и выраженной биологической активностью, выполняя специализированные функции. Это гетерополисахариды крови, определяющие группы крови, гепарин, предотвращающий образование тромбов, аскорбиновая кислота, обладающая С-витаминными свойствами, маркерная специфичность за счет углеводсодержащих компонентов в ферментах, гормонах и др. Полезной функцией углеводов является защита организма от вирусов и механических повреждений изнутри.

А вот сложные углеводы, обеспечивают нормальную перистальтику кишечника, выводят токсичные вещества из организма, помогают выводить плохой холестерин, нормализуют микрофлору кишечника. Глюкоза вместе с сахарозой обеспечивают питание для мозга. Глюкоза требуется для печени – она участвует в процессе образования гликогена. Фруктоза полезна для больных сахарным диабетом, поскольку в процессе ее расщепления не участвует инсулин.

Однако нужно знать и когда создается негативное влияние углеводов на организм человека. Систематическое чрезмерное употребление сахара и других легкоусвояемых углеводов способствует проявлению скрытого сахарного диабета из-за перегрузки, а затем истощения клеток поджелудочной железы, которая вырабатывает необходимый для усвоения глюкозы инсулин. Кроме того, избыток глюкозы может вызвать наркотический эффект, который называется «углеводный голод». Повреждаются сосуды, гемоглобин хуже переносит кислород и приводит к ишемической болезни сердца, инсульту и болезни Альцгеймера, нарушается способность почек удалять мочевину, появляется катаракта.

Изучив данную тему, можно сделать вывод что углеводы играют чрезвычайно важную роль в питании человека. Углеводы являются важнейшим источником энергии для организма, которая необходима для обеспечения жизнедеятельности каждой клетки человеческого организма. При биологическом окислении углеводов образуется большое количество энергии.

Список использованных источников:

1. Углеводы и их роль и значение в жизни человека – URL:<https://nsportal.ru/ap/library/drugoe/2020/06/21/nauchno-issledovatel'skiy-proekt-na-temu-uglevody-i-ih-rol-i-znachenie-v> (дата обращения 07.01.2023.)
2. Углеводы в жизни человека– URL: <https://infourok.ru/referat-po-himii-na-temu-uglevodi-v-zhizni-cheloveka-3032744.html>(дата обращения 10.01.2023.)
3. Углеводы и их роль и значение в жизни человека– URL:<https://tvorcheskie-proekty.ru/node/4438>(дата обращения 12.01.2023.)

ХИМИКИ – ФРОНТУ: «КС» - ПРОТИВОТАНКОВОЕ ОРУЖИЕ, ПОСВЯЩАЕТСЯ 80 – ЛЕТИЮ ПОБЕДЫ В СТАЛИНГРАДСКОЙ БИТВЕ

*Вергасова Марина Николаевна
Рабаданов Камиль Джамалуддинович
Руководитель: Максимова Вера Ивановна
ГБПОУ "Волгоградский профессиональный техникум
кадровых ресурсов", Волгоград*

Проблема проекта: познакомиться с вкладом советских учёных – химиков в Победу, рассказать о подвигах солдат в Великой Отечественной войне.

Актуальность: в наше время против танков, оснащенных средствами противорадиационной и противохимической защиты, бутылки с зажигательной смесью бесполезны. Но они все еще могут быть эффективными в борьбе с легкобронированной техникой, особенно открытого типа.

Цель проекта: изучить значение зажигательных бутылок «КС», как противотанкового оружия во время ВОВ.

Задачи: собрать информацию о зажигательных бутылках «КС», используемых как противотанковое оружие во время ВОВ, с целью её анализа, обобщения и представления для широкой аудитории.

28 июня 1941 г. (через шесть дней после начала войны) Академия наук СССР обратилась к ученым всех стран с призывом сплотить силы для защиты человеческой культуры от фашизма: «В этот час решительного боя советские ученые идут со своим

народом, отдавая все силы борьбе с фашистскими поджигателями войны – во имя защиты своей Родины и во имя защиты свободы мировой науки и спасения культуры, служащей всему человечеству... Все, кому дорого культурное наследие тысячелетий, для кого священны высокие идеалы науки и гуманизма, должны положить все силы на то, чтобы безумный и опасный враг был уничтожен». [1]

В начальный период войны при острой нехватке других противотанковых средств советскими войсками широко применялись «зажигательные бутылки». Маршал И.Х. Баграмян вспоминал о первых неделях войны на Юго-Западном фронте: «Не хватало артиллерии, встречали германские танки связками гранат. К сожалению, и гранат не всегда было достаточно. Тогда вспомнили об опыте республиканцев Испании, стали собирать бутылки, наполнять их бензином... Оружие простое, но в смелых и умелых руках довольно эффективное». Обращение к «бутылкам» стало сугубо вынужденной мерой. [1]

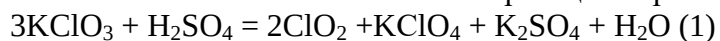
Учёные Советского союза, как солдаты, «ковали» Победу нашего народа, только не на полях сражения, а в научно – исследовательских лабораториях. Создавали новое оружие, лекарства, средства химзащиты, обмундирование.

Несмотря на то, что проводилась работа по налаживанию военного производства, предприятия г. Сталинграда сталкивались с рядом трудностей военного времени, которые препятствовали своевременному выполнению государственных заказов. В частности, материалы «особой папки» указывают, что химзавод № 91 в первые месяцы войны испытывал дефицит фосфора, из-за чего программа производства зажигательного продукта «КС» к началу августа 1941 г. оставалась невыполненной.

Для исправления сложившейся ситуации Сталинградский обком ВКП(б) 18 августа 1941 г. принимает постановление об обеспечении завода № 91 необходимыми стройматериалами и рабочей силой и о мерах по обеспечению выпуска артхимснарядов, авиабомб, химических мин и ампул. [5]

Трудовой коллектив завода 91 наладили выпуск бутылок КС (Качурина – Солодовникова), или просто зажигательных бутылок, в промышленных масштабах. К обыкновенной бутылке прикреплялись резинкой ампулы, содержащие концентрированную серную кислоту, бертолетову соль, сахарную пудру. В бутылку заливали бензин, керосин или масло. Как только такая бутылка при ударе разбивалась о броню, компоненты запала вступали в химическую реакцию, происходила сильная вспышка, и горючее воспламенялось. [2]

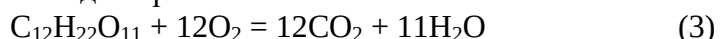
Принцип действия зажигательной бутылки «КС» основан на окислительно – восстановительных реакциях органических и неорганических веществ:



Бертолетова соль



Оксид хлора



Сахарная пудра

Три компонента запала берутся в отдельности, их нельзя смешивать заранее, т.к. получается взрывоопасная смесь. [2]

Данную окислительно – восстановительную реакцию можно провести в химической лаборатории, соблюдая правила ТБ. Для этого необходимо взять 2 части бертолетовой соли (KClO_3) и 1 часть сахарной пудры ($\text{C}_{12}\text{H}_{22}\text{O}_{11}$). По отдельности это безопасные вещества, но, если их перемешать, получается взрывоопасная смесь. Если на эту смесь капнуть серной кислотой (H_2SO_4) произойдёт самовоспламенение. Это свойство бертолетовой соли и было положено в основу действия зажигательной бутылки «КС».

Уже 7 июля 1941 г. Государственный комитет обороны принял специальное постановление «О противотанковых зажигательных гранатах (бутылках)», обязывающее

Наркомпищепром организовать с 10 июля 1941 г. снаряжение литровых стеклянных бутылок огнесмесью, основой, которой была любая легковоспламеняющаяся жидкость,

например, бензин, керосин, скипидар, которым обязал соответствующие промышленные наркоматы (министерства) производить 120 тыс. бутылок ежедневно. Розливом зажигательной смеси в бутылки занимались ликероводочные и пивные заводы. Использовались бутылки емкостью 0,50, 0,75 литра и даже литровые. На бутылку одевались два резиновых кольца, которые прижимали и держали зажигательный комплект из двух запалов – химических спичек и одной терки для них. Вместо этикетки на бутылку наклеивалась памятка по ее применению, хотя иногда на заводах случались накладки, и тогда в немецкие бронированные машины летели бутылки с этикетками «водка», «пиво» или «вино». [3]

Тактика, которую применяли пехотинцы, вооруженные бутылками КС, была проста. Они подпускали танки поближе, на расстояние 15 – 20 м, и бросали в них бутылки, целясь в моторное отделение или в зону между корпусом и башней. Теоретически это не кажется сложной задачей, но в условиях боя, когда бронетехника наступает при поддержке заградительного огня, а за танками следует пехота противника, выполнить ее было не так просто. [1]

Эффективность зажигательных бутылок в борьбе с танками противника была подтверждена уже в первые месяцы войны многими сотнями примеров. В конце июня 1941 года бойцы 100-й стрелковой дивизии в боях за Минск успешно боролись с танками врага с помощью зажигательных бутылок местного производства. Так, отделение сержанта Ярова за одну ночь уничтожило зажигательными бутылками шесть боевых машин, батальон капитана Коврижко сжег в одном бою более 20 танков, а батальон капитана Гнедина за месяц уничтожил 104 танка. Только в июле 1941 года зажигательными бутылками советские воины сожгли 353 вражеских танка. [4]

Случалось, что, когда солдат поднимался, чтобы бросить бутылку в танк, в нее попадали пули или осколки снаряда и он превращался в живой факел. Именно так погиб морской пехотинец Михаил Аверьянович Паникаха. Он приготовился бросить бутылку в немецкий танк, и в этот момент в нее попала пуля, отчего бутылка загорелась. Он успел схватить еще одну бутылку, добежал до танка и разбил ее о броню. Ему было по смертно присвоено звание Героя Советского Союза, правда, лишь в 1990 г., спустя 45 лет после окончания войны. [4]

Бутылки «КС» были привычным боевым средством для партизан.

Зажигательные бутылки использовались Красной Армией в течение всей войны. Снабжение войск ими осуществлялось по линии Главного военно-химического управления Красной Армии. Обычно в стрелковой дивизии поддерживался постоянный запас зажигательных бутылок (2000-2500 штук на дивизию, не менее 700 на стрелковый полк). [4]

В первый период Великой Отечественной войны создавались и так называемые бутылочные поля, которые расширяли огневые валы или увеличивали их глубину. Подобные поля широко практиковались в битве под Москвой. Под Сталинградом на танкоопасных направлениях наши обороняющиеся войска создали 30 бутылочных полей, на которых разместили более 200 тысяч бутылок. На них в полосах 64 и 57-й армий к 28 августа 1942 года было уничтожено до 70 вражеских танков. [4]

«Боевой счет» бутылок впечатляет: по официальным данным, за годы войны с их помощью советские бойцы уничтожили 2429 танков, самоходных артиллерийских установок и бронемашин, 1189 долговременных огневых точек, деревоземельных огневых точек (дзотов), 2547 других укрепительных сооружений, 738 автомашин и 65 военных складов. [4]

Таким образом зажигательные бутылки «КС» оказались очень эффективным, массовым, простым в обращении и недорогим противотанковым оружием. Потом были и другие изобретения... Но ни одно из них не имело такого значения для победы советских войск, как "зажигательные бутылки", которые помогли остановить бронированную армию Гитлера. [4]

«КС» остался уникальным русским рецептом.

Новизна: формирование представлений о создании, свойствах и применении зажигательных бутылок «КС» во время Великой Отечественной войны в информационном пространстве техникума.

Социальная значимость данного исследования заключается в том, что данная презентация может пополнить медиа - комплекс по патриотическому воспитанию студентов техникума и использоваться как учебное пособие на мероприятиях, посвященных Великой Отечественной Войне.

Список использованных источников:

Интернет – ресурсы:

1. http://nnm.me/blogs/OlDi/zazhigatelnye_butylki/ - Зажигательные бутылки (22.12.2022)
2. <http://www.metod-sgls.ru> – Значение научных открытий учёных-химиков в годы ВОВ» (22.12.2022)
3. <http://yandex.ru/> - "Стеклянная артиллерия" Красной Армии. (22.12.2022)
4. http://vk.com/wall-25226130_35124 - Прославленное оружие «Смерть в бутылке» (22.12.2022)
5. <https://cdnivo.ru/promyshlennost-stalingrada-v-1941-1943-gg-po-dokumentam-osoboy-papki> «промышленность Сталинграда в 1941-1943 гг.: по документам "Особой папки"» (22.12.2022)

ПРОЯВЛЕНИЯ АЛЛЕРГИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Сырых Наталья Васильевна

Руководитель: Рыбалченко Ольга Васильевна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО

*"Белгородский государственный национальный
исследовательский университет", г. Белгород*

На данный момент аллергия является одной из самых распространенных болезней на Земле. Еще в конце XX века ВОЗ предполагала, что аллергия станет самой большой проблемой мирового здравоохранения. На сегодняшний день это предположение подтверждается. Согласно статистическим данным Всемирной организации здравоохранения, аллергией страдает около 40% населения нашей планеты, в крупных городах число подверженных этому заболеванию доходит до 60%.

Аллергия — патология с наследственной предрасположенностью. У здоровых родителей риск рождения ребенка с аллергией составляет 5–10 %, если аллергией страдает один из родителей — 20–40 %, оба родителя — 40–60 %, если оба родителя страдают одинаковой аллергической патологией — 60–80 % [2, с.4].

Под аллергией понимают специфическую вторичную повышенную иммунную реакцию на аллерген, возникающую в сенсibilизированном организме и сопровождающуюся выделением медиаторов, повреждающих ткань [3, с.7].

Аллергические болезни (аллергозы) — группа заболеваний, в основе развития которых лежит повреждение, вызываемое иммунной реакцией на экзогенные аллергены. Эти заболевания — результат IgE - опосредованного выделения медиаторов из сенсibilизированных базофилов и тучных клеток при контакте с соответствующим

антигеном (аллергеном). Связанные с этим нарушения включают анафилаксию, аллергический ринит, крапивницу, бронхиальную астму и экзематозный (атонический) дерматит. Атопическая аллергия предполагает семейную тенденцию к развитию этих нарушений изолированно или в комбинации [3, с.7].

Ухудшающаяся экологическая ситуация, излишняя лекарственная терапия, нерациональное питание, бесконтрольное использование антибиотиков, стрессы, изменения в климате - все это повышает подверженность организма человека воздействию аллергенов.

Аллергены - это различные вещества, антигены или гаптены, которые при повторном проникновении в сенсibilизированный организм вызывают аллергическую реакцию. Аллергены вызывают аллергию, присутствуя в очень низких концентрациях (ниже предельно допустимых концентраций вредных веществ в промышленности). Суммарная доза аллергенной пыльцы, полученной больным за период цветения растения, может составлять всего 1 мкг, но вызывает риноконъюнктивит [2, с.5].

Для человека, предрасположенного к развитию аллергии, причиной развития заболевания может стать все, что его окружает: бытовая пыль, пыльца, шерсть домашних животных, лекарства, продукты питания, препараты бытовой химии.

Сложность лечения аллергии состоит еще и в том, что так называемая моно-аллергия встречается крайне редко. Чаще бывает так, человек, способный развить аллергическую реакцию на один из аллергенов, способен развить ее и на другие агенты. У специалистов существует также понятие «перекрестной аллергии», в основе которой лежит интересное явление: если известен один аллерген, то легко определить группу растений и продуктов питания, которые также будут выступать как аллергены.

С точки зрения определения объема необходимой лекарственной терапии и оценки прогноза аллергические реакции можно подразделить на: 1) легкие — аллергический ринит (круглогодичный или сезонный), аллергический конъюнктивит (круглогодичный или сезонный), крапивница; 2) средней тяжести и тяжелые — генерализованная крапивница, отек Квинке, острый стеноз гортани, среднетяжелое обострение бронхиальной астмы, анафилактический шок. Наибольшую настороженность при оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе должны вызывать прогностически неблагоприятные случаи развития у пациентов жизнеугрожающих состояний: тяжелый приступ астмы (status asthmaticus), анафилаксия, отек Квинке в области гортани, острый стеноз гортани [3, с.8].

Современные подростки более подвержены аллергии, чем взрослые, и течение патологии у них часто атипичное. Это связано с процессами, которые происходят в период полового созревания и их влиянием на иммунитет ребёнка. По данным исследований подростков больше беспокоит чихание и ринит, чем детей более раннего возраста. Также у подростков поллиноз (сезонный аллергический риноконъюнктивит) протекает в иных формах, чем у взрослых.

Из-за перестройки физиологических процессов в подростковом возрасте, хронические заболевания, такие как аллергия, могут оказывать на детей специфическое и более глубокое воздействие, в силу чего могут повлиять на здоровье на всю оставшуюся жизнь. Симптомы аллергии оказывают влияние на качество жизни подростков. Те, у которых выявлен поллиноз, имеют более высокий уровень эмоционального стресса, и у них более повышен уровень тревоги и депрессии, чем у детей или взрослых пациентов.

Наряду с другими органами и системами, иммунитет в период полового созревания также претерпевает изменения. Считается, что за счет мощных гормональных влияний он окончательно перестраивается на взрослый тип функционирования и укрепляется. Поэтому некоторые детские болезни с возрастом исчезают. Но, если иммунитет имеет дефекты, иммунная система сенсibilизирована определенными видами аллергенов, то с наступлением полового созревания аллергия не исчезает и переходит с подростком во взрослую жизнь.

Считается, что выраженные симптомы аллергии во взрослом возрасте могут стать не такими яркими. Но наряду с этим известно, что по мере времени поллиноз в силу изменений иммунитета, может переходить и в более тяжелые формы, например, атопическую астму.

Среди студентов-медиков нами было проведено анкетирование. Анкета содержала следующие вопросы: возраст, пол, наличие аллергии, причина аллергических реакций, наличие аллергии у близких родственников, успеваемость в колледже. В испытании принимали участие студенты первого курса в возрасте 15-17 лет (старшие подростки) в количестве 61 человек. Подавляющая часть испытуемых была женского пола – 53 студента (87%). Признаки аллергии имели 19 студентов (31% от общего числа опрашиваемых). Причем причины аллергических реакций были различными: пищевые, бытовые, лекарственные. Чаще студент указывал сразу несколько аллергенов. В анкете 5 студентов указали на наличие данной патологии у близких родственников, что составляет 26% от числа студентов, страдающих аллергией. Из учащихся, имеющих аллергические проявления, 14 человек (23% от общего числа испытуемых) оценили свою успеваемость как «удовлетворительно», а 5 студентов (8% от общего числа испытуемых) как «хорошо». Из студентов, не имеющих данную патологию, 7 студентов (11% от общего числа испытуемых) оценили свою успеваемость на «отлично», 29 (48% от общего числа испытуемых) – «хорошо», 6 (10% от общего числа испытуемых) – «удовлетворительно».

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что наличие аллергических проявлений может отражаться на уровне успеваемости обучаемых. Сон важен для всех людей, и особенно он нужен подросткам, чтобы они могли успешно обучаться и заниматься спортом. Подростки с поллинозом испытывают трудности с засыпанием и больше страдают от ночных пробуждений, плохого сна, чем их здоровые сверстники. А подростки с аллергическим ринитом чаще храпят по ночам, чем здоровые дети. Эти нарушения сна, расстройства дыхания в силу храпа и другие проблемы влияют на обучение.

Поэтому любой пациент, у которого есть аллергия в форме сезонного или круглогодичного ринита, либо сочетания его с конъюнктивитом, должен должным образом лечить свою патологию. Но есть и особые причины, по которым подростки должны получать надлежащую помощь. Именно в подростковом возрасте, на фоне резких нейрогормональных изменений, поллиноз может перейти в бронхиальную астму. Поэтому, если ослабить контроль за лечением поллиноза, продолжать контакты с потенциально опасными аллергенами, проявления могут резко усилиться, и к симптомам ринита может присоединиться и бронхиальная обструкция.

Аллергию, как и любую другую болезнь, всегда легче предотвратить, чем впоследствии лечить. В связи с этим, для уменьшения риска возникновения аллергических заболеваний необходимо использовать в рационе натуральные продукты (здоровое питание), регулярно проводить влажную уборку в доме, а также не исключать занятия спортом (здоровый образ жизни).

Список использованных источников:

1. Новиков Д.К. Аллергические болезни: пособие / Новиков Д.К., Новиков П.Д., Выхристенко Л.Р., Титова Н.Д.- Витебск: ВГМУ, 2012. - 204 с.
2. Самаль, Т. Н. Аллергические болезни у детей : учебно-методическое пособие / Т. Н. Самаль. – Минск : БГМУ, 2018. – 52 с.
3. Скворцов В. В., Тумаренко А. В. Клиническая аллергология: краткий курс / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко. — Санкт -Петербург : СпецЛит, 2015. — 111 с.

РОЛЬ КИСЛО-МОЛОЧНЫХ БАКТЕРИЙ ДЛЯ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

Савельева Мадина Андреевна
Руководитель: Малогина Екатерина Константиновна

Бактерии – самая древнейшая группа живых организмов. Их изучение начали три века назад. Первым, кто увидел микрофлору кисломолочных продуктов, был француз Луи Пастер. Исследуя под микроскопом кислое молоко, Пастер обнаружил в нем очень маленькие "шарики" и "палочки". Наблюдая за ними, Пастер убедился в том, что «шарики и палочки» в кислом молоке растут, и количество их быстро увеличивается. Добавляя кислого молока, содержащего «шарики и палочки», в свежее молоко, Пастер вызывал его сквашивание, то есть кисломолочное брожение. Обитателями даже хорошего молока считаются кисломолочные бактерии. В теплом молоке бактерии очень быстро размножаются: полчаса бактерия может разделиться пополам и дать две новые. Таким образом, в течение короткого времени количество бактерий в 1 мл теплого молока может достичь нескольких миллионов, что скажется на его качестве - оно скиснет, если в нем преобладают кисломолочные бактерии, или приобретет неприятный вкус в случае развития нежелательных бактерий, например пептонизирующих. Прежде всего необходимо отметить, что эти бактерии играют важную роль в поддержании колонизационной резистентности, то есть оказывают выраженную антагонистическую активность в отношении патогенных микроорганизмов, продуцируя различные органические кислоты, перекись водорода, антибиотики и бактериоцины. Усилиями ученых микробиологов были изучены как физиология самих микроорганизмов, так и биохимические процессы брожения, вызываемые бактериями.

Целью данной работы является раскрыть роль молочнокислых бактерий в жизнедеятельности человека. Кисломолочные бактерии относятся к семейству Lactobacillaceae, которое включает три рода: Streptococcus, Leuconostoc и Lactobacillus. Молоко для Lactobacillaceae является самой подходящей средой. Молоко: при чистом содержании коровы в одном миллилитре парного молока содержится около 100000 бактерий, из которых на долю гнилостных приходится примерно 96 %, а на долю кисломолочных бактерий 4%. В связи с этим, парное молоко пить не желательно, соответственно, необходимо пить зрелое молоко, при температуре 8-10°C оно должно отстояться сутки. За это время изменяется отношение гнилостной и молочнокислой микрофлоры: 4% гнилостных и 96% молочнокислых бактерий. Кефир: кефирный грибок представляет собой сложный симбиоз микроорганизмов, образовавшийся в процессе длительного развития. Сжившиеся микроорганизмы ведут себя как целостный организм, они вместе растут, размножаются и передают свою структуру и свойства последующим поколениям. Кефирные грибки обладают кислым специфическим вкусом так как основную их микрофлору составляют молочнокислые палочки, стрептококки и дрожжи. Они определяют специфический вкус и аромат кефира, его питательные свойства. В процессе жизнедеятельности кефирного грибка микроорганизмы, входящие в его состав, вызывают изменения в молоке. Под влиянием молочнокислых стрептококков и палочек происходит молочнокислое брожение, дрожжи вызывают спиртовое брожение. Благодаря этим процессам составные элементы молока претерпевают изменения, особенно молочный сахар. Образующиеся при этом углекислота и спирт активизируют деятельность желудка, ускоряют процессы пищеварения, возбуждают аппетит. Молочная кислота благотворно влияет на микрофлору кишечника, задерживает развитие гнилостных бактерий. Сметана: для приготовления сметаны необходимы сливки, используют чистые бактериальные культуры, в состав которых входят молочнокислый и сливочные стрептококки и ароматобразующие бактерии. Творог: творог сквашивают чистыми культурами молочнокислых стрептококков и ароматобразующих бактерий. Закваска обычно имеет кисломолочный вкус, без каких-либо запахов, газообразования, выступающей сыворотки. Творог не выдерживает длительного хранения, так как в нем быстро размножаются молочнокислые бактерии, плесени. Йогурт: при приготовлении йогурта закваска состоит из чистых культур термофильного

стрептококка и болгарской палочки, содержащихся в равных соотношениях. При нарушении такого соотношения продукт может приобрести резкокислый вкус, зернистую структуру или быстро выделить сыворотку.

В заключении можно сказать, что молочнокислые бактерии - группа бактерий, сбраживающих углеводы с образованием молочной кислоты. К молочнокислым бактериям относятся лактобациллы, молочнокислый стрептококк и др. Они применяются в хлебопечении, в молочной промышленности, в биологическом консервировании многих продуктов питания (при квашении овощей и фруктов), приготовлении кваса. Для профилактики и лечения желудочно-кишечных заболеваний, авитаминозов и алиментарных анемий применяют препараты, в содержании которых входят и молочнокислые бактерии. Молочнокислые бактерии играют решающую роль в технологии молока, так как они сбраживают молочный сахар до молочной кислоты, что приводит к снижению pH и впоследствии к свертыванию казеина и к подавлению чувствительных к кислоте микробов. Кисломолочные бактерии по праву возможно назвать самыми известными и часто упоминаемыми в обычной повседневной жизни. Люди с ними встречается ежедневно, когда протягивают руку в магазинах к прилавку с кисломолочной продукцией. В процессе ознакомления с содержанием работы кому-то захочется купить тот или иной кисломолочный продукт, причем об этом он нисколько не пожалеет. Может быть, многим не захочется приобрести в аптеке препарат для восстановления микрофлоры кишечника после приема антибиотиков, а он заменит его стаканом свежеприготовленного домашнего кефира или йогурта. Девушки сэкономят средства на косметической продукции, если вспомнят о лечебном воздействии кисломолочных бактерий на кожу, волосы и ногти. Человек, болеющий ожирением, не побежит покупать таблетки от похудения, а вспомнит про проверенный способ – кефир после шести.

Список использованных источников:

1. Двойников, С. И. Молочнокислые бактерии: учебное пособие / С. И. Двойников и др. ; под ред. С. И. Двойникова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 480 с. - ISBN 978-5-9704-5562-3. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455623.html> (дата обращения: 04.02.2021). - Режим доступа: по подписке.
2. Евстропов, В. М. Факторы, влияющие на здоровье человека / В. М. Евстропов, С. В. Старченко, А. С. Климов // Молодой исследователь Дона. – 2019. – № 3 (18). – С. 23–27. - ISBN 978-5-9704-5562-3. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455623.html> (дата обращения: 04.02.2021). - Режим доступа: по подписке.
3. Зверев, В. В. Основы микробиологии и иммунологии: учебник / под ред. В. В. Зверева, М. Н. Бойченко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 368 с. : ил. - 368 с. - ISBN 978-5-9704-5482-4. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454824.html> (дата обращения: 04.02.2021). - Режим доступа: по подписке.
4. Плотникова, Е. П. Влияние бактерий на здоровье человека / Е. П. Плотникова // Вестник науки и образования. – 2018. – № 17 (53). – С. 34–39. – ISBN 978-5-299-00310-2- Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru/book>

**ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕСНОЙ РАСТИТЕЛЬНОСТИ
ВОЛГО-АХТУБИНСКОЙ ПОЙМЫ В ПРЕДЕЛАХ
СРЕДНЕАХТУБИНСКОГО РАЙОНА ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Куба София Анатольевна

В последнее десятилетие в связи с быстрым процессом урбанизации и индустриализации, возрастанием интенсивности хозяйственной деятельности, повышением жизненного уровня населения, сопровождающегося увеличением свободного времени и мобильности населения, ухудшается экологическое состояние окружающей среды. В связи с этим встает проблема четко обоснованных мер ведения хозяйства, эффективного вкладывания средств, в развитие тех или иных отраслей, а так же заботы о здоровье и отдыхе населения.

Одним из факторов способствующих улучшению экологической обстановки, повышения эффективности сельскохозяйственной деятельности является лесная растительность. Она также – основной компонент в рекреационном обеспечении населения Волгоградской области.

Проблема сохранения и охраны лесной растительности занимает одно из центральных мест в современной географической науке.

На территории Волгоградской области пойменные леса протягиваются относительно узкими полосами вдоль берегов таких рек, как: Дон, Хопер, Медведица, Ахтуба.[1]

Наиболее близка к Волгограду, и, следовательно, более подвержена антропогенным нагрузкам территория Волго-Ахтубинской поймы, северо - западная часть которой совпадает с границами Среднеахтубинского района Волгоградской области.[2]

Эта территория и была взята для исследований. Объектом исследований является северо-западная часть Волго-Ахтубинской поймы в пределах Среднеахтубинского района. Предмет исследований – леса Среднеахтубинского района.

Цель работы: определить степени антропогенной нагрузки и выявления экологического состояния лесов Среднеахтубинского района. А так же выяснить способы их защиты.

Задачи:

1. Выяснение экологического состояния лесов Волгоградской области.
2. Комплексное изучение природных условий Среднеахтубинского района.
3. Оценка экологического состояния лесной растительности и антропогенной нагрузки на нее в пределах Среднеахтубинского района.
4. Определение способов охраны и восстановления лесов Среднеахтубинского района.

В результате проделанной работы было выяснено, что леса являются крайне важным элементом природы Волгоградской области. Они способствуют повышению эффективности хозяйственной деятельности и отдыху населения. Но в связи с ухудшением их экологического состояния в результате воздействия различных - естественных и антропогенных факторов, таких как возникновение очагов возгорания, затопление почв. Необходимо рациональное и целесообразное ведение лесного хозяйства.

Для выяснения экологического состояния лесов Среднеахтубинского района требовалось рассмотрение экологических условий их произрастания. При изучении этих условий анализировались данные о рельефе, геологическом строении, гидрографии, почвенном покрове и следствии их многообразия – ПТК.[3] Уделялось внимание как положительному (разработка и внедрение мер охраны и восстановления), так и отрицательному (зарегулирование стока Волги, гибель лесов по вине отдыхающих) влиянию антропогенного фактора. Помимо антропогенного фактора, большое влияние на гибель лесов по области оказывали вредные насекомые и болезни леса. В лесах области, произрастающих в условиях сухих степей, происходит постоянное массовое размножение хвое - и листогрызущих вредителей .[4]

Повреждение лесными фитофагами приводит к ослаблению и гибели насаждений. Этот факт определяет хозяйственно важное значение группы хвое- и листогрызущих вредителей. Как раз насекомые вредители оказались основной причиной ослабления и усыхания древесной растительности на территории Среднеахтубинского района. Многие проблемы организации защиты лесов данного района вытекают из проблем областного уровня, такие как:

- Кадровое обеспечение службы защиты леса специалистами.
- Обеспечение службы защиты леса необходимой компьютерной техникой.
- Разработка нормативной базы и технологии организации и ведения лесопатологического мониторинга в области.
- Повышение квалификации специалистов лесозащиты.
- Обеспечение финансирования в полном объеме согласно утвержденным регламентам на проведение истребительных мер борьбы в очагах насекомых – вредителей леса.
- Своевременное выявление ослабленных и усыхающих насаждений находящихся под воздействием различных патологических факторов.
- Проведение неотложных санитарно-оздоровительных мероприятий в полном объеме согласно санитарному состоянию.

Таким образом, удалось выяснить, что современное состояние лесов Среднеахтубинского района требует ежегодного проведения ряда мероприятий по охране и уходу. Но для достижения оптимально-эффективного уровня их выполнения необходимо решение проблем, как на областном, так и на общероссийском уровне. А так же, исходя из принципа, что сознательное отношение населения к проблеме сохранения лесов должно формироваться с детства, стоит уделить внимание экологическому воспитанию детей и молодёжи, нами предложено проведение еженедельных классных часов по вопросам охраны окружающей среды для учащихся школ и студентов среднепрофессиональных образовательных учреждений.

Несомненно, что осознание сущности экологических проблем не возможно без реального восприятия их на местности. В связи с этим все возрастающую роль играет краеведческий принцип обучения. Изучение своего города, области и края помогает более глубоко понять экологические проблемы и встать на путь их исправления.

Список использованных источников:

1. Бобров Г. С. К вопросу о генезисе рельефа Волго-Ахтубинской поймы и его изменениях.// *Природные условия и ресурсы Нижнего Поволжья: межвузовский сборник научных трудов.* – Волгоград, 1981 г. – С. 15 – 24.
2. Брылев В. А. Памятники природы. – Волгоград: Нижневолжское книжное издательство, 1987 г.
3. Журкина А. Г. Ландшафтный анализ экологических рядов растительности в северной части Волго-Ахтубинской поймы.// *Природные условия и ресурсы Нижнего Поволжья: межвузовский сборник научных трудов.* – Волгоград, 1981 г. – С. 43 – 54.
4. *Природа и хозяйственная деятельность в Нижнем Поволжье: сборник научных трудов.*// ВГПИ им. Серафимовича. – Волгоград, 1986 г. – 120 с.

ВЛИЯНИЕ РАДИОАКТИВНОСТИ НА ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ

Горбачева Алина Юрьевна
Плотникова Татьяна Александровна
Руководитель Тимошина Оксана Викторовна
ГБПОУ "Волгоградский технический колледж", Волгоград

За последние десятилетия становится все более острой качественно новая экологическая проблема – защита биосферы от радиоактивных загрязнений. Эти загрязнения затрагивают все сферы географической оболочки- почву, воздух, воду. Кроме того, они сохраняют свое негативное воздействие в течение длительного времени – десятков и сотен лет.

Радиоактивное загрязнение биосферы представляется одним из важнейших видов воздействия человека при его производственной деятельности в современных условиях.

В целом этот вид загрязнения представляет собой превышение естественного уровня содержания в окружающей среде радиоактивных веществ. Оно может быть вызвано испытаниями ядерного оружия, ядерными взрывами и утечками радиоактивных компонентов в результате аварий на атомных электрических станциях, на предприятиях по производству и обогащению ядерного топлива и ядерных боеприпасов при их транспортировке, при разрушениях на транспортных средствах с ядерным двигателем (надводные и подводные суда, космические аппараты и т. п.), на предприятиях по захоронению ядерных отходов, в исследовательских лабораториях, при добыче радиоактивных руд и т. д.

В частности, при авариях на АЭС особенно резко увеличивается загрязнение среды радионуклидами (стронций-90, цезий-137, церий-141, йод-131, рутений-106 и др.).

В повседневной жизни мы не задумываемся о влиянии радиации на окружающую среду и на здоровье человека, поэтому выбранная тема исследования является весьма актуальной.

Цель нашей работы- определить степень влияния радиации на окружающую среду и здоровье человека.

Для достижения цели мы поставили следующие задачи:

1. Проанализировать материал по теме исследования и изучить понятие радиации;
2. Определить виды и источники радиации;
3. Определить влияние радиации на окружающую среду и человека;
4. Изучить методы борьбы с радиоактивным загрязнением;
5. Разработать правила, снижающие риск поражения организма при воздействии радиации;
6. Изготовить информационный буклет о влиянии радиации на окружающую среду.

Предмет исследования – радиоактивность.

Объект исследования - эффективность профилактических мероприятий при самостоятельной защите от радиации

Гипотеза - своевременная ликвидация и локализация возможных источников радиоактивного загрязнения, а также эффективная профилактика загрязнений являются важными факторами по улучшению экологического состояния окружающей среды.

Радиация – это естественный фактор окружающей среды, существовавший задолго до появления человечества и существующий на всём протяжении его развития.

Радиоактивность – это ядра некоторых атомов, которые отличаются неустойчивостью. В результате этого свойства происходит распад ядра, который обусловлен ионизирующим излучением. Это излучение называют радиацией. Она обладает энергией большой мощности

Все ли виды радиации опасны?

В общем смысле под определение радиации подпадает любой вид излучения: инфракрасное (тепловое), ультрафиолетовое (солнечная радиация), видимое световое излучение, но только один вид –ионизирующее излучение несёт серьёзную опасность, вторгаясь в любую материю на своём пути, ионизируя и тем самым разрушая её. Ионизирующее излучение не ведает преград, ни бетон, ни железо, ни другой материал не могут сдержать его распространение. Ионизирующее излучение возникает в результате радиоактивного распада ядер некоторых элементов и, в зависимости от частиц его составляющих, подразделяется на два вида: *коротковолновое электромагнитное*

излучение(рентгеновские лучи, гамма-излучение) и *корпускулярное излучение*, представляющее собой потоки частиц (альфа-частиц, бета-частиц (электронов), нейтронов, протонов, тяжелых ионов и других). Наибольшее распространение имеют: *альфа, бета, гамма и рентгеновское излучение*.

Каждый человек получает определенное количество радиации каждый день. Прогуливаясь под солнцем, получая рентгеновский снимок, идя на компьютерную томографию, отправляясь в полет.

Радиоактивность делится на естественную и искусственную.

Естественная радиоактивность присутствует на Земле с момента развития жизни. Создается за счет излучения Солнца, присутствия в почве тяжелых радиоактивных элементов, которые дают слабый фон. Не опасна для человека.

Искусственная радиоактивность – резкое возрастание радиационного фона за счет аварий на атомных станциях, при разрушении транспортных средств с ядерными двигателями, при захоронении радиоактивных отходов. Очень опасна для человека и всей биосферы.

При помещении радиоактивного излучения в магнитное поле оно разделяется на три составляющие: альфа, бетта и гамма- излучение (рисунок 1).

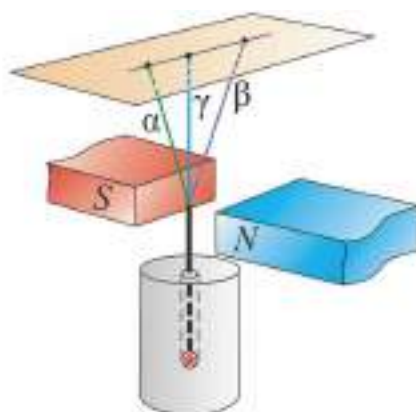


Рис.1 Сложный состав радиоактивного излучения

Альфа-излучение- это поток альфа-частиц (ядра атомов гелия);

Бетта-излучение – это поток электронов;

Гамма-излучение – это электромагнитные волны, которые распространяются со скоростью света. Именно поэтому гамма-излучение имеет наибольшую проникающую способность.

На рисунке 2 представлена информация о доле радиоактивного облучения от естественных и искусственных источников.



Рис.2 Источники радиоактивного излучения

Видно, что солнечная радиация, радиация от природных минералов меньше, чем можно получить при рентгеновской диагностике. А наибольший процент радиации дает инертный газ радон. Радон образуется в процессе природного радиоактивного распада урана, который обнаруживается во всех видах горных пород и почве. Радон может также присутствовать в воде.

Воздействие радиации на человека делится на три основных категории: генетический фон, наследственные и иммунные заболевания. Облучение может вызвать инфекционные осложнения, нарушения обмена веществ, злокачественные опухоли, лейкоз.



Рис.3 Воздействие радиации на организм человека

Максимально допустимая безопасная доза искусственного облучения на уровне 0,1 мЗв в год.

В случае радиоактивного заражения территории необходимо срочно принять меры для борьбы с радиационным загрязнением:

- ✓ локализация и ликвидация источников заражения;
- ✓ дезактивация территории и объектов;
- ✓ противопаводковые мероприятия (дамбы, ловушки для ила);
- ✓ сбор и захоронение радиационных отходов;
- ✓ медицинское обследование и санитарная обработка людей;
- ✓ сооружение саркофага для защиты от ионизирующего излучения.

Причем все мероприятия надо проводить в короткие сроки для уменьшения последствий аварий, взрывов или утечки.

Основная профилактическая мера загрязнения – утилизация радиоактивного мусора, хранение отходов в специальных могильниках

Своевременное определение уровня повышенной радиации позволяет оперативно локализовать источник заражения и эвакуировать людей из зоны опасности. Для этого применяют радиационный контроль.

Практическая часть

Радиоактивное излучение является частью нашей жизни. Вокруг нас постоянно присутствует фоновая радиация, излучаемая в основном природными минералами. К счастью, ситуации, в которых человек подвергается воздействию источников радиации при аварийных ситуациях очень редки. Тем не менее, целесообразно подготовиться и знать, как действовать в случае подобной ситуации.

Лучший способ подготовиться – это понять принципы защиты от радиации с помощью времени, расстояния и экранирования.

Необходимо четко соблюдать алгоритм действий- зайти в укрытие, оставаться в укрытии и быть на связи. Это правила, которых необходимо придерживаться при радиационной защите.

Нами были разработаны рекомендации, снижающие риск поражения организма при воздействии радиации:

- ✓ Чем меньше времени рядом с источником радиации, тем меньше доза облучения
- ✓ Чем больше расстояние от источника радиации, тем меньше доза облучения
- ✓ Защита от источника радиации экраном уменьшает дозу облучения
- ✓ Зайди в укрытие. Необходимо переместиться в подвальное помещение или в центр прочного здания
- ✓ Оставайся в укрытии. Закройте окна и двери. Пейте бутилированную воду и принимайте пищу из герметично закрывающейся тары
- ✓ Будь на связи. Получайте оперативную информацию с помощью радио, телевидения, интернета, мобильных устройств

Вывод из практической части: *«Выполнение этих правил поможет сохранить жизнь и здоровье в аварийных ситуациях»*

А также мы разработала информационный буклет о влиянии радиации на окружающую среду, который можно использовать в информационных целях.

Наука не стоит на месте, поэтому проблемы обеспечения радиационной безопасности будут на повестке многих физиков и инженеров. Атомная энергетика занимает все больший сегмент в различных отраслях экономики. А это значит, что необходимо очень грамотно подходить к вопросам реализации требований безопасного использования мирного атома.

Минимизировать степень вредного влияния радиации на окружающую среду- это вопрос обеспечения жизни и здоровья людей, это забота о будущих поколениях.

Радиоактивный фон и экологию городов можно улучшить путем озеленения, очищения территорий от мусора и бытовых отходов, соблюдать требования безопасности при работе с электроприборами, переносом предприятий с вредным производством и заводов на безопасное расстояние, и, самое главное – необходимо вести здоровый образ жизни.

Список использованных источников:

1. Пивоваров Ю.П. Михалев В.П. Радиационная экология: Учебное пособие. – М.: Академия, 2020. – 240 с.
2. Усманов С.М. Радиация: Справочные материалы. М.: Гуманит. изд. центр Владос, 2021, 176 с.
3. Охрана окружающей среды при эксплуатации АЭС, В.В. Бадев, Ю.А. Егоров, С.В. Казаков, Москва, Энергоатомиздат, 2019 г.
4. Окружающая среда и человек, Д. Никитин, Ю. Новиков, 2020 г.
5. <https://studfile.net/preview/2827649/page:21/>
6. https://studopedia.ru/19_402863_vliyanie-radioaktivnogo-zagryazneniya-na-okruzhayushchuyu-sredu.html
7. https://studwood.ru/997364/ekologiya/vliyanie_radiatsii_okruzhayuschuyu_sredu
8. <https://studopedia.org/5-65821.html>
9. <https://eco.bobrodobro.ru/2405>

ЧИПСЫ: ВКУСНО ИЛИ ПОЛЕЗНО?

Басенко Ольга Александровна
Руководитель: Смирнова Юлия Владимировна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск

Чипсы - излюбленный перекус молодежи. Проводя опрос с целью выявить популярность данного продукта среди студентов нашей группы выяснили что 100% опрошенных любят их, а понимают или слышали о том, что чипсы не полезны 72%. Поэтому было решено найти как можно больше информации о данном продукте.

Цель нашей работы: исследование картофельных различных марок и выявление степени вреда от их потребления.

Задачи:

1. Анализ источников с целью выяснить возможные риски для здоровья при употреблении чипсов.
2. Повести сравнительный качественный анализ чипсов разных марок.
3. Спрогнозировать последствия частого употребления чипсов.

Так что же такое чипсы? Тонкие ломтики картофеля, обжаренные в большом количестве растительного масла. Всего в 20 их ломтиках содержится 10 г жира и 160 калорий. По данным New England Journal of Medicine это самые вредные снеки из всех возможных. [4] Большое количество крахмала в их составе приводит к разбалансировке содержания глюкозы в крови, это влияет на аппетит, постоянное чувство голода, переедание и как результат нарушение пищевого поведения. Большое количество соли в данном продукте влияет на работу почек и способствует повышению артериального давления. В 30 граммах чипсов содержится 120-180 миллиграммов хлорида натрия и если учитывать остальные приемы пищи, то суточная доза его превышает в 1,5- 2 раза. [1]

Согласно докладам ученых, жареный картофель может повышать риски развития рака, это связано с наличием в нем глицидамида. [2] Чипсы - враг зубной эмали и источник кариеса: каша в которую они превращаются при пережевывании остается между зубами и служит пищей для бактерий. [4]

При эксперименте шведских ученых, в котором участвовали 186 беременных крыс в 2001 году, выяснилось, что малыши, родившиеся от мам, которых кормили данными снеками страдали гиперактивностью и болезнями сердца. [3]

Производители чипсов наперебой рекламируя их говорят, как они вкусны, и что кривить душой, так порой хочется похрустеть ломтиками картофеля. Но что именно мы едим, порою не знаем. Поэтому было решено провести ряд опытов по определению качественного состава данного продукта.

Опыт 1. Качественное определение жиров.

Помещаем образцы чипсов между двумя листами фильтровальной бумаги и с помощью пестика раздавливаем. На бумаге остаются жирные пятна, сравниваем их площади, рисунок 1.



Рис.1 Сравнение размеров пятен масла.

Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 «Содержание жиров в разных марках чипсов».

Номер образца:	Вывод:
№1 «TWISTER»	Содержание жира умеренное
№2 «Lays»	Содержание жира большое
№3 «Naturals»	Содержание жира очень большое

Вывод: заполняя пространство между волокнами бумаги, масло — иммерсионная жидкость (от лат. «immersio» – погружение) – уменьшает рассеяние света бумагой. Чем больше жира содержит продукт, тем больше размер пропускающего свет пятна. Самый большой размер пятна оказался в чипсах «Naturals», тогда как на упаковке указано меньшее количество жира по сравнению с чипсами «TWISTER».

Опыт 2. Определение качества растительного масла в исследуемых образцах чипсов.

На жирные пятна образцов исследуемых чипсов необходимо поместить несколько капель раствора перманганата калия (KMnO_4). Растворы на всех образцах обесцветились, но в разной степени, рисунок 2.



Рис. 2 Обесцвечивание раствора перманганата калия.

Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 «Определение качества жиров в разных марках чипсов».

Номер образца	Степень обесцвечивания раствора
№1 «TWISTER»	Среднее обесцвечивание
№2 «Lays»	Сильное обесцвечивание
№3 «Naturals»	Слабое обесцвечивание

Вывод: обесцвечивание раствора перманганата калия говорит о наличии в продукте непредельных карбоновых кислот, являющихся показателем качества растительного масла, на котором обжаривали данные чипсы. Чем лучше обесцвечивание раствора, тем выше качество масла (в данном случае у чипсов «Lays»).

Опыт 3. Приготовление водной вытяжки для качественного определения растворимых компонентов.

Раскрошим 1 г (3 шт) каждого образца и перенесем крошки в пробирку. Добавим 10 мл дистиллированной воды и нагреем пробирку в пламени спиртовки. Далее профильтруем образовавшуюся смесь, рисунок 3. Фильтрат соберем и используем для дальнейшего анализа.



Рис.3 Фильтрация смеси и приготовление водной вытяжки.

Результаты эксперимента представлены в таблице 3.

Таблица 3 «Качество водных вытяжек из чипсов разных марок»

Номер образца	Качество фильтрата	Вывод
№1 «TWISTER»	Слегка мутный	Содержит небольшое количество нерастворимых компонентов
№2 «Lays»	Прозрачный	Содержит растворимые компоненты
№3 «Naturals»	Очень мутный	Содержит много нерастворимых компонентов

Вывод: данные опыта можно интерпретировать таким образом, что при приготовлении образцов №1 и 3 применялся натуральный картофель (отсюда нерастворимые фрагменты), а во втором образце картофельный крахмал. Чипсы №1 и №3 могут серьезно повредить зубную эмаль, если после их употребления не чистить или не полоскать зубы.

Опыт 4. Качественное определение хлорид-ионов.

Нальем в пробирку 1-2 мл водной вытяжки и добавим 3-4 капли 5 % раствора нитрата серебра. Химический анализ показал выпадение белого творожистого осадка AgCl , что свидетельствует о наличии в фильтрате хлорид-ионов, рисунок 4.

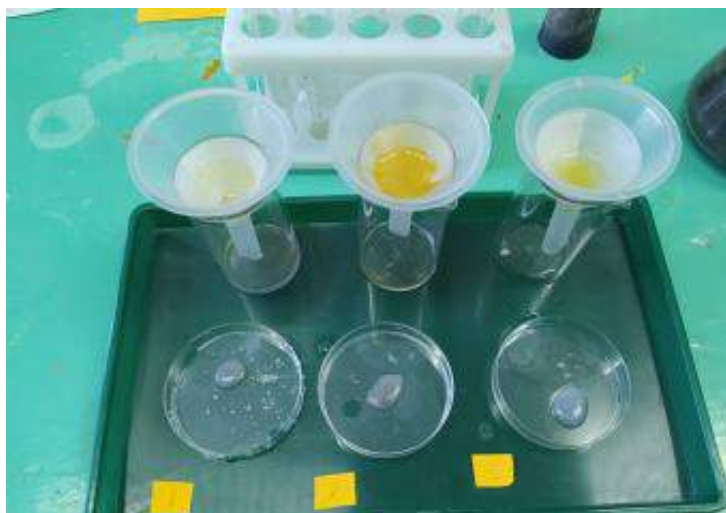


Рис. 4. Интенсивность образования осадка хлорида серебра.

Результаты эксперимента представлены в Таблице 4.

Таблица 4 «Содержание хлорид-ионов в чипсах разных марок».

Номер образца	Вывод
№1 «TWISTER»	Интенсивность осадка наименее ярко выражена
№2 «Lays»	Интенсивность осадка менее ярко выражена
№3 «Naturals»	Интенсивность осадка ярко выражена

Вывод: наибольшее содержание поваренной соли наблюдаем в чипсах «Naturals», наименьшее - в чипсах «TWISTER».

Опыт 5. Качественное определение крахмала.

Так как чипсы изготовлены из картофеля реально предположить, что в них обнаружится крахмал благодаря воздействию раствором йода. Результаты эксперимента представлены в таблице 5.

Таблица 5 – «Содержание крахмала в разных марках чипсов».

Номер образца	Вывод
№1 «TWISTER»	Интенсивность окрашивания небольшая
№2 «Lays»	Интенсивность окрашивания небольшая
№3 «Naturals»	Интенсивность окрашивания высокая

Вывод: наблюдаем во всех исследуемых образцах изменение окраски раствора йода на фиолетовую. Наибольшее количество крахмала в чипсах «Naturals», что соответствует качественному составу на упаковке.

Опыт 5. Действие соляной кислоты на чипсы.

Добавили 2-3 капли соляной кислоты на поверхность цельных чипсов. Отмечаем разницу в наблюдаемых эффектах, рисунок 5.



Рис.5 Взаимодействие образцов с раствором соляной кислоты.

Результаты эксперимента представлены в Таблица 6.

Таблица 6 – «Действие соляной кислоты (входящей в состав желудочного сока) на образцы чипсов».

Номер образца	Вывод
№1 «TWISTER»	Наблюдается еле заметное растворение
№2 «Lays»	Растворения не наблюдается
№3 «Naturals»	Постепенно наблюдается растворение

Вывод: быстрее всего начинает растворяться чипсы марки «Naturals». Не растворился совсем «Lays», следовательно, эти чипсы довольно долго задержатся в желудке человека.

Исследовав чипсы как продукт питания популярный среди подростков, выявили большой процент содержания жира и крахмала, и как следствие их большую калорийность. Хотя производители не скрывают этого и указывая на упаковке. Так же продукт содержит высокое содержание соли. Поэтому чтобы избежать возможных отрицательных воздействий необходимо свести к минимуму их использование в пищу, особенно как основного перекуса или главного блюда. Как альтернативу жирным картофельным чипсам можно предложить овощные ломтики, высушенные в духовке или электросушилке. С данной информацией планируем выступить перед студентами своего курса и школьниками.

Список использованных источников:

1. Чипсы: бомба замедленного действия или безобидный снек?// Российская система качества – URL: <https://rskrf.ru/tips/spetsproekty/chipsy-bomba-zamedlennogo-deystviya-ili-bezobidnyy-snek/> (дата обращения 15.01.2023)
2. А.Н.Никитенко, С.А. Ламоткин, О.М.Найдюк, А.В. Бусуматорова. Исследование содержания акриламида в чипсах.//Труды БГТУ, 2018,серия 2 №1, с.26-30 – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-soderzhaniya-akrilamida-v-chipsah>
3. Структурные и ультраструктурные доказательства нейротоксического воздействия жареных картофельных чипсов на постнатальное развитие крыс// – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21907898/> (дата обращения 10.01.2023)
4. Чипсы //FOOD AND HEALTH – ваш гид в вопросах питания// – URL: <https://foodandhealth.ru/zdorovoe-pitanie/chipsy/>

ВЛИЯНИЕ ФАЗ ЛУНЫ НА РАЗВИТИЕ РАСТЕНИЙ ТОМАТОВ

*Дзыс Алина Витальевна,
Дворниченко Валерия Романовна
Руководитель: Матракишина Ольга Владимировна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Луна - естественный спутник Земли. Она является вторым по яркости объектом на земном небосводе после Солнца и пятым по величине естественным спутником планеты Солнечной системы. Она влияет на различные процессы в жизни человека и его деятельности. [1]

Многие жизненно необходимые виды деятельности можно планировать по Луне и рассчитывать на успех; не составляют исключения и сельскохозяйственные работы.

В землю опущено семя, посажено молодое деревце. Как повлиять на их рост, как добиться высокого урожая, не внося избыточной массы удобрений? Оказывается, для этого достаточно учесть влияние на растение космических тел, знать их расположение на всех этапах вегетации интересующей нас культуры. Можно, конечно, обойтись и без этого, но если посадка выполнена в неблагоприятные дни, растению приходится преодолевать дополнительные сопротивление, противостоять космическим влияниям, а это задерживает его рост и развитие, накопление питательных веществ, созревание плодов.

Актуальность данной темы выражается в осознании человеком всей важности воздействия спутника нашей планеты на жизнь и деятельность человека. Мнения ученых разделились на два лагеря одни уверенно опровергают какого-либо влияние лунных фаз, в том числе, затмений, на состояние людей, а также на сельскохозяйственную деятельность человека; другие убеждены в обратном.

Луна — это небесное тело, которое обращается по орбите вокруг планеты Земля в космическом пространстве. Луна является естественным и самым близким спутником Земли, относительно спутников других планет. Среднее расстояние между центрами Земли и Луны – 384467 км (30 диаметров Земли).[1]

Масса спутника Земли в 81 раз меньше нашей планеты. Для исследования лунного строения, использовались различные методы, в том числе и сейсмические.

Сила тяжести на луне в 6 раз меньше силы тяжести на Земле. Луна не имеет магнитного поля подобного земному. Луна представляет собой единственный астрономический объект, на котором, побывал человек.

Луна появилась около 4,51 млрд лет назад, немного позже Земли. Наиболее популярна гипотеза о том, что Луна сформировалась из осколков, оставшихся после "Гигантского столкновения" Земли и Тейи – планеты, схожей по размерам с Марсом. При этом столкновении было высвобождено примерно в 100 млн раз больше энергии, чем в результате того удара метеорита, который, предположительно вызвал вымирание динозавров.

Наблюдая за Луной, человек замечает, как ночное светило на протяжении определенного времени меняет свой внешний вид. Это явление называется сменой лунных фаз. С астрономической точки зрения лунная фаза - освещенная Солнцем часть Луны, которую человек может наблюдать с поверхности Земли в определенный момент. Луна сама по себе не светится. Ее свет представляет собой отражение солнечного света. От того как расположено в определенный момент Солнце, Земля и Луна по отношению друг к другу и будет зависеть внешний вид природного спутника. Наблюдаемая с Земли освещенная часть лунного диска называется фазой луны.[1]

Новолуние - состояние, когда луна не видна;

Молодая луна - первое после новолуния появление Луны на небе в виде узкого серпа;

Первая четверть - состояние, когда освещена половина диска Луны;

Прибывающая Луна - доля освещенной части растет до тех пор, пока не наступит полнолуние;

Полнолуние – состояние, когда освещен весь диск Луны;
Убывающая Луна - то время после полнолуния до новолуния;
Последняя четверть - состояние, когда снова освещена другая половина диска Луны;
Старая Луна — это убывающий полумесяц (в конечном итоге становящийся не видимым невооружённым глазом) до времени, когда Луна выравнивается с Солнцем и начинает расти, и тогда же снова становится новой.[1]

Полный цикл смены лунных фаз составляет примерно 29,5 суток и называется синодическим месяцем.

В течение так называемого синодического месяца происходит смена лунных фаз. Он имеет строгие временные рамки и составляет 29.53 суток. Период фаз включает время, за которое происходит смена всех лунных фаз. Каждая основная фаза длится около семи суток, это позволяет определять возраст Луны:

0 или 30-ый день – лунный диск не видно;

7 дней – первая четверть, наблюдать за спутником лучше всего вечером;

15 дней – полнолуние, лунный диск видно на протяжении всей ночи;

22 дня – последняя четверть, наблюдать за Луной лучше всего ближе к утру.

Полный оборот вокруг Земли Луна совершает за 27,3 суток, этот интервал времени называется сидерическим месяцем. За это же время Луна делает оборот вокруг своей оси, поэтому к Земле обращено одно и то же полушарие Луны. [5]

Со сменой возраста Луна меняет свое месторасположение на небе. Зная некоторые особенности, человек с легкостью может определить стороны света и ориентироваться на местности без дополнительных приборов. В первую четверть около 19:00 Луна будет на южной стороне, а к часу ночи она переместится на запад. Во время полнолуния в 19:00 она появится на востоке, к часу ночи достигнет южного направления, в 7 часов утра окажется на западе. В последнюю четверть в час ночи Луну можно увидеть на востоке, а уже в 7 часов утра она будет указывать на южное направление. Зная хотя бы одну сторону света, всегда можно определить остальные.

Уже давно известно, что Луна влияет не только на людей и животных, но и на растения. Определенные фазы увеличивают устойчивость, меняют направление движения сока, из-за чего сила переходит на конкретные части (стебель, листья, плод, корень).

Известно, что Луна проходит через четыре фазы: новая, рост, полная и убывание. Каждая из них несет свое значение, так как непосредственно влияет на процессы нашей планеты, которые в свою очередь воздействуют на все живое. [4]

Чтобы максимизировать эффективность любого процесса, следует разобраться в том, как влияют фазы на растения:

Новая Луна (3 дня) – жизненные соки сконцентрированы в корнях. Сейчас нельзя прикасаться к грунту и ни в коем случае не трогать корни. Они слишком уязвимы и даже небольшое повреждение способно полностью уничтожить овощ. Нужно как можно больше поливать. [3]

Рост Луны (11-12 дней) – идет активный обмен веществ в верхней части растения (та, что расположена над землей). В это время отлично растут стебли, листья, ветки, цветки и плоды. Поэтому в такие моменты можно без страха заниматься почвой (рыхление, обработка, окучивание и т.д.). Все это относительно безопасно, так как риск повредить корень очень мал. Сейчас можно заниматься размножением овощей. Но их нельзя прививать или обрезать, иначе можно погубить овощ целиком.

Полная Луна (3 дня) – активность плавно смещается к корням. Это неблагоприятное время для непосредственного контакта с растениями, а именно обрезка и прививка. Зато можно заняться уничтожением вредителей, удалением сорняков, прополкой, рыхлением почвы, нанесением мульчи, а также сбором семян у корнеплодов.

Убывание (11-12 дней) – интенсивность обмена окончательно переходит под землю к корню. В этот период запрещено вообще воздействовать на почву, и уж тем более пересаживать растение. Зато можно уделить время прополке грядок, обрезке, прививке и

срезанию цветов. Это самое удачное время для посадки всех овощей, чьи плоды созревают под грунтом (лук, редиска, чеснок, картошка, свекла и т.д.). Отличная возможность обрезать растения, если планируете замедлить рост побегов. [4]

Для того, чтобы проверить, как влияют фазы Луны на рост растений, мы провели эксперимент.

При одинаковых условиях было посажено одинаковое количество семян томатов на растущую и убывающую Луну.

Мы посадили по 2 семени разных сортов: Бычье сердце и Китайский розовый. Поливали 3 раза в неделю.

Прошло 7 дней, после того, как мы посадили семена. Уже на первой неделе заметны резкие отличия в прорастании семян. Помидоры росли в одинаковых условиях, периодичность полива не изменилась.

Спустя 21 день помидоры начали интенсивно расти, что связано с увеличением количества полива. Заметно, что томаты на растущую Луну выглядят бодрее и опережают в росте помидоры, посаженные на убывающую Луну.

Семена томатов, посаженных на растущую Луну, взошли раньше на три дня, чем семена, посаженные на убывающую. Это объясняется тем, что ослабевает притяжение Земли, семена впитывают больше воды и микроэлементов, что способствует прорастанию семян.

Томаты, посаженные на растущую Луну, на четвертой неделе на 5 см выше, чем те, что посадили на убывающую Луну. По результатам проведенного исследования были сформулированы следующие выводы:

1. Фазы Луны влияют на прорастание семян и последующий рост растений.
2. На растущую фазу Луны семена прорастают активнее.

Чтобы получить хороший урожай, работы в огороде следует планировать с учетом особенности влияния Луны на растения. Нужно помнить, что растущая Луна оказывает положительное воздействие на растения с более развитой надземной частью.

Давно замечено, что на всхожесть семян и дальнейшее развитие растений большое влияние оказывает не только соответствующее выполнение агротехнических рекомендаций, но и положение Луны. Чтобы выбрать дни, когда сажать помидоры по лунному календарю и по правилам агротехники, нужно учитывать все факторы, от которых зависит качество всходов.

Лунный календарь помогает определить оптимальные сроки обработки почвы, посева, посадки и пересадки овощных и плодово-ягодных культур, сбора урожая и других мероприятий в саду.

Учитывать данные лунного календаря в нашей повседневной жизни не только реально, но и необходимо, если мы хотим всегда хорошо себя чувствовать и добиваться успехов в разных областях нашей деятельности.

Список использованных источников:

1. *Астрономия: учеб. для студ. учреждений сред. проф. Образования* / [Е.В. Скворцов, Т.С. Феценко, Л.А. Шестакова]; под ред. Т.С. Феценко. — М.: Издательский центр Академия, 2018 — 256 с.
2. Бестужева лавка [Электронный ресурс] // Влияние луны на жизнь человека. Исследования влияния луны. Электронные данные. URL: <https://bestlavka.ru/> (дата обращения 31.01.2023)
3. В саду, в огороде, на даче [Электронный ресурс] // Как Луна влияет на растения в саду и огороде. Электронные данные. URL: <https://siteogorod.ru/kak-luna-vliyaet-na-rasteniya-v-sadu-i-ogorode.html> (дата обращения 31.01.2023)
4. Захарова Е. Д., Байбекова К. С. [Электронный ресурс] // Влияние луны на рост и развитие растений. Электронные данные. URL: <https://obuchonok.ru/node/7584> (дата обращения 31.01.2023)
5. Myshared [Электронный ресурс] // Презентация на тему: Луна. Электронные данные URL: <http://www.myshared.ru/amp/1223183/> (31.01.2023)

ОПАСНЫЕ НИТРАТЫ

Жидко Алина Сергеевна.

*Руководитель: Смирнова Юлия Владимировна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

К окончанию зимы наш организм испытывает нехватку витаминов. Поэтому возникает желание купить свежих овощей: огурцов, редиски, помидоров и зелени. Но принесут ли они ожидаемую пользу? Обсуждение проблемы содержания нитратов в овощах (особенно в несезонных) то затихает, то с новой силой обсуждается в средствах массовой информации. Постараемся разобраться, что же такое нитраты и насколько они страшны, ведь от качества пищи зависит наше самочувствие и качество нашей жизни в целом.

Цель: выявление степени опасности употребления продуктов питания, содержащих нитраты и определение доступными способами их наличия в овощах и пряных травах.

Задачи:

- Изучить источники информации по данному вопросу и выяснить, что такое нитраты и как они влияют на организм человека;
- Провести исследования на наличие нитратов в несезонных овощах;
- Предложить доступные способы уменьшения их концентрации.

Всем растениям для нормального роста и развития необходимы три основных питательных элемента - азот, калий и фосфор. Нитраты являются солями азотной кислоты и могут служить источником азота для растений. Именно их производители могут применять в качестве азотных удобрений. Человеческий организм производит примерно 100 мг нитрата в день, в результате метаболизма. Нитраты попадают в организм человека каждый день: 70% в овощах, 20% в воде и 6% в мясе и консервах. Для взрослого человека предельно допустимая норма нитратов — 5 мг на 1 кг массы тела человека, т. е. 0,25 г на человека весом до 60 кг. Для ребёнка допустимая норма составляет не более 50 мг.

Сравнительно легко человек переносит дневную дозу нитратов в 15 – 200 мг; 500 мг — это предельно допустимая доза (600 мг — уже токсичная доза для взрослого человека). Для отравления грудного малыша достаточно 10 мг нитратов (эту дозу младенец может получить через грудное молоко матери или с детским питанием). Дети до года, и особенно до трех месяцев, перед нитратами беззащитны!

В Российской Федерации допустимая среднесуточная доза нитратов — 312 мг, но в весенний период она может достигать 500 – 800 мг/сутки (с продуктами, выращенными в защищенном грунте).[1]

Почему нитраты опасны? Если количество употребляемых нитратов вырастает выше предельного, избыток под воздействием фермента нитратредуктазы восстанавливается до нитритов, которые взаимодействуют с гемоглобином крови, окисляя 2-валентное железо в 3-валентное. В результате образуется метгемоглобин, который уже не способен переносить кислород. Тканевая гипоксия нарушает нормальное дыхание клеток и тканей организма, в результате чего накапливаются молочная кислота, холестерин и резко падает количество белка. Особенно опасны нитраты для грудных детей, так как их ферментная основа несовершенна, восстановление метгемоглобина в гемоглобин идет медленно. Нитраты способствуют развитию патогенной кишечной микрофлоры, которая выделяет в организм человека токсины, вызывая его отравление.

Признаки нитратных отравлений у человека следующие: синюшность ногтей, лица, губ и видимых слизистых оболочек, тошнота, желтизна белков глаз, головные боли, повышенная усталость, сонливость, снижение работоспособности, одышка, усиленное сердцебиение, вплоть до потери сознания. Нитраты влияют на возникновение раковых опухолей в желудочно-кишечном тракте человека.[2,4]

Существуют различные способы анализа на содержание нитратов и нитритов в воде и продуктах питания. Для своего исследования мы использовали тест-полоски ООО «Биосенсор АН».

Для анализа были взяты следующие овощи и травы, выращенные в защищенном грунте: огурцы гладкие, редис, огурцы «пупырчатые» (название взято с ценника в магазине), томаты розовые, петрушка и укроп.

Так как тест-полоски предполагают использование жидкой фракции, из овощей был получен сок путем пюрирования блендером, из трав измельчением в ступке. Тест-полоски погружались в сок на 2-3 секунды, а ровно через 1 минуту сравнивалась окраска каждого их сенсорного элемента с соответствующим полем цветовой шкалы на этикетке тубуса (рис. №1 и №2)

Рисунок №1



Рисунок №2



Результаты анализа помещены в таблицу №1

Таблица №1

Образец	№1 (огурцы гладкие)	№2 (редис)	№3 (огурцы «пупырчатые»)	№4 (томаты розовые)	№5 (петрушка)	№6 (укроп)
Содержание нитратов, мг/л	25	250	0	10	45	100

Шкала имеет довольно большой разброс, так как предназначена для анализа воды. По аннотации к тест-полоскам находим, что нормой по СанПиН является показатель содержания нитратов до 45 мг/л. Из данных таблицы №1 видно, что значительно превышают норму показатели редиса и укропа, чуть больше нормы петрушка. Это убеждает нас в том, что употребление этих овощей, например, в виде салата может вызвать нарушения работы сердечно-сосудистой и нервной систем, пищеварительного тракта, особенно у детей, так как у них еще не сформирована восстанавливающая ферментная система.

Нитраты хорошо растворимы в воде, поэтому вымачивание овощей в воде должно снизить их концентрацию. Образец №2 полностью мы погрузили в чистую воду, а №5 и №6 в виде букетов поставили в стаканах с водой под настольную лампу. Через 2 часа провели новый анализ.

Образец	№2 (редис)	№5 (петрушка)	№6 (укроп)
Содержание нитратов, мг/л	100	25	25

По данным таблицы №2 наблюдаем снижение содержания нитратов по сравнению с первоначальным, хотя содержание нитратов в редисе остается выше нормы.

Проведенное исследование убеждает нас опасности употребления продуктов, с высокой концентрацией нитратов.

Что делать, если собираемся купить или уже купили несезонные овощи? Можно ли избежать отравления?

На основе анализа литературы сформулировали несколько основных правил:

1. Приобретать лучше овощи среднего размера, так как крупные содержат избыток нитратов, а мелкие могли их накопить для дальнейшего роста.
2. Овощи не должны быть слишком водянистыми и рыхлыми, а также с большим количеством жестких жилок – это признаки избытка нитратов.
3. Трещины на плодах, в нашем случае на корнеплодах редиса это было четко заметно, характерны для нитрат избыточных растений.
4. Лучше употреблять сезонные овощи, выращенные в открытом грунте.
5. Зеленые овощи, такие как петрушка, укроп следует поместить в виде букета в воду под прямыми солнечными лучами. При таких условиях нитраты в листьях полностью утилизируются в течение двух-трех часов и затем не обнаруживаются.
6. Такие овощи, как свекла, кабачки, капуста и тыква, перед приготовлением следует нарезать мелкими кубиками, замочить 2-3 раза на 5-10 минут каждый, а затем обдать горячей водой. Нитраты хорошо растворяются в воде, особенно горячей, и будут смыты с овощей.
7. Отваривание овощей снижает содержание нитратов на 50%- 80%, бланшировка, жарка и тушение на 10%. При варке овощи необходимо класть в холодную воду без соли. Солить к концу варки. Наличие нитратной продукции можно определить по образованию густой пены над закипевшими овощами. Сливая первый бульон пока он горячий, можно дополнительно снизить количество нитратов.
8. Удалять перед употреблением части, которые содержат высокое количество нитратов (стебли, верхние листья, черешки, части ближе к листьям, кожуре – у корнеплодов).
9. Салаты из свежих овощей следует готовить непосредственно перед их употреблением, заправлять их растительным маслом (майонез и сметана ускоряют процесс перехода нитратов в нитриты) и съедать сразу.
10. При квашении и мариновании количество нитратов уменьшается в 2-3 раза.
11. Хранить овощи и плоды необходимо в холодильнике, т. к. при температуре +2°C превращение нитратов в более ядовитые вещества — нитриты не происходит.
12. При хранении и в сухих, проветриваемых, хранилищах уровень нитратов в свежих овощах снижается. [1]

Знание информации о накоплении нитратов в растениях и превращении нитратов в нитриты может помочь вам придерживаться здорового питания и сохранить свое здоровье.

Список использованных источников:

1. Будьте бдительны – НИТРАТЫ!//Волгоградский региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики - URL: <https://vocmp.oblzdrav.ru/budte-bditelni-nitrati.html> (дата обращения: 10.01.2023)
2. Нитраты в овощах и фруктах. Польза и вред// Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Алтай»- URL: <https://www.fbuz04.ru/index.php/o-centre/press-sluzhba/nitraty-v-ovoshchakh-i-fruktakh-polza-i-vred> (дата обращения: 10.01.2023)
3. Отравление нитратами.//Медицинский справочник болезней- URL: <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/urgent/nitrate-poisoning>
4. Очеред Н.П. Тугуз Ф.М. Содержание нитратов в пищевых продуктах и их влияние на здоровье человека // «Вестник АГУ» Выпуск 2(221)2018 - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/soderzhanie-nitratov-v-pischevyh-produktah-i-ih-vliyanie-na-zdorovie-cheloveka/viewer> (дата обращения: 10.01.2023)
5. Скурихин И.М., Нечаев А.П. Все о пище с точки зрения химика. М.: Высшая школа, 1991, 288 с.

ВЛИЯНИЕ СНА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Ивашкевич Олеся Дмитриевна

*Руководитель: Кушова Ирина Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Сон в жизни человека – такой же физиологически обусловленный процесс в организме, как и дыхание, метаболизм, пищеварение и прочее. Сон – это неотъемлемая часть нашей повседневной жизни, защитный механизм, который даёт возможность организму восстановиться после длительного периода бодрствования. Сон – это состояние абсолютного физического покоя, которое наступает через определённые промежутки времени, сопровождаясь понижением работы внутренних систем организма. Сон является естественной потребностью, дефицит или отсутствие сна может приводить к тяжёлым структурным изменениям физического и психологического состояния человека.

Что такое сон? Этот вопрос – один из самых загадочных для человечества. И, вроде бы, давно сошлись в ответе на этот вопрос. Спроси любого, скажет: сон простыми словами – это отдых. Организм спит, мозг отдыхает.

И только вроде бы все готовы были с этим согласиться, как появились у неврологов методы электрофизиологии, и учёные получили возможность фиксировать активность нейронов коры головного мозга. Оказалось, во время сна нейроны не только не отдыхают, а, наоборот, работают даже активнее. Зачем? Может, во сне человек ищет ответы на вопросы, которые его мучают? Нет, учёные уверены, что все куда прозаичнее. Пока мы спим, мозг занят починкой организма. Он налаживает взаимосвязи с внутренними органами.

Не верите? А зря! Ведь всем известно, что даже при простуде назначают постельный режим и рекомендуют побольше спать. Сон необходим для восстановления потраченных сил и энергии, нервной системы, укрепления иммунной системы, нормализации обмена веществ, снижения риска развития многих заболеваний. А недосып, как и лишний сон, вреден. Средняя норма сна при этом для взрослого человека – 7-8 часов в сутки.

Люди интересовались природой сна и сновидений во все времена, зачастую наделяя это состояние мистическими характеристиками. В древнегреческой мифологии бог сна Гипнос был сыном богини ночи Никты и бога мрака Эреба и приходился братом – близнецом Танатосу – богу смерти. При этом ночной сон и сон вечный виделись древним грекам родственными состояниями. Аристотель описывал сон как «пограничное состояние между жизнью и не жизнью». Но уже в те времена люди начали замечать и использовать целебную силу сна. Жрецы бога медицины Асклепия занимались лечением больных, а его храмы – асклепионы – стали первыми оздоровительными центрами.

С развитием физиологии и психологии люди стали глубже изучать природу сна и сновидений. Русский физиолог Иван Сеченов, разработавший теорию о рефлексах, полагал, что сновидение представляет собой рефлекторный ответ мозга на внешние раздражители. Он описывал сновидение как «небывалую комбинацию бывалых впечатлений». Нобелевский лауреат Иван Павлов, создавший учение о высшей нервной деятельности, рассматривал сон как общее «охранительное» торможение структур головного мозга.

Пионером отдельной науки о сне – сомнологии – считается врач физиолог Мария Манасеина. В 1892 году была опубликована её книга «Сон как треть жизни человека, или физиология, патология, гигиена и психология сна» – первая в мире монография, посвящённая проблемам сна. В рамках своих экспериментов Манасеина подтвердила, что сон является даже более критическим условием выживания, чем пища. Она не давала спать щенкам, в результате чего те умирали через пять-шесть бессонных суток. При этом без еды, но со сном, щенки жили в среднем по 25 дней.

Отцом научного изучения сна считают американского нейрофизиолога, уроженца Кишинёва Натаниэля Клейтмана. Он экспериментально исследовал последствия депривации

сна, иногда используя себя в качестве субъекта. Однажды он провёл без сна 115 часов. В какой-то момент, измученный и испытывающий галлюцинации, он прокричал: «Это потому, что они против системы». После он рассказывал, что ему казалось, что он яростно спорит с коллегой о профсоюзах. В 1938 году, изучая циклы сна и бодрствования, Клейтман провёл шесть недель под землёй в пещере в Кентукки, пытаясь искусственно «растянуть» сутки на 28 часов. Но из попытки перестроить биологические часы ничего не вышло. Клейтман отмечал, что длительная депривация сна является формой пытки и говорил, что измождённый человек будет готов признаться в чем угодно, только бы ему позволили поспать.

Во все времена люди задавались вопросом: «Зачем человеку нужно спать?» И правда, ведь мы тратим треть жизни на, казалось бы, пустое времяпрепровождение. Так давайте разберёмся: почему, а главное, как нужно спать?

Многие великие личности пытались сократить время сна. Так, к примеру, Пётр Первый спал по 5 часов, а Томас Эдисон - всего 2. Но с другой стороны вопроса, если сон занимает столь большую долю времени, то он более важен, чем питание. Так, человек способен голодать до месяца, а без сна продержится максимум неделю.

Многие успешные люди не устают повторять, что сон является залогом высокой продуктивности и верного мышления на протяжении дня. Из чего можно сделать вывод, что сон - это немаловажная вещь в нашей жизни.

Представьте, что наш мозг — это склад, который пополняется на протяжении дня самыми разными вещами. А сон — это вынужденное закрытие на ночное обслуживание и переучёт, где выбрасывается всё не нужное, а полезное и важное укомплектовывается в нужные углы. Благодаря этому с утра мы способны выполнять те задачи, с которыми мозг не в силах справиться в позднее время.

Но всё вышесказанное будет происходить с вами при условии хорошего сна. При его недостатке мы теряем реакцию и внимательность. Также человеку сложнее сформировать мысли, и даже появляется угроза ухудшения зрения. Вдобавок недосып, в паре с иными критериями способен помочь вам с набором лишнего веса через переедание. Понижение продуктивности на весь день, выработка вредных привычек. Всё это и многое другое может произойти из-за слабого сна.

Роль сновидений изучена наукой ещё меньше, чем функции сна. Это связано с тем, что изучение сновидений опирается на субъективный опыт людей. Роман Бузунов объясняет, что миссия сновидений включает анализ накопленной за день информации в оперативной памяти и её категоризацию. Он поделился: «Проводились эксперименты, когда человека будили в начале REM-фазы сна, тем самым лишая сновидений. Буквально через несколько дней он становился раздражительным и вспыльчивым. Сон постепенно внедрялся в бодрствование, и человек начинал видеть галлюцинации. Сновидения настолько важны, что даже в бодрствовании мозг начинает их включать».

Мозг определяет, что пригодится человеку в будущем, при этом 90% информации забывается. По словам Бузунова, это — необходимость, тогда как абсолютная память нередко приводит к тому, что у её владельца развиваются психиатрические расстройства. Его мозг просто не справляется с объёмом информации.

Вторая задача сна — формирование рефлексов. Проигрывая различные ситуации, мозг как бы устраивает тест-драйв на будущее. Бузунов добавляет: «Это объясняет, почему ребёнок видит сновидения около шести часов за ночь, а взрослый — всего полтора-два часа. Дело в том, что ребёнок за первые 6 лет узнает приблизительно 80% всей аудиовизуальной информации за всю жизнь. Чтобы это проанализировать, обработать и дальше развиваться, ему нужно время».

Роль сновидений изучена наукой ещё меньше, чем функции сна. Это связано с тем, что изучение сновидений опирается на субъективный опыт людей. Роман Бузунов объясняет, что миссия сновидений включает анализ накопленной за день информации в оперативной памяти и её категоризацию. Он поделился: «Проводились эксперименты, когда человека

будили в начале REM-фазы сна, тем самым лишая сновидений. Буквально через несколько дней он становился раздражительным и вспыльчивым. Сон постепенно внедрялся в бодрствование, и человек начинал видеть галлюцинации. Сновидения настолько важны, что даже в бодрствовании мозг начинает их включать».

Мозг определяет, что пригодится человеку в будущем, при этом 90% информации забывается. По словам Бузунова, это — необходимость, тогда как абсолютная память нередко приводит к тому, что у её владельца развиваются психиатрические расстройства. Его мозг просто не справляется с объёмом информации.

Вторая задача сна — формирование рефлексов. Проигрывая различные ситуации, мозг как бы устраивает тест-драйв на будущее. Бузунов добавляет: «Это объясняет, почему ребёнок видит сновидения около шести часов за ночь, а взрослый — всего полтора-два часа. Дело в том, что ребёнок за первые 6 лет узнает приблизительно 80% всей аудиовизуальной информации за всю жизнь. Чтобы это проанализировать, обработать и дальше развиваться, ему нужно время».

Сон — это состояние абсолютного физического покоя, которое наступает через определённые промежутки времени, сопровождаясь понижением работы внутренних систем организма.

Бессонница — расстройство сна, которое характеризуется недостаточной продолжительностью или неудовлетворительным качеством сна либо сочетанием этих явлений на протяжении значительного периода времени.

Список использованных источников:

1. <https://zen.yandex.ru/media/scienceeveryday/zachem-nam-nujno-spat-5c83913cd2350300b47cd02f>
2. <https://buzunov.ru/articles/sleep-wellness-gigiena-sna/chto-takoe-son-i-zachem-on-nuzhen-fiziologiya-struktura-funktsii-sna/>
3. <https://www.kp.ru/putevoditel/zdorove/chto-takoe-son/>
4. <https://lifehacker.ru/special/sleep/>

ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА, АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ НА ЭМБРИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

Ивлева Арина Сергеевна

*Руководитель: Кушова Ирина Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Будущие мамы всегда желают своему ребёнку благополучия и, конечно же, здоровья. Ни одна мать не хочет, чтобы её ребёнок родился недоношенным, больным или умственно отсталым.

И не для кого из нас естественно не секрет, что алкоголь, никотин, наркотики - всё это очень плохо. Нам это говорили ещё с детства, мы все это помним и знаем.

И сейчас, наблюдая за прохожими, нередко встретишь очередную мать, которая, как и все, желает своему ребёнку здоровья и в ту же секунду курит очередную сигарету или употребляет спиртное. Мало верится, что они не слышали о вреде пагубных привычек на беременность.

И именно поэтому выясним, что именно происходит в организме при эмбриональном развитии ребёнка с употреблением вредных веществ.

В наше время проблема рождения больных детей вследствие употребления их родителями различных вредных веществ стоит очень остро. Всё чаще и чаще из-за легкомыслия людей дети рождаются с серьёзными патологиями или просто не выживают.

Курение табака представляет собой серьезнейшую проблему общественного здравоохранения, одним из аспектов которой, является нарушение эмбрионального развития.

Курение – вредная привычка. Поэтому многие женщины, вынашивающие ребёнка, находят в себе силы отказаться от сигарет. Но, к сожалению, больше тех, чья никотиновая зависимость оказывается сильнее желания родить здорового малыша.

Курение матери провоцирует кислородное голодание плода и, как следствие, задержку его внутриутробного развития. У женщин, куривших во время беременности, нередко случаи внутриутробной гибели плода. Ранние выкидыши встречаются в 1,7 раза чаще, чем у некурящих. Курение чревато синдромом внезапной смерти у новорожденного, причём риск гибели ребёнка увеличивается в 2,5 раза. Количество угарного газа в крови у плода в 10–15 раз больше, чем у курящей матери. Во время курения в организм поступает радиоактивное вещество, способное поражать формирующиеся у плода половые клетки, особенно женские. Курение во время беременности опасно тем, что к плоду проникает один из наиболее ядовитых алкалоидов – нервнопаралитический яд никотин, а также другой нервно-паралитический яд – бензидин. Они накапливаются в нервной ткани будущего ребёнка, в его сердце и почках.

Влияние никотина на развитие плода и организм ребёнка не оспаривается никем, оно однозначно негативное. Современная наука связывает с курением следующие патологии:

- Пороки сердца
- Не заращённую верхнюю губу или заячью
- Не заращённое мягкое и твёрдое небо или «волчья пасть»
- Паховые грыжи
- Разные степени косоглазия
- Пороки развития конечностей.

Воздействие табака на сердце плода ведёт к не заращиванию перегородки между предсердиями и другим порокам, нарушающим нормальное движение крови по сосудам. При не заращении губы и неба возникает не только физический дефект. У детей жидкая пища попадает в гортань, что ведёт к воспалениям, бронхитам и пневмониям. Без хирургического вмешательства патологию исправить невозможно. А операция, как известно, не лучшим образом влияет на организм малыша.

Наркотики оказывают влияние на организм развивающегося ребёнка двумя путями: прямым и опосредованным.

Прямой путь подразумевает непосредственное воздействие наркотических соединений на развивающийся плод, что приводит к развитию тех или иных патологий.

Опосредованное влияние наркотиков выражается в изменении структуры слизистой оболочки матки, нарушении плацентарного кровообращения, изменении соотношения гормонов в организме матери, увеличении тонуса матки и пр.

Употребление наркотических соединений в течение первых 3 месяцев беременности приводит к недоразвитию скелета, мышц ребёнка, развитию пороков сердца, недоразвитию почек и мочевыделительной системы в целом. Могут развиваться врождённые аномалии почек

Кроме аномалий со стороны мочевыделительной системы, около 50% детей, рождённых от матерей-наркоманок, имеют малую массу тела (1,5—2,5 кг).

Употребление наркотических веществ во время беременности способствует тому, что у плода развивается наркотическая зависимость (такая же, как и у матери). Поэтому ребёнок рождается с синдромом послеродового состояния похмелья (абстиненции), так как постоянное поступление наркотиков в его организм резко прекращается.

Употребление наркотических средств тесно связано с такими заболеваниями, как гепатит и ВИЧ-инфекция, передающиеся при использовании одной и той же иглы (к примеру, при употреблении героина). А возникновение этих заболеваний влечёт за собой тяжёлые последствия для ребёнка.

Особенности женского организма способствуют быстрому развитию зависимости от любых видов наркотиков, и алкоголизм у женщин развивается быстрее и тяжелее поддается лечению.

Развитие плода будет нарушено с самого начала. Это приведёт к выкидышу, преждевременным родам или появлению малыша с врождёнными уродствами. Продукты распада алкоголя оказывают токсическое действие на организм эмбриона и плода. Под влиянием алкоголя при беременности плод развивается медленнее, дети рождаются маловесными и в дальнейшем отстают в росте и развитии от своих ровесников. Опытные акушерки сразу отличают новорожденного с алкогольным синдромом. У них чётко выражены:

- маленькие глазки с опущенными веками
- косоглазие
- недоразвитая нижняя челюсть
- широкая и низкая переносица
- выпуклая верхняя губа
- маленькая голова с плоским затылком

В большинстве случаев наблюдаются врождённые пороки развития со стороны конечностей, сердца, печени, половых органов. Но больше всего страдает нервная система.

Вредные привычки родителей могут полностью загубить жизнь их ребёнка. Если Вы хотите родить действительно здорового ребёнка, который со временем станет для вас опорой и поддержкой, не прикасайтесь к психоактивным веществам вообще. Не стоит менять вечные ценности – здоровье детей, крепкую семью, счастливую старость – на мимолётные и сомнительные удовольствия – алкоголь, наркотики, сигареты. Исследование доказать, что алкоголь и сигареты убивают плод в период одноклеточного зародыша и прекращают его рост и развитие на эмбриональном этапе развития. Среди молодёжи наблюдается большой процент людей, имеющих табакозависимость и употребляющих алкоголь. Влияние этих факторов ухудшает здоровье населения и приводит к росту хронических заболеваний, что отражается в дальнейшем на неблагоприятном течении беременности у женщин, рождению детей с различными пороками развития. Информация на уровне государства о влиянии наркотических веществ на здоровье человека транслируется в рекламных роликах, печатается на табачной и алкогольной продукции. Чаще всего такая информация доступна взрослому населению, которое осознает смысл прочитанного. Лица, не достигшие совершеннолетия не воспринимают предупреждения. Поэтому целесообразно проводить профилактику употребления токсических веществ, начиная с более раннего возраста с помощью интерактивных программ, посещения заведений реабилитации для людей с зависимостями. Не откладываете на завтра – выбросьте любой яд, который вы принимаете, и поклянитесь перед своим будущим ребёнком и собой, что больше не притронетесь к нему. Наверняка совсем скоро вы поймёте, что без табака, наркотиков и алкоголя жизнь гораздо более удивительна и интересна. Уделяйте своему здоровью особое внимание и помните, что здоровый образ жизни залог вашего здоровья и здоровья ваших детей, будущего успеха, и самое главное — прекрасного самочувствия!

Список использованных источников:

1. Деларю, Владимир Владимирович. *Губительная сигарета: 2-е изд., перераб. и доп.* / Владимир Владимирович. Деларю,. - М.: Медицина, 2018. - 76 с.
2. Мышкин В. Попытка № 48 // *Men'sHealth*. – 2017, № 4. – С.72-74
3. Радбиль, Оскар Самойлович. *Курение* / Оскар Самойлович Радбиль,, Юрий Михайлович Комаров,. - М.: "Медицина", 2017. - 157 с.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ РИТМЫ ЧЕЛОВЕКА

*Резникова Екатерина Николаевна
Руководитель: Матракишина Ольга Владимировна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Задумывались вы над тем, почему люди чувствуют себя бодрее в определенное время дня, года, почему одни люди до глубокой старости сохраняют высокую работоспособность и умственную продуктивность, а другие увядают в молодости?

На все эти вопросы легче дать ответ, если учесть, что живые существа обладают «внутренним механизмом», способным измерять время. Он обеспечивает высокое совершенство и гармонию жизни в постоянно меняющихся условиях окружающей среды.

Общаясь каждый день со своими сверстниками, наблюдая за их деятельностью на занятиях, я обратила внимание на некоторые закономерности в изменении их эмоционального настроя, интеллектуальной деятельности и физической активности. Некоторые из них совершенно спокойно и бодро приступают к занятиям, а другие приходят в колледж раздраженными и не выспавшимися, причем первые более успешно справляются с интеллектуальной нагрузкой на первых парах, вторые более активны на вторых и последующих парах. Оказывается, причина заключается в биологических ритмах.

Биологические ритмы — это не какое-то мистическое понятие вроде астрологии или веры в приметы. Это неотъемлемое свойство всего живого. У каждого организма есть свои циклы, которые помогают ему чередовать фазы активности и восстановления. Человек — не исключение. От соблюдения биоритмов зависит его способность учиться и работать быстрее и эффективнее, принимать решения, чувствовать радость.

Биологические ритмы (биоритмы) — это периодические изменения интенсивности и характера биологических процессов, которые сами поддерживаются и воспроизводятся в любых условиях. Биоритмы воздействуют на все аспекты его жизнедеятельности: активность, выносливость, уровень иммунитета, мыслительные способности и прочие качества.[2]

Выделяют 3 вида биологических ритмов: физический, эмоциональный и интеллектуальный.

Физический биологический ритм: характеризует объем внутренней энергии организма, а также такие показатели, как выносливость, активность, скорость реакции и другие. Также физический биоритм определяет способность к восстановлению организма, предприимчивость и амбициозность. От него зависят показатели эффективности метаболизма. Оценка физического состояния человека обязательно должна включать исследование этого биоритмического цикла. Особенно это важно для спортсменов, для которых большие физические нагрузки становятся неотъемлемой частью ежедневной работы. Определение благоприятных и неблагоприятных периодов даст возможность варьировать степень интенсивности тренировок. Таким образом, человек может избежать травм и максимально эффективно использовать свои внутренние ресурсы.

Эмоциональный биологический ритм: этот биоритм определяет Ваше внутренне эмоциональное состояние. От течения его цикла напрямую зависит чувствительность человека, его восприятие, а также весь спектр чувств и эмоций, сопровождающих повседневную жизнь. Также душевный биоритм отвечает за творческие способности и интуитивное знание. Особенно важно учитывать эмоциональный цикл для женщин и всех

людей, занятых в творческой деятельности или тех, чья работа связана с общением. Очень явно воздействие душевного биоритма на семейные и любовные отношения. Так как его цикл определяет склонность к сопереживанию, уязвимость и обидчивость, эти факторы могут оказать существенное влияние на общение двух близких людей.

Интеллектуальный биологический ритм: этот биоритмический цикл характеризует умственные способности человека. От положения синусоиды интеллектуального биоритма зависит способность размышлять, делать логические выводы, сопоставлять факты, находить взаимосвязи. Кроме того, данный биоритм отвечает за предусмотрительность и осторожность, определяя рациональность действий человека. Особенно явно ощущают изменения цикла люди интеллектуальных профессий – учителя, писатели, журналисты, финансисты и т.д. Есть версия, согласно которой есть взаимосвязь между интеллектуальным биоритмом и секрецией щитовидной железы. Также есть данные, подтверждающие зависимость производительности труда от изменений цикла этого биоритма. Критические дни, это те дни, когда кривая биоритма пересекает нулевую отметку.[3]

Для измерения биологических ритмов я создала в табличном процессоре MS EXCEL таблицу, в которой будут отображаться взлёты и падения биологических ритмов человека. Для этого нужно будет провести моделирование.

За точку отсчёта всех трёх биологических ритмов берётся день рождения человека. Физический биологический ритм характеризует жизненные силы человека, то есть его физическое состояние. Периодичность ритма составляет 23 дня. Эмоциональный биологический ритм характеризует внутренний настрой человека, его возбудимость, способность эмоционального восприятия окружающего. Продолжительность периода эмоционального цикла равна 28 дням. Третий биологический ритм характеризует мыслительные способности, интеллектуальное состояние человека. Цикличность его – 33 дня

Цель моделирования: составить модель биоритмов для конкретного человека от указанной текущей даты (дня отсчёта) на месяц вперёд с целью дальнейшего анализа модели. На основе анализа индивидуальных биоритмов прогнозировать неблагоприятные дни, выбирать благоприятные дни для разного рода деятельности. [1]

Анализ объекта: объектом моделирования в этой задаче может быть любой человек, для которого известна дата его рождения, а также группа людей.

Студентам 1 курса Ейского медицинского колледжа я предложила проанализировать свои биологические ритмы, получив индивидуальный график, провела опрос, согласны ли они с тем, что их состояние совпадает с показаниями их биологических ритмов в момент проведения исследования. Из 50 прошедших исследование 99%, согласились с данными результатами. Это говорит о том, что биологические ритмы непосредственно влияют на жизнь человека.

Построение биологических ритмов с помощью компьютерного моделирования, позволяет наглядно просмотреть и проанализировать график полученных результатов, помогает рационально распределять свои физические, эмоциональные и интеллектуальные биологические ритмы.

Получив положительный результат в своем исследовании, я разработала буклет «Как жить в согласии с биоритмами» и раздала студентам. Он содержит инструкцию для самостоятельной разработки индивидуального графика биологических ритмов и интерпретации полученных результатов, а также рекомендации о том, как жить в гармонии со своими биоритмами.

Список использованных источников:

1. Макарова Н.В. Информатика и ИКТ. Задачник по моделированию 9-11 классов. Базовый уровень/Под ред. проф. Н.В.Макаровой. – Питер, 2007. – 192 с.
2. Приданникова К. Биологические часы: рекомендации по настройке 2021 URL: <https://4brain.ru/blog/biologicheskie-chasy-rekomendacii-po-nastrojke/>

НУЖНО ЛИ МЫТЬ РУКИ?

*Пономаренко Максим Валерьевич
Руководитель: Гнидина Наталья Анатольевна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

Еще с детского сада нам говорят о важности мытья рук. Но все ли соблюдают эти простые правила гигиены? К каким последствиям может привести игнорирование гигиенических правил?

Изучив литературу, мы выяснили, что на нашей коже обитают бактерии, грибы, вирусы и даже клещи. Все ли они вредны для нашего организма?

Многие бактерии уничтожают излишек организмов, популяции которых слишком разрослись, как бы вступая в симбиоз с нами регулируют не только численность популяций друг друга, но и регулируют кислотность и ряд других физиологических процессов. Однако даже симбионты могут выступать причиной болезней.

Как же с этим бороться? Чаще всего мы слышим рекомендацию: мыть руки 5-6 раз в день с мылом. Так ли это? И можно ли вместо мытья рук воспользоваться влажными салфетками или антисептиком из магазина?

Цель нашего исследования: выяснить, какое средство лучше очищает руки от микробов.

Задачи:

Проанализировать информацию по данному вопросу.

Провести опрос среди студентов колледжа и проанализировать результаты.

Провести эксперимент по выращиванию микроорганизмов на питательных средах.

Сравнить разнообразие микроорганизмов после различных способов обработки рук

Сделать выводы.

Объект исследования: микроорганизмы кожи рук

Предмет исследования: влияние на выживаемость микроорганизмов различных средств обработки рук.

Гипотеза: если обрабатывать руки антисептическим гелем перед обедом, то это на 100% обезопасит нас от заболеваний.

Микрофлора кожных покровов обычно не патогенная, и все микроорганизмы можно разделить на две группы: комменсальные (не вредны для человека, но используют его как среду обитания) и мутуалистические (приносят пользу нашему организму). Особенно интересны последние. Они контролируют разрастание колоний организмов, путём конкуренции за питательные вещества, или выделяя специальные яды для нового претендента на данную среду обитания. Так бактерии-симбионты предотвращают развитие у нас заболеваний, вызываемых патогенными микробами.

Но если у нас есть такие помощники, зачем мыть руки, да и вообще купаться, бактерии-симбионты сами всё отрегулируют?

Выявлено, что даже полезные микроорганизмы могут быть опасными, если их становится слишком много. Например, синегнойная палочка к развитию инфекционных заболеваний костей, суставов, желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей. При этом

та же самая бактерия производит антибиотики против стрептококков и стафилококков, а также некоторых грибов. То есть пока *Pseudomonas aeruginosa* находится на поверхности кожи человека, она полезна, но, как только она попадает в систему кровообращения, становится патогенной. Отсюда возникает вопрос: как обрабатывать кожу рук, чтобы соблюсти баланс, с одной стороны не уничтожить полезных бактерий, а с другой – эти симбионты не стали вредными?

Мы провели опрос среди обучающихся первого курса нашего филиала и выяснили, что перед обедом в колледже половина опрошенных стараются вымыть руки с мылом (51%), 6% моют без мыла, по 16 % пользуются влажными салфетками и антисептическим гелем, 11% вообще не задумываются о чистоте рук. Всего было опрошено 102 человека. Из этого можно сделать вывод: большинство респондентов понимают важность чистоты рук перед приемом пищи.

В своем эксперименте мы решили выяснить: какой способ обработки рук наиболее действенный. Для этого мы приготовили питательную среду и сделали посевы с поверхности рук. По итогам эксперимента мы убедились, что наиболее разнообразная микробиота выросла в чашке Петри с посевами с грязных рук (там мы наблюдали различные колонии бактерий и плесневые грибы), меньшим разнообразием отличались пробы с рук обработанных с помощью влажных салфеток и мытьем с мылом. Проба № 4 (антисептический гель) показала только одну колонию актиномицетов небольшого размера. Таким образом, можно сказать, что ни один из способов не убивает микробы на 100%, но уменьшает популяцию микроорганизмов, что, безусловно, помогает нашему организму справиться с ними и предотвратить развитие заболеваний.

Стоит заметить, что наш организм нуждается в небольшом количестве бактерий, а с некоторыми образует симбиоз. Поэтому слишком частое использование антибактериального мыла или антисептического геля также может отразиться на ухудшении работы вашего иммунитета. Наша гипотеза не получила подтверждения.

В заключении хотелось бы напомнить, что соблюдение гигиенических норм является одной из составляющих здорового образа жизни и позволяет сохранить и укрепить наше здоровье.

Мойте руки перед едой, после посещения туалета, возвращения с улицы, общения с животными и будьте здоровы.

Список использованных источников:

1. Умнякова, Е.С. *Как работает иммунитет* / Е.С.Умнякова – Москва: Издательство АСТ, 2019. – 220 с.
2. Волцит, П.М. *Биология. Тетрадь научная* / П.М. Волцит – Москва: Издательство АСТ, 2017. – 47 с.
3. Степанчук, Н.А. *Большой школьный биологический практикум: микробиология, микология. Учебное пособие с методическими рекомендациями для учителей биологии и старшеклассников* / Н. А. Степанчук. – Волгоград: Редакционно-издательский центр ГАУ ДПО «ВГАПО», 2019. – 60 с.

Исследования в профессиональной области:
здравоохранение, образование, строительство, связь, информационные и коммуникативные технологии, финансы и экономика, сельское хозяйство, транспорт, легкая и текстильная промышленность, металлургическое производство, сервис, юриспруденция и др.

ПРОБЛЕМА АДАПТАЦИИ МОЛОДОГО СПЕЦИАЛИСТА В АПТЕКЕ И СИСТЕМА НАСТАВНИЧЕСТВА КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ЕЁ РЕШЕНИЯ

*Курганская Алина Олеговна
Руководитель: Фадеева Ирина Александровна
Балашовский филиал ГАПОУ Саратовской области
"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Балашов*

Одним из важнейших условий развития российской экономики в современном обществе является формирование конкурентоспособного кадрового потенциала. Ключевым этапом становления студента как квалифицированного специалиста является время обучения в профессиональных учебных заведениях. Однако, стоит заметить, что всестороннее и гармоничное развитие зависит не только от того, насколько он будет успешен в изучении дисциплин, преподаваемых ему, но также и от того, как сможет войти в новый коллектив, ведь начав работать, может сразу же столкнуться с множеством проблем.

Я, как и каждый будущий молодой специалист, мечтаю об успешной карьере. Но для того, чтобы состояться в профессии и построить успешную карьеру, необходимо, прежде всего, понять какого сотрудника хотят видеть в данной аптеке. Безусловно, любой аптечной сети выгодно принять на работу опытного фармацевта, но, во-первых, хороших специалистов ценят и их просто так не отпускают, во-вторых, они знают себе цену, и будут уходить в другую аптечную организацию только на лучшие условия труда и оплаты, а это себе может позволить не любая организация. Поэтому сегодня многие аптеки, выражают готовность работать с молодыми специалистами, растить собственные кадры.

Профессиональные образовательные организации, каких бы компетентных специалистов они не готовили, зачастую не могут предусмотреть все происходящие изменения, поэтому необходима программа формирования человека, который будет не только грамотным специалистом, но и морально преданным той профессии, которой он посвящает время. Такой программой может стать программа наставничества.

Что же такое наставничество?

Наставничество — это универсальная технология передачи опыта, знаний, формирования навыков, компетенций, метакомпетенций и ценностей через неформальное взаимообогащающее общение, основанное на доверии и партнерстве. [1]

Наставничество является востребованным, а главное проверенным механизмом профессионального становления нового специалиста, методом обучения и вхождения молодых специалистов в корпоративную культуру организации. [1]

Многие аптечные организации в определенный момент времени приходят к пониманию важности наставничества в работе фармацевтов, и это не случайно. Наставничество является одним из элементов системы обучения персонала, позволяющих в равной степени эффективно передавать как профессиональный опыт, так и стандарты корпоративной культуры.

Современная интерпретация понятия наставничества означает сопровождение молодого специалиста наставником-профессионалом, в ликвидации возможных профессиональных пробелов, которые есть у начинающих работников, адаптацию и интеграцию молодого специалиста в коллектив. Итак, наставничество — это эффективный способ интеграции и социализации нового члена коллектива.

Так, как же выглядит портрет идеального наставника?

Чтобы стать идеальным наставником, необходимо обладать рядом положительных качеств. Иметь высокую квалификацию, достаточно хорошо знать работу компании изнутри и одновременно быть носителем корпоративной культуры.

В качестве основных требований к такому сотруднику можно назвать:

- 1) стаж работы в данной организации;
- 2) высокий уровень обслуживания покупателей;
- 3) заслуженное уважение в трудовом коллективе, умение быть частью команды;
- 4) ответственность, развитые коммуникативные навыки;
- 5) способность и желание учить и наставлять.

Какие же функции выполняет наставник?

Наставник, как руководитель профессиональным становлением молодого специалиста, выполняет следующие функции:

- 1) способствует формированию профессиональной компетентности молодого специалиста;
- 2) содействует освоению базовых умений и обретению опыта профессиональной деятельности, необходимого для самостоятельной успешной работы;
- 3) обеспечивает молодому специалисту постоянную конструктивную обратную связь о его деятельности;
- 4) помогает планировать профессиональный рост;
- 5) помогает сохранять корпоративную этику.

Итак, наставник должен быть не просто профессионалом своего дела, но еще и обладает недюжинным педагогическим талантом, а также лидерскими качествами. Он должен обучить всему тому, что умеет сам. Известно, что сегодня на аптечном рынке очень высокая конкуренция. Нередко на одной улице в шаговой доступности располагаются по несколько аптек. В ситуации жесткой конкуренции, аптеке крайне выгодно быть привлекательной для покупателя, а это во многом определяется тем, насколько коммуникабелен, внимателен сотрудник, как он ведет себя с покупателями. Ведь большинство посетителей хотят видеть в аптеке вежливого, доброжелательного фармацевта, который внимательно относится к их вопросам и требованиям. Я думаю, каждый из нас, будет рад видеть в аптеке отзывчивого грамотного специалиста, готового прийти на помощь и оказать консультацию.

Как раз здесь и должен проявить себя наставник. На примере собственного общения с покупателями, он должен научить молодого специалиста вежливому и грамотному общению, выстраиванию отношений с ними, исходя из их интересов и ожиданий.

Любая должность, связанная с постоянным общением с людьми, требует от специалиста умения грамотно выходить из сложных ситуаций. Не исключено, что молодой специалист может столкнуться с конфликтными ситуациями, различными претензиями, ведь в аптеку приходят люди разного возраста, в разном состоянии и настроении. В спорных случаях надо уметь грамотно разрешить конфликт, чтобы не испортить отношения с покупателем, и в то же время не навредить репутации аптеки. Не менее важно и умение мобилизовать себя, особенно в час пик, когда собирается большая очередь. Молодому

специалисту нужно научиться работать быстро в таких ситуациях и уделять внимание каждому покупателю.

Адаптация к новому виду деятельности, безусловно, потребует много сил, терпения и времени, поскольку в первое время нагрузка будет достаточно высокой. Ведь в средних и высших учебных заведениях специалист, как правило, получает больше теоретические знания, чем практические. Практических навыков, важных для работы в аптеке, не всегда хватает. Осваивать их придется в процессе работы. Поэтому на начальном этапе работы в аптеке молодому специалисту и его наставнику придется запастись терпением, вниманием, усидчивостью, постараться быстрее освоить все необходимые профессиональные знания и, главное, научиться применять их на практике.

Известно, что рынок труда в аптечном сегменте недостаточно насыщен, многие аптеки испытывают дефицит квалифицированных кадров. Поэтому аптеки заинтересованы растить кадровый резерв, профессионально развивать своих сотрудников. В крупных аптечных сетях существует система наставничества и система кадрового резерва, что открывает большие возможности для молодых специалистов в плане карьерного роста, получения дальнейшего образования.

Безусловно, работа в аптеке сложная, требует большой самоотдачи, эмоциональных ресурсов, а также большого объема знаний. Но если специалист выбрал работу в аптеке, если у него есть собственная мотивация к развитию, позитивный настрой и грамотный наставник, то все получится!

Список использованных источников:

1. Письмо Министерство Просвещения Российской Федерации от 23.01.2020 г. № МР-42/02 // Консультант Плюс: справочно-правовая система [Официальный сайт]. URL: <http://www.consultant.ru>

АНАЛИЗ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОЙ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ И БАД, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Апанович Анна Геннадьевна

Руководитель: Кудренко Александра Викторовна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный
национальный исследовательский университет", г. Белгород*

Один из наиболее конкурентоспособных сегментов на фармацевтическом рынке - это биологически активные добавки к пище (БАД), появившийся во второй половине прошлого столетия, и позиционирующий себя, как новый класс товаров.

Согласно Федеральному закону «О качестве и безопасности пищевых продуктов» от 02.01.2000 N 29-ФЗ, БАДы (биологически активные добавки) - это «природные (идентичные природным) биологически активные вещества, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевых продуктов» [4, с. 314].

Цель исследования: Проанализировать конкурентоспособность фирм-производителей БАД и ЛРС, используемых для лечения заболеваний верхних дыхательных путей (ВДП).

Задачи исследования:

1. На основе изучения источников литературы и статистических данных сформировать номенклатуру БАД и ЛРС, применяемых при заболеваниях ВДП.

2. Определить рейтинговую позицию фирм - производителей БАД и ЛРС, применяемых при заболеваниях ВДП, и выявить производителя-лидера.

3. Составить микроконтур, наглядно отражающий позиции фирм-производителей БАД и ЛРС, применяемых при заболеваниях ВДП на российском фармрынке.

Объект исследования - сегмент фармацевтического рынка –БАД и ЛРС, применяемые при заболеваниях ВДП.

Предмет – конкурентоспособность фирм производителей БАД и ЛРС, применяемые при заболеваниях ВДП.

В результате анализа информационных источников определено, что всего в России зарегистрировано 8942 единиц БАД в 2022году [3, с. 22]. Из них 1561 единица - БАД, применяемые при заболеваниях дыхательной системы (17,5%) (Рис.1).

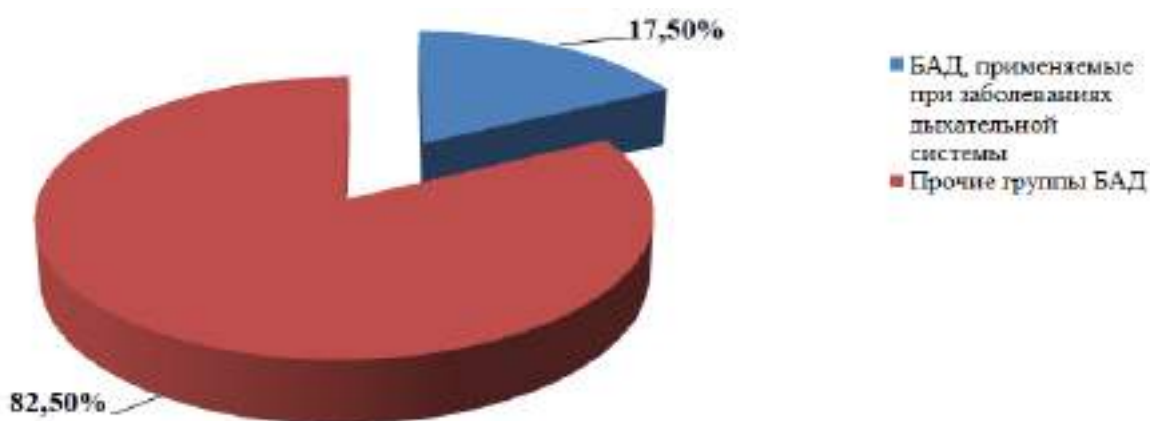


Рис.1. Доля БАД, применяемых при заболеваниях дыхательной системы на Российском фармацевтическом рынке, %

В ходе исследования выявлено, что доля БАД, применяемых при заболеваниях дыхательной системы, российского производства от общего объёма коммерческого рынка по итогам декабря 2022 года составила 51% в натуральном выражении на российском фармацевтическом рынке (Рис.2).

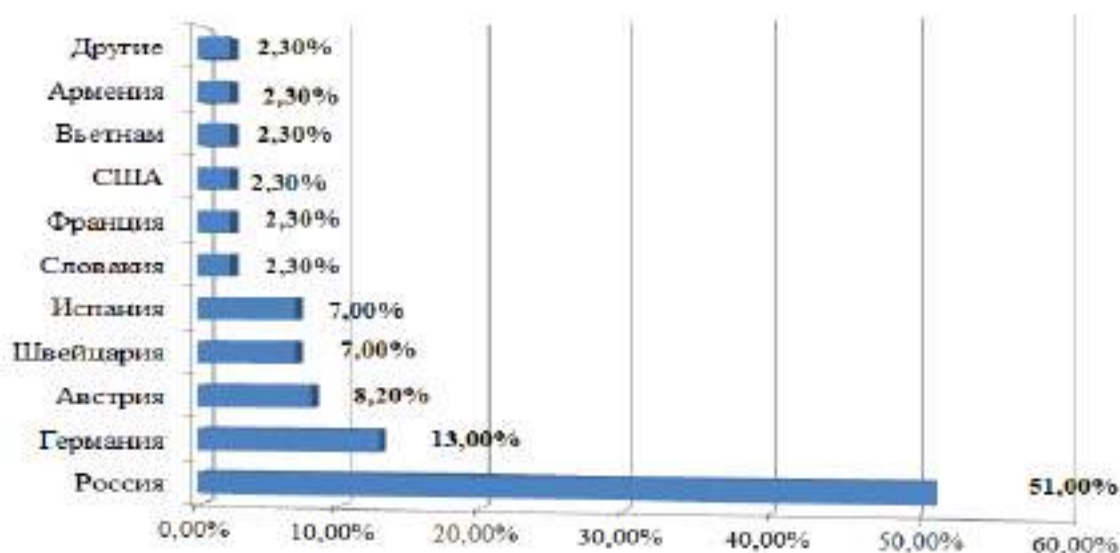


Рис.2. Распределение БАД, применяемых при заболеваниях дыхательной системы, по производителю в натуральном выражении, %

Следующим этапом определено наиболее популярного производителя из числа российских поставщиков БАД и ЛРС, применяемых при заболеваниях ВДП (Рис.3).

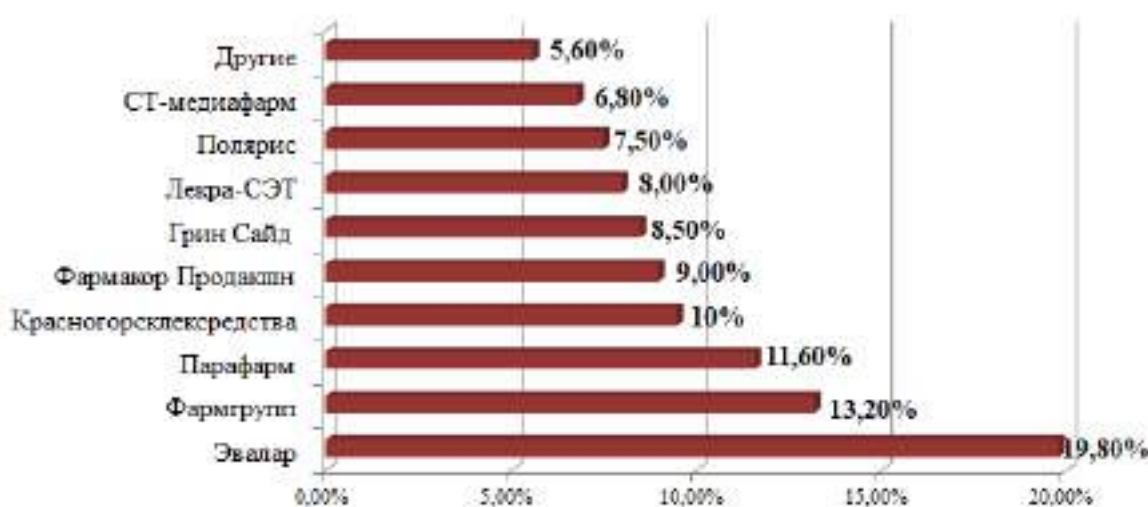


Рис.3. Распределение БАД, применяемых при заболеваниях верхних дыхательных путей, по фирме производителя, %

Установлено, что наибольшим спросом на российском фармацевтическом рынке пользуются БАД фирмы «Эвалар», на ее долю приходится 19,8% [1, с. 34]. Компания производит широкий ассортимент товаров, применяемых при заболеваниях верхних дыхательных путей. Выбор населения сформировался таким образом не так давно. Дело в том, что продукция компании «Эвалар» стала более доступной по цене, по сравнению с БАД иностранных производителей.

Установлено, что большинство БАД, производимых компанией «Эвалар» являются монокомпонентными - 53% [2, с. 18]. Оказалось, что большая доля ассортимента приходится на твердые лекарственные формы - 70,5% (12 элементов). Жидкие лекарственные формы составляют 23,5% (4 элемента), на долю мягких лекарственных форм приходится всего лишь 1 элемент ассортимента.

В результате анализа ассортимента сборов ЛРС, определено, что на их долю приходится 70% среди порошков. Особое место среди ассортимента порошков занимает ЛРС: лекарственные чаи - сборы и травы в фильтр-пакетах, которые благоприятно зарекомендовали себя в исследуемом ассортименте товара.

Следующим этапом проанализировали ценовую позицию компании. Оказалось, что компания «Эвалар» хорошо зарекомендовала себя на российском рынке. Средняя цена товара составляет около 215рублей за единицу, при условии, что самый дорогой товар, из представленного перечня БАД, применяемых при заболеваниях ВДП, составляет 742 рубля - Куркумин Эвалар, а самая низкая - 70 рублей - соль Аквастер, для приготовления раствора для промывания носа.

Анализируя ассортимент БАД «Эвалар», применяемых при заболеваниях ВДП, выяснено, что все препараты отпускаются из аптеки без рецепта врача [3, с. 55].

По результатам анализа ассортимента БАД и ЛРС, применяемых при заболеваниях верхних дыхательных путей на фармацевтическом рынке был составлен микроконтур (рис.4).

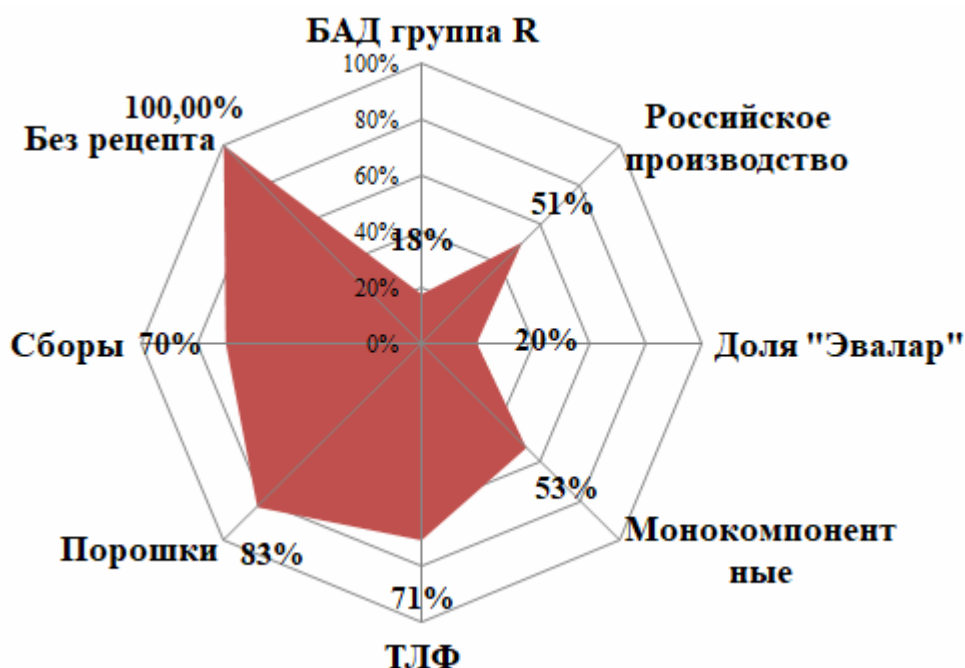


Рис.4. Ассортиментный микроконтур БАД и ЛРС, применяемых при заболеваниях верхних дыхательных путей на фармацевтическом рынке, %

Исходя из полученных данных сделаны выводы:

1. Всего БАД, применяемых при заболеваниях дыхательной системы (группа R по АТХ-классификации) в России зарегистрировано – 17,5%.
2. Доля БАД, применяемых при заболеваниях дыхательной системы, российского производства от общего объема коммерческого рынка по итогам декабря 2022 года составила 51% в натуральном выражении на российском фармацевтическом рынке.
3. Наибольшим спросом на российском фармацевтическом рынке пользуются БАД фирмы «Эвалар», на ее долю приходится 19,8%.
4. Большинство БАД, производимых компанией «Эвалар», применяемых при заболеваниях ВДП, являются монокомпонентными – 53%.
5. Среди 17 БАД большая доля ассортимента приходится на твердые лекарственные формы – 70,5%: таблетки, порошки, ЛРС.
6. На долю порошков приходится 83%: порошки, ЛРС, соль для приготовления солевого раствора.
7. Особое место среди ассортимента порошков занимают лекарственные чаи - сборы и травы в фильтр-пакетах, которые благоприятно зарекомендовали себя в исследуемом ассортименте товаров. В результате анализа ассортимента сборов ЛРС, определили, что на их долю приходится 70%.
8. Все препараты БАД «Эвалар», применяемые при заболеваниях верхних дыхательных путей, отпускаются из аптеки без рецепта врача – 100%.

Список использованных источников:

1. Гарматина Ю. Россияне могут лишиться импортных лекарств рынке [Текст] / Ю. Гарматина // Мед.журнал. - 2022.
2. Догузова В. Продажи БАД в аптеках растут быстрее лекарств [Текст] /В. Догузова // Фармацевтический вестник. 2022. - [Электронный ресурс] - Режим доступа: URL: <https://pharmvestnik.ru/content/news/Prodaji-BAD-v-aptekah-rastut-bystree-lekarstv.html> (дата обращения: 30.11.2022).
3. Нечаева Ю. Любовь к витаминам: российский рынок БАДов вырос на треть [Текст] / Ю. Нечаева // Деловой Петербург. – 2022.
4. Тихонов С.Л., Овсянников Ю.А. Актуальные проблемы пищевой промышленности и

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Балабурченко Ирина Сергеевна

Руководитель: Коваленко Евгения Васильевна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

Опорно-двигательный аппарат (ОДА) – это такая система органов и тканей, помогающая человеку защитить внутренние органы от повреждения, передвигаться, а также сохранить неизменное положение в пространстве. Состоит опорно-двигательный аппарат из связок, сухожилий, а также костей и мышц, связанных между собой с помощью суставов [2, с. 36].

Главной особенностью опорно-двигательного аппарата человека являются вертикальное положение тела во время прямо хождения.

На сегодняшний день заболевания опорно-двигательного аппарата не являются редкостью. Встречаются они довольно часто и носят разнообразный характер. По статистике ВОЗ можно сказать, что заболеваниями опорно-двигательного аппарата страдают 80% населения нашей страны. При этом возрастной порог болезней суставов снижается [3, с. 146].

Исходами многих заболеваний суставов является ухудшение качества жизни, потеря работоспособности, ранняя инвалидность и преждевременная смертность. Значимость проблемы болезней опорно-двигательного аппарата определяется не только медицинскими, но и социально-экономическими позициями (уменьшается продуктивность труда, высокая стоимость лечения, выделение дополнительных средств для обслуживания инвалидов) [1, с. 61].

Для составления социально – демографического портрета потребителя приобретающих лекарственные препараты для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата, была разработана анкета, состоящая из 10 открытых вопросов.

Было проанкетировано 40 человек, которые приобретали в исследуемой аптеке лекарственные препараты для опорно-двигательного аппарата. Это помогло составить социально-демографический портрет потребителя лекарственных препаратов для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата. Основными признаками для описания респондента послужили: пол, возраст, характер занятости, симптоматические ощущения и периодичность болевых ощущений.

Среди опрошенных респондентов лекарственные препараты для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата чаще приобретали женщины –65%, мужчины – составили 35% (Рис. 1).



Рис. 1. Соотношения потребителей ЛП по гендерному признаку, %

По возрастному критерию анализ показал, что среди потребителей преобладают люди от 45 и старше – 65%, люди от 18 до 45 лет – 27,5%, а остальные 7,5% это категория людей от 0 до 18 лет (Рис. 2).

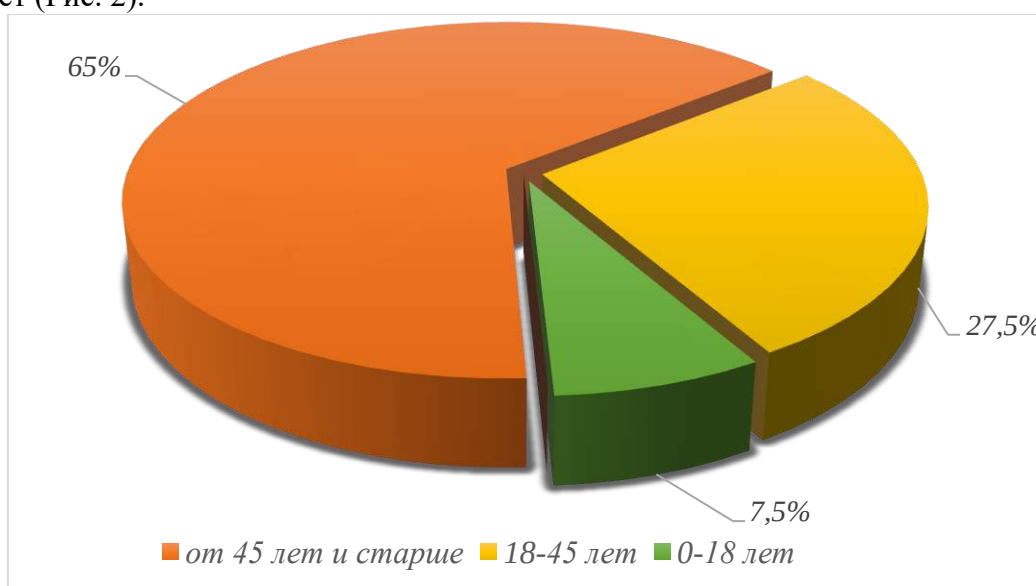


Рис. 2. Соотношения потребителей ЛП по возрастному признаку, %

Если рассматривать по характеру занятости, то большая часть респондентов работающие население – 80%, неработающего населения – 20% (Рис. 3).

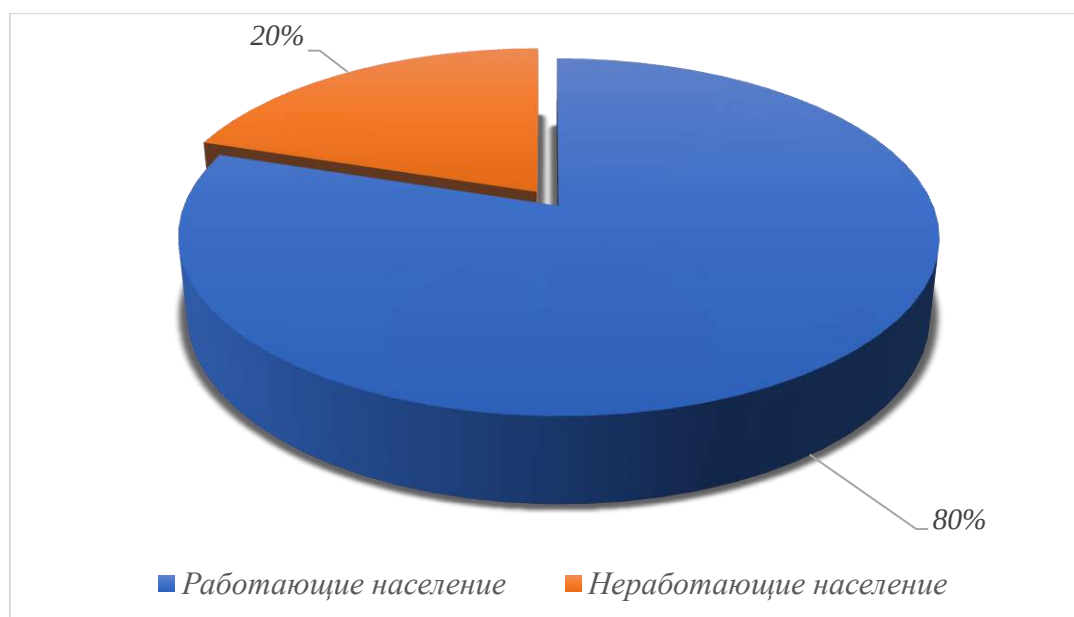


Рис. 3. Соотношения потребителей ЛП по характеру занятости, %

В ходе анкетирования было выявлено, что респондентов в большей степени беспокоит боль – 67,5%, отёчность – 15%, скованность – 12,5%, хруст – 5%. (Рис. 4).

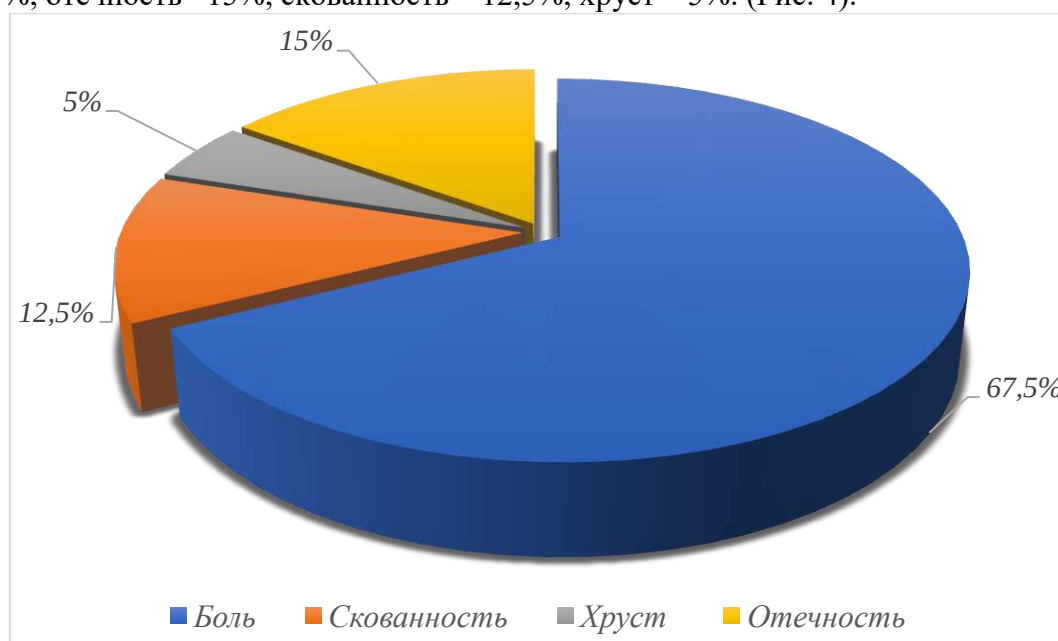


Рис. 4. Соотношения потребителей ЛП по симптоматике, %

По результатам анкетирования выяснили периодичность болевых ощущений. Людей, которые страдают болями ежедневно, насчитывается 35%, людей, испытывающих боли несколько раз в неделю 50% и те, кто ощущают боль несколько раз в месяц 15% (Рис. 5).

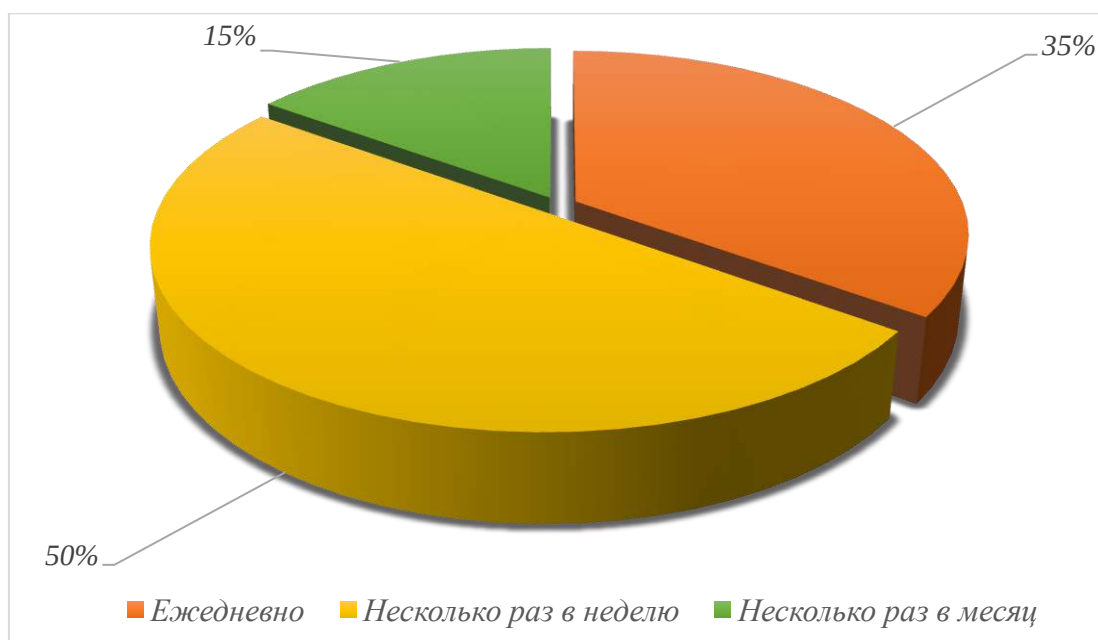


Рис. 5. Соотношения потребителей ЛП по периодичности боли, %

При проведении анкетирования было выявлено, что 50% респондентов приобретают лекарственный препарат для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата по назначению врача, 25% опрошенных руководствуются советом фармацевта, собственному выбору доверяют 15% респондентов и лишь 10% опрошенных людей опираются на совет знакомых, друзей (Рис. 6).

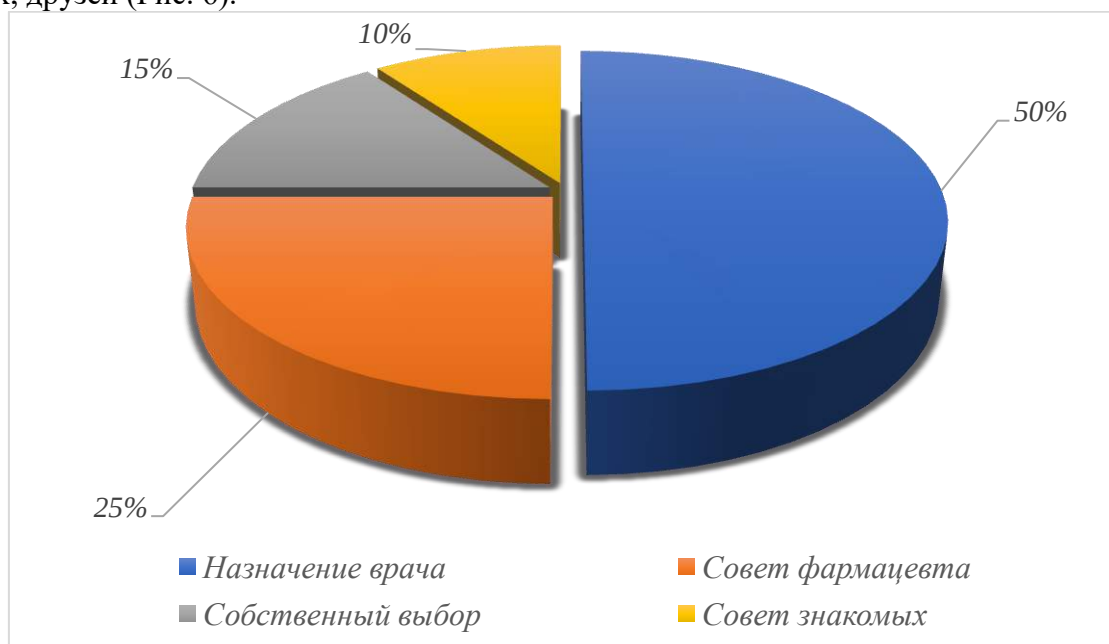


Рис. 6. Соотношения потребителей ЛП по выбору препарата, %

В результате проведения социального опроса, было выявлено, что за лекарственными препаратами для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата чаще всего обращаются работающие женщины старше 45 лет с болевыми ощущениями, которые возникают несколько раз в неделю, приобретая препарат по назначению врача.

Список использованных источников:

1. Гайворонский, И. В. *Анатомия и физиология человека. Иллюстрированный учебник* / под ред. И. В. Гайворонского. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 672 с.
2. Сапин, М. Р. *Анатомия человека: в 2 томах. Т. I. Учебник* / М. Р. Сапин, Д. Б. Никитюк, В. Н. Николенко, С. В. Клочкова; под ред. М. Р. Сапина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 528 с.
3. Солодков, А. С. *Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная. Учебник* / А. С. Солодков, Е. Б. Сологуб. - 10-е издание. - Москва: Спорт, 2022. - 624 с.

АНАЛИЗ ПРЕДПОЧТЕНИЙ ДЕТСКИХ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНЫХ КОМПЛЕКСОВ

Беликова Дарья Сергеевна

Руководитель: Коваленко Евгения Васильевна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

Витамины и минералы необходимы для правильного функционирования всех систем организма человека. Когда говорят о каких-то сбоях в работе иммунной или нервной системы, а также частой заболеваемости, в первую очередь подозревают их недостаток. Особенно важно достаточное количество витаминов и минералов для детского организма. Они крайне необходимы детям в период роста, умственного и физического развития [2, с. 56].

В детском возрасте имеет большое значение полноценное сбалансированное питание, так как именно пища является основным источником полезных веществ. Но часто питания не достаточно для получения организмом этих веществ в нужном количестве, тогда люди прибегают к использованию химически синтезированных витаминов и минералов. В аптеках можно найти и монопрепараты с отдельными витаминами или минералами, и поливитамины. Но наибольшего внимания заслуживают витаминно-минеральные комплексы, которые содержат все эти вещества «в одном флаконе». Они способны покрыть потребность в самых важных элементах и предотвратить поливитаминовый дефицит [1, с. 37].

Для проведения анализа предпочтений детских витаминно-минеральных комплексов была создана анкета, которая состояла из 12 качественных вопросов (открытых и закрытых). Отбор респондентов производился в аптеке. Участие в опросе приняло 30 женщин, которые обратились в аптеку за детскими витаминами.

Среди опрашиваемых женщин 50% имеют 1 ребёнка до 18 лет, 40% - 2 детей, 10% - 3 и более ребёнка (Рис. 1).

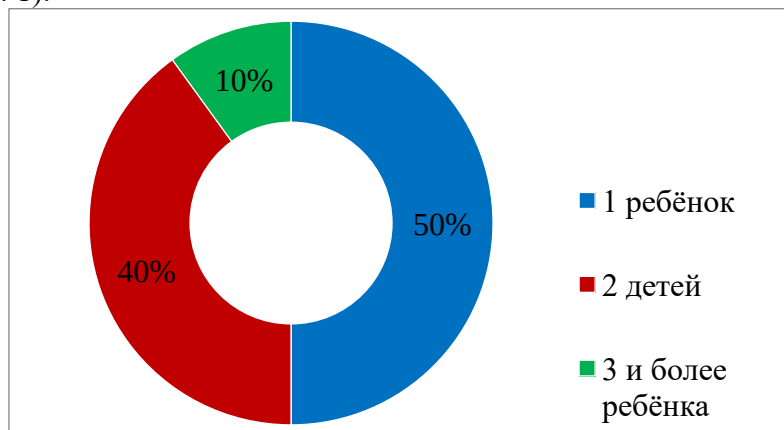


Рис. 1. Количество детей до 18 лет у респондентов, %

Важное значение имел возраст детей. Таким образом, 73% респондентов имели детей до 7 лет, 27% старше 7 лет.

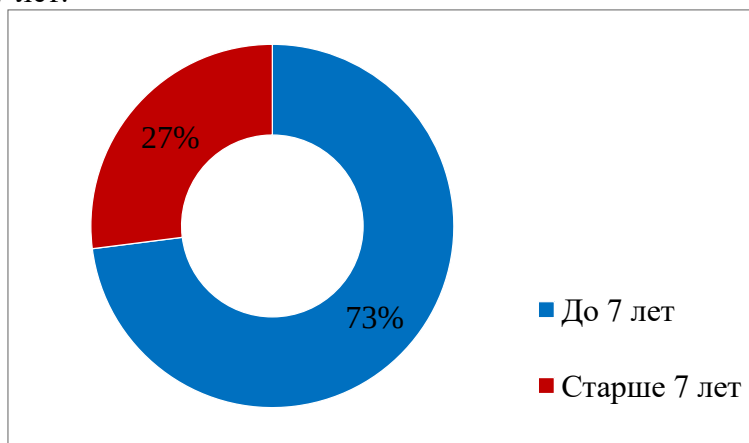


Рис. 2. Возраст детей респондентов, %

Далее, выяснили что 60% детей респондентов посещают детский сад, 27% ходят в школу и 13% ничего не посещают (Рис. 3).

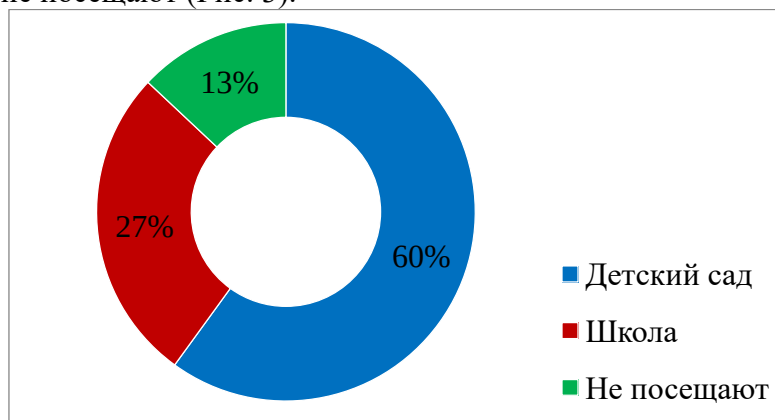


Рис. 3. Посещение образовательных учреждений детьми, %

В ходе анкетирования было установлено, что 57% дают своим детям витамины сезонно – в осенне-весенний период, 30% - в период заболевания или выздоровления, 10% в произвольном порядке по личному усмотрению и 3% круглогодично (Рис. 4).

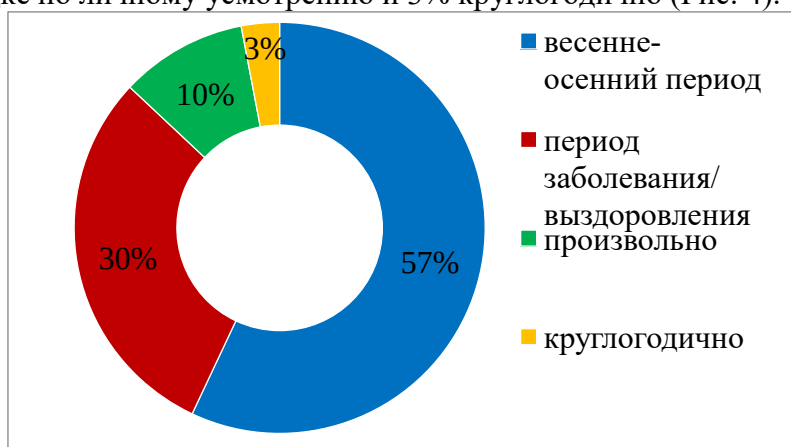


Рис. 4. Период приобретения витаминов для детей, %

В аптеках представлен огромный выбор витаминных препаратов с различным составом. При опросе респондентов было выяснено, что 13% приобретают индивидуальные витамины в виде монокомпонентных препаратов, 10% - покупают поливитамины и 77% - витаминно-минеральные комплексы (Рис. 5). Родители считают, что удобнее приобрести

витамины и минералы в одном препарате, так как так легче бороться с авитаминозом у ребёнка.

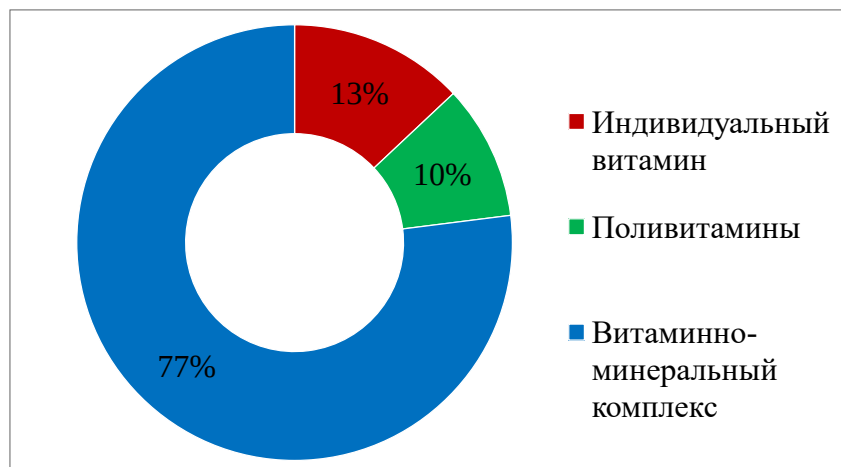


Рис. 5. Предпочтения по составу, %

Так как витаминные препараты отпускаются без рецепта, респондентам был задан вопрос по принципу выбора препарата. 17% опрошенных покупают витамины по рекомендации врача, 20% выбирают сами, 63% прибегают к помощи фармацевта (Рис. 6).

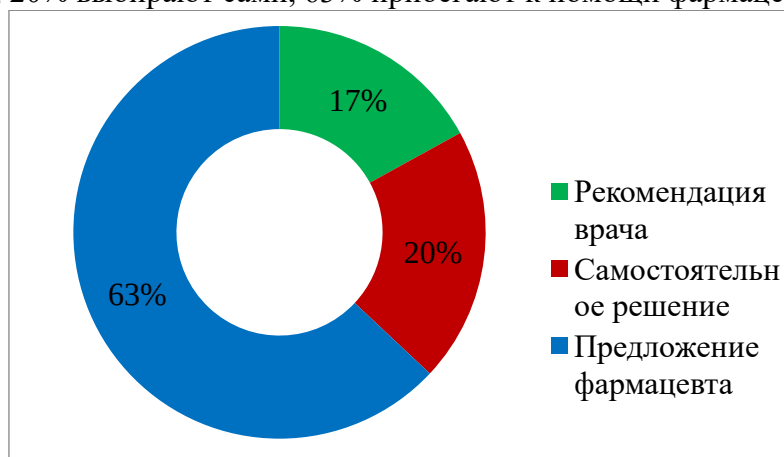


Рис. 6. Принцип выбора витаминного препарата, %

Витаминные препараты выпускаются в разных странах, 33% респондентов предпочитают зарубежные препараты, а 67% - отечественные (Рис. 7). Скорее всего, это связано с тем, что российским витаминам мамы доверяют больше, и они имеют более низкую стоимость, чем импортные.

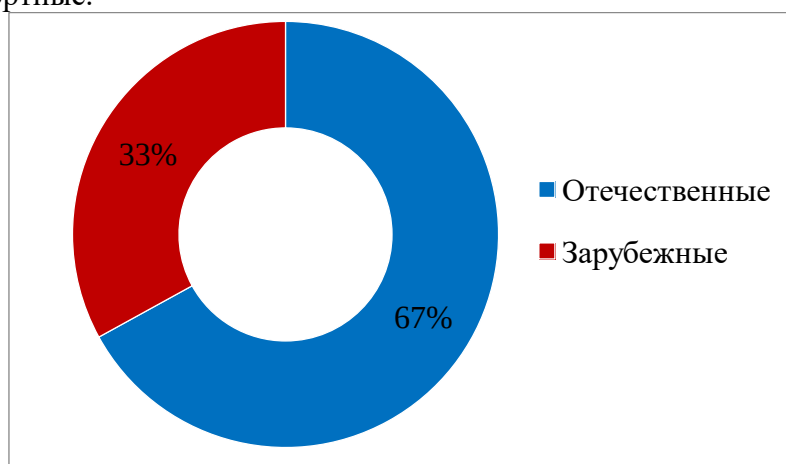


Рис. 7. Предпочтения по производителю, %

На выбор витаминов родителями влияют различные критерии. 13% большее уделяют бренду, 17% отдают предпочтение лекарственной форме витаминов, у 30 % в приоритете цена и 40% считают главным критерием выбора состав препарата (Рис. 8).

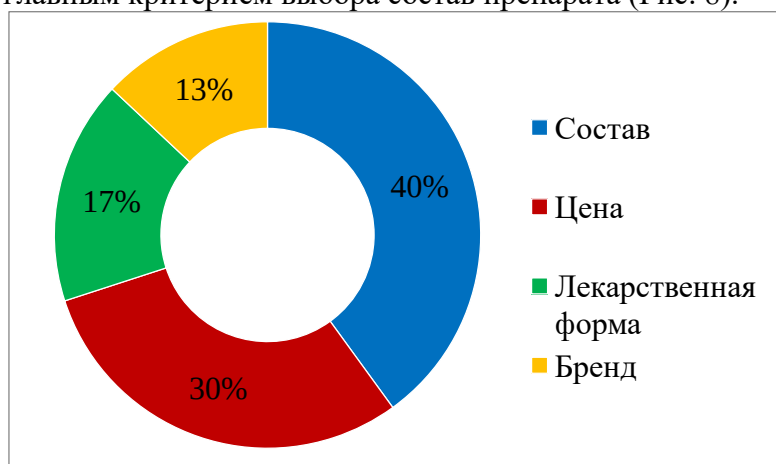


Рис. 8. Критерии выбора витаминов, %

Для удобства приёма детских витаминов существует большое разнообразие лекарственных форм: 54% - покупают жевательные пастилки, 33% - жевательные таблетки, 10% - сиропы и 3% - таблетки или капсулы (Рис. 9).

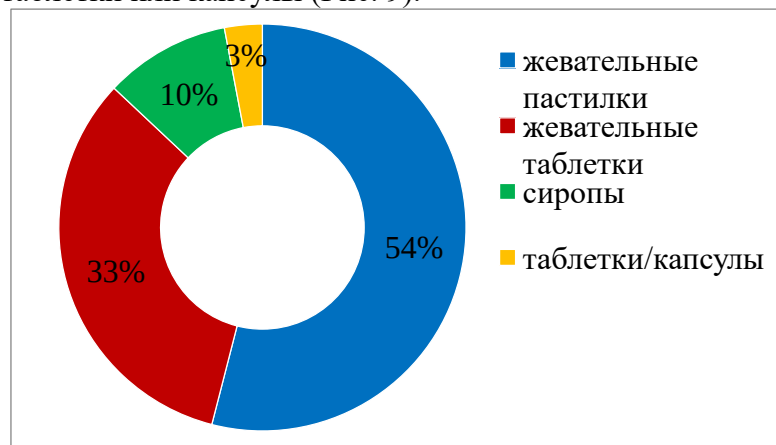


Рис. 9. Предпочтения лекарственной формы, %

В большинство витаминов для коррекции вкуса добавляются вкусовые добавки, 90% к ним относятся положительно, а 10% отрицательно, так как они могут вызывать аллергию (Рис. 10).

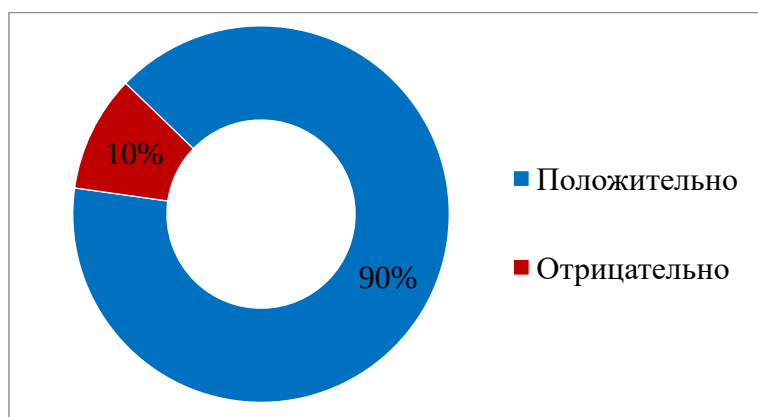


Рис. 10. Отношение к вкусовым добавкам, %

В ходе исследования выявлено, что 7% приобретают витамины в ценовой категории до 200 рублей, 60% в диапазоне от 200 до 500 рублей и 33% покупают витамины от 500 до 1000 рублей (Рис. 11.)

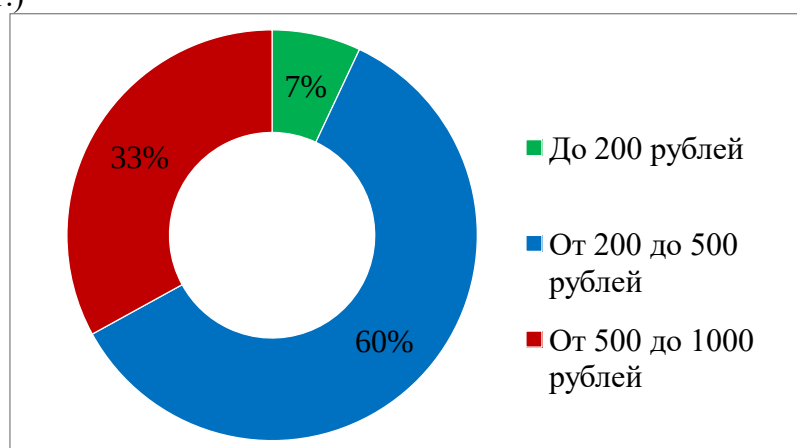


Рис. 11. Предпочтение по цене, %

Список использованных источников:

1. Ершов, Ю. А. Биохимия человека: учебник для вузов / Ю. А. Ершов. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2022. — 466 с.;
2. Короткова, Н. В. Витамины: учебное пособие для самостоятельной подготовки обучающихся по специальности Медико-профилактическое дело / Н. В. Короткова, Ю. В. Абаленихина, И. В. Матвеева, Е. А. Судакова. - Рязань: ООП УИГТиОП, 2020. - 95 с.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДИАРЕЕЙ

Брусенская Дарья Александровна

Руководитель: Коваленко Евгения Васильевна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

С самого начала существования человечества древние люди страдали диареей. Это было связано с тем, что вода была недостаточно чистой, продукты не подвергались обработке, и пища долго не хранилась. С развитием цивилизации человечество улучшало санитарные условия и решало проблемы грязных источников вод [2, с. 127].

На сегодняшний день диарея является актуальной проблемой населения во всём мире. Ежегодно в мире диареей страдают 1,7 млрд людей. Этот показатель снизился по сравнению с 2000 годом. Она является причиной 25% всех госпитализаций.

Чаще всего диареей страдают дети до 5 лет - 68%, в основном болеют дети до 1 года. С возрастом эти показатели уменьшаются. С 5 до 18 лет диарея случается у 17% детей, У взрослых расстройства с 18 до 65 лет реже - 6%, правда у лиц пенсионного возраста она встречается в 9%. Диарея в пожилом возрасте чаще всего вызывается не отравлениями и кишечными инфекциями, а нарушением ферментативной активности (Рис. 1).

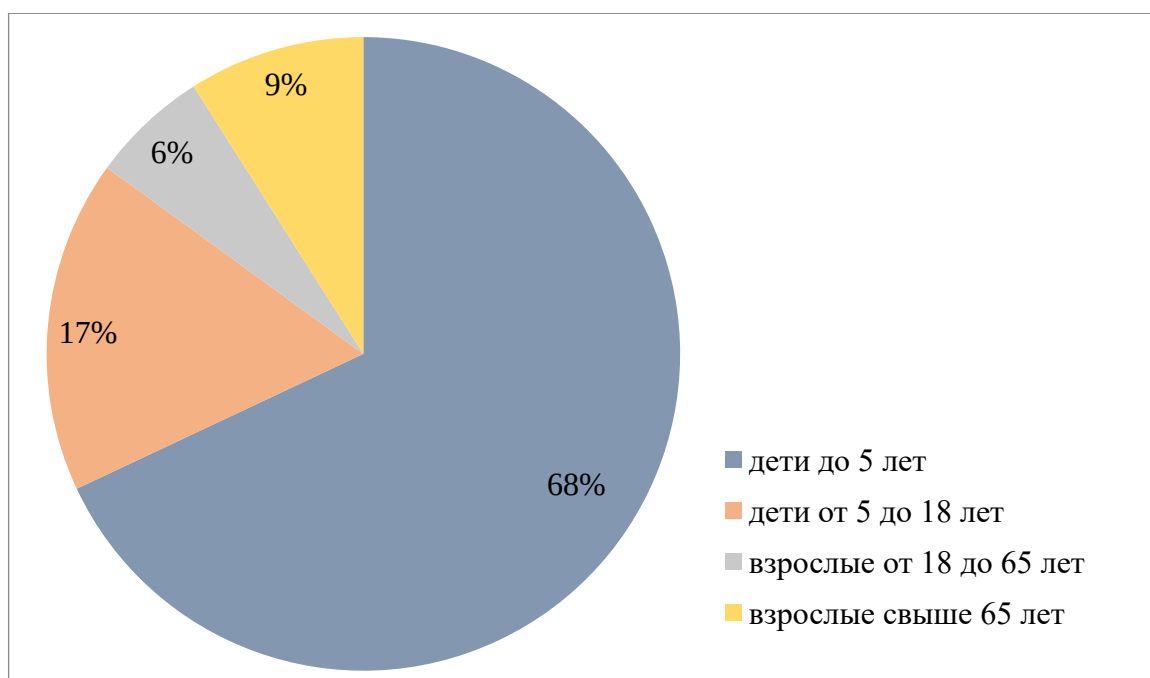


Рис. 1. Возрастная структура заболеваемости диареей, %

В нередких случаях диарея может быть причиной смертности людей в мире. В 2021 году она заняла 5 место по смертности людей во всём мире (Рис. 2).

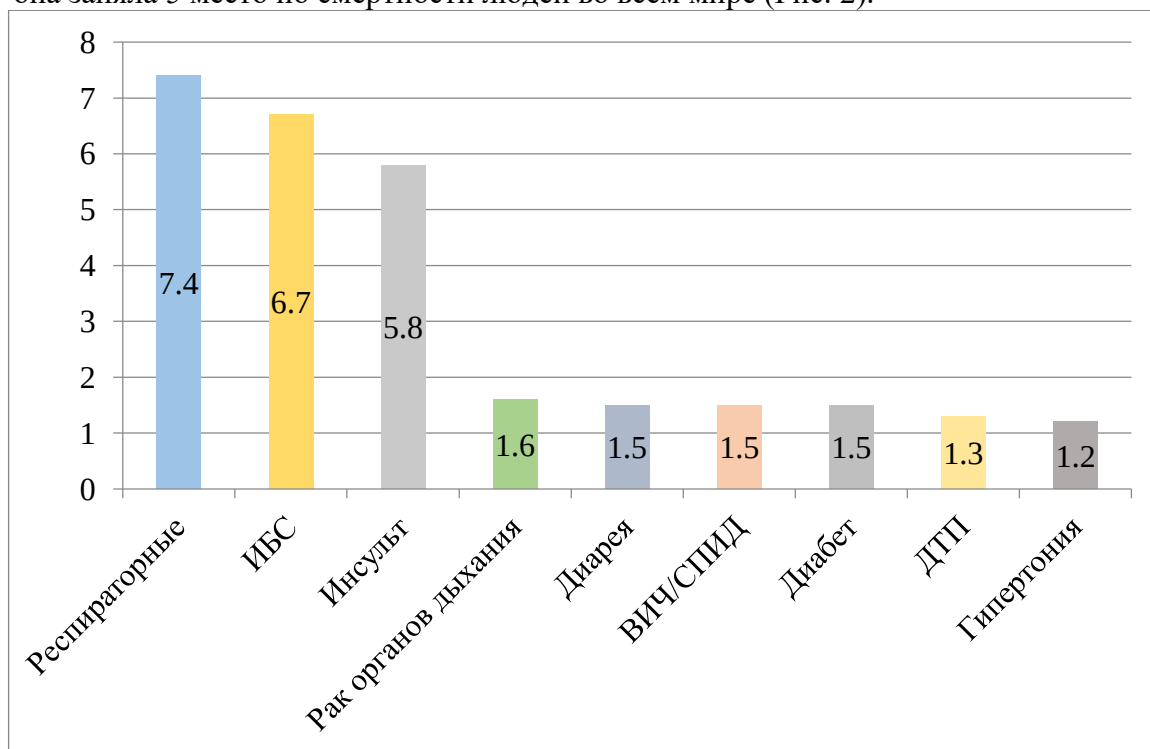


Рис. 2. Этиологическая структура смертности в мире у взрослых за 2021 год, млн человек

Диарея возникает в большинстве случаев в результате потребления загрязнённых пищевых продуктов и воды. Во всём мире около 780 млн человек не имеет доступа к хорошей воде и 2,5 млрд человек не имеет доступа к основным средствам санитарии. Такое население преобладает в развивающихся странах. Там чаще всего диарея вызывается кишечными инфекциями [3, с. 75].

По статистике ВОЗ диарея является второй по частоте причиной смерти детей. Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что в развивающихся

странах на одного ребёнка приходится более 3х случаев острой диареи в год. Каждый раз дети лишаются питания, необходимого для их развития. В результате диарея становится одной из основных причин недостаточности питания. За 2021 летальность от диареи всех детей до 5 лет составляет 1,8 млн человек (Рис. 3).

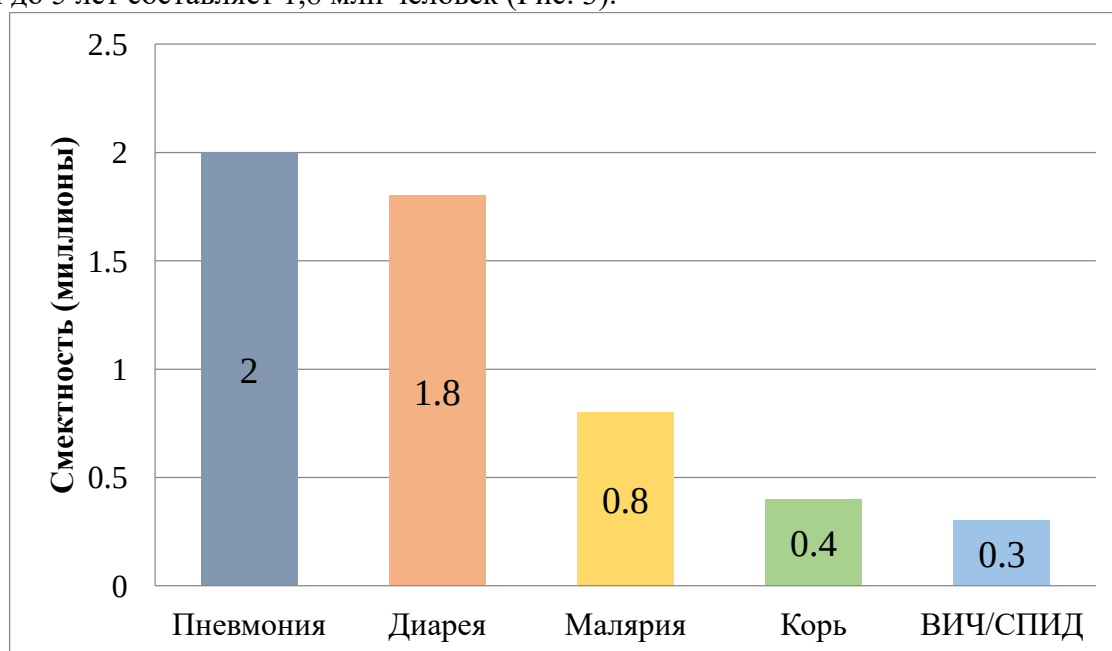


Рис. 3. Причины смертности детей в мире, млн человек

В России в 2021 было зарегистрировано 816 тысяч случаев заболеваний с диарейным синдромом, из них 305 случаев привели к смерти.

Наиболее распространёнными причинами диареи являются инфекции, вызванные бактериями и вирусами (Рис. 4). Чаще всего возникновение диареи вызывают ротавирус и *Escherichia coli*.

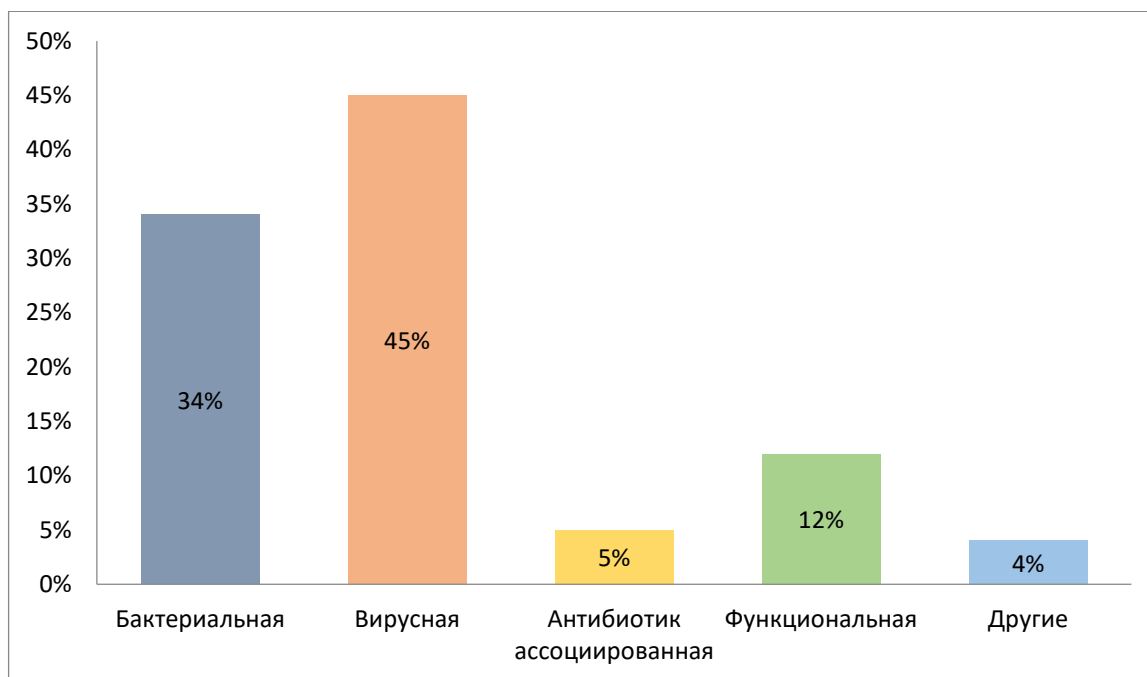


Рис. 4. Этиологическая структура диареи, %

Процесс усугубляется тем, что бактериальные и вирусные инфекции могут передаваться контактно бытовым путём и возникать у больного повторно в детских

организованных коллективах (детский сад, школа) и бытовых очагах. На эпидемиологический процесс влияют множество факторов, которые требуют внимания.

1. Высокая плотность и социальная активность населения.
2. Интенсивная миграция населения.
3. Развитая сеть торговли, связанная с завозом продуктов из других стран и трудом мигрантом с недостаточной гигиенической подготовкой
4. Изношенность трубопровода и канализационных труб.
5. Неконтролируемое применение антибиотиков и дезинфицирующих средств [1].

Список использованных источников:

1. Диарея [Электронный ресурс]: Википедия. Свободная энциклопедия. – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Диарея>;
2. Сундуков, А. В. Взгляд инфекциониста: инфекции, здоровье и жизнь / А. В. Сундуков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 112 с.;
3. Элланский, Ю.Г. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю.Г. Элланский и др. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 624 с.

СОЗДАНИЕ АЛГОРИТМА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Гавриленкова Надежда Геннадьевна

Руководитель: Луханина Елена Михайловна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

Актуальность исследования. «Гемолитическую болезнь новорожденных (ГБН) в России диагностируют приблизительно у 0,6% всех новорожденных с иммунологическим конфликтом из-за несовместимости крови плода и крови матери по эритроцитарным антигенам. Серьезным осложнением ГБН является ядерная желтуха, приводящая к ранней инвалидизации и снижению качества жизни детей» [1]. «Среди перинатальной смертности гемолитическая болезнь новорождённых занимает 5 место» [2]. «Болезнь развивается у одного ребёнка из 20-25 детей, рождённых от женщин с резус-отрицательной кровью» [3].

«Несовместимость крови матери и плода по системе Резус является наиболее частой причиной тяжелых форм заболевания у плода и новорожденного. При резус-несовместимости у матери кровь – резус-отрицательная, а плода – резус-положительная. Обнаружение у женщин с резус-отрицательной кровью антирезусантител указывает на сенсибилизацию к антигенам системы резус. Изоиммунизация может также развиваться и в результате несовместимости крови матери и плода по другим системам эритроцитарных антигенов, например системе АВ0, когда у матери 0(I) группа крови, а у плода – любая другая» [4].

Цель исследования: разработать алгоритм проведения и интерпретации современных лабораторных тестов для диагностики гемолитической болезни новорождённых.

Практическая значимость работы. Применяя алгоритм лабораторной диагностики гемолитической болезни новорождённых, изменить структуру заболеваемости гемолитической болезнью за счет уменьшения частоты развития тяжелой (отечной) формы, снизить частоту преждевременных родов (до 36 недель), уменьшить количество маловесных детей (менее 2000 г), уменьшить частоту и кратность применения операции заменного переливания крови у новорожденных с ГБ.

Исследования проводились на базе Перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» в клинко-диагностической лаборатории. Биохимические анализы были выполнены на автоматическом биохимическом

анализаторе DIRUI CS-300B, который автоматически выполняет взятие образца и реагента, перемешивание в реакционной жидкости, измерение, промывка, вычисление и вывод результата на экран или на печать. Анализатор выполняет исследование более 100 клинико-биохимических тестов.

Были статистически обработаны данные 32 поступивших больных с признаками желтухи: 22 новорожденных мальчиков и 10 новорожденных девочек. У всех обследованных новорожденных был повышен билирубин, и кожа имела различные оттенки желтого.

У всех новорожденных были определены группа крови и резус-фактор. У 18 новорожденных была выявлена резус-несовместимость с матерью (Рис. 1).

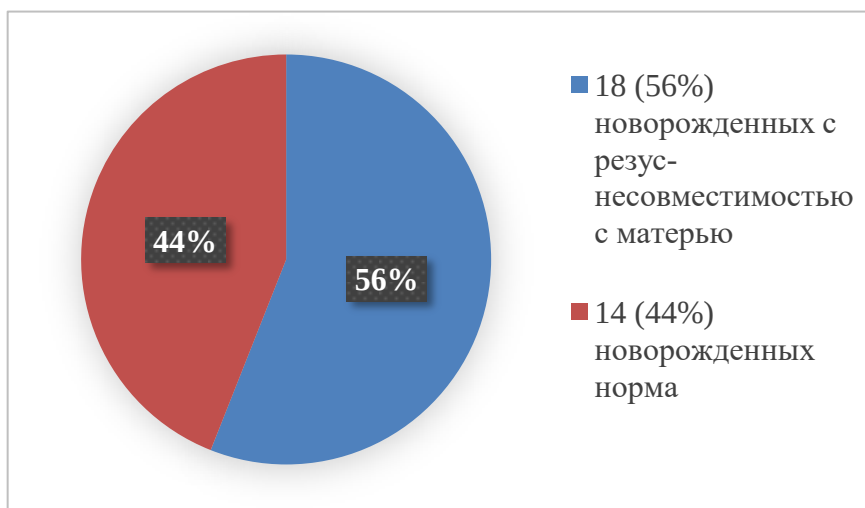


Рис. 1. Результаты определения группы крови и резус-фактора

Все 18 новорожденных были рождены повторнородящими женщинами, у которых в предыдущих беременностях также была резус-несовместимость матери и плода.

План дальнейшего лабораторного обследования ребенка включал регулярные определения:

- непрямого билирубина (не реже 2-3 раз в сутки до момента начала снижения уровня непрямого билирубина в крови),
- альбумина крови;
- сывороточного гемоглобина (в первые сутки и далее по показаниям),
- активности трансаминаз (хотя бы однократно) и другие исследования в зависимости от особенностей клинической картины.

У 19 поступивших пациентов (60%) было выявлено повышение билирубина до 200 мкм/л и выше, что является критическим для новорожденных – риск развития ГБН. У 17 новорожденных (53%) отмечено прогрессирующее повышение уровня непрямого билирубина (Рис. 2).

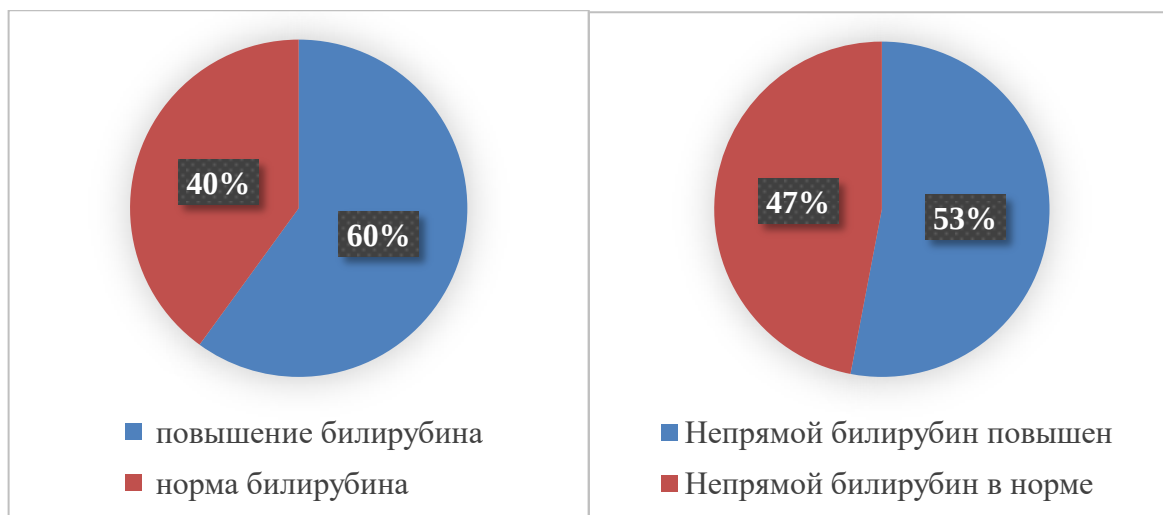


Рис. 2. Показатели уровня общего билирубина и его фракции

Повышение уровня общего билирубина в крови может указывать на патологию печени и желчевыводящих путей. В то время, как повышение уровня непрямого билирубина указывает на наличие внутрисосудистого гемолиза.

У 17 новорожденных (28%) было увеличено количество сывороточного гемоглобина в крови, что подтверждает наличие внутрисосудистого гемолиза эритроцитов (Рис. 3).

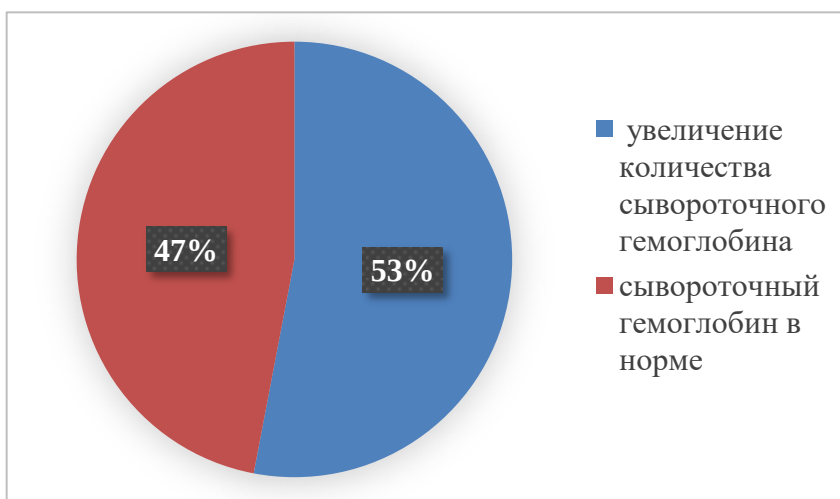


Рис. 3. Показатели количества сывороточного гемоглобина в крови

У 18 пациентов (56% больных) отмечалось снижение уровня альбумина, что свидетельствует о снижении синтетической функции печени. По результатам биохимического исследования у 23 обследованных новорожденных (72%) было выявлено повышение активности ферментов АЛТ и АСТ, что свидетельствует о значительном поражении паренхимы печени (Рис. 4).

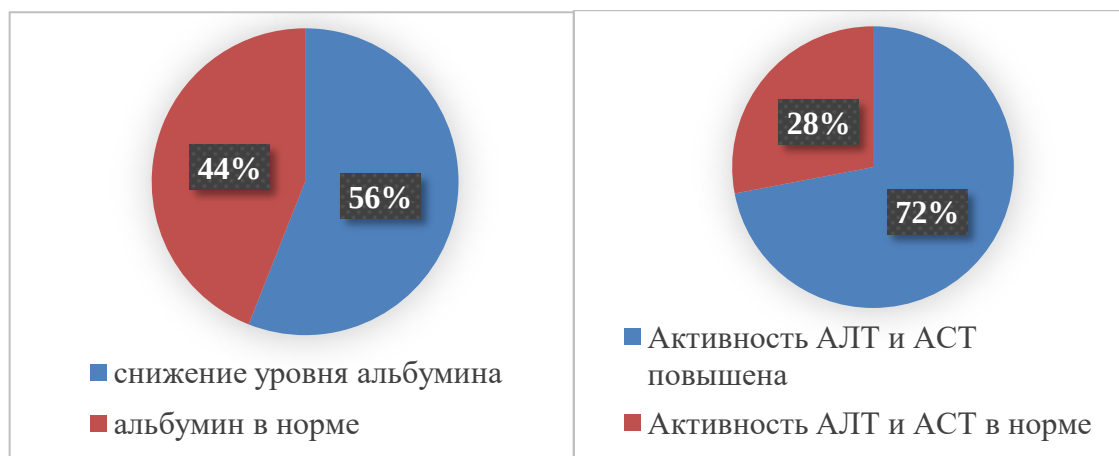


Рис. 4. Биохимические показатели функций печени

Таким образом, данные лабораторного обследования (резус-несовместимость матери и новорожденного, высокие цифры билирубина общего и непрямого, снижение уровня альбумина, повышение активности трансаминаз, повышение уровня сывороточного гемоглобина) были учтены при выставлении диагноза и степени тяжести ГБН.

На основании полученных данных сделаны следующие выводы:

1. Наиболее информативными оказались лабораторные исследования крови, такие как: определение группы крови и резус-фактора, определение уровня общего билирубина и его фракции, сывороточного гемоглобина, альбумина крови, активности трансаминаз (АЛТ и АСТ).

2. Анализ данных лабораторных исследования крови у новорожденных позволил разработать алгоритм обследования новорожденных с желтухой:

- 1) Определение группы крови и резус-фактора (для выявления резус-конфликта матери и ребенка);
- 2) Определение общего билирубина и его фракций (для определения гемолитической формы желтухи);
- 3) Определение уровня сывороточного гемоглобина (для подтверждения внутрисосудистого гемолиза);
- 4) Определение уровня альбумина крови (для оценки синтетической функции печени);
- 5) Определение активности трансаминаз (для оценки степени повреждения паренхимы печени).

Таким образом, лабораторные исследования являются клинически значимыми в диагностике ГБН и для оценки синтетической функции печени новорожденных.

Список использованных источников:

1. Гемолитическая болезнь плода. – Текст : электронный // Медицинская компания ИНВИТРО : [сайт]. – URL: <https://www.invitro.ru/moscow/library/bolezni/34669/> (дата обращения: 05.02.2023).
2. Володина, Н. Н. Клинические рекомендации. Неонатология / под ред. Володина Н. Н. , Дегтярева Д. Н. , Крючко Д. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-4946-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449462.html> (дата обращения: 05.02.2023). - Режим доступа : по подписке.
3. Белорусский государственный медицинский университет гемолитическая болезнь новорожденных (лекция). – Текст : электронный // Refdb.ru : [сайт]. – URL: <https://refdb.ru/look/1092154.html> (дата обращения: 05.02.2023).
4. Айламазян, Э. К. Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Э. К. Айламазяна, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-6104-4. - Текст : электронный // ЭБС «Консультант

СЕСТРИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТЕРАПИИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Глушкова Алиса Викторовна

Руководитель: Шенцева Ирина Николаевна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

Как мы знаем, иммунная система должна защищать нас от воздействия чужеродных патогенов, вирусов, бактерий, но случаются такие моменты, когда иммунная система, становится как армия, в которой может произойти «гражданская война», в данной ситуации могут задеваться собственные клетки.

По определению, аутоиммунные заболевания, это патологии, при которых нарушается работа иммунитета в целом или отдельных его компонентов. Изучив источники литературы, убеждаемся в том, что ученые до сих пор не могут понять причину, побуждающую иммунную систему атаковать собственные клетки организма.

Аутоиммунными заболеваниями (АИЗ) называют патологические процессы, основой которых служит самоподдерживающийся иммунный ответ на собственные антигены организма, что приводит к повреждению клеток, экспрессирующих эти аутоантигены.

По механизму аутоиммунизации все болезни делят на три типа:

1. Органоспецифичные аутоиммунные болезни, возникают из – за нарушения физиологических «фильтров», которые отделяют тканевую жидкость от крови. По этой причине развивается нежелательная излишняя реакция иммунитета, которая затем приводит к развитию самых разных болезней: рассеянный склероз, асперматогения, полневрит, аутоиммунный тиреодит.

2. Органонеспецифичные аутоиммунные заболевания, это патология развивается из- за нарушения в системе иммунобиологического надзора, то есть, иммунитет «ополчается» против антигенов органов и тканей, что приводит к развитию изменений характерных для гиперчувствительности. Данная группа состоит: системная красная волчанка, дерматомиозит, системной склеродермии, ревматоидного артрита и других заболеваний.

3. Болезни иммунитета промежуточного типа, к ним относятся: тиреотоксикоз, синдром Гудпасчера, сахарный диабет I типа, миастения гравис, синдром Шегрена и другие. Синдром Шегрена поражает соединительную ткань, вовлекая в атипичный процесс экзокринные железы: слюнные, слезные.

Клинические и экспериментальные данные свидетельствуют о том, что в основе развития аутоиммунных заболеваний лежат те же механизмы, которые иммунная система использует в защите организма от экзогенной инфекции – антитела, цитотоксические Т-лимфоциты.

Органонеспецифичное аутоиммунное заболевание – ревматоидный артрит имеет сложный аутоиммунный патогенез и вызывает прогрессирование инвалидности, может давать осложнения, не совместимые с жизнью.

Ревматоидный артрит распространен по всему миру и поражает не только пожилых, но и лиц молодого возраста, а также детей. По статистике, каждый год данный диагноз ставят от 5 до 50 пациентам на сто тысяч населения.

Причины заболевания могут быть разные, которые изначально нельзя связать с работой суставов. К таким причинам можно отнести различные инфекции, эмоциональное потрясение, гормональную перестройку организма, тяжелую физическую работу.

Заболевание может развиваться годами, хотя есть случаи и острого прогрессирования. Одним из главных симптомов является припухлость суставов, спонтанная боль, усиливающаяся при активных движениях, с которыми многие пациенты обращаются за помощью к врачу. Диагностируют заболевание лабораторными и инструментальными методами исследования, сдают общий и биохимический анализ крови, назначают УЗИ, МРТ и рентген суставов, может производиться диагностическая пункция суставов.

Лечение заболевания носит курсовой, длительный характер, требующее от пациента большого терпения и сил.

С 2013 года четко выделяются группы препаратов, используемые для лечения ревматоидного артрита: синтетические БПВП (базисные противовоспалительные препараты), к ним относятся: «Метотрексат», «Сульфасалазин», «Лефлуномид», «Плаквенил» и генно-инженерные биологические препараты ГИБП.

Немедикаментозное лечение также возможно при данном заболевании, оно помогает восстановить нарушенные или утраченные функции суставов, адаптировать пациента к хроническому заболеванию, это ЛФК, физио- и бальнеотерапия. Цель назначения данных процедур сводится к уменьшению или устранению симптомов артрита и внесуставных проявлений, контролю активности воспаления, предотвращению прогрессирования разрушения костей и суставов, сохранению и существенному улучшению качества жизни пациента, увеличению продолжительности жизни до среднего уровня.

Но самым первым и важным по статистике препаратом является «Метотрексат», так как он более эффективен у большинства пациентов и хорошо переносится. В течение всего периода терапии цитостатиками необходимо, с помощью лабораторных методов исследования, контролировать показатели общего анализа крови, биохимических анализов и мочи у пациента. Если же пациент легко переносит цитостатическую терапию, можно ждать улучшения самочувствия уже через 2-4 недели после начала лечения. Основная цель – добиться снижения воспалительной активности или ремиссии. Так же пациента нужно информировать о возможных побочных эффектах выбранного препарата.

Главная роль в уходе за пациентами отводится медицинской сестре, поэтому задача среднего медицинского персонала состоит в постоянном совершенствовании своих знаний в вопросах преаналитической подготовки, лечения и реабилитации пациентов с ревматоидным артритом.

Нами была разработана анкета, в которой мы изучили аспекты деятельности медицинской сестры при аутоиммунном заболевании.

Первым вопросом нашей анкеты мы определили возраст респондентов и выяснили, что медицинские работники по возрастной категории распределились следующим образом: от 18 до 25 лет – 8%, от 26 до 40 лет – 16%, от 41 до 55 лет – 28% и старше 55 лет – 48% сотрудников (Рис. 1).

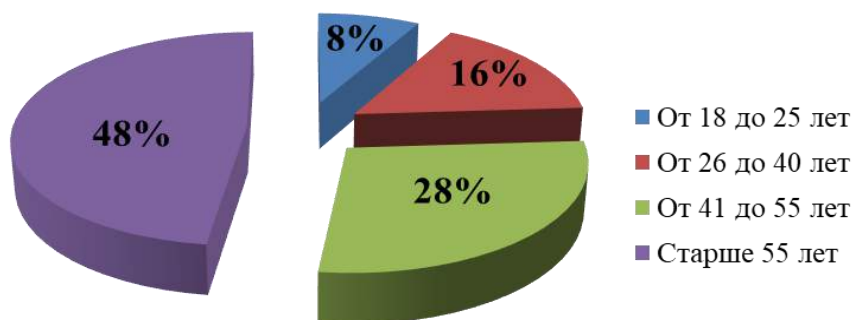


Рис. 1. Возраст респондентов

Проанализировав данные диаграммы, мы можем сделать вывод, что с пациентами работают опытные медицинские сестры, разной возрастной категории, которые могут в

любой момент оказать своевременную помощь пациентам в вопросах, касающихся их здоровья и самочувствия.

Выяснили у респондентов, кто более подвержен заболеванию и проанализировали ответы, пришли к выводу, что обращались за лечением 44% мужчин и 56% женщин (Рис. 2).

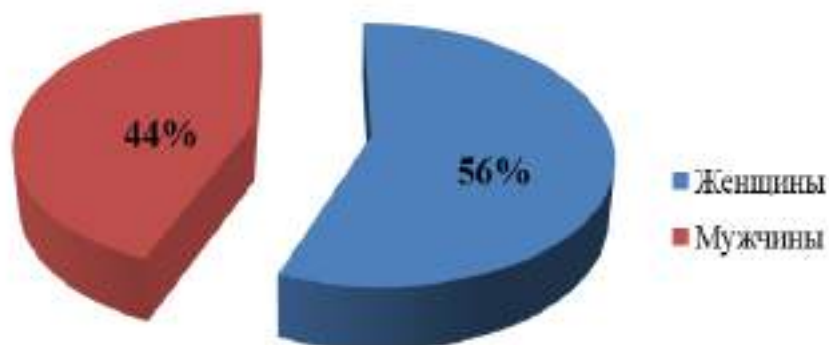


Рис. 2. Пол пациентов с ревматоидным артритом

Важную роль в оказании помощи пациентам с ревматоидным артритом являются не только опыт работы, но и знания. Выяснили у персонала, что имеют категории 63% сотрудников и 37% на момент опроса не имеют, но находятся в процессе получения (Рис. 3).

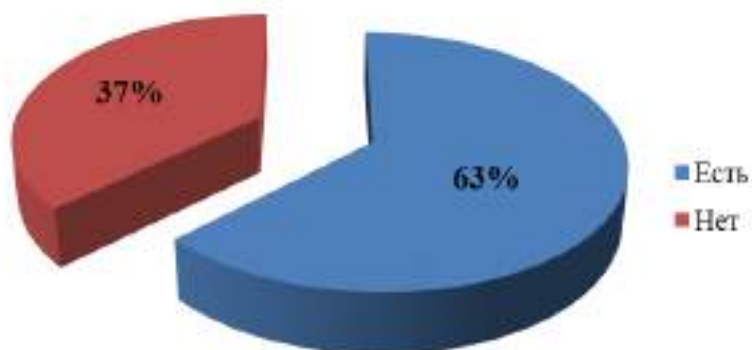


Рис.3. Наличие категории у персонала

Проведя дополнительный опрос респондентов, мы выяснили, что все медицинские сестры регулярно знакомятся с современными литературными источниками, статьями, слушают вебинары по проблеме ревматоидного артрита.

Базисные противовоспалительные препараты, генно-инженерные биологические препараты требуют особой техники введения, режима дозирования, зависимости от приема пищи и правилом разведения. На вопрос персоналу: «Владеют ли они в совершенстве знаниями в данной области?», все опрашиваемые ответили, что владеют.

Очень часто пациенты поступают в стационар или на прием к врачу, когда процесс запущен и пациенты испытывают болевой синдром, чувство тревоги, скованность в суставах, проблемы с перемещением. Поэтому мы задали вопрос персоналу: «Как оперативно они оказывают помощь пациентам в таких ситуациях?».

Получили следующие ответы: 85% анкетированных ответили, что они оказывают помощь незамедлительно, 15% ответили, что в некоторых ситуациях им приходится ждать осмотра врачом пациента и только затем приступать к оказанию помощи (Рис. 4).

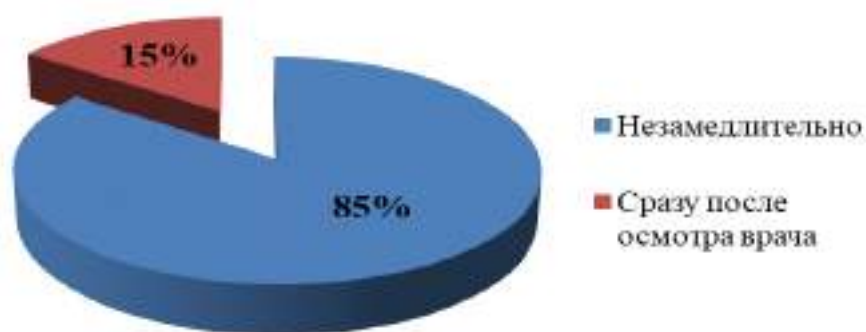


Рис. 3. Оказание помощи пациентам

Проанализировав источники литературы, проведя опрос респондентов, выяснили:

Пациенту необходимо знать цель лечения, что хотим увидеть через пару месяцев или через год в зависимости от выбранного препарата. Основная цель медицинского персонала объяснить, зачем пациент должен следить, когда должен обращаться к врачу, если появляются нежелательные явления или нарастание активности болезни, не ждать усугубления ситуации, а идти на прием.

Медицинская сестра также обязана разъяснить пациенту о сдаче необходимых анализов; когда и как часто следует их делать.

Для диагноза ревматоидного артрита выработаны балльные критерии оценивания, которые позволяют поставить диагноз на более ранних стадиях заболевания. К ним относятся: оценка пораженных суставов, то есть какие и сколько поражены. Если полиартрит с поражением мелких суставов, то бесспорно ставится самый высокий балл - 5 баллов; оценка серологических и иммунологических анализов - АЦЦП (антитела к циклическому цитруллинсодержащему пептиду) – один из самых информативных лабораторных маркеров ревматоидного артрита. Этот тест также целесообразно применять в ранней диагностике артрита и с целью прогноза течения недавно развившегося ревматоидного артрита) максимальный балл 3; длительность симптомов; острофазовые показатели: СОЭ (повышенный показатель говорит о аутоиммунных поражениях) и СРБ (С-реактивный белок).

Для профилактики контрактуры и сохранения движений в суставе следует заниматься ЛФК (лечебная физическая культура). Чем крепче мышцы, связки и сухожилия, тем меньше нагрузка на структурные элементы сустава и тем легче протекает заболевание.

Рекомендации пациентам:

1. Исключить стресс и чрезмерное облучение солнечной радиацией
2. Активно лечить сопутствующие инфекции
3. Проводить профилактику атеросклероза и остеопороза.

Список использованных источников:

1. Зорников Д.Л, Иммунопатология, Екатеринбург, 2017. – 35 с.
2. В.Л. Мельников, Аутоиммунные заболевания: учебное пособие, Пенза, 2015. – 68 с.
3. Л.Р. Выхристенко, Аутоиммунные ревматические заболевания: принципы диагностики и лечения: пособие, Витебск, 2019. – 139 с.
4. Г.Г. Раднаев, Клиническая фармакология базисных противовоспалительных препаратов при аутоиммунных заболеваниях: учебное пособие, Иркутск, 2017. – 64 с.

СОВРЕМЕННЫЕ СЕСТРИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ

Гораина Екатерина Александровна

Инсульт – одна из самых распространенных причин инвалидности, кардинально меняющая жизнь не только пациента, но и его семьи и окружающих, накладывающая особые обязательства и резко снижающая трудовой потенциал.

По оперативным данным Министерства здравоохранения, доля смертей от болезней системы кровообращения за 10 месяцев 2022 года увеличилась на 6,6% по сравнению с аналогичным периодом 2021 года. Было зарегистрировано 818 000 смертей, что соответствует показателю смертности 620,7 на 100 000 населения. Ежегодно в России более 400 000 человек переносят первичный инсульт, и это число растет (Рис. 4).

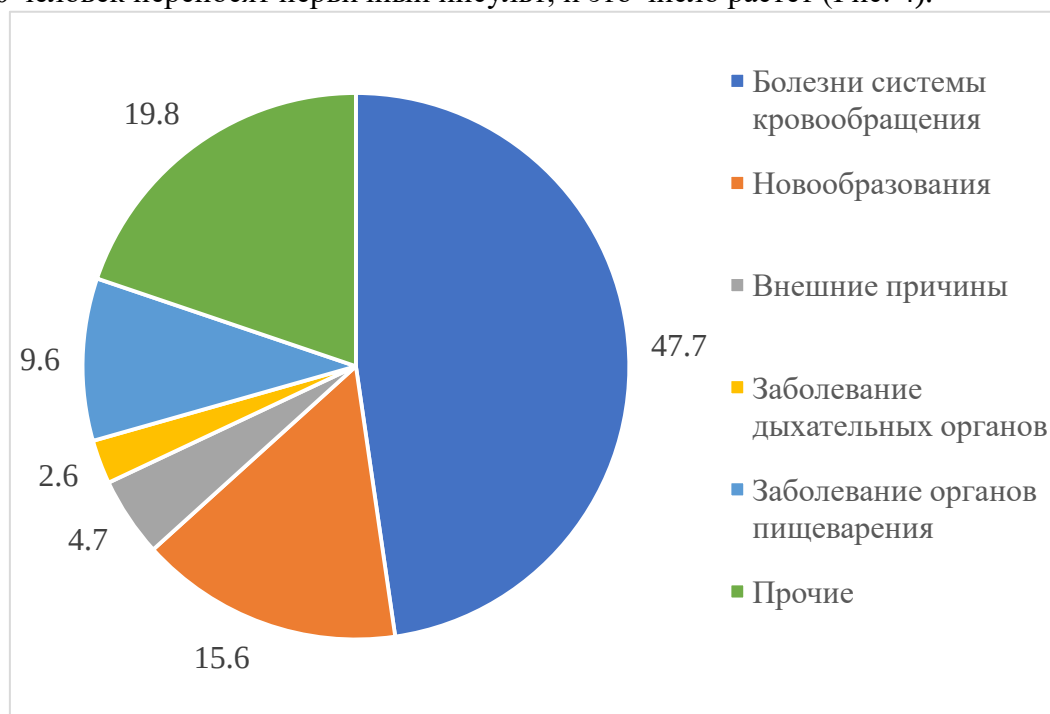


Рис. 4. Структура смертности по причинам в России на 2022г

Ученые считают, что до 90% всех инсультов можно предотвратить. Некоторые категории населения подвержены высокому риску инсульта. В их жизни встречаются факторы, которые повышают вероятность острого притока крови к мозгу, что может привести к инвалидизации и даже к летальному исходу. Изучив источники литературы по выявлению факторов риска мы получили данные, которые представлены ниже (Рис. 5).

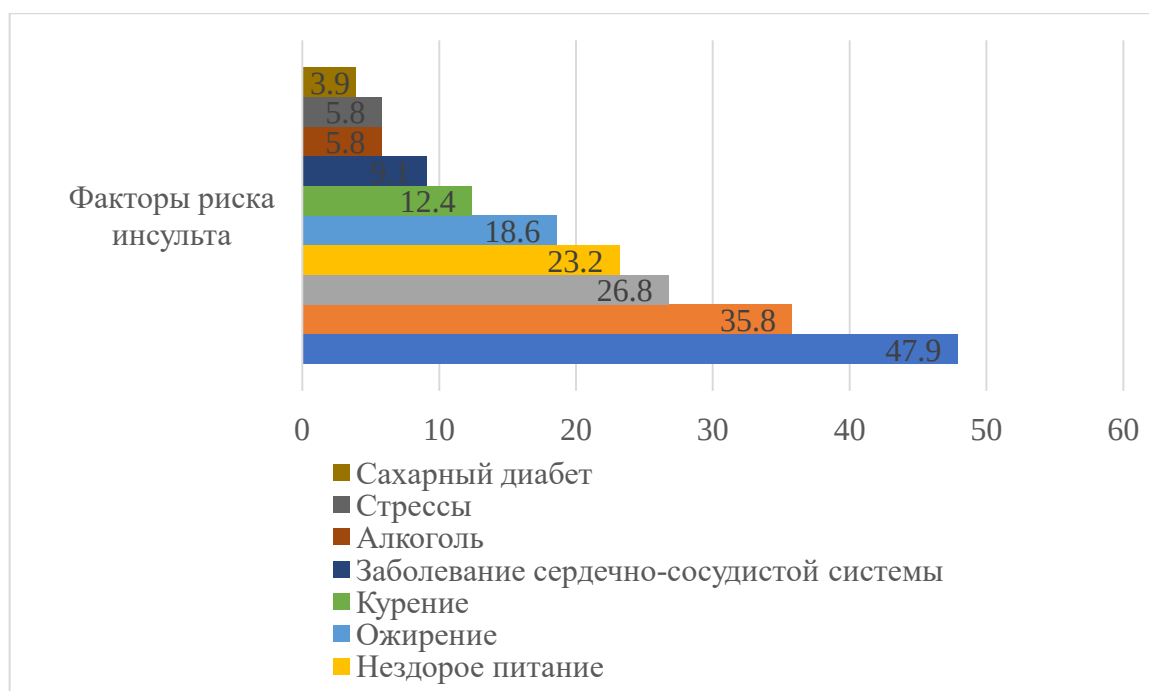


Рис. 5. Факторы риска развития инсульта

Почему профилактика инсульта так важна? Статистика показывает, что около четверти людей, перенесших инсульт, умирают в течение одного года, а около половины - в течение пяти лет. Однако риск повторного инсульта высок, и если он произойдет, неизвестно, каковы будут последствия. Реабилитация больных после инсульта требует организации системы оказания помощи с формированием мультидисциплинарного подхода по отношению к физическим, психологическим, социальным и правовым вопросам.

Реабилитация – это меры по восстановлению способности человека к самообслуживанию и социальной жизни. Другими словами, это ряд лечебных мероприятий, направленных на восстановление организма травмированного или больного человека. На это могут уйти годы, и без профессиональной помощи человеку сложнее вернуться к полноценной жизни.

Сестринская технология – это системный подход к организации работы всех медицинских сестер и обеспечению подлинного ухода за пациентами. Знание этапов сестринского процесса и своих функциональных обязанностей в области медицинской реабилитации позволяет медсестрам грамотно и четко организовать свою работу и решать проблемы пациентов.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента для удовлетворения основных потребностей организма. Цели сестринского процесса достигаются с помощью следующих задач:

- Создание базы данных информации о пациенте;
- Определение потребностей пациента в уходе;
- Определение приоритетов сестринского дела;
- Обеспечение сестринского ухода;
- Оценка эффективности сестринского процесса;

Введение сестринских карт облегчает работу медсестер. Сестринские карты являются источником информации для всех членов команды и обеспечивают преемственность в ведении пациентов на всех этапах лечения. Во всем мире используются стандартизированные шкалы, по которым все медсестры могут понимать друг друга. Примерами являются индекс Бартел, шкала Ватерлоу.

Медсестра, наряду с другими специалистами, является активным и важным членом реабилитационной команды. Современные реабилитационные мероприятия с пациентами, перенесшими инсульт, включают ряд технологий:

1. Позиционная терапия: придание правильного положения парализованной конечности в постели. Пациента располагают на здоровой стороне, на парализованной стороне, на спине и в положении сидя. Цель – максимально сократить время, в течение которого пациент лежит горизонтально на спине. В таких случаях знание и применение принципов позиционирования медсестрами палат и отделений интенсивной терапии может значительно повысить шансы пациента на выздоровление.

2. Кинезиотерапия (лечебная физкультура) – во время постельного режима, помимо специальных упражнений для парализованной конечности, бокового переката, проводятся активные движения в мелких и средних суставах здоровой конечности по полной амплитуде и в крупных суставах по неполной амплитуде. На последующих этапах тонизирующий эффект усиливается за счет расширения амплитуды движения (до сидения, до стояния, увеличения времени ходьбы), полноамплитудных движений во всех суставах здоровой конечности, дополнительных упражнений для мышц туловища, увеличения количества повторений, активных движений парализованной конечности. Ниже представлены плавные движения в суставах здоровой конечности и положение парализованной конечности.

3. Пассивные и пассивно-активные движения – пассивные движения начинаются уже через 3-4 дня после начала инсульта. В острой фазе пассивные движения начинаются в дистальных областях (руки и ноги). Через несколько дней включаются движения локтей, плеч и даже коленей и бедер. При наличии повышенного напряжения и ранних признаков контрактуры рекомендуется начинать движения с крупных суставов конечности и переходить к более мелким. Движение каждого сустава следует повторять не более 10-15 раз. Пассивные упражнения должны быть безболезненными, выполняться в медленном темпе, изолировать каждый сустав и быть плавными во всех плоскостях. Амплитуда упражнений должна быть оптимальной с постепенным увеличением, не перенапрягая гипотоничные группы мышц.

4. Ранняя вертикализация – больному придается возвышенное положение туловища при приеме пищи. В последующие дни поднятие головного конца кровати, присаживание пациента и опускание нижних конечностей, затем вставание с помощью медсестры на 2-3-5 мин около кровати и пересаживание в прикроватное кресло.

5. Дыхательная гимнастика – дыхательные упражнения выполняются на протяжении всего периода лечения. После полного выдоха вдыхайте с короткими паузами. Дыхание должно осуществляться через нос. Дыхание должно быть медленным, ровным, ритмичным, умеренной глубины, с одинаковым участием ребер и диафрагмы. В острой фазе лечения следует использовать «статические» дыхательные техники, которые не сочетаются с движениями конечностей или туловища. По мере увеличения подвижности пациента следует использовать «динамические» дыхательные техники с движениями конечностей и туловища.

6. Оценка и коррекция дисфагии – приподнимание головного конца кровати во время кормления и сохранение этого положения в течение 20-30 минут после еды, принудительное наблюдение за глотанием, вымывание остатков пищи и слюны во рту после кормления.

7. Социальная реабилитация – привлечение родственников к помощи и беседы с ними об удовлетворении потребностей пациента, обучение пациента навыкам самообслуживания, раздача родственникам листовок, чтобы научить их правильно ухаживать за пациентами, перенесшими инсульт, и т.д.

Таким образом, медицинские сестры играют важную роль в процессе реабилитации, непосредственно и динамично отслеживая состояние пациента и являясь «связующим звеном» между пациентом, врачом и другими специалистами в больнице. Принимая активное участие в проведении реабилитации, медсестры вносят значительный вклад в повышение качества реабилитации больных, перенесших инсульт.

Список использованных источников:

1. Алферова В.В., Белкин А.А., Вознюк И.А. и др. Клинические рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками // Л.В. Стаховский. – М.: Академия, – 2017. – 208 с.
2. Власова Д.Ю., Карпов С.М., Сedaкова Л.В. Нарушение когнитивных функций у больных в постинсультном периоде // Журнал Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – 127с.
3. Епифанов В. А., Епифанов А.В. Реабилитация в неврологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, – 2015. – 416 с.
4. Каусова Г.К., Баяшова А.С. К вопросу реабилитации больных, перенесших ишемический инсульт / А.С. Баяшова // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2017. – № 4. – 120 с.

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА И СПРОСА ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ СРЕДСТВ

Гречко Ирина Ивановна

Руководитель: Борзых Елена Анатольевна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

В настоящее время востребованный и обширный класс лекарственных препаратов, которые используются в современной медицине, представляют обезболивающие средства, так как боль принадлежит к числу самых распространенных жалоб у пациентов.

Данные, полученные в ходе анализа ассортимента и анализа спроса могут оказать существенную помощь при определении размеров фармацевтического рынка, в перспективах его развития, выяснить пригодно ли данное лекарственное средство и его потенциал. Исходя из этого, возрастает необходимость в получении знаний об анальгетиках, так как их рынок достаточно разнообразен. Эти сведения в дальнейшем также способны помочь при планировании и расширении фармацевтического бизнеса компаний.

Цель исследования: анализ ассортимента и спроса обезболивающих средств [2, с. 170].

Задачи исследования: дать краткую характеристику лекарственным препаратам, обладающим обезболивающим эффектом; провести маркетинговое исследование обезболивающих препаратов в аптечной организации города Белгорода; провести анализ спроса на лекарственные препараты с обезболивающим эффектом в аптеке города Белгорода.

Объект исследования: лекарственные препараты с обезболивающим эффектом.

Предмет исследования: ассортимент лекарственных препаратов с обезболивающим эффектом.

Боль – это защитная реакция организма, она всегда преследовала человека. Она доставляла не только много страданий, но и зачастую мешала лечению, в особенности хирургическому. Поэтому врачи всегда стремились найти «лекарство от боли». Сейчас ни одна болезненная медицинская манипуляция, будь то удаление зубов или вправление вывиха, не обходится без применения анестезии.

Путь к открытию обезболивающих препаратов был труден и долг. Сегодня выбор различных методов анальгезии достаточно широк. Не все способы можно использовать в амбулаторной практике, т. к. применение некоторых из них осуществляется только в условиях стационара [3, с. 80].

Классификация анальгетиков:

1 Наркотические анальгетики (опиоиды):

– полные агонисты опиоидных рецепторов:

а) природные алкалоиды опия (производные фенантрена) — морфин, героин, кодеин, дигидрокодеин, омнопон;

б) фенилпиперидины — тримеперидин, фентанил;
 в) дифенилпропиламины — метадон, декстропропоксифен;
 — частичные агонисты опиоидных рецепторов — бупренорфин.
 — агонисты-антагонисты опиоидных рецепторов — пентазоцин, буторфанол, налбуфин.

— антагонисты опиоидов — налоксон, налтрексон.

2 Анальгетики со смешанным (опиоидным и неопиоидным) механизмом действия — трамадол, тапентадол.

3 Ненаркотические анальгетики:

— центрального действия — нефопам, флупиртин.

— анальгетики-антипиретики:

а) ингибиторы циклооксигеназы (ЦОГ) центрального действия — парацетамол;

б) ингибиторы ЦОГ в периферических тканях и ЦНС — ацетилсалициловая кислота, ибупрофен, кеторолак, метамизол натрия (анальгин), кетопрофен, этодолак, диклофенак, нимесулид.

4 Анальгетики комбинированного состава:

— спазмоанальгетики — баралгин, спазмалгон, новиган;

— комбинированные препараты, содержащие анальгетики: Пенталгин-Н, Пенталгин-ICN, Бенальгин, Саридон, Брустан, Проходол фор-те, Ко-проксамол.

5 Вспомогательные средства из различных фармакологических групп с анальгетическим компонентом действия: клонидин, трициклические антидепрессанты, кетамин, дифенгидрамин, кальцитонин, октреотид, глюкокортикостероиды, бензофуорокаин, баклофен, противосудорожные средства [1, с. 59].

Самый продаваемый в России по итогам 2018 г. лекарственный препарат — нурофен. Объем его продаж — 7,5 млрд руб. (+4,9% относительно 2017 г.). Такие данные приводит РБК со ссылкой на исследование DSM Group по продажам лекарств в российских аптеках.

На момент исследования в аптечной организации присутствовало 52 наименования лекарственных препаратов, которые можно отнести к группе обезболивающих средств, без учета форм выпуска. Проведя маркетинговое исследование данной группы препаратов, нами был составлен микроконтур (Рис. 1).

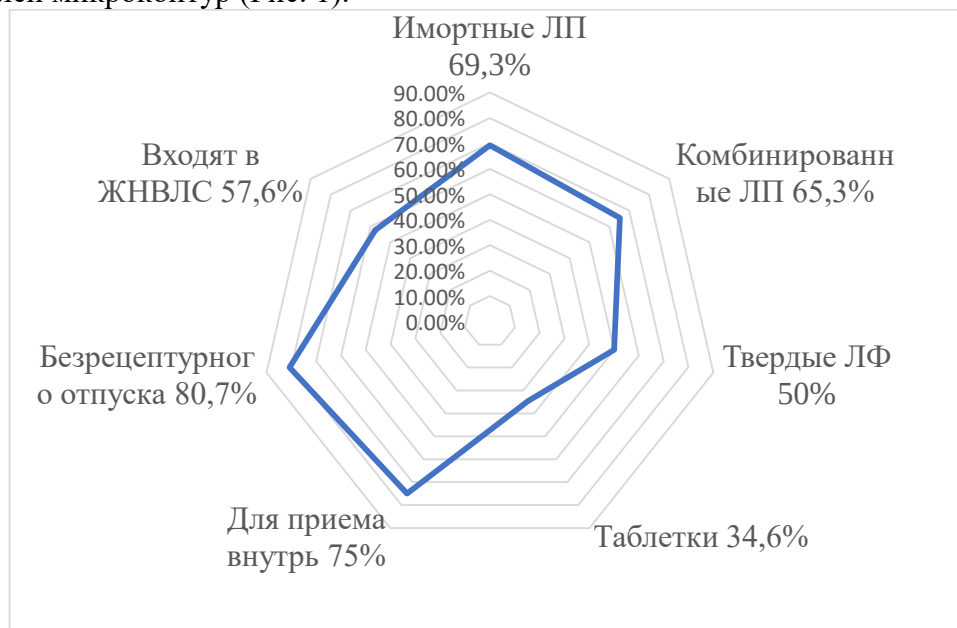


Рис. 1. Микроконтур обезболивающих ЛП в аптеке, %

Определено, что обезболивающим лекарственным препаратом в аптечной организации является препарат импортного производства – 69,3%, комбинированный – 65,3%, в твердой

лекарственной форме – 50%, в таблетках – 34,6%, для приема внутрь – 75%, безрецептурного отпуска – 80,7%, входят в список ЖНВЛС – 57,6%.

Прибыльность аптеки во многом зависит от того, насколько она удовлетворяет потребительский спрос. Исходя из этого руководители аптечных организаций проводят анализ спроса, а затем корректируют ассортимент лекарственных препаратов.

На величину спроса влияет размер доходов потребителей, цены на товары, ожидания и предпочтения покупателей, а также другие факторы.

Для оценки спроса использовался метод: Затраты и поведение потребителей.

Мы провели анализ спроса по 5 лекарственным препаратам, которые имели максимальные продажи с сентября по ноябрь 2022 года. Полученные данные для наглядности представили в виде таблицы 1.

Таблица 1.

Обезболивающие ЛС с максимальными продажами в АО

Наименование ЛС	Наличие в аптеке, уп.	Стоимость, руб.
Анальгин 0,5 №20	63	39,60
Парацетамол 0,5 №10	52	16,0
Ибупрофен 0,2 №60	17	46,0
Пенталгин №12	20	126,0
Нимесулид 0,1 №30	5	184,5

Самые максимальные продажи имел препарат Анальгин 0,5 №20. И в период с 1.11.2022 по 5.11.2022 мы провели исследование на примере данного препарата. Полученные данные внесли в таблицу 2.

Таблица 2.

Анализ ежемесячного спроса на лекарственный препарат Анальгин 0,5 №20 в аптечной организации города Белгорода

Период	Действительный спрос	Реализованный спрос	Неудовлетворенный спрос	
			Скрытый	Реальный
1.11.22	6	6	1	1
2.11.22	10	8	2	2
3.11.22	8	7	-	-
4.11.22	7	5	1	1
5.11.22	8	5	1	1

При проведении расчетов получились следующие данные:

Действительный спрос за месяц равен:

$$(6+10+8+7+8)/5*30=234 \text{ уп.}$$

Реализованный спрос за месяц равен:

$$(6+8+7+5+5)/5*30=186 \text{ уп.}$$

Неудовлетворенный спрос равен разнице между действительным и реализованным спросом:

$$234-186=48 \text{ уп.}$$

Скрытый неудовлетворенный спрос равен числу замен:

$$(1+1+1+2)/5*30=30 \text{ уп.}$$

Реальный неудовлетворенный спрос равен:

$$48-30=18 \text{ уп.}$$

Следующим этапом стало определение суммы, которую аптека потеряла за месяц. Средняя стоимость препарата Анальгин 0,5 №20 40,0.

$$40,0*30=1200,0$$

Исходя из полученных данных выяснено, что аптечная организация потеряла чистой прибыли 1200,0 руб. Возможными причинами стали стоимость препарата.

Нами были предложены методы повышения продаж, а именно:

- Оптимизация закупки;
- Автоматизировать ценообразование;
- Расширить ассортимент;
- Действовать согласно правилам мерчандайзинга.

Класс обезболивающих очень широк, и имеется множество классификаций используемых в практике препаратов. Основными анальгетиками, обладающими собственно обезболивающим эффектом, являются парацетамол, нестероидные противовоспалительные препараты или средства (НПВП и НПВС), опиоиды и локальные анестетики.

Список использованных источников:

1. Захаренко А.Г. Нестероидные противовоспалительные средства [Текст] /А. Г. Захаренко. //Вестник фармации, 2018. – №1. – С. 57-69.
2. Лесных, А. В. Тенденции и развитие фармацевтического рынка России [Текст] / А. В. Лесных. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2020. — № 7 (297). — С. 168-171. — URL: <https://moluch.ru/archive/297/67370/> (дата обращения: 30.11.2022).
3. Чекоданова Т.А. История возникновения обезболивания [Текст] // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 2.;
URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=18421> (дата обращения: 31.10.2022).

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О САХАРНОМ ДИАБЕТЕ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

Дедушенко Александра Викторовна

Руководитель: Гончарова Юлия Сергеевна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

Сахарный диабет — заболевание, которое обусловленное недостатком в организме гормона инсулина или его низкой активностью.

Сахарный диабет одно из серьёзных заболеваний нашего времени.

Первым, кто дал название заболеванию – «диабет» был врач Аретиус, он проживал в Риме во втором веке нашей эры. Позже, а это в 1776 году врач Добсон, который исследуя мочу больных диабетом обнаружил, что моча имеет сладковатый привкус, что говорил о наличии в ней сахара. Так, диабет стал называться «сахарным».

Актуальность темы обусловлена тем, что проблема сахарный диабета выходит на первый план по вопросу о правильном питании – любое нарушение может привести к серьёзным последствиям.

Сахарный диабет пока ещё не излечим, но его можно контролировать и предупреждать развитие осложнений если пациент и медицинская сестра объединят усилия поставив общие задачи – соблюдать режим питания и приём медикаментов, соблюдать и осуществлять должный уход и поддерживать уровень сахара в крови максимально

приближённой к норме. Наблюдения подтверждают, что такой подход может предотвратить серьёзные осложнения, а пациент почувствует себя лучше, здоровее, активнее и будет воспринимать сахарный диабет как образ жизни. [1].

Классификация: существует два типа сахарного диабета:

- инсулинозависимый;
- инсулиннезависимый;

Сахарный диабет первого типа - аутоиммунное заболевание, при котором поражаются β -клетки островков Лангерганса, что приводит к недостаточности инсулина.

Заболевание проявляется в раннем возрасте. Клиническая картина сахарного диабета первого типа развивается лишь при разрушении примерно 70-90% β -клеток. Предрасположенность к этому заболеванию на 30% обусловлена генетическими факторами. Факторы внешней среды и вирусных заболеваний также имеют большое значение в его развитии.

«У больных сахарным диабетом первого типа из-за отсутствия инсулина глюкоза не может попасть из крови в клетки и превратиться в энергию. Содержание глюкозы в крови начинает повышаться, а клетки организма «голодают», им не из чего вырабатывать энергию. Появляются жалобы на частое мочеиспускание, сухость во рту и сильную жажду, чувство голода, снижение массы тела, повышенную утомляемость, зуд кожи, сонливость» [4].

При повышении содержания глюкозы в крови на 9-10 ммоль/л, она появляется в моче. Концентрацию глюкозы в сыворотке крови, при которой она начинает появляться в моче, называют почечным порогом. Тем самым, по содержанию глюкозы в моче можно судить о ее концентрации в крови, т.е. если глюкозурия не выявлена, это значит, что содержание глюкозы в крови не превышает 9-10 ммоль/л.

Однако почечный порог может изменяться. Например, у людей пожилого возраста с сахарным диабетом почечный порог может иногда достигнуть 16,6 ммоль/л, при этом глюкозурия отсутствует даже с высокой концентрации глюкозы. У детей же, наоборот, почечный порог нередко очень низкий.

Сахарный диабет второго типа - чаще возникающая форма сахарного диабета, на долю которой приходится примерно около 85% случаев. Она характеризуется резистентностью к инсулину в сочетании с нехваткой инсулина, а механизм резистентности к инсулину при этом заболевании не ясен. В развитии сахарного диабета второго типа важную роль играет генетическая предрасположенность.

Однако не менее важную роль играют также факторы окружающей среды, о чем свидетельствует, например, большая частота случаев резистентности к инсулину среди лиц, страдающих ожирением.

Сахарный диабет первого и второго типа имеет общую клиническую картину и вместе с тем существенные отличия, в том числе и при проведении лечения. [2].

Сахарный диабет первого типа обусловлен деструкцией β -клеток поджелудочной железы, приводящей к абсолютному дефициту инсулина.

Лечения сахарного диабета первого типа направлено на:

- сохранение жизни;
- устранение симптомов заболевания;
- профилактика острых и хронических осложнений;
- снижение смертности;
- лечение сопутствующих заболеваний;
- улучшение качества жизни.

Комплексное лечение сахарного диабета первого типа включает:

- обучение больного, самоконтроль глюкозы плазмы крови;
- инсулинотерапию;
- диету;
- профилактику и лечение поздних осложнений.

Факторы, влияющие на фармакокинетику препаратов инсулина:

- доза инсулина (чем больше доза, тем медленнее всасывание и дольше действие);
- место инъекции (скорость всасывания возрастает);
- путь введения (внутримышечное введение или подкожное);
- липодистрофии или липомы;
- локальная температура (при её повышении скорость всасывания значительно возрастает);
- мышечная работа или массаж (также увеличивают скорость всасывания).

В большинстве случаев рекомендована инсулинотерапия с разделением инсулина:

- на фоновый или базальный (используют препараты средней продолжительности и длительного действия);
- пищевой или прандиальный, также коррекционный для снижения повышенного уровня гликемии (используют препараты короткого и ультракороткого действия).

«Коррекцию дозы инсулина следует осуществлять ежедневно с учетом данных самоконтроля гликемии в течение суток и количества углеводов в пище». [3]

Простые меры по поддержанию здорового образа жизни оказываются эффективными для профилактики или отсрочивания диабета второго типа. Чтобы способствовать предупреждению диабета второго типа и его осложнений необходимо следующее:

- поддерживать оптимальный вес тела;
- быть физически активным (ежедневные физические упражнения снижают степень риска заболевания сахарным диабетом);
- придерживаться здорового питания и уменьшать потребление углеводов (сахара и др.) и насыщенных жиров;
- воздерживаться от употребления табака;
- ежемесячно контролировать уровень глюкозы крови (более 6,1 ммоль/л натощак - повод обратиться к врачу);
- соблюдать рекомендации врача.

30 минут упражнений пять раз в неделю плюс здоровая диета могут снизить риск заболевания диабетом на 58%

При первых признаках заболевания необходимо незамедлительно обратиться к врачу.

Список использованных источников:

1. *Высокие технологии в инсулинотерапии сахарного диабета / Под общей редакцией А.В. Древаля, О.С. Медведева, С.И. Мухина, А.А. Сеид-Гусейнова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.*
2. *Диагностика терапевтических заболеваний [Электронный ресурс] / Нечаев В.М., Кулешова И.И., Фролькис Л.С. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019.*
3. *Клиническая диагностика: учебник / Чучалин А.Г., Бобков Е.В.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.*
4. *Нечаев В.М., Лечение пациентов терапевтического профиля : учебник / В.М. Нечаев, Л.С. Фролькис, Л.Ю. Игнатюк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-4013-1*

УРОГЕНЕТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Ежелик Виктория Ярославовна

Руководитель: Гончарова Юлия Сергеевна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

Хламидийная инфекция – высококонтагиозное инфекционное заболевание, передающееся в большинстве случаев половым путем, вызываемое патогенными

микроорганизмами *Chlamydia trachomatis*, характеризующееся многоочаговостью поражения с вовлечением в воспалительный процесс органов половой сферы, а иногда суставов, органа зрения и дыхательных путей. Для *Chlamydia trachomatis* характерно на ранних этапах заболевания малосимптомное и бессимптомное течение.

Актуальность темы заключается в том, что проблема заболеваемости хламидийной инфекции при беременности занимает высокое место среди различных инфекций, имеющих половой путь передачи, и большой процент риска осложнений.

В Российской Федерации по статистическим данным распространенность инфекции составляет примерно 80% среди беременных женщин. Встречаемость заболевания по Белгородской области 24% в то время, как другие ИППП, такие, как сифилис, гонорея, ПВЧ не превышают 10% за 2018-2019 года.

Основными путями передачи заболевания являются:

1. Контактный: – половой; – бытовой; – гематогенный.
2. Вертикальный: – антенатальный; – интранатальный.

Бессимптомное течение заболевания приводит к позднему обращению за врачебной помощью и случайному выявлению инфекции во время беременности, что в свою очередь может привести к тяжелым последствиям во время самой беременности и родов, следовательно это является основной проблемой в структуре урогенитальных и системных заболеваний. Присутствие заболевания в организме женщины зачастую приводит к воспалительным болезням органов малого таза (ВЗОМТ), внематочной беременности, а также бесплодию.

Хламидиоз урогенитального тракта чаще диагностируется среди лиц молодого возраста, которые имеют активную половую жизнь. По официальной статистике ВОЗ, 10% мужчин и женщин в возрасте до 25 лет перенесли данное заболевание. Выявлено, что частота передачи хламидийной инфекции от инфицированного партнера при незащищенном половом контакте составляет более 85. Частота заражения хламидиями беременных согласно сведениям Белгородской области в 2016- 2018 года составляет от 10- 40%, а также при отягощенном гинекологическом анамнезе возрастает вплоть до 63%, что, непосредственно, оказывает большое влияние на внутриутробное развитие плода, исход родов и протекание послеродового периода. Длительная течение заболевания в 18 раз увеличивает риск развития рака шейки матки у женщины.%. У 40-60% детей, родившихся от матерей, страдающих хламидиозом, диагностируют разные клинические формы хламидийной инфекции: конъюнктивит, ринит, назофарингит, пневмонию.

За счет имеющегося тропизма у возбудителя хламидийной инфекции к цилиндрическому эпителию, входными воротами данной инфекции является:

1. Слизистая оболочка уретры, канала шейки матки, прямой кишки;
2. Область носоглотки и конъюнктивы глаз.

Размножение, а также накопление хламидий происходит в самом месте введения, покрытом эпителиальными клетками. Развитию локальных воспалительных изменений способствует воздействие возбудителя и его токсинов, все это приводит к распространению процесса на более новые участки.

Для оценки риска развития хламидийной инфекцией у беременных и новорожденных, было проведено анкетирование. В нем приняли участие 40 беременных разного возраста. Исследуемым было необходимо пройти тест, где участники должны были ответить на несложные вопросы, после результаты были подсчитаны и проанализированы.

Наибольшая заболеваемость была зарегистрирована в возрасте 35-30 лет, что составляло 31% от общего числа беременных с хламидийной инфекцией, что говорит о малой сопротивляемости организма к заболеванию в данной возрастной категории, вторым немало важным диапазоном по встречаемости был выявлен у беременных в возрасте 29-26 лет, который составлял 25%, остальные категории включали возраст 25-21 лет, где хламидиоз выявили у 23%, а так же 20-18 лет, выражаемое 21%.(Рис. 1).

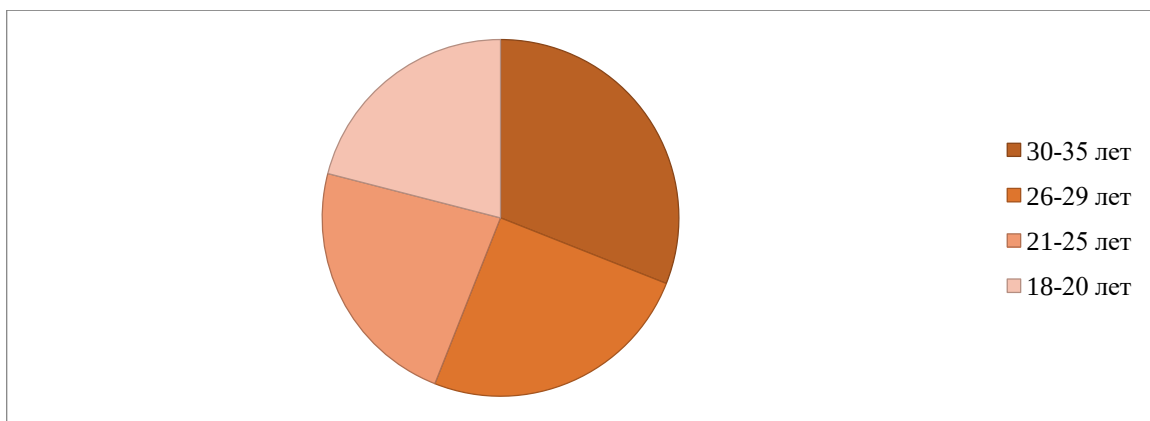


Рис. 1. Возраст женщин

Проанализировав семейное положение беременных женщин с хламидийной инфекцией, можно сделать вывод, большую часть заражённых (56%) будут составлять женщины, не состоящие в браке. Аменьшую (44%) женщин, которые состоят в браке, что может свидетельствовать нам о характере встречаемости заболевания у беременных женщин с высокой вероятностью непостоянных половых партнеров, которое непосредственно ведет к распространенности хламидиоза (Рис. 2).

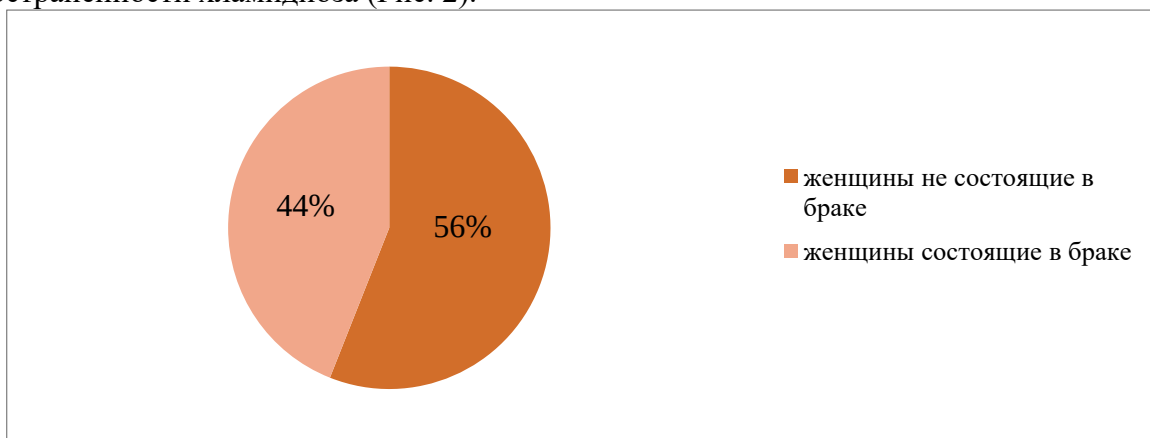


Рис. 2. Семейное положение.

Анализируя данные по клиническим признакам хламидийной инфекции у новорожденного ребенка, можно выявить, что чаще всего выделяют, как патологические проявления гнойный конъюнктивит (50%), отит (20%), фарингит (10%), пневмония (15%) и генерализованная форма осложненная, поражением отдельных органов: легких, сердца, печени (5%) (Рис. 3).

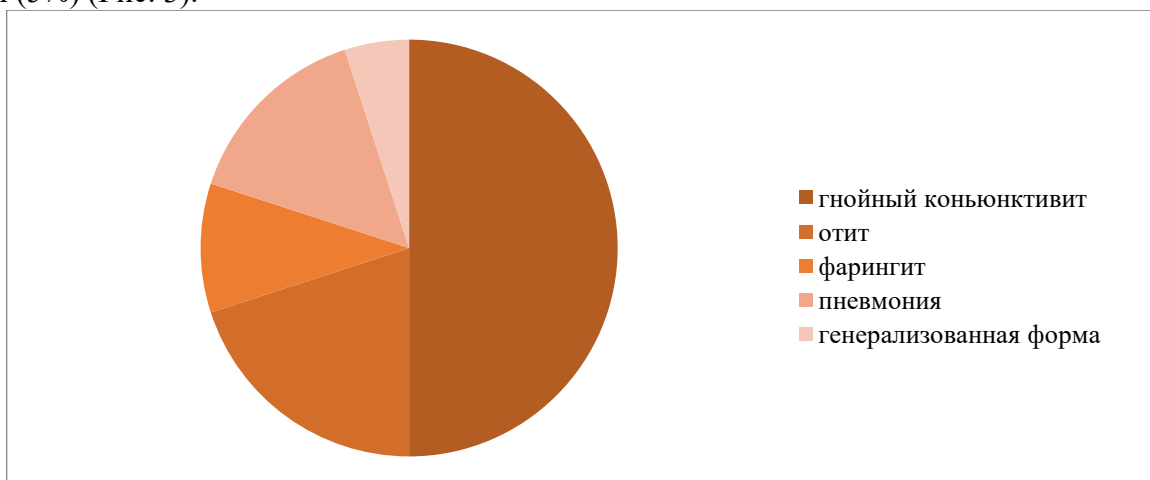


Рис. 3. Проявления заболевания у новорождённого с хламидийной инфекцией

На сегодняшний день хламидийная инфекция является наиболее часто встречаемым заболеванием в структуре различных инфекций, передающихся половым путем по всей

территории России. За счет характеризующейся высококонтагиозным и бессимптомным течением данной инфекции, возникает большое количество случаев распространения хламидиоза среди женщин репродуктивного возраста, впоследствии чего, и среди беременных женщин

Список использованных источников:

1. Д. Ф. Хворик *Хламидийно-ассоциированные инфекции: диагностика и лечение: монография.: учебное пособие*- Гродно- ГрГМУ, 2017. – 328 с.;
2. Молочков А.В., Мураков С.В. *Урогенитальный хламидиоз: учебное пособие* / А.В. Молочков, С.В. Мураков. – 3-е изд., доп. и перераб. – Москва: Моники, 2016. – 252 с.;
3. Баисова Б.И., *Гинекология [Электронный ресурс]: Учебник* / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 305 с. - ISBN 978-5-9704-2994-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429945.html>;
4. Кудрявцева Л.В., Мисюрина О.Ю., *Клиника, диагностика и лечение хламидийной инфекции при беременности: учебное пособие*/ Л.В Кудрявцева, О.Ю. Мисюрина , – Москва – ГЭОТАР-Медиа, 2017. -29 с.;
5. Обрядина А.П. *Диагностика урогенитального хламидиоза у беременных женщин.: учебное пособие* – 2-е изд., перераб. и доп – Нижний Новгород – ПИМА, 2018.
6. Айламазян Э.К. *Акушерство: Учебник для медицинских вузов [Текст]* / Э.К. Айламазян. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 290 с.

МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЭНДОМЕТРИОЗ

Литягина Анастасия Григорьевна

Кольцова Ксения Евгеньевна

Руководители: Пафенрот Елена Анатольевна

Шевченко Елена Петровна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

Эндометриоз - хроническое эстрогензависимое заболевание, которое широко распространено у женщин детородного возраста. У женщин, страдающих бесплодием, риск развития эндометриоза большой, который составляет от 25% до 80%, а у женщин с тазовыми болями – от 40% до 80%.

Эндометриоз встречается примерно у 25 - 44% женщин, которые активны во время менструации в возрасте 10 – 15 лет. Средний возраст пациенток с эндометриозом составляет примерно 27 лет, но заболевание может встречаться и в подростковом возрасте. Около 25 - 50% бесплодных женщин страдают эндометриозом. У женщин с тяжелыми формами заболевания, при наличии нарушений спаивания органов малого таза из-за обострения механизма захвата и транспортировки яйцеклетки по трубе так же страдают бесплодием. (Рис. 1).



Рис. 1. Эндометриоз яичников

У женщин, страдающих эндометриозом, зачастую отмечаются хронические тазовые боли, несмотря на то, что форма и степень тяжести отличаются и не связаны со стадией заболевания относительно результатов лапароскопии. Эта боль может быть в форме дисменореи (боль при менструациях), боль во время полового акта (диспареуния) и так же боль в области таза и живота. Неоднократность болевого синдрома и вариабельность клинических проявлений, которые во многом определяют сложность диагностики эндометриоза.

Поскольку диагноз верифицируется только после хирургических вмешательств, а в настоящее время может устанавливаться эмпирически, точное количество случаев эндометриоза неизвестно. В крупном исследовании, проведенном в десяти странах на пяти контингентах с участием 1418 женщин в возрасте 18 - 45 лет, которым впервые проводились операции с применением лапароскопического доступа, эндометриоз был обнаружен у 35 - 100 % женщин с симптомами хронической тазовой боли, дисменореи и бесплодия, а бессимптомная форма заболевания выявлена до 35 % больных. Стоит отметить, что выраженность симптомов не всегда соответствует тяжести эндометриоза, и течение заболевания может быть весьма непредсказуемым» [2, с.21].

«По данным статистики РФ, с 1999 ода наблюдается рост заболеваемости эндометриозом женщин старше 18 лет» [2, с.22].

Принципы лечения

«Эндометриоз шейки матки — это хроническое заболевание, которое невозможно раз и навсегда вылечить. Но при правильно подобранной терапии разрастание эндометрия не происходит, и никаких неприятных симптомов женщина не испытывает» [3, с.8].

«Лечение может проводиться хирургическими методами и/или с использованием лекарственных препаратов, действие которых направлено на прекращение менструальных кровотечений или индукцию хронического гипоестрогенного состояния, приводящего к атрофическим изменениям в эктопическом эндометрии» [1, с.94].

«Медикаментозное лечение эндометриоза шейки матки включает в себя курс гормоносодержащих препаратов (предотвращают разрастание эндометрия, способствуют атрофии и отторжению уже имеющихся очагов), также назначаются противовоспалительные препараты и спазмолитики.

Принципы лечения эндометриоза шейки матки состоят в следующем:

- удаление очага эндометриоза;
- уменьшение интенсивности болевого синдрома (медикаментозная терапия);
- лечение бесплодия;
- предотвращение прогрессирования;

- профилактика рецидивов заболевания.

Лечение может быть консервативным (медикаментозная терапия) и при неэффективности последнего или при наличии противопоказаний к нему, проводится оперативное лечение» [3, с.9].



Рис. 2. Алгоритм выбора терапии при эндометриозе

В России существуют стандарты оказания медицинских услуг и медицинской помощи при эндометриозе. Это утверждено приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, в котором содержится информация о диагностических и лечебных мероприятиях, а также перечень препаратов, используемых для лечения заболеваний эндометриоза (Таблица 1).

Таблица 1
Нормативные акты, регламентирующие стандарты оказания медицинской помощи женщинам с заболеванием эндометриоз

Стандарт	Документ
Стандарт первичной медико -санитарной помощи при эндометриозе	Приказ Минздрава России от 07.04.2006 № 257
Клинические рекомендации с заболеванием эндометриоз	Министерство здравоохранения Российской Федерации МКБ – 10

Анализ ГРЛС показал, что оральные контрацептивы, используемые при лечении эндометриоза, и комбинированный прогестерон используются в качестве препаратов для восстановления менструального цикла в матке. Его представителями являются этинилэстрадиол и дроспиренон. В настоящее время существует более 26 зарегистрированных товарных знаков: Димиа, Мидиана, Джес, Джес Плюс, Делсия, Ярина, Лея, Белара, Диане - 35, ТДС Евра, Ипрожин, Праджисан, Прогестерон, Утрожестан, Дюфастон, Фемостон 1, Фемостон 2, Фемстон Мини. (Таблица 2).

Таблица 2
Применение КОК, гестагенов и прогестагенов при эндометриозе

Показания	Белара	Джес Плюс	Ярина	Диане - 35	Утрожестан	Дюфастон
Женская контрацепция	+	+	+	+	-	-
Тяжелая степень ПМС	-	+	+	-	+	+
Андрогензависимые женщины	-	-	-	+	-	-
Наличие бесплодия у девушки	-	-	-	-	+	+
Сбой в цикле	+	+	+	+	+	+
Нарушение овуляции или ановуляции	-	-	-	-	+	+
Наличие маточных кровотечений	-	-	+	-	+	+

Анализ показаний, предложенных в инструкции по применению препарата:

" + " включен в описание

"- " не включены в инструкции

Следующим шагом является рассмотрение доступности комбинированных оральных контрацептивов (КОК) и прогестерона с репрезентативной позиции в списке лекарств, необходимых для лечения. Анализ показывает, что в список важных и необходимых лекарств для медицинского применения в 2022 году входят препараты прогестерона, прогестерона, прогестерона и дидрогестерона.

Затем были проанализированы зарегистрированные предельные отпускные цены на прогестерон и пищеварительные препараты, предварительно отобранные для лечения эндометриоза, и предельные отпускные цены на ЖНВЛП были внесены в Национальный реестр. По результатам анализа предельной отпускной цены выяснилось, что самым дорогим препаратом является дюфастон 10 мг, 28 штук - 840 рублей, а самым дешевым - брагисан 100 мг, 10 штук - 240 рублей (Таблица 3).

Таблица 3

Препарат		Форма выпуска	Стоимость упаковки
Дидрогестерон	Дюфастон	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 10 мг 20 шт и 10 мг 28 шт	10 мг 20 шт - 660 10 мг 28 шт - 840
	Утрожестан	Капсулы 100 мг 28 шт и 200 мг 14шт	100 мг 28 шт - 430 200 мг 14 шт - 428
Прогестерон	Прадджисан	Капсулы 100 мг 10 шт, 20 шт, 30 шт и 200 мг 10 шт, 20 шт, 30 шт	100 мг 30 шт - 350 200 мг 10 шт - 260

Для фармакологического анализа целевой части лекарственного рынка - лекарств от эндометриоза, используются различные функции классификации, включая фармакокинетику, торговые названия, целостность комбинации активных веществ и рассмотренные

Таким образом, маркетинговый анализ основной группы лекарств от эндометриоза обеспечивает качественную и количественную оценку группы лекарств, которая может удовлетворить потребности аптек.

Список использованных источников:

1. *Акушерство и гинекология. Журнал для непрерывного медицинского образования врачей. Аналитические обзоры. Эндометриоз.: новости, мнения, обучение №3 2017, - 91 с.*
2. *Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения [Электронный ресурс] Режим доступа: roszdravnadzor.gov.ru*
3. *Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация [письмо Минздрава РФ от 22.11.2018 №15-4/10/2-8710], - 18 с.*

АНАЛИЗ ИМИДЖА АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ПРИМЕРЕ ООО «БИОФАРМ»

Литягина Анастасия Григорьевна

Кольцова Ксения Евгеньевна

Руководители: Пафенрот Елена Анатольевна

Шевченко Елена Петровна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

Сравнительный анализ эффективности имиджа был проведён на примере аптеки ООО «Биофарм».

Аптека расположена по адресу: обл. Белгородская, пгт. Северный, ул. Олимпийская, 22А (Рис. 1).



Рис. 1. Расположение аптеки ООО «Биофарм» на карте 2GIS

Аптека ООО «Биофарм» была открыта в 2018 году. Это одна из 11 аптек сети «Аптека 31» (Рис. 2).



Рис. 2. Внешний вид аптеки ООО «Биофарм», расположенной по адресу: обл. Белгородская, пгт. Северный, ул. Олимпийская, 22А (2018 г.)

В аптеке ООО «Биофарм» действует карта лояльности покупателей, по которой можно получить скидку от 3 до 7% (скидка не распространяется на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты). Карту можно бесплатно получить при совершении первой покупки.

По телефону, указанному в визитках, всегда можно дозвониться в аптеку, проконсультироваться по поводу приёма лекарственных средств, уточнить стоимость препарата, узнать о возможности привезти под заказ.

В аптеке ООО «Биофарм» используется блочная и горизонтальная выкладка (Рис. 3, Рис. 4).



Рис. 3. Блочная выкладка в аптеке ООО «Биофарм»



Рис. 4. Горизонтальная выкладка в аптеке ООО «Биофарм»

В аптеке отведена, зона с тонометром для измерения давления. Посетитель аптеки может в любое время бесплатно воспользоваться данной услугой (Рис. 5).



Рис. 5. Зона для измерения давления в аптеке ООО «Биофарм»

В аптеке ООО «Биофарм» представлены различные группы товаров: лекарственные препараты и БАД, перевязочные средства, медицинская техника, ортопедические изделия, косметические и гигиенические средства, детское питание и минеральная вода. Объем продаж (Рис. 6).

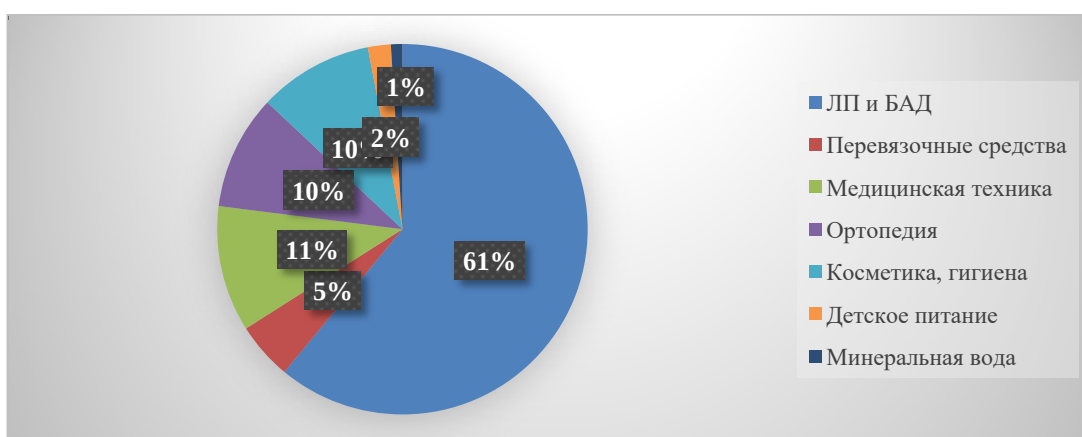


Рис. 6. Группы товаров аптеки ООО «Биофарм» по объёму продаж, (%)

Львиную долю продаж (61%) составляют лекарственные препараты и биологически активные добавки; ортопедии, медицинской технике, косметике и гигиене отведено 10, 11 и 10% соответственно. Меньше всего приходится на минеральную воду и продукты лечебного питания.

В ассортименте аптеки ООО «Биофарм» представлены не только лекарственные препараты и биологически активные добавки, но и средства реабилитации, ортопедии, детское и лечебное питание, детские товары, компрессионный трикотаж, медицинская техника, минеральная вода.

На основании продаж были проанализированы группы лекарственных препаратов и биологически активных добавок. В таблице приведён рейтинг фармакотерапевтических групп в объёме продаж (2018-2019 гг.) на основании данных аптеки ООО «Биофарм».

Таблица

Рейтинг фармакотерапевтических групп ЛП и БАД в объёме продаж (2018-2019 гг) в аптеке ООО «Биофарм»

п/п	Фармакотерапевтическая группа лекарственных препаратов и биологически активных добавок
.	Сердечно-сосудистая система
.	Средства, действующие на центральную нервную систему
.	Средства, действующие на пищеварительную систему и метаболизм
.	Средства, действующие на респираторную систему
.	Противомикробные средства для системного применения
.	Средства, влияющие на опорно-двигательный аппарат
.	Средства, влияющие на мочеполовую систему
.	Дерматологические средства
.	Антигистаминные средства
.	Средства, влияющие на систему крови и гемопоез

Как видно в таблице, лекарственные препараты и биологически активные добавки занимают первое место в рейтинге продаж.

Динамика количества чеков в аптеке ООО «Биофарм» представлена на Рис. 7.

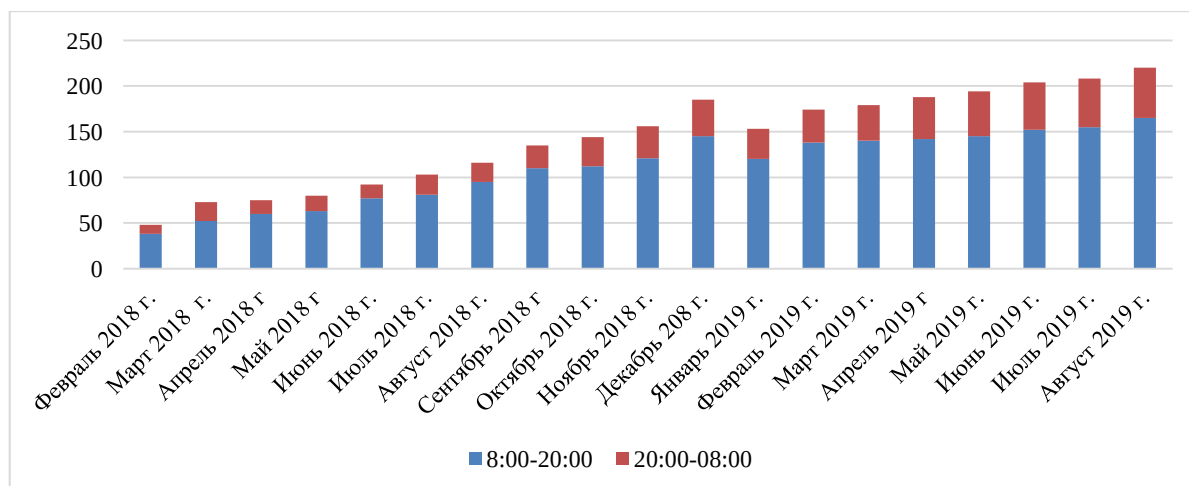


Рис. 7. Динамика количества чеков в аптеке ООО «Биофарм», руб.

Аптека работает круглосуточно, поэтому количество чеков фиксировали каждые 12 часов. Для удобства дневные и ночные смены разделили по количеству чеков. Дневное количество чеков (смена с 08:00 до 20:00) преобладает над ночным (с 20:00 до 08:00).

Далее был рассмотрен средний чек в аптеке ООО «Биофарм» (Рис. 8).

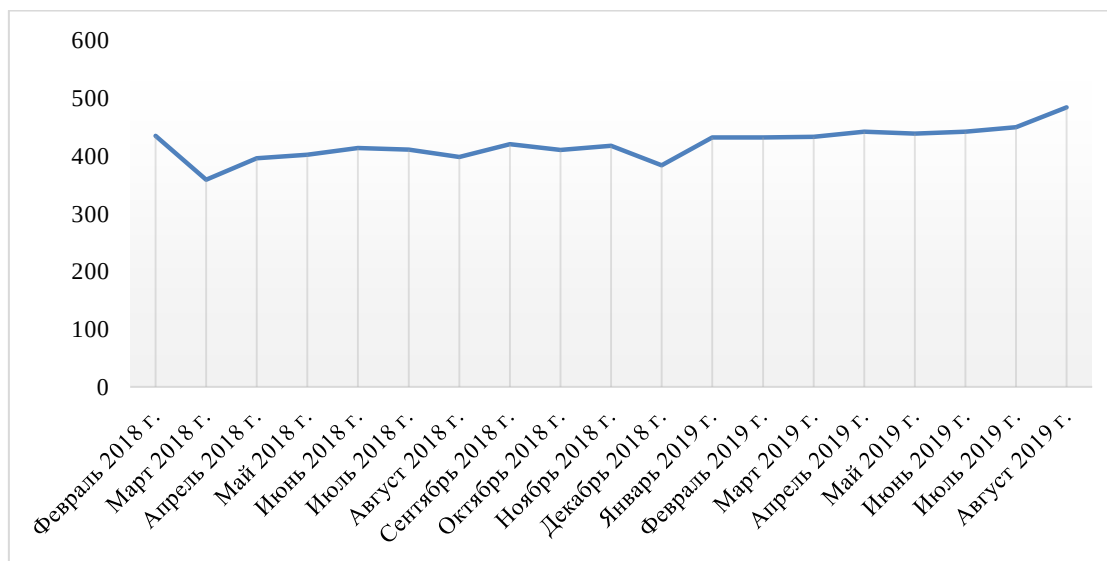


Рис. 8. Средний чек в аптеке ООО «Биофарм», руб.

Средний чек достиг максимального пика в августе 2019 г., а минимальное значение находится в январе 2019 г.

Таким образом, на основании данных, полученных от аптеки ООО «Биофарм», расположенной по адресу обл. Белгородская, пгт. Северный, ул. Олимпийская, 22А, можно сделать выводы:

1. С февраля 2018 г. по август 2019 г. объем продаж аптеки динамически растёт.
2. Ассортимент аптеки на 61% состоит из лекарственных препаратов и биологически активных добавок, а 39% приходится на всё остальное.
3. Средства для сердечно-сосудистой системы возглавляют рейтинг по объёму продаж среди всех фармакотерапевтических групп.
4. Средний процент наценки с февраля 2018 по август 2019 года составляет 28,6%.
5. Средний процент рентабельности за этот период составляет 10%.
6. Среднее количество чеков за данный период – 143, причём ночные смены составляют около 30% от количества за сутки.
7. Сумма среднего чека составляет 420 рублей (февраль 2018 – август 2019 гг.).

Список использованных источников:

1. Быстрова, О. Ю. Теоретические подходы к определению понятия «имидж предприятия» [Текст] / О. Ю. Быстрова, М. В. Александрова. – Кострома: КГУ, 2019. – 238 с.
2. Дрёмова, Н. Б. Дополнительные услуги в фармацевтических организациях [Текст] / Н. Б. Дрёмова, С. В. Соломка, В. Ф. Дзюба // Экономический вестник фармации. – 2021. – 340 с.
3. Подгорбунских, Н. И. Аптечная сеть России в цифрах и фактах [Текст] / Н. И. Подгорбунских // Новая аптека. – 2019. – №5. – 229 с.

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ежегодно по данным регистрации заболеваемости, у каждого десятого жителя Российской Федерации выявляется патология органов пищеварения. Прогнозы отечественной терапевтической школы неутешительны: в России ожидается рост заболеваний желудочно-кишечного тракта, особенно язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

«Существенным аргументом, определяющим медико-социальную значимость язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, служит то, что этой патологией страдают все возрастные группы населения - лица трудоспособного возраста, пожилые, дети и подростки. Серьезное беспокойство вызывают неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья молодежи, особенно студентов высших учебных заведений и учащихся средних специальных учебных заведений, как наиболее уязвимых и незащищенных групп населения. Специфические условия жизни студентов и учащихся (нервно-психические перегрузки, нерегулярное и несбалансированное питание, материальные проблемы, вредные привычки, стрессовое состояние во время сессий и т.д.) обуславливают высокий уровень патологии желудочно-кишечного тракта, при этом заболеваемость растет от курса к курсу. Дети, подростки, молодежь все чаще становятся пациентами гастроэнтерологов и терапевтов» [3, с. 88].

Сочетанность поражения, рецидивирующий характер течения болезни, формирование сопряженных с болезнями пищеварительной системы психосоматических расстройств, ятрогенный фактор отрицательно сказываются на качестве жизни пациентов, увеличивают число пациентов с хроническими формами заболевания.

«Язвенная болезнь — это хроническое заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и/или двенадцатиперстной кишки» [2, с. 65].

Язва — это имеющий четкую границу дефект слизистой оболочки. Поверхностная язва называется эрозией. Язвенную болезнь выявляют у 5–10% взрослого населения.

В зависимости от локализации язвы разделяют на желудочные и дуоденальные (duodenum — двенадцатиперстная кишка).

В зависимости от причины выделяют:

- стрессовые язвы (например, при инфаркте миокарда, распространенных ожогах, после нейрохирургических операций и т. д.);
- медикаментозные язвы (прием нестероидных противовоспалительных средств, гормонов и других медикаментозных средств);
- эндокринные язвы (при синдроме Золлингера — Эллисона, гиперпаратиреозе);
- язвы при некоторых заболеваниях внутренних органов (болезни Крона, атеросклерозе ветвей брюшной аорты и др.).

«Одной из основных причин развития язвенной болезни на данный момент считают инфекцию, вызываемую микроорганизмом *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) . Однако следует отметить, что *H.pylori* инфекцией инфицировано приблизительно более половины населения земного шара и у многих людей данная инфекция протекает бессимптомно, у части инфицированных развивается хронический гастрит, атрофический гастрит, рак желудка. Воздействие *Helicobacter pylori* на слизистую оболочку желудка может зависеть от состояния иммунной системы макроорганизма, развитие язвенной болезни зависит от наличия сопутствующих факторов» [1, с. 11].

Для проведения анализа ассортимента лекарственных препаратов для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, полученные нами данные были систематизированы.

Мы выяснили, что для лечения данных заболеваний применяются следующие фармакологические группы:

- антисекреторные препараты (ингибиторы протонной помпы, H₂-гистаминоблокаторы, M₁-холинолитики);
- препараты, содержащие висмут,
- антибиотики и противопроtoзойные средства,
- прокинетики,
- антацидные препараты.

Кроме перечисленных фармакологических групп, в различных случаях, врачами назначаются так же различные болеутоляющие средства (Баралгин, Кетанов), спазмолитические средства (Но-Шпалгин).

Схемы лечения опираются на такой фактор, как наличие в слизистой оболочке желудка *Helicobacter pylori* или же отсутствия.

Определено, что исследуемая группа лекарственных средств представлена 528 торговыми наименованиями (учитывались производители) и 142 международными непатентованными наименованиями.

Выяснено, что большая часть препаратов, а именно 60,2% представлена лекарственными средствами безрецептурного отпуска, соответственно 39,8% отпускаются по рецепту врача (Рис. 1).

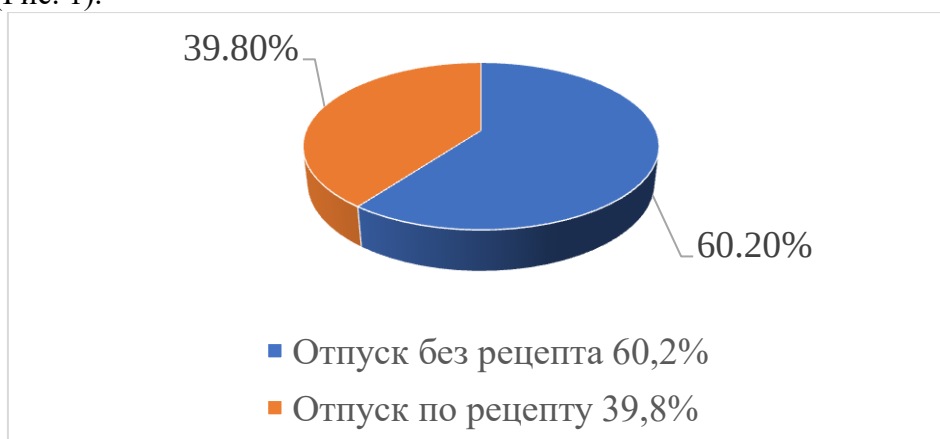


Рис. 1 Анализ лекарственных препаратов для лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки по способу отпуска из аптек, %

Так же нами определено, что практически половина, а именно 48,4% входят в перечень ЖНВЛС (Рис. 2).



Рис. 2 Анализ лекарственных препаратов для лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки по перечню ЖНВЛС, %

Следующим этапом было определение препаратов по производственному признаку. Нами было выяснено, что большая часть наименований являются отечественными препаратами, а именно 52,4%, соответственно 47,6% производятся за рубежом (Рис. 3).

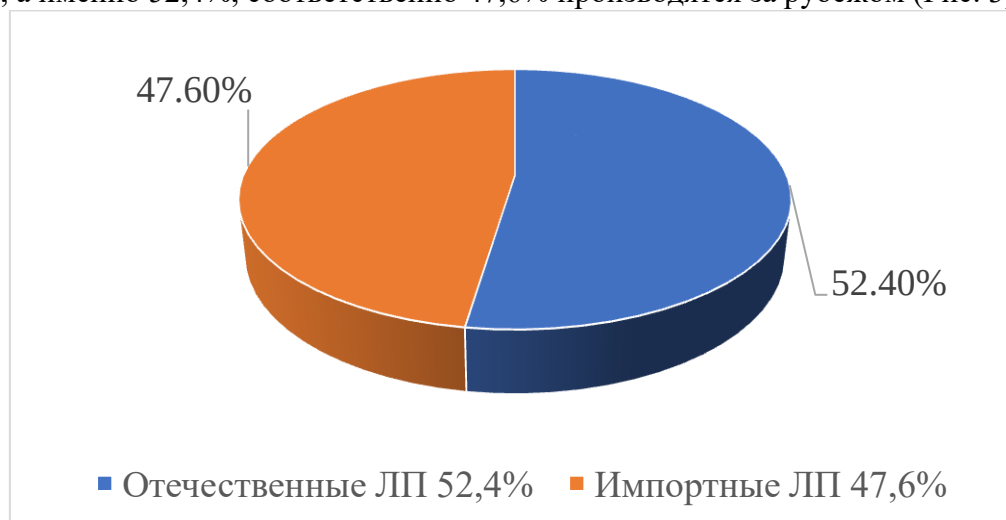


Рис. 3 Анализ лекарственных препаратов для лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки по производственному признаку, %

При более подробном анализе по странам-производителям выяснено, что препараты, производящиеся в Российской Федерации составляют 52,4%, затем следует Индия- 17,8%, затем Германия – 8,5%, Франция – 6,2%, Словения – 4,4%, Швейцария - 3,1%, Канада – 1,4%, Бельгия – 2,2%, прочие – 4% (Рис. 4).

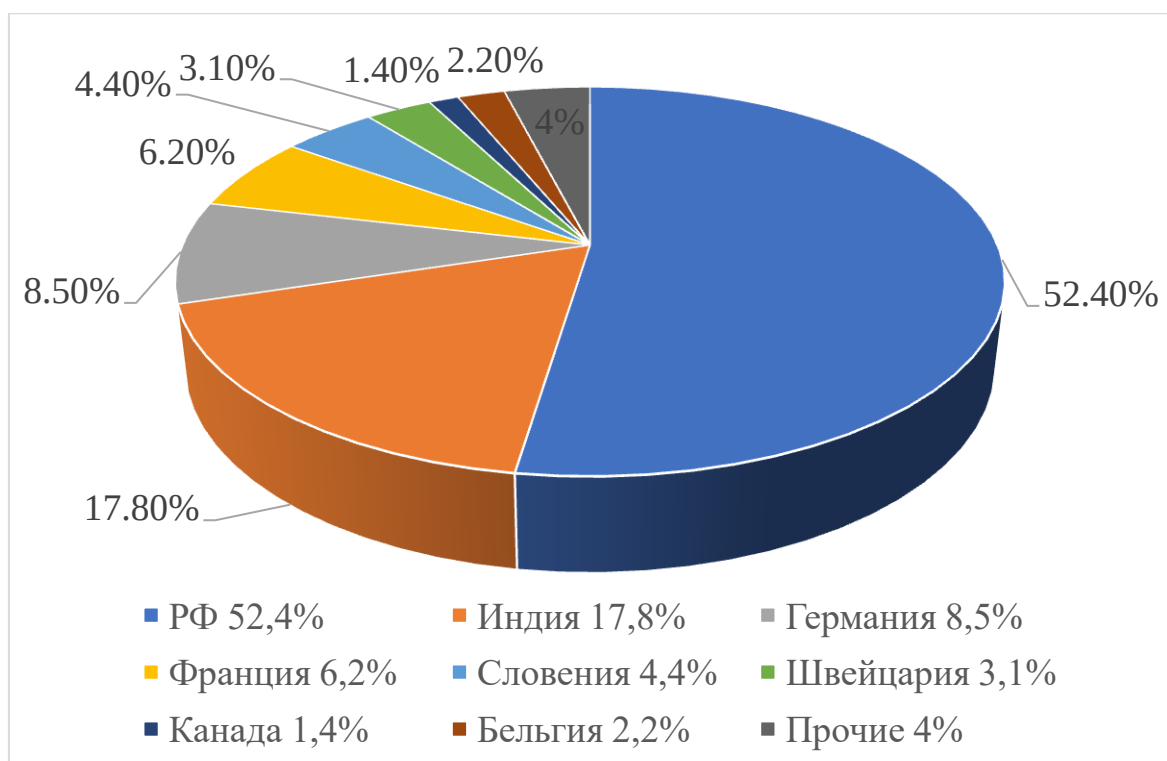


Рис. 4 Анализ лекарственных препаратов для лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки по странам-производителям, %

Следующим этапом анализа стало сегментирование препаратов по агрегатному состоянию. Нами определено, что большая часть представлена в виде твердых лекарственных форм – 64, 8%, далее следуют препараты в жидком виде – 34, 1%, так же есть незначительное количество в виде мягкой лекарственной формы – свечи - 1,1% (к примеру, свечи папаверина гидрохлорида, «Папазол» и другие) (Рис. 5).

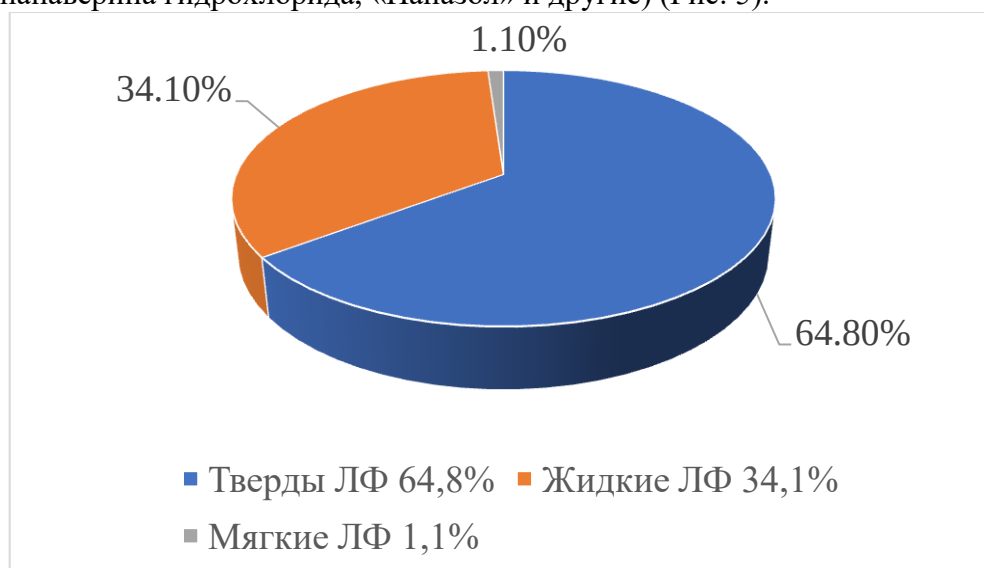


Рис. 5 Анализ лекарственных препаратов для лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки по агрегатному состоянию, %

Так же мы выяснили какими видами лекарственных форм представлены данные группы лекарственных средств. На первом месте таблетки – 36,4%, далее следуют капсулы – 24,2%, растворы (как для внутреннего применения, так и для инъекционного) – 16,4%, суспензии – 14,2%, порошки – 8,8%, свечи – 1,8% (Рис. 6).

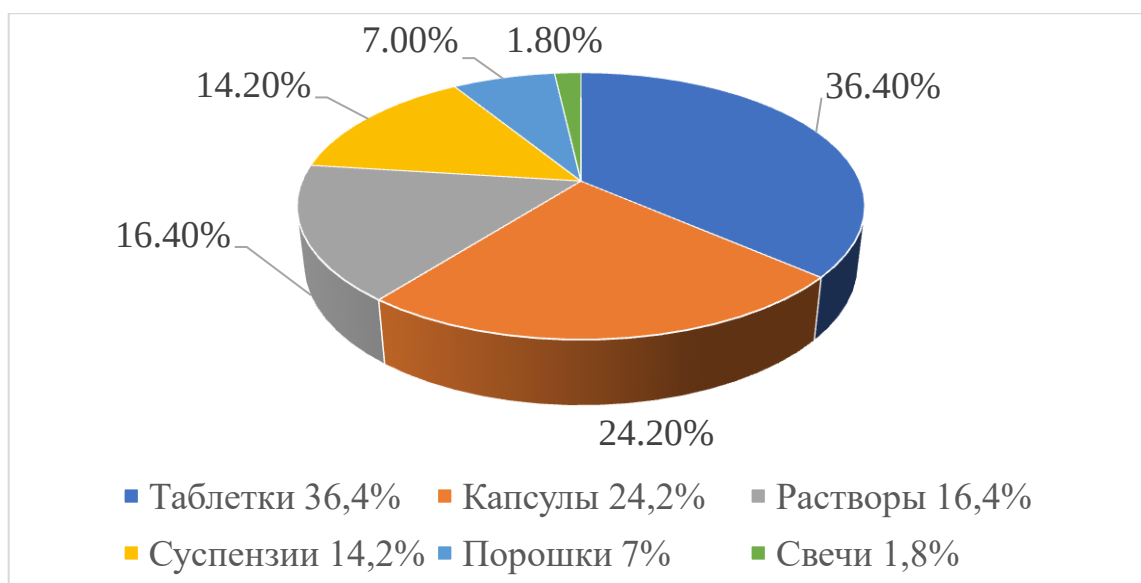


Рис. 6 Анализ лекарственных препаратов для лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки по виду лекарственной формы, %

Так же нами был проведен анализ по составу. Выяснено, что большая часть, а именно 74,6% лекарственных препаратов являются однокомпонентными, соответственно 25,4% - комбинированные лекарственные средства (Рис. 7).

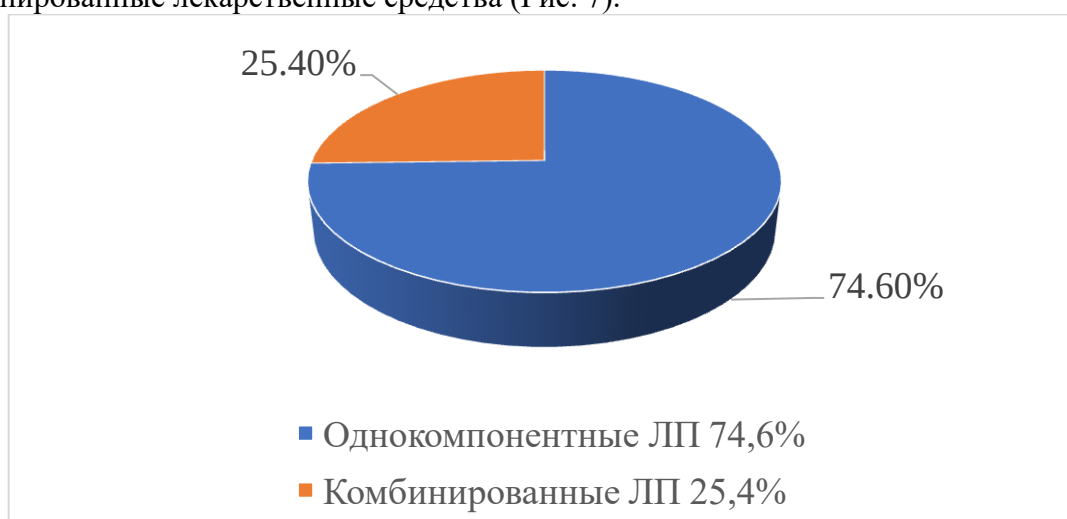


Рис. 7 Анализ лекарственных препаратов для лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки по составу, %

На основании полученных данных при проведении маркетингового анализа лекарственных препаратов для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, нами был составлен макроконтур российского фармацевтического рынка данной группы лекарственных препаратов, представленный на рисунке 8.

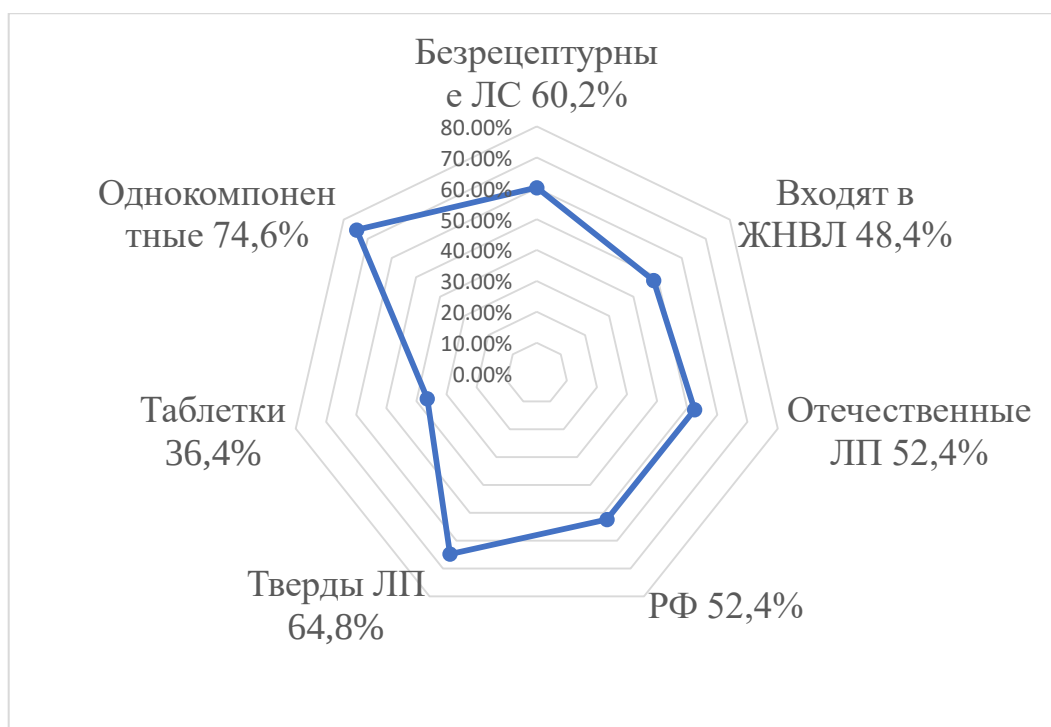


Рис. 8 Макроконтур лекарственных препаратов для лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, %

Выяснено, что большая часть препаратов, а именно 60,2% представлена лекарственными средствами безрецептурного отпуска, соответственно 39,8% отпускаются по рецепту врача. Так же нами определено, что практически половина, а именно 48,4% входят в перечень ЖНВЛС. Нами было выяснено, что большая часть наименований являются отечественными препаратами, а именно 52,4%, соответственно 47,6% производятся за рубежом. При более подробном анализе по странам-производителям выяснено, что препараты, производящиеся в Российской Федерации, составляют 52,4%, затем следует Индия – 17,8%, затем Германия – 8,5%, Франция – 6,2%, Словения – 4,4%, Швейцария – 3,1%, Канада – 1,4%, Бельгия – 2,2%, прочие – 4%. Нами определено, что большая часть представлена в виде твердых лекарственных форм – 64,8%, далее следуют препараты в жидком виде – 34,1%, так же есть незначительное количество в виде мягкой лекарственной формы – свечи – 1,1% (к примеру, свечи папаверина гидрохлорида, «Папазол» и другие). При анализе по видам лекарственных форм, получены следующие данные: на первом месте таблетки – 36,4%, далее следуют капсулы – 24,2%, растворы (как для внутреннего применения, так и для инъекционного) – 16,4%, суспензии – 14,2%, порошки – 8,8%, свечи – 1,8%. Так же нами был проведен анализ по составу. Выяснено, что большая часть, а именно 74,6% лекарственных препаратов являются однокомпонентными, соответственно 25,4% – комбинированные лекарственные средства.

Список использованных источников:

1. Мошкова, Л.В. Безрецептурный отпуск лекарственных средств в системе самопомощи и самопрофилактики/ Л.В. Мошкова, Э.А. Коржавых, Е.А. Федина. - М.: МЦФЭР, 2018. - 314 с.
2. Пиманов С.И. Эзофагит, гастрит, и язвенная болезнь. — Н. Новгород, 2020. — 376 с.
3. Шапошников А.В. Язвенная болезнь. Статистические наблюдения // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2019. — № 5. — С. 39.

АНАЛИЗ ПРЕМИАЛЬНЫХ БРЕНДОВ СИНБИОТИКОВ В ВЕТЕРИНАРИИ

Неговора Мартин Владимирович

Руководитель: Ткачёва Алёна Леонидовна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

В настоящее время ветеринарная промышленность пользуется большим спросом среди населения у жителей России. Основной и наиболее актуальной проблемой в сохранении животноводческого состава, являются дисбиотические расстройства. Представленная проблема актуальна во все времена и требуется создания все новых улучшенных препаратов, содержащих в своем составе бактерии или комплексы бактерий, направленные на укрепление здоровья и сохранение состава молодняка.

Результаты, полученные в ходе исследования могут быть использованы в практической ветеринарии для регулирования дисбиотических нарушений микрофлоры животных.

Синбиотики (эубиотики) – это комплексные соединения, состоящие пробиотиков и пребиотиков.

Они получают в результате соединения живых микробактерий с определенными субстратами, которые способствуют стимулированию роста.

Действие синбиотика направлено на создание полезной микрофлоры и обеспечение требуемых условий для ее развития в момент попадания внутрь живого организма.

Общую группу пробиотиков, в настоящее время принято делить на: пре-, про- и синбиотики. Количество синбиотиков для животных, зарегистрированных в России 89 штук, это составляет 28%. (Рис. 2).

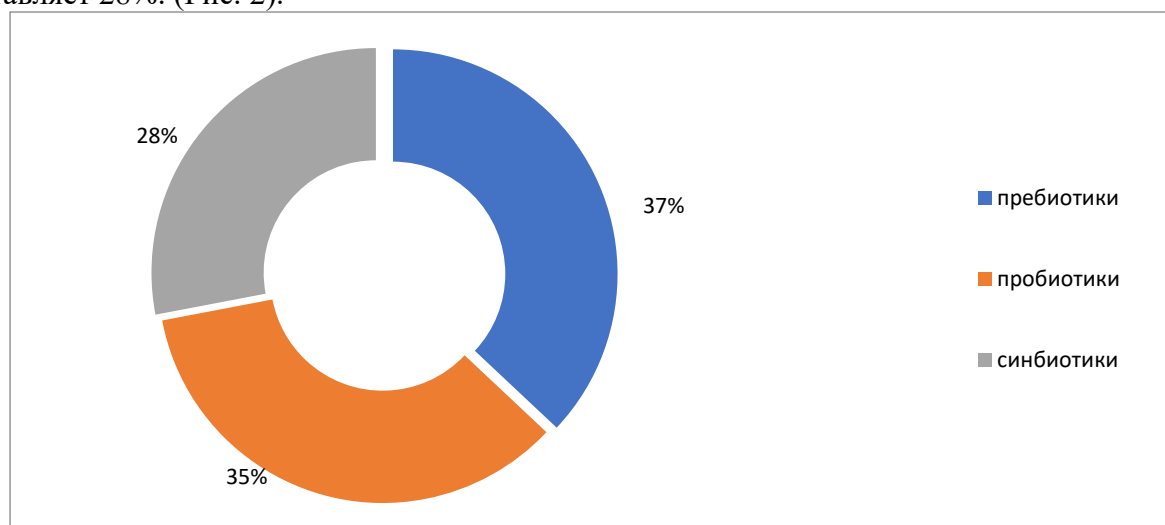


Рис.2. Структура рынка БАД, улучшающих пищеварение у животных, %

На долю препаратов отечественных производителей приходится 55% (Рис. 5).

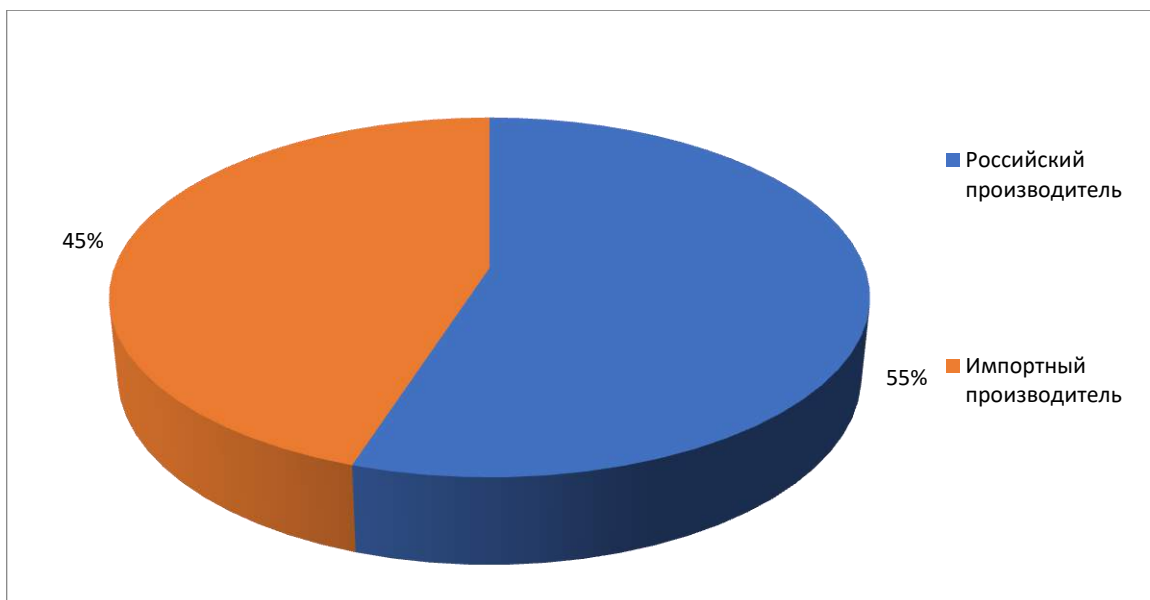


Рис.5. Структура рынка биопрепаратов для животных по производителю, %

На российском фармацевтическом ветеринарном рынке присутствуют компании из 45 стран мира, среди которых по объему представленных лекарственных средств лидируют производители из Великобритании, Нидерландов (Alfasan, Beafar), Германии (Bayer, Basf), Испании (Invesa, Syva), США, Франции (Merial, Seva Sante Animale). (Рис. 6).

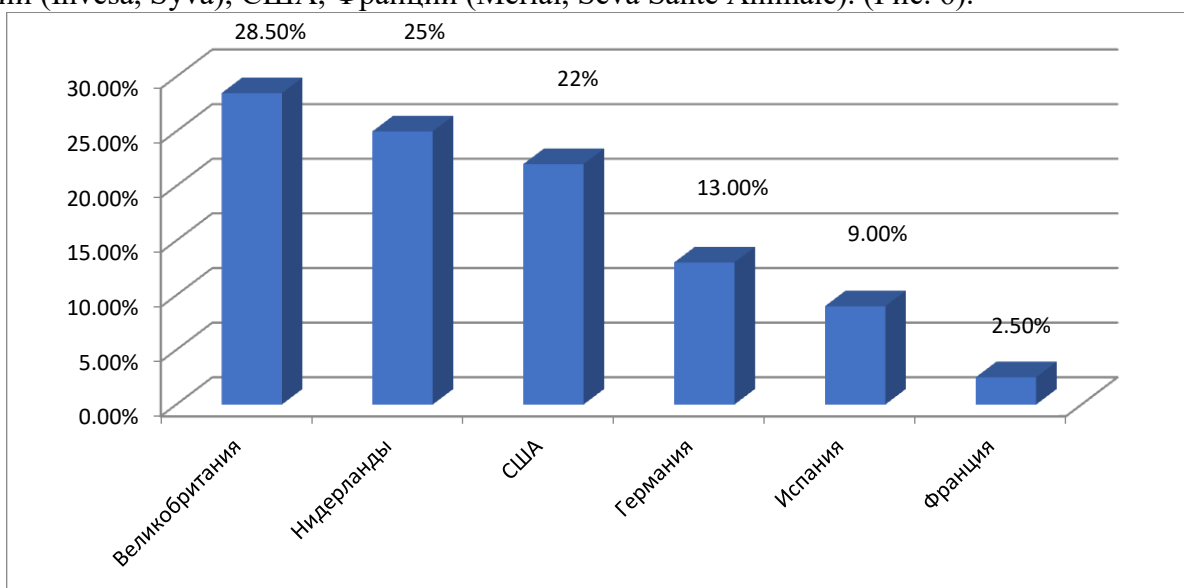


Рис.6. Структура рынка синбиотических препаратов среди зарубежных стран

На данный момент российские производители стремятся увеличить долю занимаемого рынка все больше. Лидерами продаж в натуральном выражении среди отечественных производителей являются компании:

- ООО «ВИК» (Простор, СБТ-Лакто плюс, СпасСим);
- ООО «Ветпром» (Лактосубтил-форте, Бифинорм, Споробактерин);
- ООО «Биовет» (Лакто 11, Пробиовет);
- ООО «Ветбиохим» (Биомин-СХЖ, Бифидум-СХЖ,);
- ООО «Симбио» (Субалин, Фитобактрин);
- ООО «Нита-фарм» (Интестевит, Бакттоферон).

(Рис. 7).

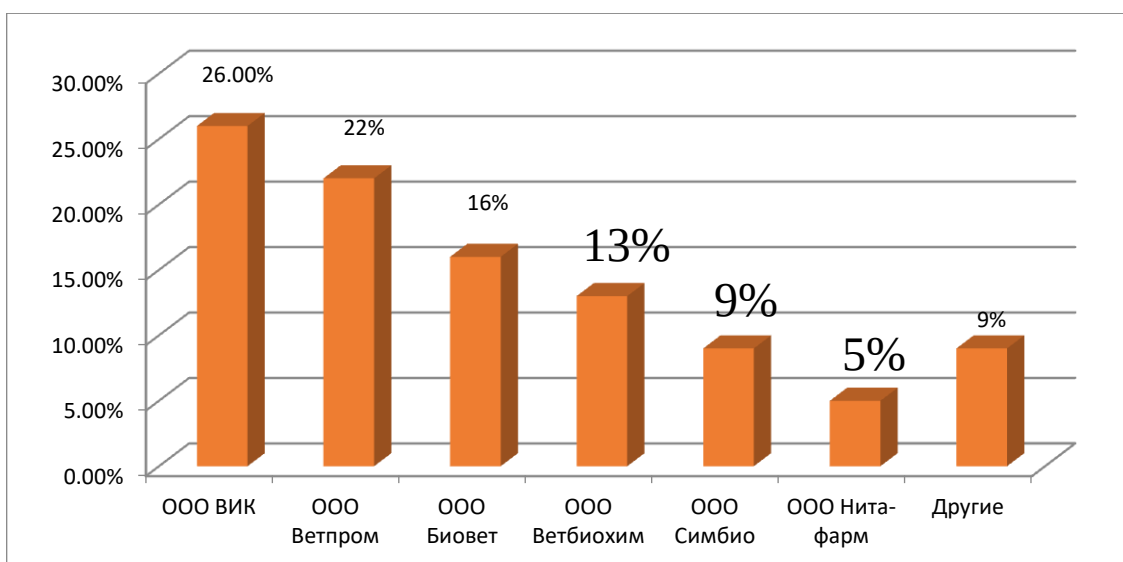


Рис.7. Доля продаж синбиотиков для животных в натуральном выражении среди российских производителей, %

По результатам исследований фармрынка синбиотиков в ветеринарии был составлен макроконтур. (Рис. 8).

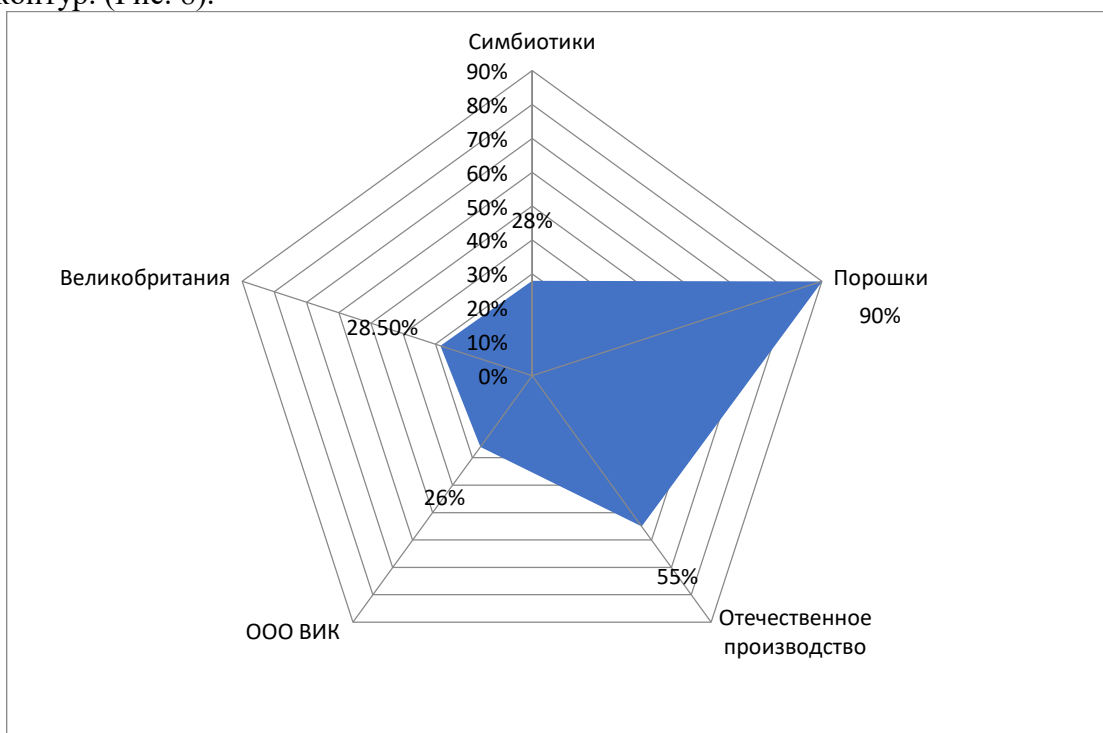


Рис.8. Макроконтур синбиотиков на ветеринарном фармацевтическом рынке России, %

Особое внимание привлекли 3 препарата синбиотиков: Лакто 11, Лактосубтил-форте, Простор.

Это наиболее популярные и эффективные, как показывают исследования, синбиотики, применяемые в птицеводстве.

Исследовались группы птиц по 50 голов в течение 21 дня.

В ходе исследования препараты оценивались по 3-х бальной системе, где наивысший балл - 3, наименьший – 1.

При проведении исследований нами сравнивались показатели, полученные ранее разработчиками кормовых добавок в лабораториях:

1. Состав синбиотика;
2. Прирост живой массы птицы за исследуемый период;
3. Сохранность поголовья за исследуемый период;
4. Наличие побочных эффектов;
5. Экономическая эффективность (общая стоимость биодобавки), которая применялась в течение 21 дня.

По результатам исследования симбиотик Простор получил большее количество баллов – 15.

Синбиотик Простор занял лидирующую позицию по своим основным показателям, следовательно, на данный момент это наиболее универсальный для птицы БАД.

Простор - кормовая синбиотическая добавка нового поколения, созданная на основе оригинального симбиоза бактерий в виде биопленок, пребиотиков и лекарственных трав.

Пробиотическая составляющая ПроСтора обеспечивает биозащиту организма, профилактику развития дисбактериозов, стимуляцию обменных и иммунных процессов.

Препарат разработан сотрудниками «Института проблем экологии и эволюции» им. А.Н. Северцова в Москве совместно со специалистами г. Шебекино, Белгородской обл.. Препарат прошел процедуру государственной регистрации, внесен в Реестр кормовых добавок и лекарственных средств для животных, имеет свидетельство о регистрации и сертификат соответствия.

Выводы

- ✓ Количество симбиотиков для животных, зарегистрированных в России 89 штук, это составляет 28% от общего числа пробиотиков.
- ✓ В структуре российского рынка синбиотических средств для сельскохозяйственных животных доминирующий объем в натуральном выражении приходился на порошковые препараты (доля сегмента составляла порядка 90%).
- ✓ В ассортименте симбиотиков присутствуют препараты как для приема разных групп с/х животных: КРС, свиньи, птицы, пушные звери, рыбы, так и для их общего использования.
- ✓ На российском фармацевтическом ветеринарном рынке присутствуют компании из 45 стран мира, среди которых по объему представленных лекарственных средств лидирует Великобритания 28,5%.
- ✓ Лидером продаж в натуральном выражении среди отечественных производителей является компания ООО «ВИК» 26%, симбиотиками которой являются Простор, СБТ-Лакто плюс, СпасСим.

Список использованных источников:

1. Бакулина Л.Ф. Пробиотики на основе спорообразующих микроорганизмов рода *Bacillus* и их использование в ветеринарии/ Л.Ф. Бакулина [Текст] // Биотехнология.-2019. - Т. 2. - 48-56с.;
2. Бондарева, Н. И. Микробиоценоз толстого кишечника крыс при пероральном применении зооглеи *Medusomyces gusevii* (чайный гриб) [Текст] / Н.И. Бондарева, Л. Д. Тимченко, Е. В. Алиева, Ю. М. Добрыня, Н. И. Гандрабунова, С. И. Писков, Л. И. Калмыкова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2017. – Т.12. №1 – 87-90с.
3. Гласкович, М.А. Влияние кормовых антибиотиков на кишечный микробиоценоз сельскохозяйственных животных: краткий аналитический обзор [Текст] / М. А. Гласкович, Е. А. Капитонова / Ученые записки УО ВГАВМ. – 2019. – Т. 46. – №. 1 - 194-197с.
4. Леснов А.П., Никитин С.И., Лазаревич А.Н. Современные биотехнологии переработки пивной дробины высокобелковые экологически безопасные корма. [Текст] // «Природообустройство» научно-практический журнал №4 2021 г., Москва, - 26-31с.;

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Некипелов Денис Вячеславович

Руководитель: Кычина Елизавета Сергеевна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

В последние время проблема нарушений пищевого поведения обрела особую актуальность во всем мире. Наблюдается данная патология чаще всего в подростковом возрасте. Именно в этот период формируются привычки, которые влияют на потребление пищи ежедневно. Не редко у детей они закладываются неверно. Происходит это из-за питания в кафе, фастфудах, или же вовсе отказа от еды в течение дня. Также, немалую роль играют влияния моды и подражание сверстникам.

Расстройства пищевого поведения – это серьезные психологические заболевания с большими последствиями. Данные расстройства приводят к серьёзным нарушениям работы организма. После лечения главной проблемы, пациенту приходится восстанавливать и другие системы, такие как: нервная, эндокринная, пищеварительная. Нередко расстройства пищевого поведения приводят к летальному исходу.

Как правило, родители не особо контролируют этот процесс, а дети тщательно его скрывают. Статистика расстройств пищевого поведения среди молодежи показала, что 46% детей 9–11 лет большее предпочтение отдают диетам; 35 – 57% девочек-подростков самостоятельно вызывают рвоту, сидят на жесткой диете, голодают.

Выделяют 3 основные направления в нарушении пищевого поведения: анорексия, булимия, переедание.

При анорексии подростки опасаются лишнего веса. Поэтому предпочитают и вовсе отказываться от пищи. Не имея представления о своем организме, прибегают к диетам, вызыванию рвоты, голоданию.

Дети с булимией, напротив, не могут контролировать количество употребляемой пищи. После ее приема используют меры для неестественного очищения организма, из-за этого их вес непостоянный.

Переедание – это неуправляемое поглощение еды выше полагаемой нормы.

В ходе проведения исследования был проведен анкетный онлайн-опрос детей, проживающих на территории Белгородской области, а также их родителей. В проведенном анкетировании на вопросы отвечали подростки в возрасте от 10 до 17 лет включительно.

В ходе исследования выяснилось, что большая часть детей, а именно – 65,5% имеет нормальную массу тела, у 18,6% подростков наблюдается недостаточная масса тела, 8,6% – с выраженным дефицитом, 3,4% – находятся в стадии предожирения и 1,7% страдает ожирением 3 стадии (рис. 1).



Рис. 1. Индекс массы тела участников исследования

Нами была выявлена следующая тенденция: 32,8% респондентов чаще всего, школьники, имеющие нормальный показатель ИМТ, принимают пищу 1-2 раза в день и 2-3

раза – 20,7%, дети с различной степенью дефицита массы тела утверждают, что принимают пищу от 2 до 3 раз в день – 15,5% (рис. 2).

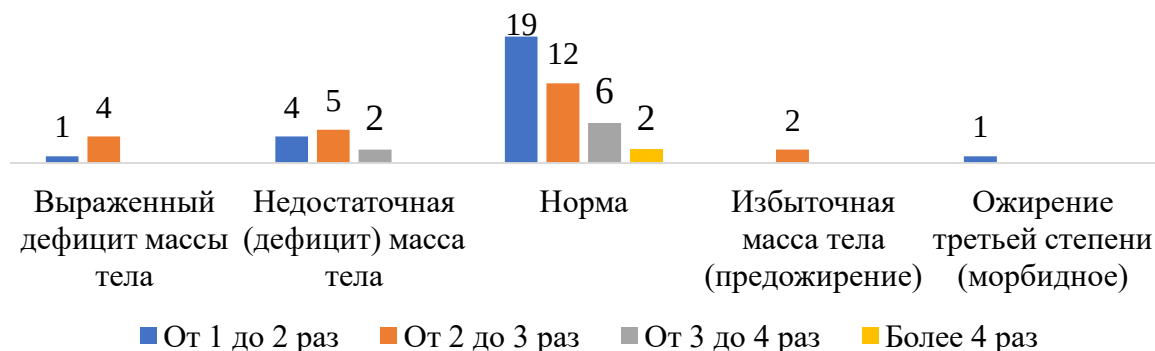


Рис.2. Сопряжение вопроса «Обычно, за день Вам удается полноценно поесть (без учета перекусов) ...» с ИМТ респондентов

Как показало наше исследование, 40% опрошенных никогда не пропускают ужин или делают это время от времени, 55% отметили, то время от времени отказываются от перекусов, 36% подростков постоянно остаются без полдника (рис. 3).

Из числа детей, которых критиковали, за их полноту, пытались изменить данную ситуацию: правильным питанием – 31,3%; спортом – 18,8%; диетами – 12,5%; отказом от пищи – 6,3%; обращением к специалистам – 6,3%. Ничего не пытались изменить – 25% опрошенных (рис. 4).

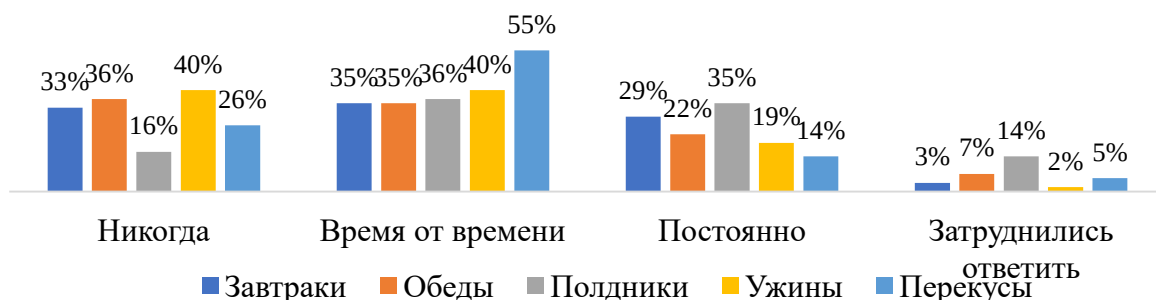


Рис.3. Распределение ответов на вопрос: «Как часто вы пропускаете приемы пищи: завтраки, обеды, ужины, перекусы между основными приемами пищи»



Рис. 4. Распределение ответов респондентов, столкнувшихся с критикой в отношении их полноты, на вопрос: «Укажите, пожалуйста, пытались ли Вы как-то изменить эту ситуацию»

Ответы респондентов, которые столкнулись с критикой в отношении их худобы, но пытались, как-то это изменить разделились следующим образом: 31,3% правильно питались; 18,8% много ели; 18,8% занимались спортом. Не пытались изменить ситуацию 31,3% (рис. 5).



Рис. 5. Распределение ответов респондентов, столкнувшихся с критикой в отношении их худобы, на вопрос: «Укажите, пожалуйста, пытались ли Вы как-то изменить эту ситуацию»

В ходе исследования было обнаружено, что 51,7% анкетированных за последние 3 месяца попадали в стрессовые ситуации время от времени, 24,1% находились в стрессе часто, 20,7% не попадали в стрессовые ситуации и 3,4% затруднились дать ответ (рис. 6).

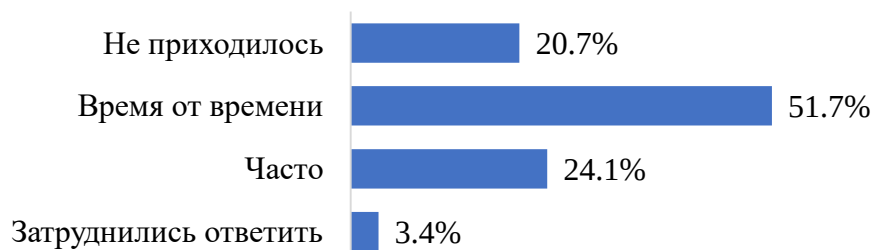


Рис. 6. Распределение ответов на вопрос: «За последние 3 месяца Вам приходилось попадать в стрессовые ситуации?»

Проводя анализ анкет родителей, можно отметить следующее, 40% анкетированных не слышали о таком расстройстве как нарушение пищевого поведения, 33,3% ответили, что слышали об этом, и лишь 16,6% знают хорошо, а 10% респондентов затрудняются дать ответ (рис.7).

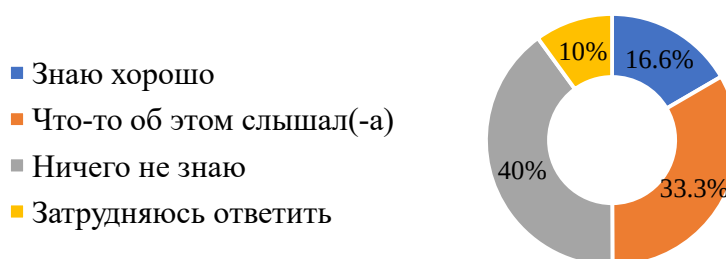


Рис.7. Распределение ответов на вопрос: «Вы знаете о таком заболевании как нарушение пищевого поведения?»

На вопрос «Вы когда-либо замечали отклонения в пищевом поведении у Вашего ребенка?» респонденты ответили следующим образом: 40% замечали, 50% не замечали, 10% затруднились дать ответ (рис.8).

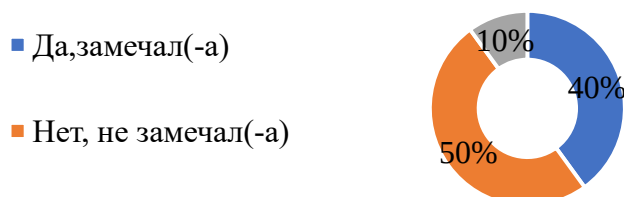


Рис.8. Распределение ответов на вопрос: «Вы когда-либо замечали отклонения в пищевом поведении у Вашего ребенка?»

Анализируя действия родственников, которые заметили нарушения пищевого поведения своего ребёнка, мы видим, что 41,6% обращались к врачам, 25% заставляли больше есть, 16,6% отправляли на спортивные секции и 16,6% ничего не делали (рис.9).

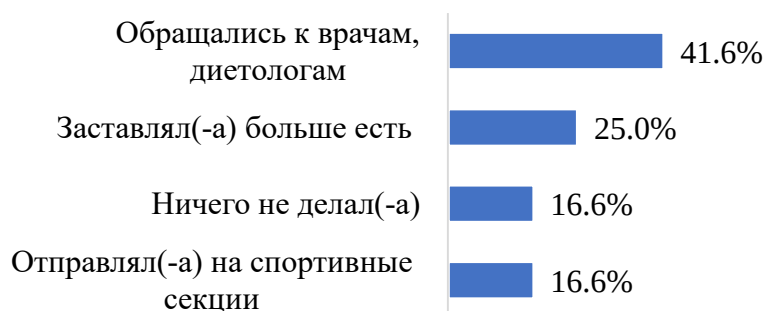


Рис9. Распределение ответов на вопрос: «Предпринимали ли Вы какие-либо попытки изменить сложившуюся ситуацию?»

Нарушение пищевого поведения – серьезное заболевание, которое требует грамотного лечения. Родителям не следует заниматься самолечением, так как чаще всего это расстройство идет в паре с другими заболеваниями.

Расстройство пищевого поведения представляет собой нарушения, проявляемые изменением пищевых привычек и искажением восприятия своего тела, поэтому данное заболевание требует комплексного подхода и качественного лечения.

Пренебрежение здоровьем, попытки самостоятельно справиться с данной проблемой приводит к расстройству жизненных функций, что в итоге ведет к летальному исходу.

Список использованных источников:

1. Балакирева, Е.Е. Нарушения пищевого поведения у детей и подростков [Текст] / Е.Е. Балакирева // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2020. – №4. – С. 38-41.
2. Воронов, Н.А. Еда и здоровый образ жизни [Текст] / Н.А. Воронов // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2018. – №6-1. – С. 64-67.
3. Горюнова, А.В. Нарушения пищевого поведения у детей раннего возраста / А.В. Горюнова, Н.А. Воронкова, Н.А. Боброва // Сухаревские чтения. Расстройства пищевого поведения у детей и подростков. – М.: Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой, 2019. – С. 69-72.
4. Шабанова, Т.Л. Исследование нарушений пищевого поведения у лиц юношеско-студенческого возраста [Текст] / Т.Л. Шабанова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – №9. – С. 91-95.
5. Расстройство питания: виды, симптомы, лечение / Международный институт интегративнойнутрициологии [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://miin.ru/blog/rasstroystvo-pitaniya/>

ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОДУКЦИИ ФИРМЫ «ФАРМТЕК»

Неустроева Наталья Юрьевна

Руководитель: Коваленко Евгения Васильевна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

Каждый человек в современном мире стремится к совершенству, обладать красивой кожей, крепкими ногтями и здоровыми волосами. Но в настоящее время экологическая обстановка оставляет желать лучшего и добиться хороших результатов очень сложно. Неблагоприятные факторы и химические выбросы негативно влияют на состояние кожи и

волос. Многие люди в последнее время всё чаще сталкиваются с проблемами сухости кожи, угревой сыпью, грибковыми заболеваниями, а также перхотью. Чтобы избавиться от этих недугов люди зачастую прибегают к косметическим средствам. В отличие от лекарственных средств – косметические средства имеют меньше побочных действий и подходят для длительного применения [2, с. 97].

Важным аспектом выбора необходимого средства является его состав. Потребители отдают своё предпочтение косметической продукции, которая имеет натуральный состав. Российский рынок косметических средств широко представлен различными средствами, но большинство такой продуктов содержат вредные или токсичные вещества и не имеют доказанной эффективности, а лечебное действие вообще остаётся под вопросом [1, с. 178].

Для решения дерматологических проблем компанией «Фармтек» была создана фармацевтическая продукция, которая смогла бы отвечать всем требованиям потребителей. Косметические средства этой фирмы не содержат токсичных для кожи веществ (парабенов, фталатов, спирта и др.), в состав входят гипоаллергенные компоненты, а также имеет высокое качество и клинически доказанную эффективность. При этом средства этой фирмы имеют доступную ценовую политику. Линейка косметических средств фирмы «Фармтек» постоянно совершенствуется, выпускает новинки, а также компания осваивает различные виды рынка для продвижения своего товара [3].

Для изучения потребительских предпочтений косметических средств фирмы «Фармтек» был проведен социологический опрос в виде анкетирования. В опросе участвовало 25 респондентов, которые обращались в аптеку за продукцией «Фармтек». Им была предоставлена анонимная анкета, состоящая из 7 вопросов. На основании полученных данных косметические средства исследуемой фирмы в большей степени приобретались для потребителей в возрасте от 14 до 49 лет – 36%, от 0 до 2 лет – 24%, от 3 до 18 лет – 12% и для людей старше 50 лет - 28% (Рис. 1).

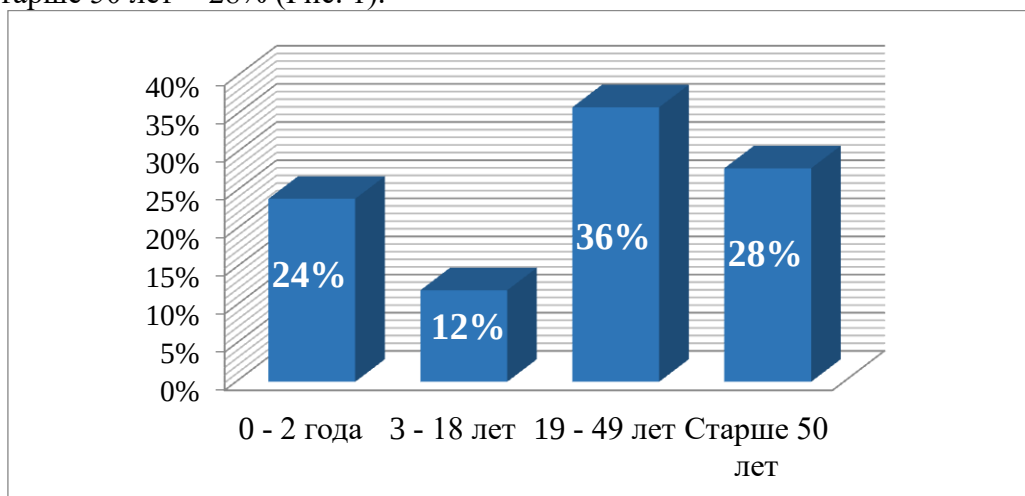


Рис. 1. Распределение потребителей по возрастному критерию, %

По гендерному признаку основная часть потребителей оказались женщины, их 72 %, мужчины – 28% (Рис. 2).

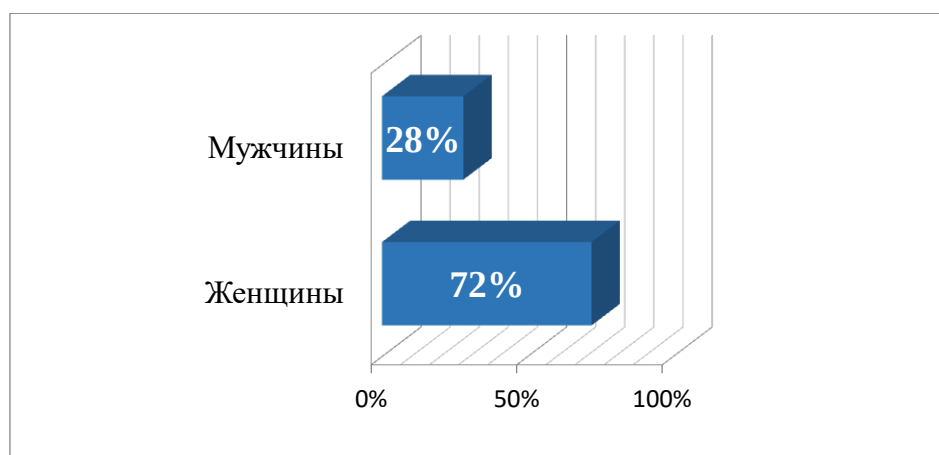


Рис. 2. Распределение потребителей по гендерному признаку, %

На основе анализа по области применения, 72% респондентов нуждаются в косметической продукции «Фармтек» для лечения кожи, 16% - ногти, 12% - волосы (Рис. 3).

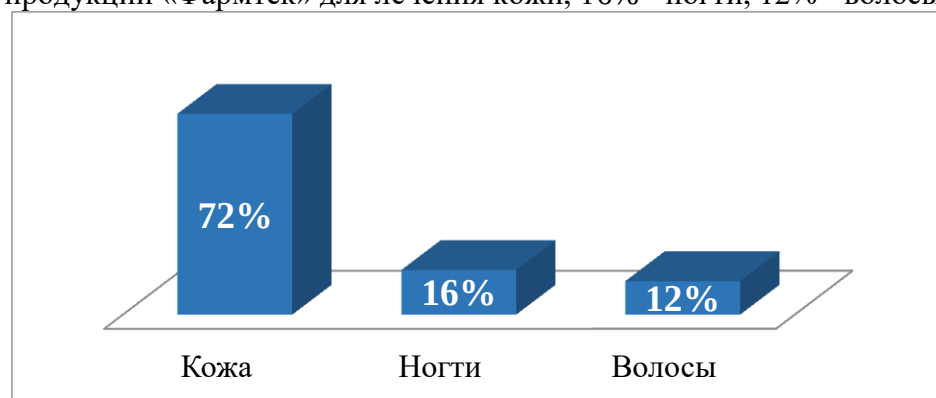


Рис. 3. Распределение потребителей по области применения, %

Далее в результате опроса при выборе лечебного косметического средства потребители обращают больше внимания на состав – 40% опрошенных, на цену – 32%, на страну производителя – 16%, на внешний вид – 8%, и на бренд – 4% (Рис. 4).

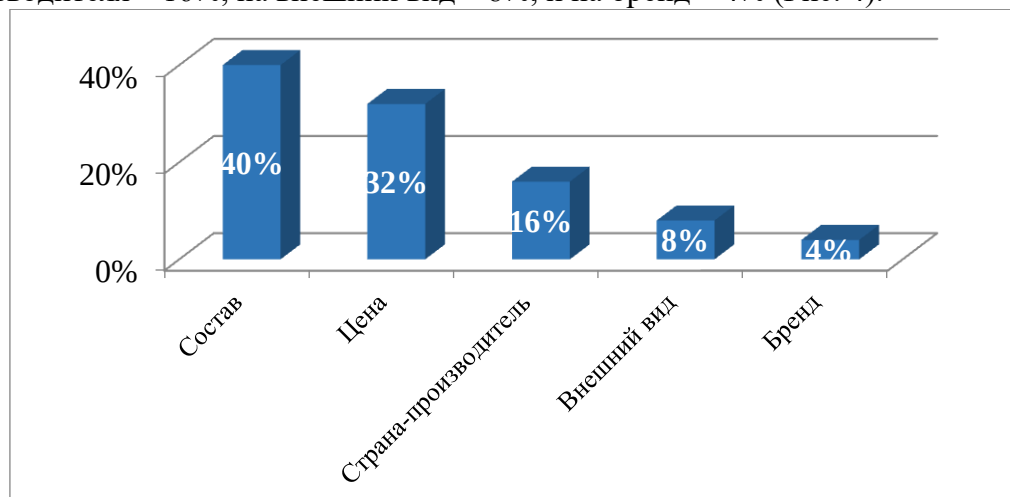


Рис. 4. Распределение потребителей по критерию выбора продукции «Фармтек», %

При анализе опроса по способам осведомлённости было установлено, что о продукции компании «Фармтек» потребители узнали от фармацевтического работника – 36%, от врача – 28%, из рекламы – 24% и по совету знакомых 12% (Рис. 5).

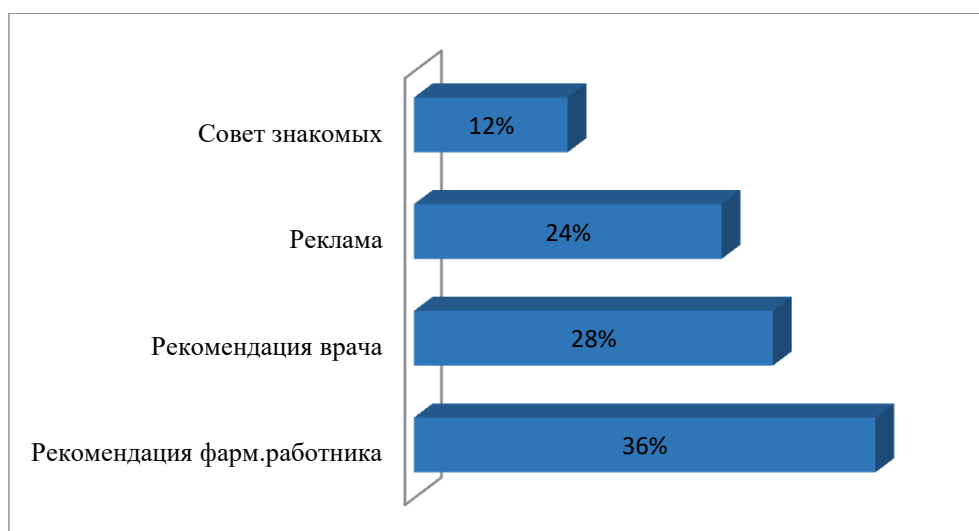


Рис. 5. Распределение потребителей по способу осведомлённости о продукции «Фармтек», %

В зависимости от длительности применения анализ показал, что 36% потребителей приобретают продукцию «Фармтек» в первый раз, 44% пользуются меньше года, 20% используют достаточно длительно (Рис. 6).

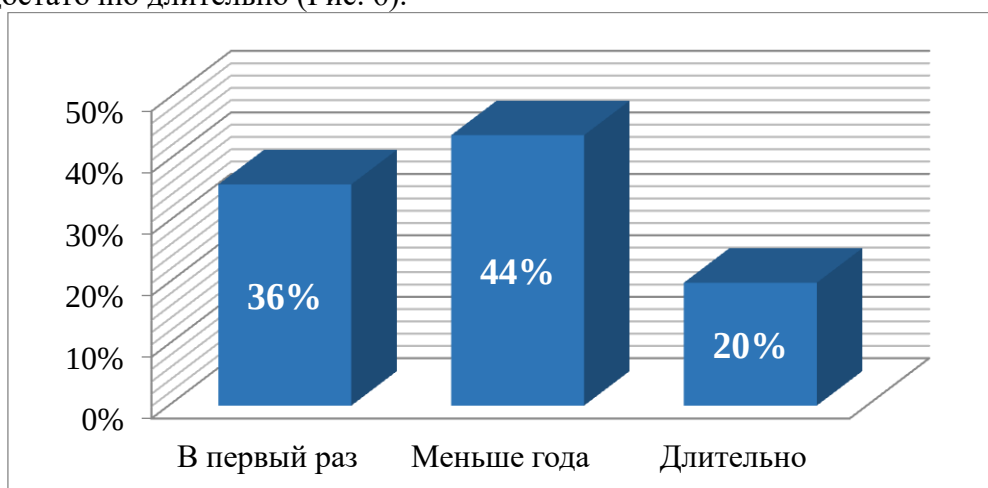


Рис. 6. Распределение потребителей по длительности применения, %

Проанализировав предпочтения потребителей по месту приобретения товаров фирмы «Фармтек», было установлено, что 40% опрошенных отдают предпочтение аптеке, 36% заказывают продукцию через интернет-аптеки, 18% приобретают на маркетплейсах и 6% в розничных магазинах (Рис. 7).

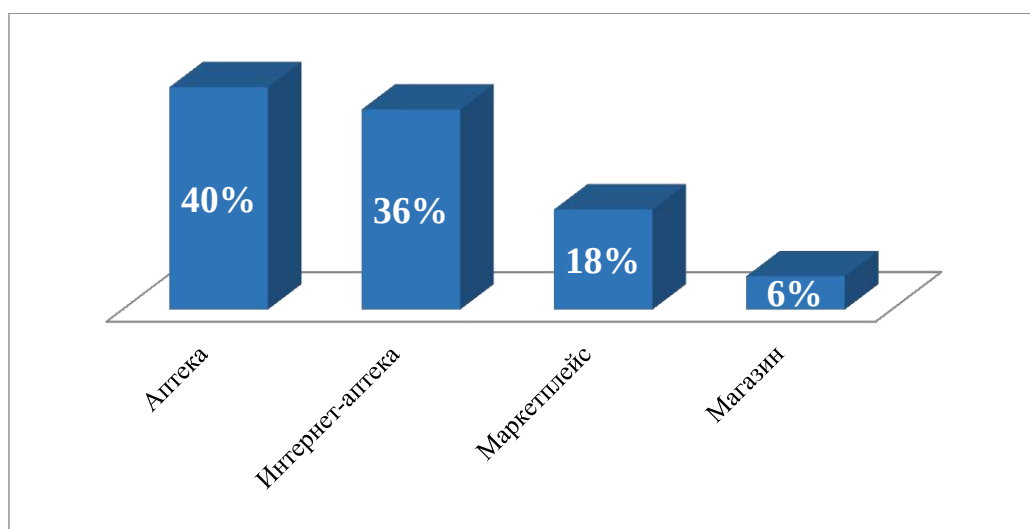


Рис. 7. Распределение потребителей по предпочтению места приобретения, %

Исходя из проведённого анализа, был составлен контур предпочтений потребителя продукции «Фармтек». Косметические средства исследуемой фирмы предпочитают чаще всего женщины; возраст потребителей 19 - 49 лет; по области применения это средства для кожи; при выборе большее внимание обращают на состав; покупают клиенты продукцию по рекомендации фарм. работника; период использования - меньше года; и предпочитают покупать чаще всего в аптеке (Рис. 8).

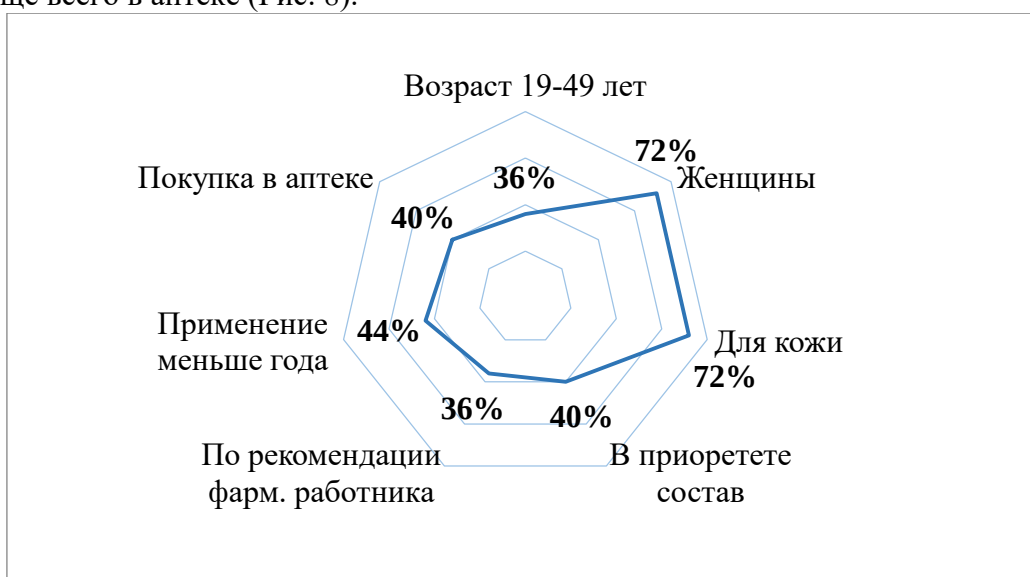


Рис. 8. Контур предпочтений потребителей продукции «Фармтек»

Список использованных источников:

1. Горланов, И.А. Детская дерматология / И.А. Горланов, Л.М. Леина, И.Р. Милявская, Д.В. Заславский; под ред. И. А. Горланова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 676 с. - ISBN 978-5-9704-6482-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464823.html>
2. Дрибноход, Ю.Ю. Косметика и косметология от А до Я: справочник / Ю.Ю. Дрибноход. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 392 с. - ISBN 978-5-9704-6068-9. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460689.html>
3. Фармацевтическая компания Фармтек [Электронный ресурс]: официальный сайт компании - Режим доступа: <https://pharmtec.ru>

ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНОГО КОНТРОЛЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Овакимян Анна Грачевна

Руководитель: Луханина Елена Михайловна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

Актуальность темы заключается в том, что заболеваемость в России, в том числе и Белгородской области, растет каждый день и до сих пор вносит коррективы в жизнь человека, а патогенез COVID-19 еще недостаточно изучен. Эффективность работы в данном направлении напрямую зависит от своевременных и качественных лабораторно-диагностических мероприятий.

Цель работы – выявить динамику результатов лабораторного обследования у пациентов с подозрением на новую коронавирусную инфекцию (НКИ).

«Проблема заболеваемости инфекционными заболеваниями приобрела еще большую актуальность на фоне новой коронавирусной инфекции COVID-19 (НКИ), которая ассоциируется с высокой смертностью, ее основными причинами могут быть дыхательная недостаточность (ДН), острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), тромботические осложнения и др.» [1].

Согласно постановлению Правительства РФ от 31 января 2020 г. № 66: «SARS-CoV-2 включить в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, наряду с особо опасными инфекциями» [1].

«Уже с марта 2022 года статистика заболеваемости коронавирусом в Белгородской области заметно снижалась. Больницы и поликлиники, работающие в ковидном режиме, перешли на штатный режим работы, в регионе сворачивали койки для заболевших коронавирусом. Пик заболеваемости в Белгородской области пришёлся на начало 2022 года. Смертельная статистика в январе была максимальной – за месяц умерли 184 человека» [6].

«По данным 19 сентября 2022, всего в мире заразились 617384135 человек, выздоровело 597075121, умерло 6531202, болеющих 13777812 человек

В России 20488583 случаев, умерло 386 136, выздоровело 19425631. 2285 человек умерло в Белгородской области от COVID-19 за всё время» [2] (Рис. 1).

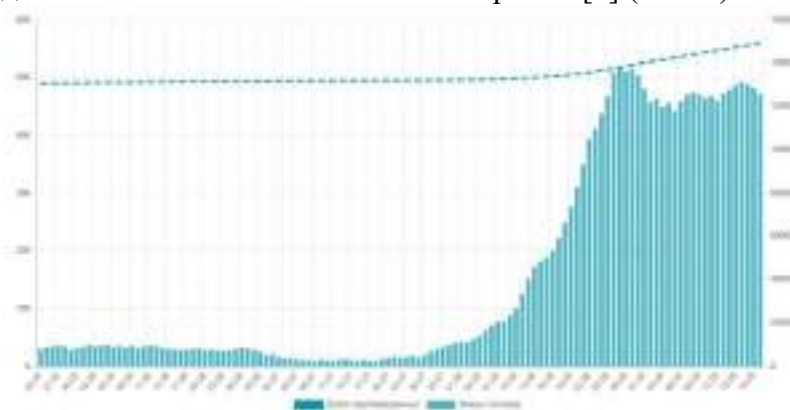


Рис. 1. Заболеваемость НКИ в Белгородской области

«Успешное применение тех или иных методов лабораторной диагностики определяется в первую очередь знаниями об особенностях инфекционного процесса и биологии самого возбудителя» [4].

Метод ПЦР в режиме реального времени признается золотым стандартом лабораторной диагностики инфекции, вызванной коронавирусом SARSCoV-2. «Лабораторная диагностика с ОТ-ПЦР может быть использована для получения лабораторного подтверждения клинического диагноза COVID-19; при принятии решения о помещении/снятии пациента с самоизоляции; для скрининга асимптоматических лиц среди

контактов пациентов с COVID-19; с целью проведения дифференциальной диагностики у людей с неясными респираторными симптомами» [5].

«Иммуноферментный анализ (ИФА) позволяет детектировать антитела к коронавирусу SARS-CoV-2 и проводится в условиях оборудованной лаборатории. Иммунохроматографический метод в виде экспресс-тестов может использоваться для обнаружения противовирусных антител и вирусспецифических антигенов «у постели больного» [3].

«РНК вируса присутствует в образцах биологического материала в первые дни после заражения, включая период до возникновения клинических симптомов, и может быть обнаружена с помощью методов генодиагностики вплоть до 14 суток с момента заражения. С 3-4 дня от начала заболевания начинается выработка антител к возбудителю, концентрация которых в крови достигает детектируемых уровней после 5 – 8 суток с момента появления клинических симптомов. В этот период, когда выявление РНК уже гораздо менее эффективно, определенная роль отводится серологическим методам» [5].

Таким образом, данные две группы методов являются взаимодополняющими, и их сочетанное использование позволяет получать наилучшие результаты.

Исследование проводилось в ОГБУЗ «Городская поликлиника г. Белгорода». Для исследования были взяты данные из единого реестра coll-центра, созданного для информирования граждан о коронавирусной инфекции, за ноябрь 2021 года и первой половины апреля 2022 г.

Всего было обследовано за ноябрь 2021 года 1122 человека (Рис. 2).

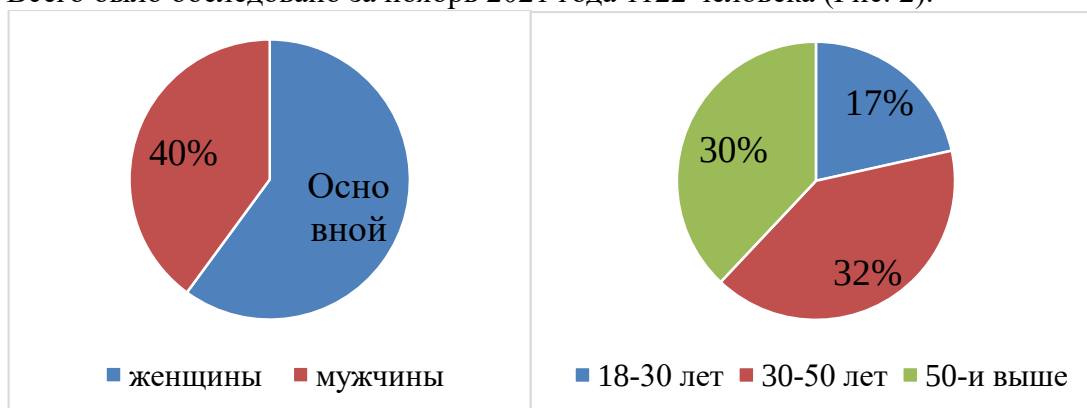


Рис. 2. Половой и возрастной состав обследованных пациентов

Всем пациентам проводился анализ ПЦР-мазков из ротоглотки и носоглотки, пробы брались у пациентов на дому. Исследования этой категории граждан проводились многократно.

При первичном исследовании из 1122 анализов 147 отрицательных результатов, а 975 положительных (13% - отрицательных, 87% положительных) (Рис. 3).



Рис. 3. Результаты первичного обследования пациентов

При повторных исследованиях (двухкратное и трехкратное) было выявлено, что из всех отрицательных у 9 человек были получены ложноотрицательные результаты, а из всех положительных у 333 человек ложноположительные, что составило 6% и 34% соответственно (Рис. 4).

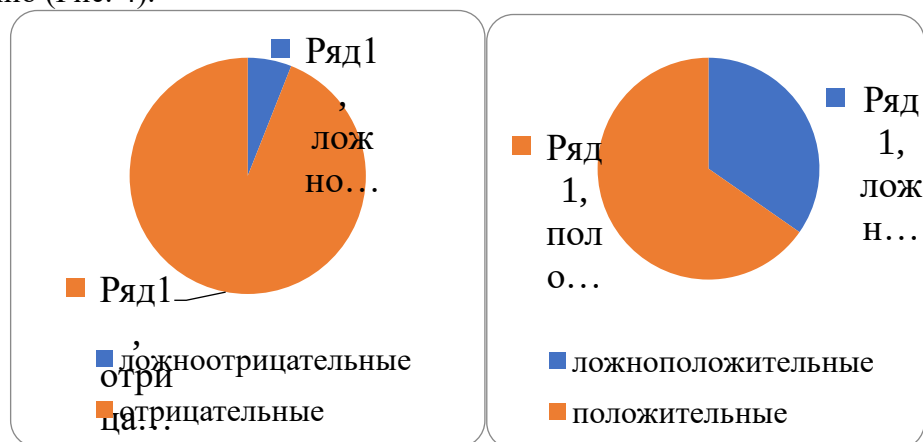


Рис. 4. Количество ложноотрицательных и ложноположительных результатов

Таким образом, лишь незначительная часть (6%) отрицательных результатов являются ложноотрицательными. Что незначительно влияет на выявляемость и статистику заболеваемости НКИ. При повторных ПЦР исследованиях положительных результатов выявляется почти треть (34%) ложноположительных. Это значит, что у трети пациентов не подтвердился диагноз НКИ.

Выводы:

1. Для подтверждения текущей болезни COVID-19 необходимо проведение теста амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР тест).
2. Многократные повторные ПЦР исследования позволяют с большей достоверностью диагностировать НКИ: после 2-3 кратного ПЦР исследования 1122 пациентов с подозрением на НКИ подтвердился диагноз у 842 человек (75%). А при однократном исследовании положительный результат был у 87%.

Список использованных источников:

1. Абрамова, Л.П. Реабилитация в интенсивной терапии. Клинические рекомендации [Текст]: Учеб. Для СПО / Л.П. Абрамова, Д.П. Гольцева, Л.С. Коротаева. – М.: Просвещение, 2019. – 320с.
2. Евсеев, А.Г. Временное руководство по рациональному использованию средств индивидуальной защиты от коронавирусной болезни (COVID-19) и соображения применительно к ситуации их острой нехватки [Текст] / А.Г. Евсеев. – М.: Эксмо, 2021. – 1328 с.
3. Зотова, С.Н. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Справочник студента [Текст] / Сост. В 15 С.Н. Зотова. – Ростов-на-Дону: ООО «Издательство. БАРО-ПРЕСС», 2020. – 448с.
4. Мельников, А.Л. Анестезиолого-реанимационное обеспечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 [Текст] / А.Л. Мельников, А.В. Родионов. – М.: Эксмо, 2021. – 400 с.
5. Никитин, Г.С. Реабилитация в интенсивной терапии: учебное пособие [Текст] / Г.С. Никитин. – М.: Инфра - М, 2019. – 451 с.
6. Коронавирус в Белгородской области: статистика за 2022 год. Открытый Белгород. <https://openbelgorod.ru/news/covid/2022-08-11/koronavirus-v-belgorodskoy-oblasti-statistika-za-2022-god-288982>

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Сафронова Елизавета Евгеньевна

Руководитель: Борзых Елена Анатольевна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

Сахарный диабет (СД) - неинфекционная эпидемия, которая является одним из опаснейших вызовов всему человечеству в XXI веке. Согласно экспертной оценке, каждые 15 лет число больных диабетом удваивается, и остановить этот прирост пока не удастся.

По последним данным, численность больных СД в мире за последние 10 лет увеличилась более, чем в 2 раза, и к концу 2019 года превысила 463 млн человек. Согласно прогнозам Международной диабетической федерации к 2030 году СД будет страдать 578 человек, а к 2045 году – 700 млн человек [2, с. 54].

Широкий ассортимент инсулиносодержащих препаратов, отсутствие полноценного контроля над заболеванием, а также появление новых лекарственных средств послужили основанием для проведения фармакоэкономических исследований. Определенную роль в выявлении рациональных точек приложения для этих исследований может сыграть анализ ассортимента лекарственных препаратов.

Целью исследования является фармакоэкономический анализ лечения сахарного диабета.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи: ознакомиться с медико-социальными аспектами заболеваемости сахарным диабетом; провести анализ ассортимента лекарственных препаратов для лечения сахарного диабета; составить социально-демократический портрет больного сахарным диабетом; выполнить анализ фармакотерапии сахарного диабета.

Объект исследования: лекарственные препараты для лечения сахарного диабета. Предмет исследования: ассортимент лекарственных препаратов для лечения сахарного диабета и деятельность фармацевтических и медицинских организаций.

Сахарный диабет (СД) – это хроническое заболевание, обусловленное абсолютной или относительной инсулиновой недостаточностью, приводящей к нарушению всех видов метаболизма (прежде всего, углеводного - гипергликемия), поражению сосудов (ангиопатии), нервной системы (невропатии) и патологическим изменениям в различных органах и тканях.

Заболевание сахарный диабет 1 типа может экстраполироваться на протяжении многих лет и иметь длительный скрытый период, невзирая на традиционно-резкое начало заболевания.

Заместительная инсулинотерапия - единственный метод лечения СД 1-го типа в условиях абсолютного дефицита инсулина. В клинической практике используют разные виды инсулинов. Следует помнить, что в России применяют только генно-инженерные инсулины человека или аналоги инсулина человека. Инсулинотерапию всегда назначает врач. Он подбирает вид инсулина и его дозу. При лечении СД 1-го типа используют базис-болюсный принцип инсулинотерапии, включающий множественные инъекции инсулина [1, с. 132].

На данный момент в Российской Федерации зарегистрировано 69 наименований действующих веществ инсулина, применяемых для лечения сахарного диабета 1 типа. Более подробно мы описали в таблице 1.

Таблица 1.

Лекарственные препараты (содержащие инсулин) для лечения СД I типа

№ п/п	Наименование действующего вещества	Количество действующих веществ, шт	Количество препаратов, шт
1	Инсулин аспарт	5	5
2	Инсулин аспарт двухфазный	5	5
3	Инсулин гларгин	6	8
4	Инсулин гларгин+Ликсисенатид	1	1
5	Инсулин глулизин	2	2
6	Инсулин двухфазный [человеческий генно-инженерный]	7	7
7	Инсулин двухфазный [человеческий полусинтетический]	1	1
8	Инсулин деглудек	1	1
9	Инсулин деглудек+Инсулин аспарт	1	1
10	Инсулин деглудек+Лираглутид	1	1
11	Инсулин детемир	2	2
12	Инсулин лизпро	4	5
13	Инсулин лизпро двухфазный	3	3
14	Инсулин растворимый [человеческий генно-инженерный]	13	14
15	Инсулин растворимый [человеческий полусинтетический]	1	1
16	Инсулин-изофан [человеческий генно-инженерный]	14	15
17	Инсулин-изофан [человеческий полусинтетический]	1	1
18	Инсулин-изофан двухфазный (человеческий генно-инженерный)	1	1
19	Итого:	69	74

Проведя маркетинговый анализ препаратов, содержащих инсулин, был составлен макроконтур рынка препаратов инсулина на фармацевтическом рынке. Определено, что основным действующим веществом для лечения сахарного диабета I типа является Инсулин-изофан [человеческий генно-инженерный] – 24,14%, из которых составляет большую часть Импортного производства – 56,76% и среди импортных лекарственных средств лидирует Дания – 38,1%. Для более лучшего усваивания препарата организмом в основном используют инсулин по происхождению - генно-инженерный (человеческий) - 64,86%, ЛФ в виде раствора для подкожного и внутривенного введения – 55,4%, по продолжительности действия - короткого – 36,49% (Рис.).

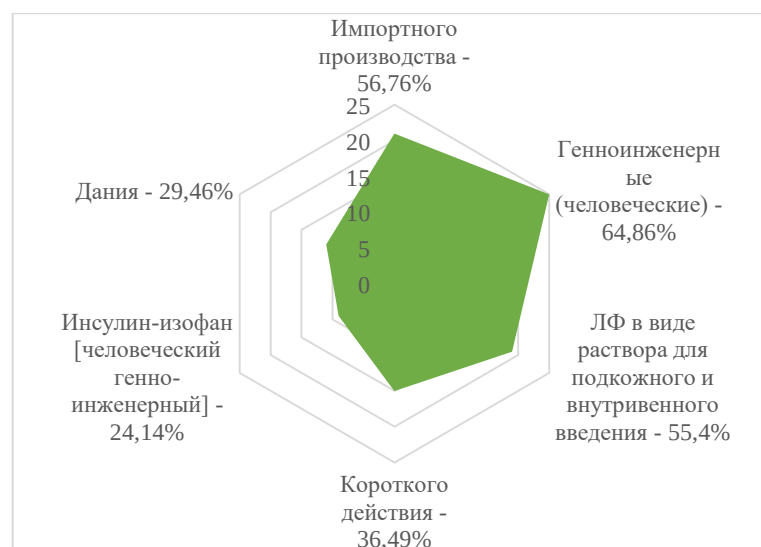


Рис.1. Макроконтур препаратов инсулина на региональном фармацевтическом рынке, %

В настоящий момент в Белгородской области страдают заболеванием сахарный диабет более 57,634 тысячи человек и из них сахарным диабетом 1 типа – 3,399 тысяч человек, и в том числе подростки – 112, дети – 379.

Выяснено, что по распространённости сахарный диабет 1 типа занимает третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Также он влечёт за собой поражение глаз, почек, сердца, сосудов нижних конечностей. И в следствии этого, приводит к таким заболеваниям, как слепота, инфаркт миокарда, инсульты и ампутации.

Исходя из всестороннего исследования социальных, медико-демографических и региональных особенностей, был сделан вывод по социально-демографическому портрету, имеющих заболевание сахарный диабет 1 типа.

Определено, что в связи с различающимися иммунными реакциями сахарным диабетом 1 типа чаще всего болеют мужчины - 53,5%, в возрасте 30-34 года - 12,4%, к сопутствующим заболеваниям относится наследственный характер – 50 % и причина смерти больных СД 1 типа большую часть составляет хроническая сердечно-сосудистая недостаточность (16,37%). Так же в связи с изменением образа жизни населения заболевание сахарный диабет 1 типа больше является приобретенным – 67% и определено, что жители сельской местности меньше болеют этим заболеванием – 15,5% по причине скорее всего того, что жители имеют свои земельные участки, на которых они могут выращивать экологически-чистые продукты и больше физически двигаться.

На основании типа и степени заболевания сахарного диабета жители РФ имеют социальную льготу и имеются основополагающие документы – Приказ Минздрава России от 01.10.2020 N 1053н «Об утверждении стандартов медицинской помощи взрослым при сахарном диабете 1 типа» и Приказ Минздрава России от 22.01.2021 N 22н «Об утверждении стандарта медицинской помощи детям при сахарном диабете 1 типа».

Для фармакоэкономического анализа лечения сахарного диабета нами был взят, для примера, пациент с 1 типом сахарного диабета.

Самостоятельные затраты на лечение несут только на пристреливатели для соединения резервуара с телом ребенка и на индикаторные полоски для определения кетоновых тел и глюкозы в моче, общая сумма затрат составляет 1640,7 рублей (

Таблица).

Таблица 2.

Анализ затрат на лечение сахарного диабета 1 типа

Вид	Торговое наименование	Описание	Количество в месяц	Стоимость, руб. за ед.	Стоимость, руб. в месяц	Стоимость, руб. в год
Выдача по льготе						
Инсулин	Фиасп, 100 ЕД/мл	3 мл - картриджи в шприц-ручках ФлексПен (5 шт.)	2	2086	4172	50064
Тест полоски	Тест-полоски One Touch Verio, 50 шт	Полоски для глюкометров	200	1279	5116	61392
Датчик непрерывного мониторинга сахара	Датчик FreeStyle libre	Система FLASH мониторинга глюкозы	2	4490	8980	107760
Помпа (выдается единовременно)	Инсулиновая помпа МЕДТРОНИК ММТ 754	Инсулиновая помпа	1	99500	99500	-
Резервуарный набор для помпы (выдается единовременно)	Комплект	Комплект системы непрерывного мониторинга глюкозы к помпам ММТ-722, ММТ-754	1	42840	42840	85680
Выдается 1 раз в квартал (выдача по льготе)						
Спирт этиловый	Спирт 70%, 100 мл	Спирт этиловый р-р д/наруж.прим. и д/лек.форм 70% 100мл	1	231	231	693
Глюкаген	ГлюкаГен, 1 мг	ГлюкаГен 1 мг ГипоКит, лиофилизат д/приг р-р для ин. 1 мг фл 1 шт	1	686	686	2058
Всего:					161525	307647
Самостоятельная покупка						
Пристреливатель для соединения	Устройство Квик-	Устройство для автоматического и безболезненного	1	1450	1450	2900

я резервуара с телом ребенка	Сертер (Quick-Serter) MMT-305	введения катетеров Квик-Сет				
Индикаторные полоски для определ. кетоновых тел и глюкозы в моче	Полоски и индикаторные урикеты-1 50 шт.	Для качественного и полуколичественного определения кетоновых тел в моче для экспресс-анализа диагностики in vitro.	1	190,7	191	-
Всего:					1641	2900
Итого:					163166	310547

Федеральный бюджет несет высокие затраты на лечение одного человека в месяц – 161525 рублей в месяц, а в год 307647 рублей в год.

Делая вывод из первоисточников, мы понимаем, что значение экономической эффективности лечения сахарного диабета 1 типа является одной из важных задач системы здравоохранения. Так как возросло количество серьезных диабетических осложнений и лечение требует больших финансовых затрат. Имеются данные, если следить за своим весом, контролировать уровень содержания глюкозы в крови, придерживаться активного образа жизни, так же требуется регулярное наблюдение у эндокринолога, то безусловно повышается рентабельность лечения.

Список использованных источников

1. Древаль, А. В. *Диабетологическая практика / под ред. Древаля А. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-4193-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441930.html> (дата обращения: 27.10.2022).*
2. Мкртумян, А. М. *Инсулин - в норме и при патологии : учебное пособие / Мкртумян А. М. , Курляндская Р. М. , Морозова Т. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 64 с.*

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ АППАРАТА ДВИЖЕНИЯ

Таранова Валерия Вячеславовна

Руководитель: Комарова Марина Николаевна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

В современных социально-экономических условиях достаточно актуальной является проблема физической реабилитации больных травматологического профиля и заболевания суставов. Лечебная физическая культура (ЛФК) играет значительную роль в этом вопросе. Положительное влияние на функциональное состояние больных при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата средствами лечебной физкультуры переоценить трудно.

Лечебная физкультура, являясь профилирующим направлением физической культуры, использует средства и методы физической культуры и спорта для формирования и развития физических качеств и двигательной активности больного человека, лечения его заболевания, восстановления здоровья и работоспособности.

Лечебная физкультура – обязательный компонент комплексного лечения, так как способствует восстановлению функций опорно-двигательного аппарата, благоприятно воздействует на различные системы организма по принципу моторно-висцеральных рефлексов.

Не зря французский врач XVIII века Тиссо писал: «Движения составляют главный источник здоровья, движения могут заменить лекарства, между тем, как всевозможные лекарства, вместе взятые, никогда не могут заменить движений».

ЛФК начинают с первого дня травмы при исчезновении сильных болей. Противопоказания к назначению ЛФК: шок, большая кровопотеря, опасность кровотечения или появление его при движениях, стойкий болевой синдром.

ЛФК при заболевании суставов – преследует цели общеукрепляющей и стимулирующей терапии, направленной на улучшение функции опорно-двигательной системы [2, с. 51].

ЛФК при артритах – в острой стадии не применяется, здесь используются медикаментозные средства, физиотерапия и лечение положением. ЛФК начинают применять в I (подостром) периоде, здесь задачами лечебных упражнений являются: рассасывание отека тканей и уменьшение экссудата в суставе за счет активизации крово- и лимфообращения в суставе, профилактика дальнейших нарушений функций сустава и атрофии мышц, нормализация тонуса ЦНС, активизация обмена веществ. Особенно эффективно начинать активные движения в воде (в бассейне, ванне) при температуре 28-29°C, когда периартикулярные ткани становятся более эластичными и движения в суставе не отягощены весом конечности [2, с. 73].

Основными задачами ЛФК во II периоде являются: ликвидация остаточных экссудативных явлений, увеличение амплитуды движений в больных суставах, разрушение создавшихся неполноценных временных компенсаций. Продолжительность II периода ЛФК зависит от изменений, возникающих в суставах, и от активности больного. Перед выполнением упражнений проводится лечебный массаж, применяются физиотерапевтические процедуры.

Основные задачи ЛФК в III периоде: увеличение амплитуды движений до нормальной, укрепление мышц в зоне поражения (особенно разгибателей), восстановление адаптации суставов к бытовым и трудовым процессам.

Занятия ЛФК при артрозах проводятся в два этапа. Задачами I этапа являются: уменьшение болей, улучшение кровообращения в суставе, расслабление околоуставных мышц и устранение контрактуры, увеличение суставной щели, уменьшение явлений асептического синовита. В остром периоде болезни физические упражнения необходимо выполнять в воде, в сочетании с подводным массажем. Под влиянием теплой воды уменьшаются боли и спазм мышц, увеличивается подвижность в суставе [1, с. 67].

Задачами ЛФК во II этапе (вне обострения болей) являются: укрепление околоуставных мышц и повышение их выносливости, восстановление или улучшение подвижности в суставе. ЛФК, выполняемая в специализированном зале, в этот период является основным средством реабилитации.

ЛФК при травмах опорно-двигательного аппарата принято весь курс разделять на 3 периода:

I (иммобилизационный) период – длится до образования неплотной костной мозоли при переломах, начала формирования рубцовой ткани при ранах, разрывах мышц и сухожилий соответствует времени иммобилизации.

II (постиммобилизационный) – начинается с момента снятия иммобилизации и образования неплотной костной мозоли при переломах кости или снятия швов при ранах и длится до полного восстановления анатомической целостности поврежденной ткани [4, с. 110].

III (восстановительный) – завершает лечение, здесь ликвидируются остаточные явления после травм и нормализуются функции поврежденного органа, осуществляется

полное восстановление строения и функций травмированной области и всего организма, адаптация к бытовым и производственным нагрузкам. В отдельных случаях, когда лечение не заканчивается выздоровлением, совершенствуются двигательные компенсации.

При составлении лечебных гимнастических комплексов важно учитывать суммарную величину физической нагрузки, которую больной получает на занятии (процедуре). Нагрузка должна быть оптимальной и соответствовать функциональным возможностям больного [6, с. 54].

Лечебные дозировки применяют для оказания терапевтического воздействия на пораженный орган или систему, чтобы предупредить возможные осложнения и сформировать компенсацию.

Тонизирующие нагрузки применяют после проведенного восстановительного лечения тяжелых хронических заболеваний или длительной иммобилизации (обездвиженности). Здесь назначают физические упражнения умеренной или большой интенсивности для закрепления, достигнутого при лечении результата и стимулирования функции основных систем.

Тренирующие дозировки – применяют для восстановления всех функций организма и повышения работоспособности в период восстановительного лечения или выздоровления [5, с. 61].

Рассмотрев ряд факторов, влияющих на нагрузку лечебной гимнастикой, выявили следующее:

- исходные положения: лежа, сидя – облегчают нагрузку, стоя – увеличивают;
- величина и число мышечных групп. Включение небольших групп (стопы, кисти) – уменьшает нагрузку; упражнения для крупных мышц – увеличивают;
- амплитуда движения: чем больше, тем больше нагрузка;
- число повторений одного и того же упражнения: увеличение его повышает нагрузку;
- темп выполнения: медленный, средний, быстрый;
- ритмичное выполнение упражнений облегчает нагрузку;
- требование точности выполнения упражнений: вначале увеличивает нагрузку, в дальнейшем при выработке автоматизма – уменьшает;
- упражнения сложные на координацию – увеличивают нагрузку, поэтому их не включают в первые дни;
- упражнения на расслабление и статические дыхательные упражнения – снижают нагрузку: чем больше дыхательных упражнений, тем меньше нагрузка. Их соотношение к общеукрепляющим и специальным может быть 1:1; 1:2; 1:3; 1:4; 1:5;
- положительные эмоции на занятиях в игровой форме помогают легче переносить нагрузку;
- различная степень усилий больного при выполнении упражнений: изменяет нагрузку;
- принцип рассеивания нагрузки с чередованием различных мышечных групп: позволяет подобрать оптимальную нагрузку;
- использование предметов и снарядов влияет не только на повышение, но и на уменьшение нагрузки [3, с. 301].

На основе полученных теоретических сведений нами были разработаны практические рекомендации по организации занятий лечебной физической культурой с пациентами при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата:

1. индивидуализация в методике и дозировке с учетом особенностей заболевания и общего состояния больного;
2. систематичность и последовательность применения физических упражнений. Начинают с простых и переходят к сложным упражнениям, включая на каждом занятии 2 простых и 1 сложное новое упражнение;

3. разнообразие и новизна в подборе упражнений – достигаются обновлением их на 10–15% с повторением 85 – 90% прежних для закрепления результатов лечения;

4. умеренные, продолжительные или дробные нагрузки – целесообразнее применять, чем усиленные;

5. соблюдение цикличности чередования упражнений с отдыхом;

6. принцип всесторонности – предусматривает воздействие не только на пораженный орган или систему, но и на весь организм;

7. наглядность и доступность упражнений – особенно необходима в занятиях при поражениях ЦНС, с детьми, пожилыми людьми;

8. сознательное и активное участие больного – достигается умелым объяснением и подбором упражнений;

9. регулярность занятий общеразвивающего характера после основного комплекса ЛФК обеспечивает закрепление и сохранение эффективности лечения.

Таким образом, опорно-двигательный аппарат играет важную роль в обеспечении жизнедеятельности организма, выполняет опорную, защитную и локомоторную функции.

Регулярные занятия ЛФК способны не только сократить сроки реабилитации и поддерживать на должном уровне здоровье пациента, но и имеют профилактическую значимость. Посредством лечебной физкультуры и массажа множество отклонений в области опорно-двигательного аппарата легко поддается коррекции на начальных стадиях развития, а наиболее часто встречающиеся заболевания позвоночника и суставов носят вторичный характер и вполне могут быть предупреждены.

Самым эффективным средством лечебной физической культуры являются, конечно же, физические упражнения, без них не обходится ни один процесс восстановления, следовательно, самыми эффективным методом для восстановления можно считать метод, где большой акцент делается на физические упражнения - гимнастический, он является самым распространенным методом в лечебной физической культуре и составляет основу лечебной гимнастики, таким образом, элементы данного метода так или иначе присутствуют практически во всех моментах лечебной физической культуры.

Анализируя проделанную работу, можно сделать следующие выводы:

– Физические упражнения являются важными при предотвращении и устранении последствий травм.

– Упорядоченная двигательная активность помогает восстановить нарушенные функции организма.

– Занятия ЛФК при травмах носят сугубо индивидуальный характер.

Список использованных источников:

1. Асташенко, О.И. Гимнастика для суставов и сосудов [Текст] / О.И. Асташенко. – М.: Невский проспект, Вектор, 2017. – 128 с.
2. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль [Текст] / В.И. Дубровский. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. – 598 с.
3. Попов, С.Б. Лечебная физическая культура [Текст] / С.Б. Попов. – М.: Академия, 2018. – 416 с.
4. Разумов, А.Н. Оздоровительная физкультура в восстановительной медицине [Текст] / А.Н. Разумов, О.В. Ромашин. – М.: Физкультура и спорт, 2020. – 168 с.
5. Саралинова, Г.М., Хамзаев, Б.Дж., Карагулова, М.Ш., Чонкоева, А.А. Лечебная физкультура при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата: учебное пособие [Текст] / Г.М. Саралинова, Б.Дж. Хамзаев, М.Ш. Карагулова, А.А. Чонкоева. – Бишкек: Изд-во КРСУ, 2017. – 100 с.
6. Чекулаева, Л.В., Переверзева, И.В., Кирьянова, Л.А., Кодрашкин, Е.Н. Профилактика и реабилитация заболеваний и травм опорно-двигательного аппарата средствами физической культуры: учебное пособие [Текст] / сост.: Л.В. Чекулаева, И.В. Переверзева, Л.А. Кирьянова, Е.Н. Кодрашкин. – Ульяновск: УлГТУ, 2020. – 218 с.

АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА БЕЛГОРОДСКОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ

Хальчицкая Анна Дмитриевна

Руководитель: Ткачёва Алёна Леонидовна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

Аллергия – сложная воспалительная реакция гетерогенного типа, возникающая посредством неблагоприятных условий для проживания данного организма. Кроме того, аллергическая реакция носит сугубо наследственный характер и способна передаваться от родителей к детям. Частные стрессовые ситуации и напряжение, неблагоприятная экологическая обстановка также могут способствовать развитию всевозможных разновидностей аллергической реакции. Возникновение раздражающих веществ в воздухе прямо пропорционально возникновению клинической картины и ее утяжелению с течением времени нахождения в данной среде обитания. Подобная ситуация влечет за собой формирование отека слизистых оболочек, что непосредственно повлечет ее гиперсаливацию. Существуют разные гипотезы появления АГЛП. Одна из таких заключается в том, что сниженный экологический уровень окружающей среды человека напрямую приводит к сбою иммунной системы, что влечет за собой множественные патологические процессы, названные аллергической реакцией. В ответ на попадания аллергена в организм выделяются антитела, которые связываются с антигеном и формируют комплекс антиген-антитело.

Аллергическая реакция не возникает из неоткуда. Аллергия проявляется лишь при повторном взаимодействии с аллергеном. Как было сказано выше, большая вероятность возникновения аллергической реакции в организме при условии ослабленного иммунитета.

Регулярная смена температурного режима влечет за собой резкие изменения в структуре раздражающих веществ и аллергенов. Все больше самые обычные и когда-то абсолютно безвредные для здоровья растения семейства березовые сегодня стали агрессивными агентами, так как их пыльца с некоторого времени не является безопасной. Повышенная чувствительность к пыльце березы также может возникать в результате генетически сформированных факторов в форме респираторно выраженных патологий. Березовые цветения очень легкие по своему весу, поэтому способны разлетаться на дальние расстояния, периметром до 4000/м³. Благодаря исследованиям иммунологических лабораторий, установлено, что особенное обострение бронхиальной астмы у больных возникает в период максимального цветения растений.

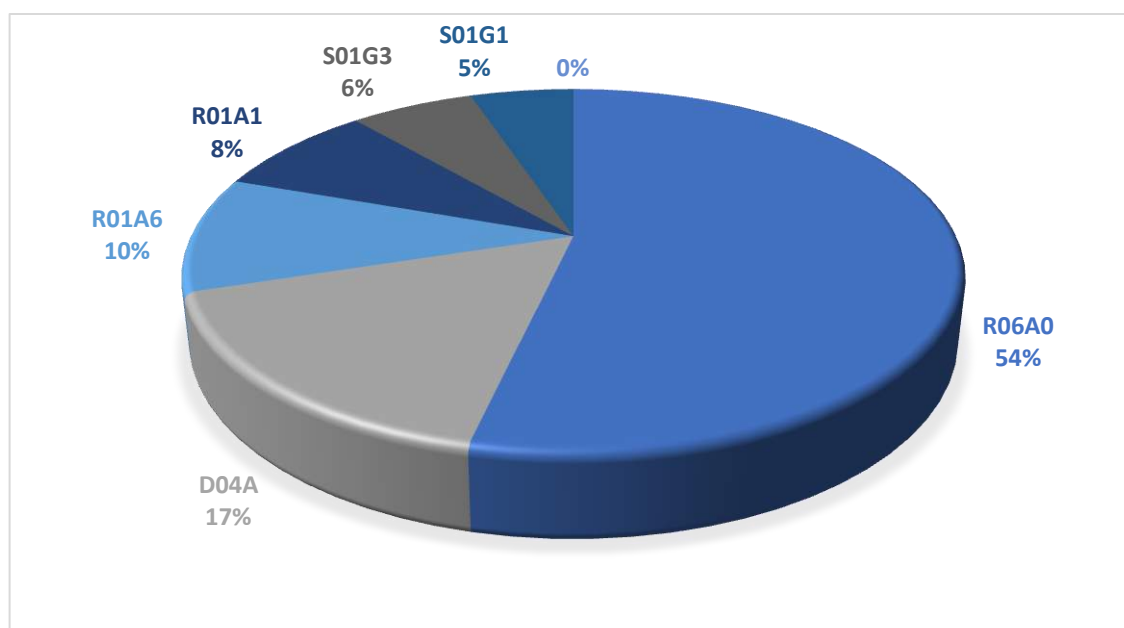
Кроме того, ученые установили, что пагубное воздействие на иммунную систему оказывает стрессовый фактор. Стресс – как никто иной ослабляет устойчивость живого организма к воздействию окружающей среды. При возникновении стресса в коре головного мозга активизируются точки, отвечающие за выработку специфических гормонов. Такими гормонами являются адреналин и его предшественник норадреналин.

Сегодня в арсенале врачей существует широкий ассортимент препаратов, в различной лекарственной форме, способные воздействовать разнонаправленно на иммунные процессы, в частности, на воспаления: антимедиаторные, противовоспалительные и др. Чаще других в настоящее время используют антигистаминные средства (АГС), топические глюкокортикостероиды, антагонисты липидных медиаторов, агонисты β_2 -адренорецепторов, холинолитики, метилксантины.

«Антигистаминные препараты - это класс лекарств, обычно используемых для

устранения симптомов аллергии. Эти препараты помогают лечить состояния, вызванные слишком большим количеством гистамина, химического вещества, вырабатываемого иммунной системой организма» [3, с. 58]. Основной и главной задачей антигистаминных препаратов является снижение уровня гистамина в крови человека. Наиболее распространенным аллергеном сегодня можно считать цветочную пыльцу, так как весной с первыми цветениями до 25% жителей планеты страдают отеком слизистой носоглотки и слезотечением. В силу модернизации и инновации всех технологических процессов существует множество антигистаминных препаратов, способных действовать по-разному на аллергическое заболевание: на его степень тяжести, время течения различных фаз заболевания, скорость ликвидации последствий и т.д. Сегодня в линейке антигистаминных средств можно встретить около 150 препаратов. В основном ученые разделяют АГП I и II поколения.

На основе «Контент-анализ «Государственного реестра лекарственных средств» выявлено 38 международных непатентованных наименований (МНН) лекарственных средств, зарегистрированных в Российской Федерации и использующихся при профилактике и лечении аллергических заболеваний. Они представлены 187 наименованиями ЛП различных организаций-производителей, дозировок и лекарственных форм». В соответствии с АТХ - классификацией противоаллергических препаратов, препараты данного сегмента делятся на следующие группы: R06A0- антигистаминные препараты системного действия, D04A - препараты для лечения зуда, включая антигистаминные и анестетики - 16%, R01A6 - назальные противоаллергические препараты R01A1 - назальные кортикостероиды без противомикробных препаратов, S01G3 - офтальмологические антиаллергические средства, множественного действия, S01G1 - офтальмологические антиаллергические средства.



Исследования группы антигистаминных препаратов показало, что большая часть препаратов отпускается из аптеки без рецепта врача – 72%, остальные 28%- рецептурные (Рис. 2).

Рис1. Анализ структуры ассортимента противоаллергических лекарственных средств в соответствии с АТХ-классификацией, %

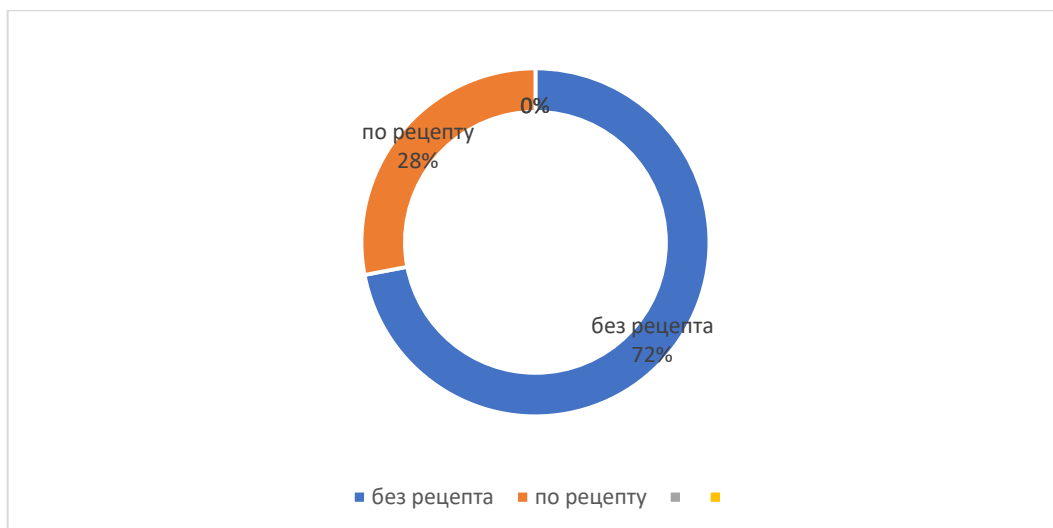


Рис. 2 Сегментирование ассортимента противоаллергических средств по форме отпуска из аптеки, %

Для анализа локального фармацевтического рынка антигистаминных лекарственных препаратов в г. Белгороде была выбрана сеть аптек ООО «Белфарт». Ассортимент ангигистаминовых препаратов данной сети не менее 5,5%.

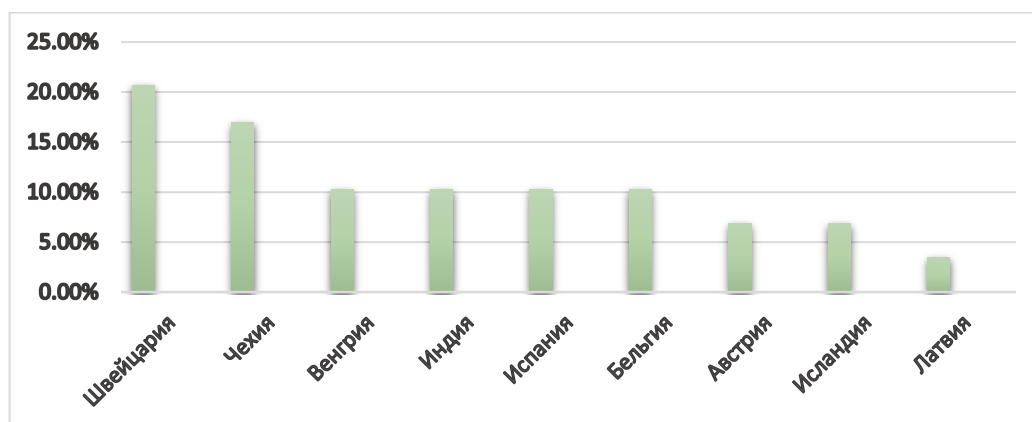
Основное место занимают зарубежные производители, на их долю приходится 78,4%. Что касается отечественных производителей доля рынка антигистаминных препаратов заводоизготовителей составляет всего 21,6% (8 единиц товара) (Рис. 3).



Рис 3. Анализ ассортимента АГЛП по производителю на белгородском фармацевтическом рынке, %

Среди импортного производства лидирующую позицию занимает Швейцария с препаратами: Зиртек в форме капель и таблеток, Фенистил – капли, гель, Ксизал – таблетки. На долю препаратов Швейцарского производства приходится 20,7%. Второе место занимает Чехия (17,3%) с препаратами: Зодак в форме капель, таблеток, Зодак экспресс – таблетки.

Третью позицию разделили между собой Венгрия (10,3%) – с препаратами: Супрастинекс – таблетки, Супрастин – таблетки, раствор для инъекций; Индия (10,3%) – с препаратами: Цетрин – таблетки, Кларидол – таблетки; Испания (10,3%) – с препаратами: Рупафин таблетки, Кестин – таблетки; Бельгия (10,3%)– с препаратами: Эриус – таблетки, сироп, Кларитин – таблетки (Рис.4).



Список использованных источников:

1. Ковалева Н.В. Антигистаминные препараты: назначение, принцип действия и эффект. – Москва: gorzdrav.org, 2022. - [Электронный ресурс] URL: <https://gorzdrav.org/blog/antigistaminnye-preparaty-naznachenie-princip-dejstviya-i-effekt/>;
2. Марченко Е.А. Препараты от аллергии 1, 2 и последнего поколения. –Москва: 2020. [Электронный ресурс] URL:https://medaboutme.ru/articles/preparaty_ot_allergii_1_2_i_poslednego_pokoleniya/;
3. «Роль современных антигистаминных препаратов в лечении аллергических заболеваний» [Текст] / О. В. Полякова, Е. Ю. Блинкова, В. В. Самохвалова, К. В. Степаненко // Журн. Лекарственный вестник № 1 (77). Том 14, Волгоград, 2020.
4. Рудевич И. «Таблетки от аллергии: виды, особенности, рекомендации врача» – Москва: Здоровье, 2021. – [Электронный ресурс] URL: <https://style.rbc.ru/health/602ce6b69a794705c7bb399b#p3>;
5. Себекина О.В. Современные подходы к лечению хронической крапивницы // Эффективная фармакотерапия. 2021. Т. 17. № 42. с. 11.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕРПЕСОМ ЗОСТЕР

Хамхоева Дали Абу-Язитовна

Руководитель: Коваленко Евгения Васильевна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

Инфекционные заболевания чрезвычайно распространены во всем мире. Инфекционные заболевания могут быть вызваны многими патогенами, включая бактерии, вирусы, грибки и паразиты, которые могут вызывать болезни и заболевания. Микроскопические вещества под названием вирус становятся причиной вирусных инфекций. Одной из таких инфекций – является Варицелла-зостер. Это понятие включает 2 заболевания ветряная оспа и опоясывающий лишай. Опоясывающий герпес (также называемый опоясывающим лишаем) становится все более распространенным по мере старения населения. Этот вирус возникает в результате реактивации латентного вируса ветряной оспы, который проникает в сенсорные ганглии во время ветряной оспы. Поэтому любой, кто

переболел ветряной оспой, даже в субклинической форме, находится в группе риска по развитию опоясывающего лишая.

Вирус зостер в настоящее время является одной из наиболее распространенных высококонтагиозных инфекций, восприимчивость к которой достигает 95-100%. Риск заболевания у здоровых людей в течение их жизни составляет более 95% [2, с. 12].

Заболеваемость опоясывающим герпесом в различных странах мира колеблется от 0,4 до 1,6 случаев на 1000 человек в год у людей в возрасте до 20 лет и от 4,5 до 11,8 случаев на 1000 человек в год в старших возрастных группах. Согласно зарубежным исследованиям, уровень госпитализации по поводу опоясывающего лишая находится на уровне 8,7-11- 13,4 %.

Заболевают люди, которые ранее болели ветряной оспой. Болеют в основном люди пожилого и старческого возраста, а также люди с ослабленным иммунитетом: больные лейкемией, лимфогранулематозом, новообразованиями, получающие химиотерапию, длительно принимающие кортикостероиды и иммунодепрессанты. Особенно часто инфекция развивается у пациентов с синдромом приобретенного иммунодефицита [1, с. 67].

У детей, которые ранее не болели ветряной оспой, развивается типичная "ветряная оспа", когда они вступают в контакт с больными опоясывающим лишаем [3, с. 38].

В Российской Федерации эпидемиологический надзор за герпесом зостер не проводится в масштабе страны. Регистрация и учет случаев опоясывающего лишая осуществляется медицинскими учреждениями по форме № 12 Федерального статистического наблюдения "Сведения о количестве заболеваний, зарегистрированных у пациентов в зоне обслуживания медицинского учреждения" в строке "Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания" в совокупности с другими инфекционными и паразитарными заболеваниями. В связи с этим точных данных о количестве случаев этого заболевания в целом по стране нет.

Чтобы оценить масштабы проблемы вируса зостера в Российской Федерации, учёный Е.М. Воронин, используя литературные данные из российских и зарубежных источников, произвел приблизительные расчеты общего числа людей, страдающих этим заболеванием в Российской Федерации ежегодно. Средняя заболеваемость вирусом зостера оценивается в 484 857 случаев в год. Установлено, что неосложненное течение наблюдается у 77% пациентов, частота госпитализации составляет 3%.

В группе высокого риска развития герпеса зостер находятся пациенты с ВИЧ - инфекцией. По данным ученых, более 25% случаев зостера у ВИЧ-инфицированных людей протекают с осложнениями и требуют госпитализации. Выздоровление при опоясывающем лишае у людей с ВИЧ происходит медленнее, и пациенты остаются заразными в течение более длительного времени, тем самым представляя большую эпидемиологическую опасность для людей, которые не болеют опоясывающим лишаем. Эпидемиологическая ситуация по вирусу опоясывающего лишая в России может ухудшиться на фоне увеличения числа людей с ВИЧ-инфекцией, а также увеличения продолжительности жизни людей с ВИЧ на фоне эффективной терапии. Исследований для оценки эпидемиологических проявлений вируса опоясывающего герпеса среди людей с ВИЧ не проводилось [4, с. 18].

На основании статистического анализа, учёные определили, что заболеваемость опоясывающим герпесом совокупного населения страны составила 16-31 на 100 тыс. населения. Ниже представлен график заболеваемости за последние 10 лет (Рис. 1).

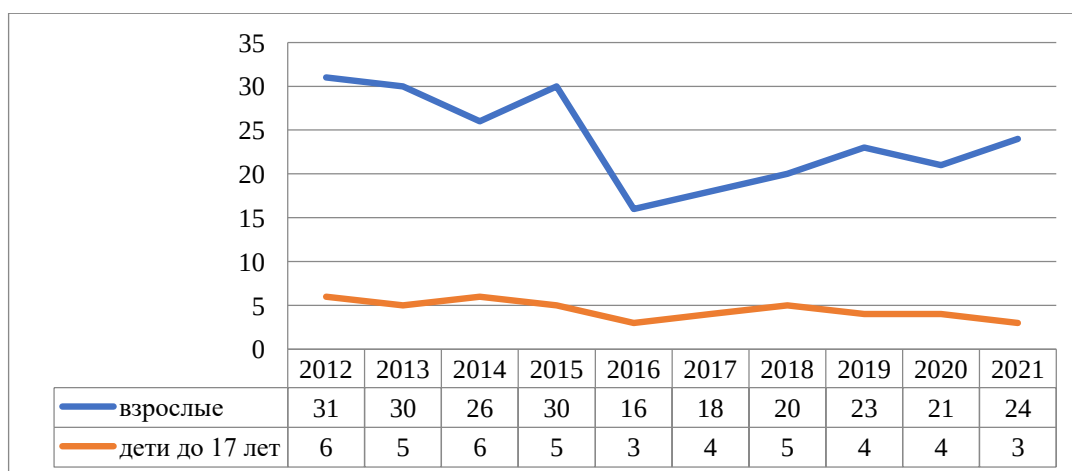


Рис. 1. Заболеваемость опоясывающим герпесом населения России в 2012-2021 гг. (показатели на 100 тыс. населения).

Ретроспективный эпидемиологический анализ показал, что заболеваемость опоясывающим лишаем имеет спорадический характер и внутригодовая цикличность динамики заболеваемости не выявлены (Рис. 2).

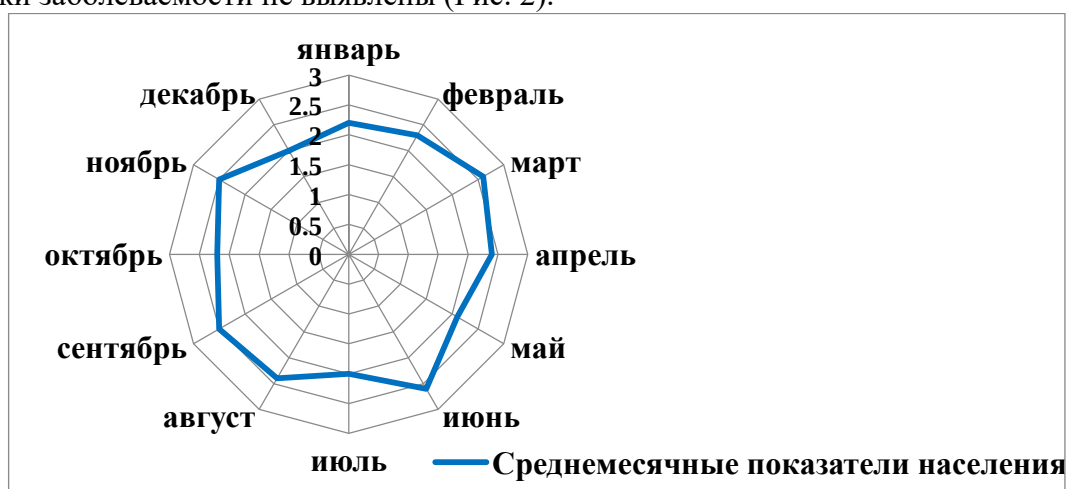


Рис. 2. Внутригодовая динамика заболеваемости опоясывающим лишаем населения России в 2012-2021 гг. (среднемесячные показатели на 100 тыс. населения).

Заболевание возникает у населения различных возрастных категорий. За 2012 – 2021 гг. наиболее высокие % заболевшего населения пришёлся на категорию лиц старше 60 лет – 40%. Повышенная частота заболевания у лиц пожилого возраста обусловлена возрастным снижением иммунитета. Наименьшие показатели заболеваемости имеют дети до 17 лет, всего 5%, большая часть которых находилась в подростковом возрасте. Это может быть связано со снижением иммунитета в пубертатный период. У лиц трудоспособного возраста выявлены средние значения, заболевания у них возникало в следствие снижения иммунитета под влиянием различных факторов (Рис. 3).

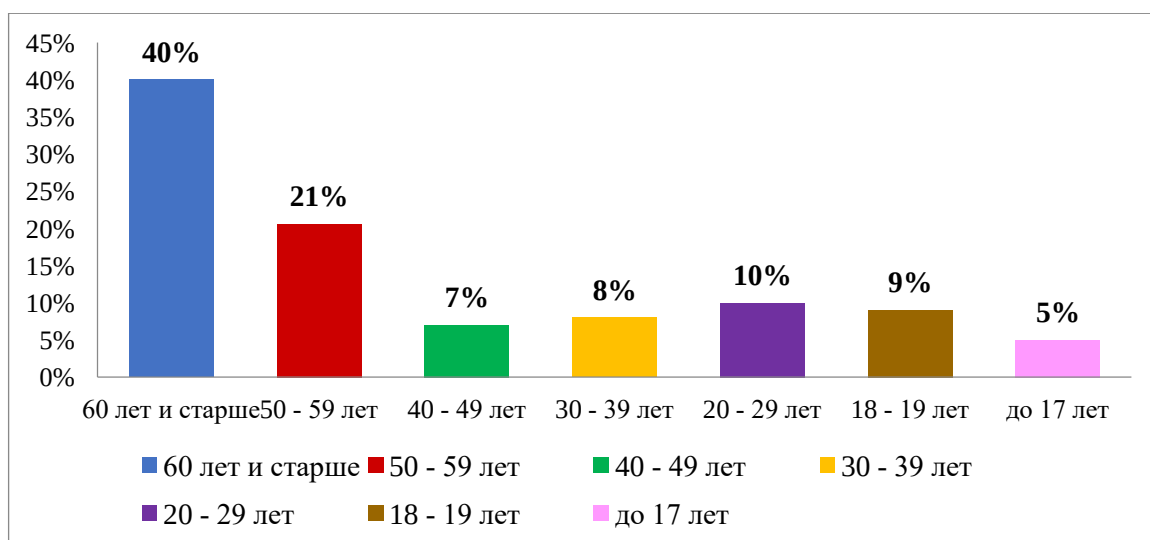


Рис. 3. Заболеваемость опоясывающим лишаем в разных возрастных категориях, %

Гендерное распределение заболеваемости вирусом зостер показало, что большинство составили лица женского пола 60%. При этом в различных возрастных группах половая принадлежность больных распределялась по разному (Рис. 4).

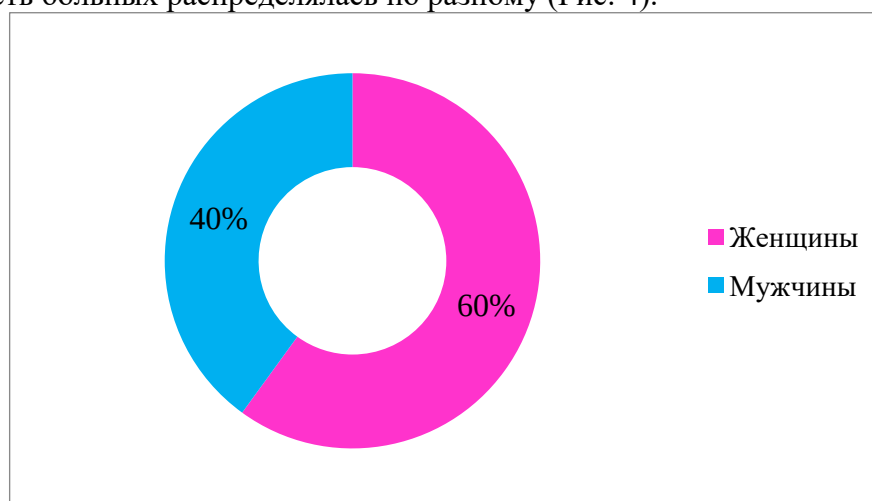


Рис. 4. Гендерное распределение заболеваемости герпесом зостер, %

Ежегодно в России регистрируются летальные исходы от опоясывающего герпеса. В 57% причиной смерти у болеющих являлся герпес зостер и его осложнения, а в 43% он был сопутствующим заболеванием. Большинство летальных случаев приходилось на население с возрасте 60 лет и старше (Рис. 5).

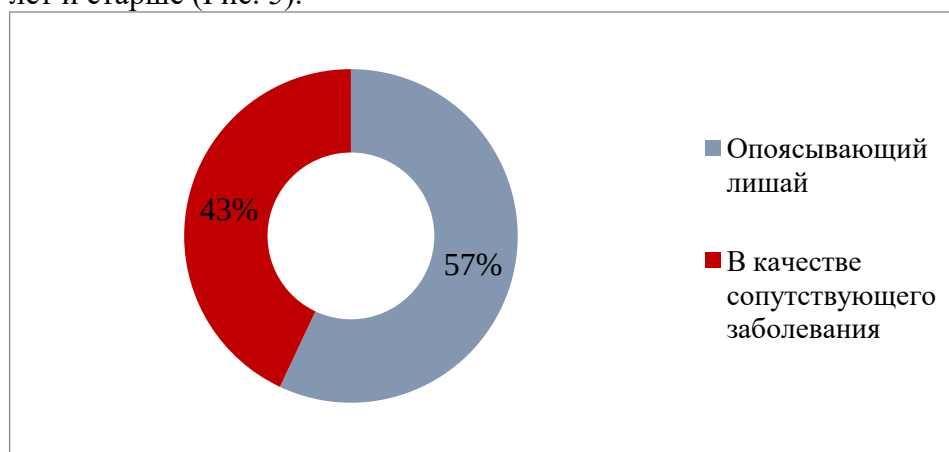


Рис. 5. Причины смертности больных опоясывающим лишаем, %

Список использованных источников:

1. Зверев, В. В. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология. Том 2. Учебник / Под ред. В. В. Зверева, М. Н. Бойченко - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 481 с.
2. Мальцева, Л. Д. Патология. Учебник / Л. Д. Мальцева, С. Я. Дьячкова, Е. А. Карпова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 321 с.;
3. Маннапова Р. Т. Микробиология и иммунология. Практикум : учеб. пособие / Р. Т. Маннапова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 544 с.;
4. Насонов, Е. Л. Российские клинические рекомендации. Учебник / Е. Л. Насонов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020 – 226 с.

КРИОГЕННАЯ ЗАМОРОЗКА НА ПРИМЕРЕ ПРИГОТОВЛЕНИЯ МОРОЖЕНОГО. ПЛЮСЫ И МИНУСЫ.

Харченко Анна Ивановна

Руководитель: Головач Ольга Владимировна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

Щаева Мария Сергеевна

Руководитель: Харченко Мария Ивановна

ОГАПОУ "Белгородский техникум общественного питания", г. Белгород

В наше время метод криогенной заморозки приобретает популярность, но из-за малой осведомлённости о нем, многие испытывают тревогу относительно его безопасности. Понятие «криогенная заморозка» подразумевает использование очень низких температур. В наше время для этого метода используют охлаждающие установки, работающие на жидком азоте, диоксиде углерода и хладоне.

Криогенный метод можно применять для любых продуктов. Наибольшее распространение он получил в следующих областях пищевой промышленности:

- рыбопереработка – заморозка, глазировка рыбы и морепродуктов.
- мясопереработка – заморозка сырья, полуфабрикатов, фарша.
- кондитерские цеха.
- производства готовых первых, вторых блюд и десертов.
- изготовление мороженого.
- заморозка растительной продукции – фруктов, ягод, овощей, грибов. [3]

Криогенная заморозка имеет преимущества:

- незначительная дегидратация в результате высокой скорости заморозки. Это означает, что внешний вид и сочность продуктов остаются прежними. Особенно это важно для растительной продукции, содержание воды в которых может достигать 90%.
- срок хранения увеличивается в несколько раз.
- при разморозке не выделяется влага.
- сохраняются все качества – питательные вещества, микроэлементы, витамины, структура, упругость, аромат.
- бактериологическая чистота за счёт быстрого прекращения жизнедеятельности бактерий и отсутствия ферментативных изменений.

К минусам использования жидкого азота можно отнести его дороговизну и неудобство в хранении: жидкий азот очень быстро испаряется при комнатной температуре.

Жидкий азот является главным хладагентом в молекулярной кухне. Приготовление мороженого с помощью жидкого азота – очень увлекательное и зрелищное занятие. Сам способ приготовления достаточно прост, но при этом может удивить всех зрителей и надолго остаться в их памяти.

Что же такое жидкий азот? Этот газ является неотъемлемой частью воздуха, его пропорция в нем составляет 78%. Не опасен, не ядовит. Жидкий азот - это сжиженный под большим давлением газ имеющий температуру кипения – 195 С. При переходе из жидкого состояния в газообразное азот расширяется в 700 раз, по этим причинам жидкий азот хранится в специальных термосах - сосудах Дьюара. Сосуд Дьюара предназначен для длительного хранения веществ при повышенной или пониженной температуре. При хранении в нем жидкого азота нельзя допускать закупоривания сосуда. Это может повлечь за собой взрыв ёмкости. Для этого в нем предусмотрена специальная крышка-клапан. [1]

Жидкий азот в молекулярной кухне имеет множество применений: с его помощью готовят сорбеты и мороженое, нитро боллы (прокапывая гели в жидкий азот, мы получаем замороженные шарики, которые сможем использовать как украшения для разных блюд), меренгу, замораживают ягоды и фрукты после чего дробят и используют для украшения.

При приготовлении мороженого методом криогенной заморозки изначально делается концентрат, который в последствии добавляется в сливки и заливается жидким азотом при постоянном помешивании. В итоге смесь должна застыть, но при этом легко формироваться в шарик. Отпуск производится в креманках.

Проведя сравнительный анализ, можно отметить неоспоримое преимущество метода криогенной заморозки перед классическим его быстрота: 5 минут необходимо умелому повару, чтобы приготовить мороженое.

Одним из преимуществ метода криогенной заморозки при приготовлении мороженого является то, что мы можем использовать алкоголь. При классическом методе приготовления алкоголь кристаллизуется и у нас получается или лед, или масса с ледяными включениями. При использовании жидкого азота заморозка происходит моментально, и масса получается однородной за счёт образования более мелких кристаллов влаги. Поэтому при приготовлении можно использовать ликёры и настойки [2].

Изучив способы приготовления мороженого были разработаны и приготовлены четыре разновидности мороженого. Мороженое ванильное с ликёром, мороженое зелёное со шпинатом, мороженое пломбир, а также мороженое с тыквой.

Отмечено, что при приготовлении мороженого из тыквы был опробован способ с измельчением сырой тыквы, рассчитывая сохранить все витамины, исчезающие при тепловой обработке. Способ не оправдал ожиданий – масса получилась с твёрдыми включениями, что влияло на органолептические свойства. В связи с этим было решено запечь тыкву, затем измельчить. При запекании тыква посыпалась корицей и сахаром. Рекомендовано. Не стоит сильно посыпать тыкву корицей – это может сказаться на внешнем виде готового изделия, что отрицательно сказывается на восприятии полученного продукта.

Отличительной особенностью мороженого из шпината является то, что оно – солёное. Шпинат в этом случае, был припущен в течении 2 минут, а затем измельчён в блендере и доведён до вкуса перцем и солью. Однако, стоит заметить, что это мороженое на любителя и не все оценили его вкусовые свойства.

При приготовлении мороженого с ликёром использовался ликёр «Бейлис», а также ванилин и сахарная пудра. Это мороженое оказалось одно из самых вкусных, но ликёр имеет высокую стоимость и из-за этого себестоимость мороженого увеличилась.

Любимое лакомство детей – это мороженое пломбир. Изучив технологию его приготовления, было решено провести сравнительную характеристику органолептических и физико-химических свойств пломбира, произведённого в заводских условиях и путём криогенной заморозки, согласно ГОСТ 31457-2012). [2]

Таблица 1

Органолептические показатели мороженого

Наименование показателей	Органолептические показатели	
	Заводской пломбир	Пломбир, полученный путем криогенной заморозки
Вкус и запах	Чистый, характерный для данного типа мороженого, без посторонних привкусов	Чистый, характерный для данного типа мороженого, без посторонних привкусов
Консистенция	Плотная	Плотная
Структура	Однородная, без ощутимых комочков, кристаллов льда.	Однородная, без ощутимых комочков, кристаллов льда.
Цвет	Характерный для данного вида мороженого, равномерный по массе	Характерный для данного вида мороженого, равномерный по всей массе
Внешний вид	Соответствует данному типу мороженого.	Соответствует данному типу мороженого.

Из таблицы видно, что по органолептическим свойствам, пломбир, полученный путем криогенной заморозки по органолептическим свойствам не уступает пломбиру, полученному в заводских условиях.

Оба типа мороженого подверглись физико-химическому анализу. Мороженое исследовалось на содержание молочного жира, сахарозы, сухих веществ, кислотность (согласно ГОСТ 31457-2012). [4] Сравнительная характеристика полученных результатов, отражена в таблице 2, 3.

Таблица 2

Показатели пломбира заводского производства и полученного путём криогенной заморозки

Наименование мороженого	Массовая доля %, не менее			Температура не выше
	Молочного жира	Сахарозы	Сухих веществ	
Пломбир заводского производства	14.5	14	36	- 18
Пломбир, полученный путем криогенной заморозки с использованием жидкого азота	24	16	37	- 20

Таблица 3

Показатели кислотности

Наименование мороженого	Кислотность, не более
Пломбир заводского производства	21
Пломбир, полученный путём криогенной заморозки с использованием жидкого азота	17

Согласно полученным данным мороженое приготовленное с использованием жидкого азота, соответствует всем физико-химическим показателям, предъявляемых к мороженому Пломбир.

Проанализировав свойства Пломбира, полученного с помощью жидкого азота и убедившись в его качестве, было решено оценить его себестоимость по сравнению с заводским Пломбиром. Полученные результаты отражены в таблице № 4,5.

Таблица 4

Стоимость мороженого, произведённого на промышленном предприятии.

Наименование ингредиента	Количество сырья, г.	Стоимость, руб.
Молоко коровье цельное (жира 3,2%; СОМО 8,1%)	480	23
Масло коровье сливочное несоленое (жира 82,5%)	133,9	133,9
Молоко цельное сгущенное с сахаром (жира 8,5%; СОМО 20,0%; сахарозы 43,5%)	150,0	36
Молоко коровье сухое цельное (жира 25,0%; СОМО 68,0%)	45,8	47
Сахар-песок / агароид	84,8 / 3,0	3,0 / 13,8
Ванилин / вода питьевая	0,1 / 102,4	0,8 / 0,6
Итого	1000	258,2 руб

Таблица 5

Показатели количества и стоимости сырья

Наименование ингредиента	Количество сырья, г.	Стоимость, руб.
Сахар-песок	60	1,5
Ванилин	0,1	0,7
Сливки	940	282
Жидкий азот	1500	150
Итого	1000г.	434,2 руб

Приведённые расчёты показывают, что мороженное, сделанное при помощи жидкого азота в 2 раз дороже заводского.

Таким образом мороженное, приготовленное с использованием жидкого азота не уступает по качеству мороженому, приготовленному в заводских условиях за исключением его себестоимости.

Стоимость не является препятствием к его изготовлению. т.к. в наше время люди все чаще посещают рестораны, кафе не для того, чтобы просто поесть эффектно приготовленное и поданное блюдо - они хотят увидеть нечто удивительное. Потребителю приятно, когда для него устраивают праздничное «шоу».

Список использованных источников:

1. ГОСТ 929374 МЕЖГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТАНДАРТ АЗОТ ГАЗООБРАЗНЫЙ И ЖИДКИЙ
2. ГОСТ 31457-2012 МЕЖГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТАНДАРТ МОРОЖЕНОЕ МОЛОЧНОЕ, СЛИВОЧНОЕ И ПЛОМБИР
3. Грубы Я.А. Производство замороженных продуктов – Москва: Академия, 1990 – 285 с.

АНАЛИЗ ЗАВИСИМОСТИ ТОВАРООБОРОТА ОТ СЕЗОННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ (НА ПРИМЕРЕ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ)

Чубина Наталья Владимировна

Руководители: Пафенрот Елена Анатольевна

Шевченко Елена Петровна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

Сезонность – объективный фактор, его нужно принимать как данность и соответственно готовиться к нему заранее. Учитывая сезонные изменения спроса, можно существенно корректировать в течение года ассортимент лекарств, что будет способствовать максимальному товарообороту.

На территории нашей страны, из всех регистрируемых инфекционных болезней, на долю ОРВИ и гриппа приходится 90% случаев.

"Двумя основными факторами, способствующими сезонности, являются изменения параметров окружающей среды и поведения человека. Исследования выявили влияние температуры и влажности на устойчивость вирусов и скорость их передачи. Более поздние исследования подчеркивают важность факторов окружающей среды, особенно температуры и влажности, в модулировании собственных, врожденных и адаптивных иммунных реакций человека на вирусные инфекции дыхательных путей. Здесь мы рассматриваем доказательства того, что на открытом воздухе и в помещении климат связан с сезонностью вирусных респираторных инфекций. Далее мы обсудим детерминанты реакций человека в сезонности респираторных вирусных инфекций, обращая особое внимание на последние исследования в этой области" [3, с. 56].

"Противовирусные препараты – это соединения природного или синтетического происхождения, которые обладают этиотропным действием и применяются для лечения и профилактики вирусных инфекций" [1, с. 205].

Классификация противовирусных препаратов:

I. Противогриппозные (Римантадин, амантадин, занамивир, озельтамивир, умифеновир);

II. Препараты, действующие на вирусы герпеса (ацикловир, ганцикловир, идоксуридин, фамцикловир);

III. Антиретровирусные препараты (Зидовудин, невирапин, санквиавир);

IV. Другие противовирусные (Ламивудин, Интерфероны, Рибавирин, Кагоцел) [2, с. 45].

На российском фармацевтическом рынке более 35 торговых наименований лекарственных средств с различными активными веществами.

Проанализировав ЛС по производственному признаку, было установлено, что большинство из них отечественного производства - 84,6 %, зарубежного производства – 15,4 % (Рис. 1).



Рис. 1. Анализ ассортимента ЛС по производственному признаку, %

В ходе сегментации ассортимента противовирусных ЛС по ЛФ установлено, что:

- в ТЛФ – 86,4 %;
- в ЖЛФ – 9,1 %;
- в МЛФ – 4,5 % (Рис. 2).

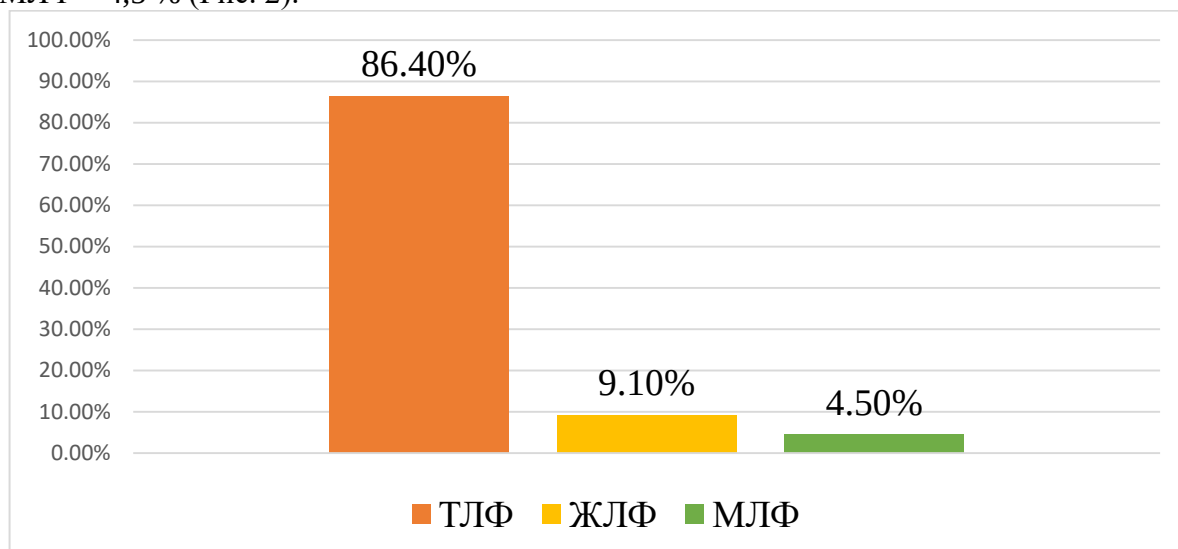


Рис. 2. Анализ ассортимента ЛС по ЛФ, %

Так как большинство ЛС в ТЛФ, нами был проведен анализ их видов (Рис. 11):

- Капсулы – 47,5 %;
- Таблетки п.п.о. – 36,8 %;
- Лиофилизат д/пригот. Р-ра д/в/м и п/к введения – 5,3 %;
- Таблетки п. кишечнорастворимой о. – 2,6 %;
- Концентрат для пригот. р-ра – 2,6 %;
- Таб. д/рассасывания – 2,6 %;
- Порошок для пригот. суспензии - 2,6 %.

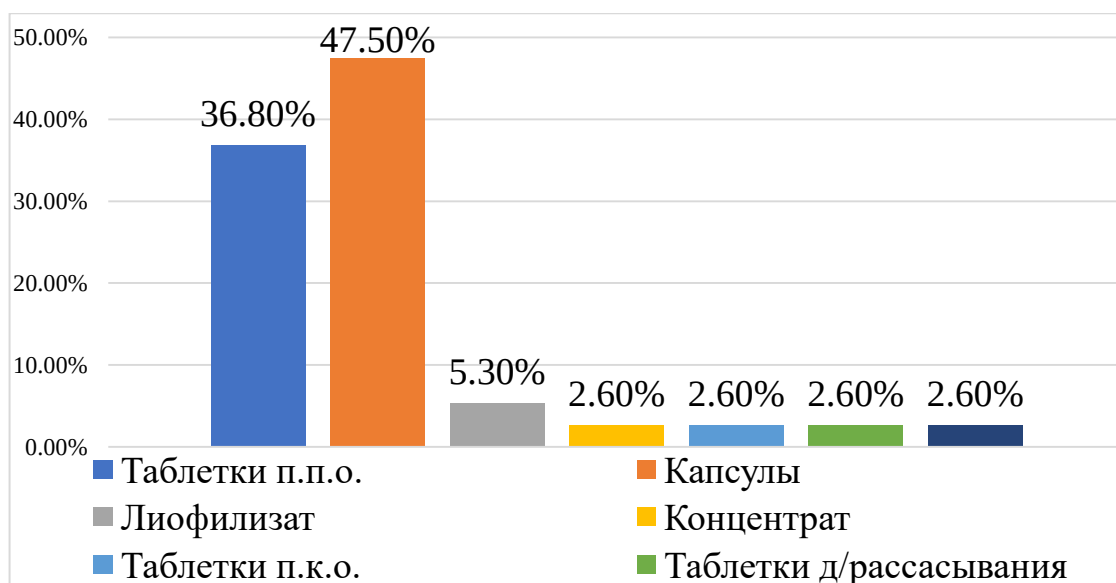


Рис. 11. Анализ ассортимента ЛС по видам ТЛФ, %

Проанализировав ЛС по условиям отпуска из аптеку, было установлено, что большинство препаратов отпускается без рецепта врача - 51,3 %; по рецепту врача – 48,7 % (Рис. 12).

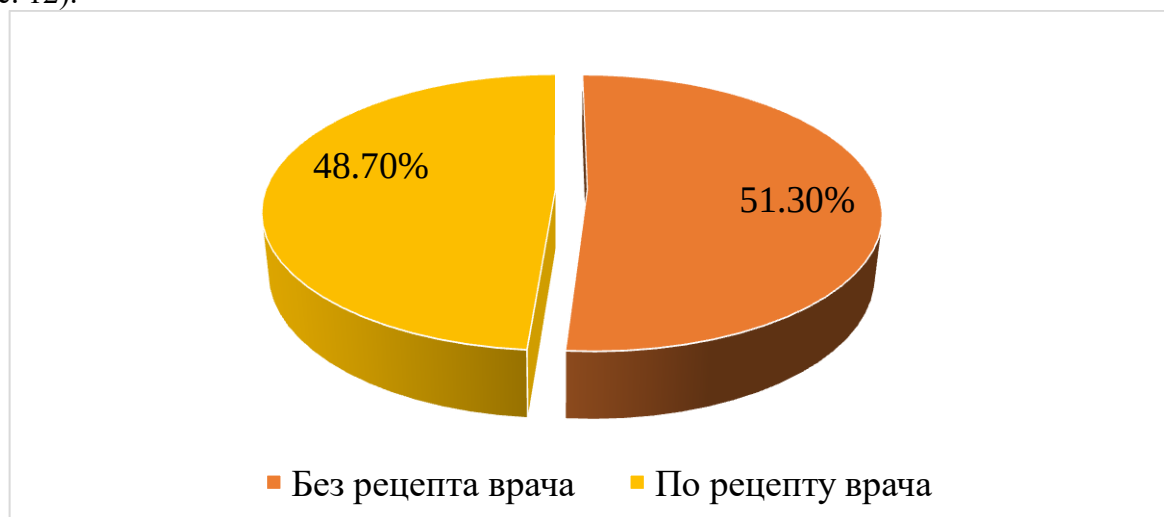


Рис. 12. Анализ ассортимента ЛС по условиям отпуска из аптеки, %

Противовирусные ЛС в своем составе содержат разнообразные вещества. Большинство препаратов монокомпонентные – 94,9 %, поликомпонентные – 5,1 % (Рис. 13).

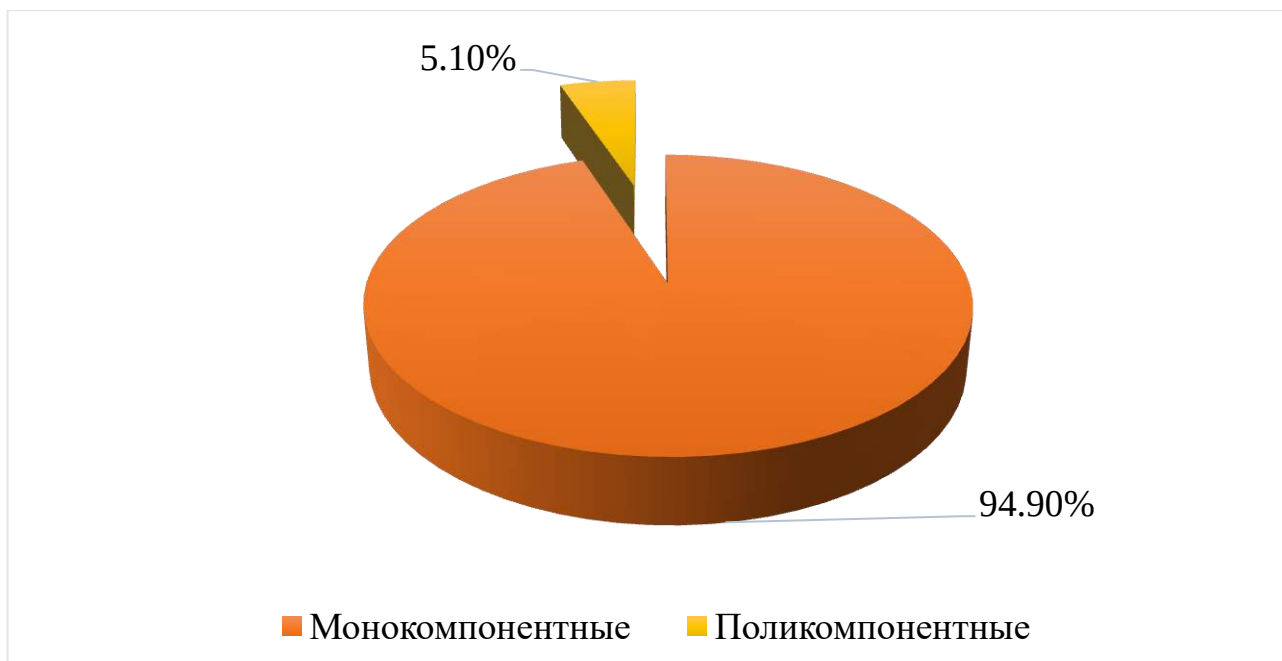


Рис. 13. Анализ ассортимента ЛС по составу, %

Чаще всего в состав входит действующее вещество – осельтамивир – 28,2 %, затем римантадин – 25,6 %, фавипиравир и умифеновир по 7,7 %, остальные – 30,8 % (Рис. 14).

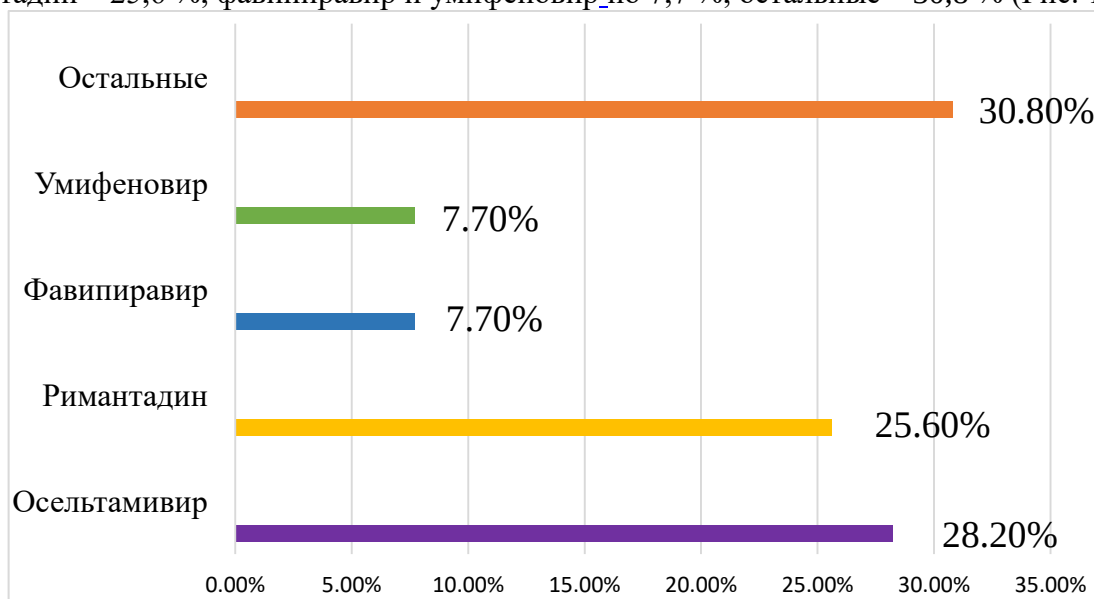


Рис. 14. Анализ ассортимента ЛС по действующему веществу, %

Согласно полученным данным, был составлен макроконтур (Рис. 15):

- Отечественное производство – 84,6 %;
- Россия – 84,6 %;
- Входят в список ЖНВЛП – 64,1 %;
- ТЛФ – 86,4 %;
- Капсулы – 47,5 %;
- Без рецепта врача – 51,3 %;
- Монокомпонентные – 94,9 %;
- Осельтамивир – 28, 2 %.

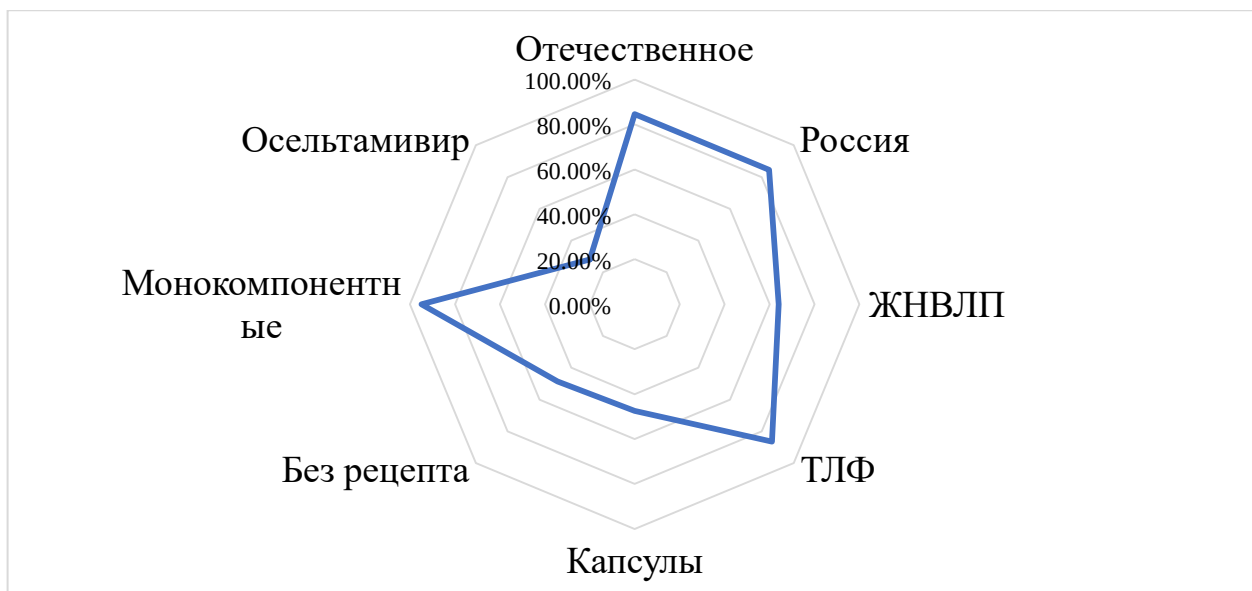


Рис. 15. Макроконтур

Был проведен анализ ассортимента противовирусных препаратов на российском и региональном фармацевтическом рынке.

На российском фармацевтическом рынке более 35 торговых наименований лекарственных средств с различными активными веществами.

Согласно полученным данным лидирующее место в производстве противовирусных препаратов занимает Россия – 84,6 %, 64,1 % ЛС входят в список ЖНВЛП, из них в ТЛФ – 86,4 %, основной вид ТЛФ - капсулы – 47,5 %. Из АО ЛС отпускаются без рецепта врача – 51,3 %. По составу - монокомпонентные – 94,9 %.

Список использованных источников:

1. Аляутдина Р.Н., Фармакология. [Текст] учебник / Р. Н. Аляутдина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 205 с.;
2. Майский, В.В., Фармакология с общей рецептурой [Текст] учебное пособие / В. В. Майский, Р. Н. Аляутдин. - 3-е изд., доп. и перераб. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 45 с.;
3. Медицинское и фармацевтическое товароведение. Практикум [Текст]: под редакцией О.А. Васнецовой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 56 с;

УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДАЖ С ПОМОЩЬЮ ПРИНЦИПОВ МЕРЧАНДАЙЗИНГА НА ПРИМЕРЕ НАЗАЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ

Чубина Наталья Владимировна

Зейналова Алина Валерьевна

Руководитель: Буцыкина Юлия Олеговна

Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород

Мерчандайзинг – это совокупность мероприятий, для увеличения объема сбыта в месте продажи [1, с. 67].

Аптечный мерчандайзинг – комплекс мероприятий, направленный на эффективное размещение товаров и информационно-рекламных материалов в торговом пространстве аптеки для увеличения объема продаж и оказания информационно-консультативных фармацевтических услуг.

"Нужно помнить, что аптека – это не только центр фармацевтической помощи, но и предприятие розничной торговли, и она должна стремиться к тому, чтобы покупатель ассоциировал удачную покупку именно с ней и хотел вернуться сюда снова. Все перечисленные способы формируют фирменный стиль аптечной организации" [2, с. 25].

На российском фармацевтическом рынке достаточно большой ассортимент лекарственных средств, находящихся в назальной лекарственной форме.

Анализ назальных ЛФ по АТХ классификации показал, что большинство из них сосудосуживающие – 52,06 %, противоаллергические – 16,18 %, иммуномодулирующие – 9,24 %, противомикробные – 7,3 %, нейротропные – 3,8 %, прочие средства (противодиабетические, противомигренозные, антигипоксантаы и тд.) – 11,42 % (Рис. 1).

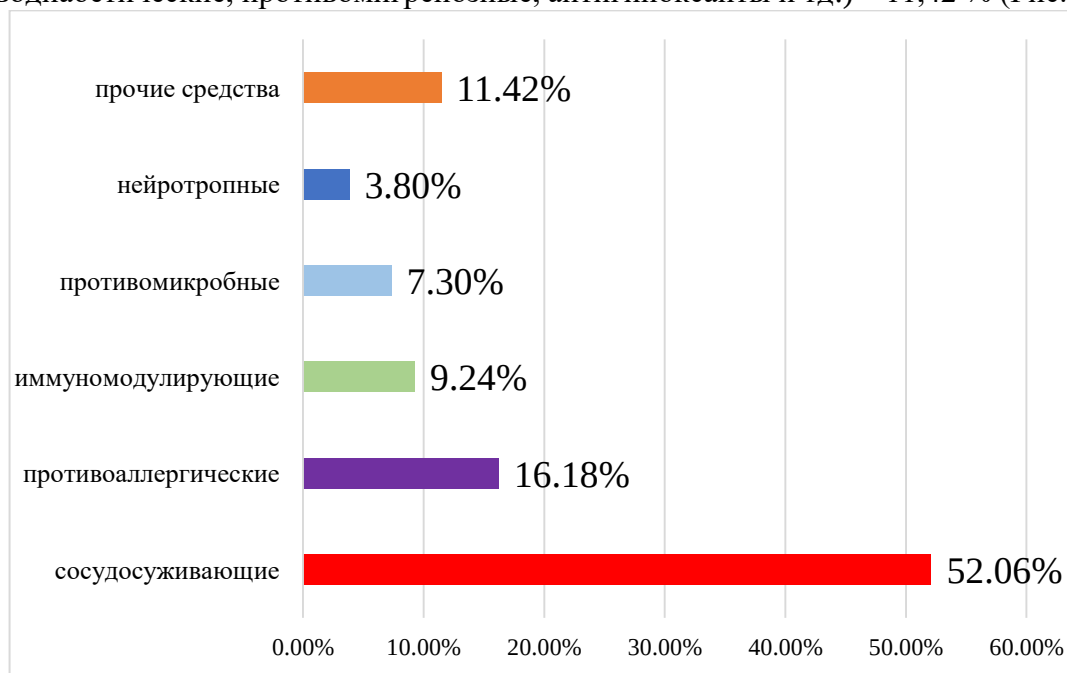


Рис. 1. Анализ НЛФ по АТХ классификации, %

Также был проведен анализ НЛФ по условиям отпуска из аптечной организации. Большинство из них отпускается без рецепта врача – 86,4 %, по рецепту врача 13,6 % (Рис. 2).

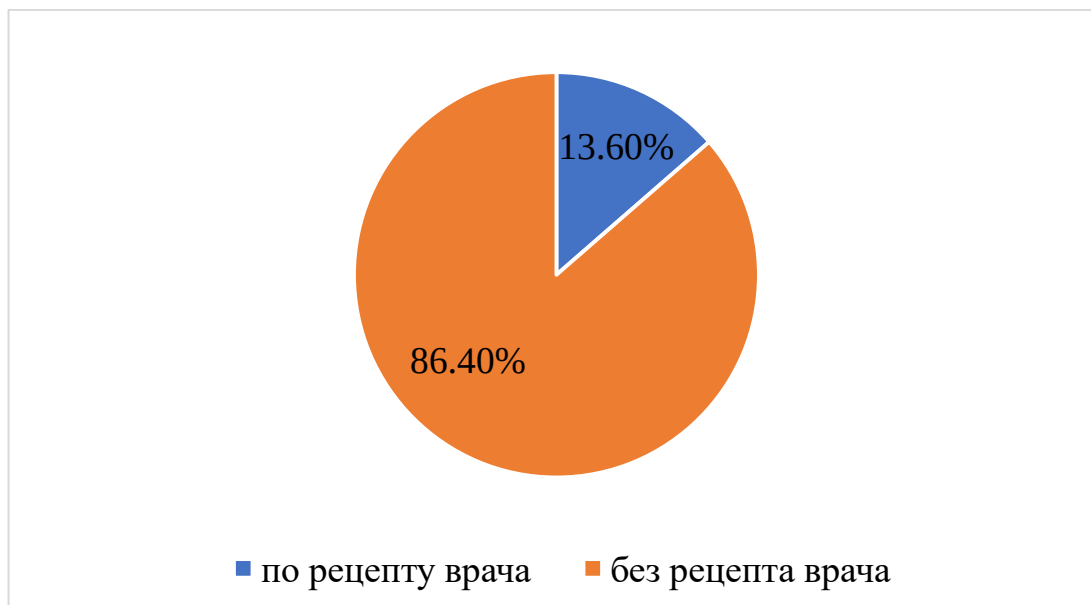


Рис. 2. Анализ НЛФ по условиям отпуска из аптеки, %

Нами было проанкетировано 80 посетителей аптечной организации в г. Белгороде.

36 % опрошенных совершают покупки часто, 49 % - иногда, 15 % - покупают только те товары, за которыми пришли (Рис. 4).

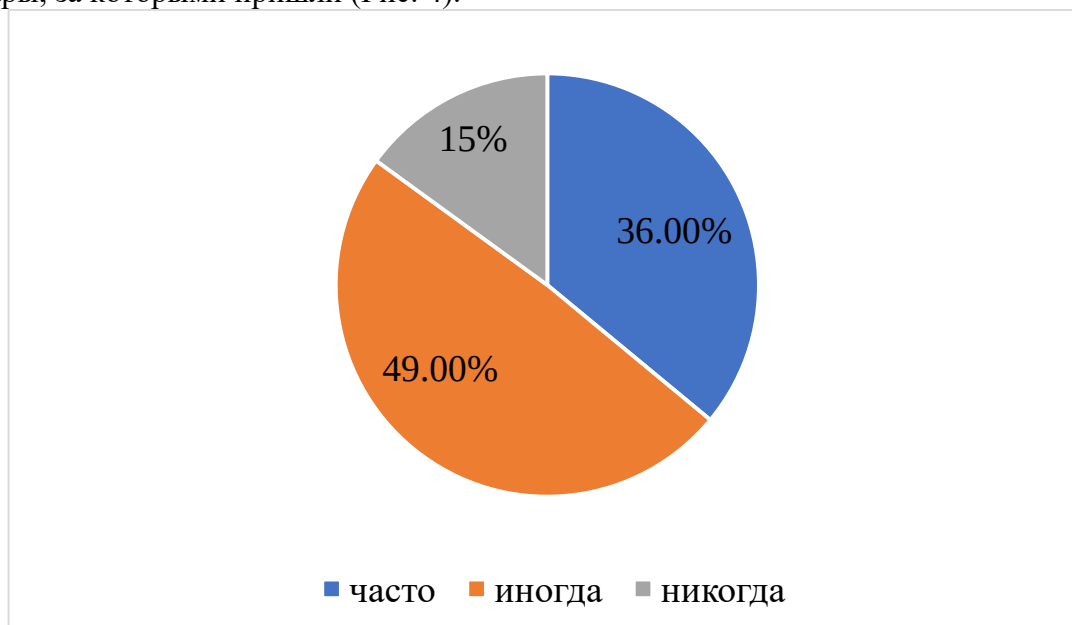


Рис. 4. Соотношение респондентов по склонности к незапланированным покупкам, %

Был проведен эксперимент для анализа влияния мерчандайзинга на объем продаж НЛФ. Суть его в измерении изменения объемов продаж контрольных препаратов до и после применения отдельных приемов в организации выкладки.

Для этого были выбраны три фармакологических группы НЛФ.

Проводилось фиксирование объема продаж за прошедший период, каким образом располагается товар на витрине и наличие рекламных материалов.

Затем происходило изменение выкладки препаратов, согласно инструментам мерчандайзинга.

Все изменения спроса фиксировались после 3 месяцев исследования (Рис. 18). Рост объемов продаж достигает 10–50 %.

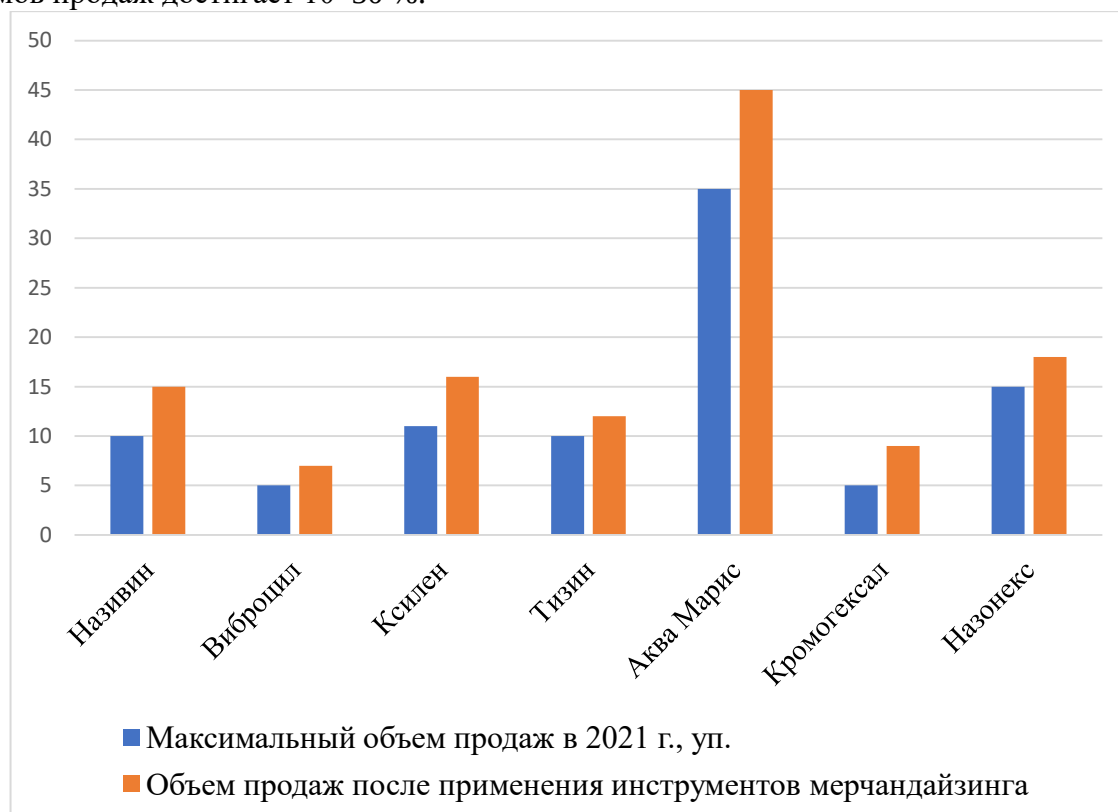


Рис. 18. Изменение объемов продаж после применения инструментов мерчандайзинга, уп.

Для дальнейшего исследования были выбраны различные методы стимулирования для препаратов, имеющих максимальные продажи при применении основных правил мерчандайзинга:

Аквармарис – вручение карточки постоянного покупателя;

Виброцил – скидка в размере 5 % от стоимости.

Перед тем как проводить мероприятия по стимулированию сбыта, нами была осуществлена работа:

- на прилавках, где стоят Виброцил и Аквармарис, выставлены рекламные объявления;
- оформление тематических витрин. Рядом с Аквармарис выставлены препараты с аналогичным действием.

- ежедневная регистрация числа продаж по каждому препарату.

За весь период акции было реализовано 45 упаковок на сумму более 13,9 тыс. руб., за неделю до акции – 26 упаковок на сумму 5,6 тыс. руб. (Рис. 19).

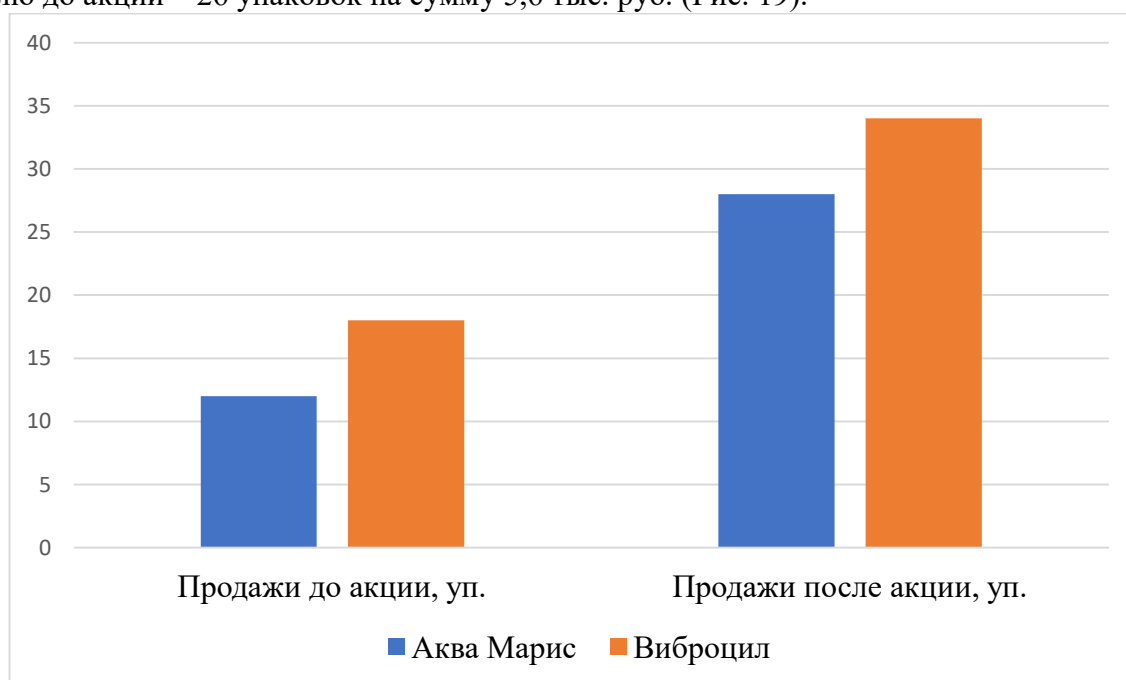


Рис. 19. Изменение объемов продаж после введения акции, уп.

Также в ходе акции увеличилось количество продаж препаратов, располагающихся в тематической витрине. Выручка за неделю увеличилась примерно на 12 % и составила 98,8 тыс. руб. (Рис. 20).

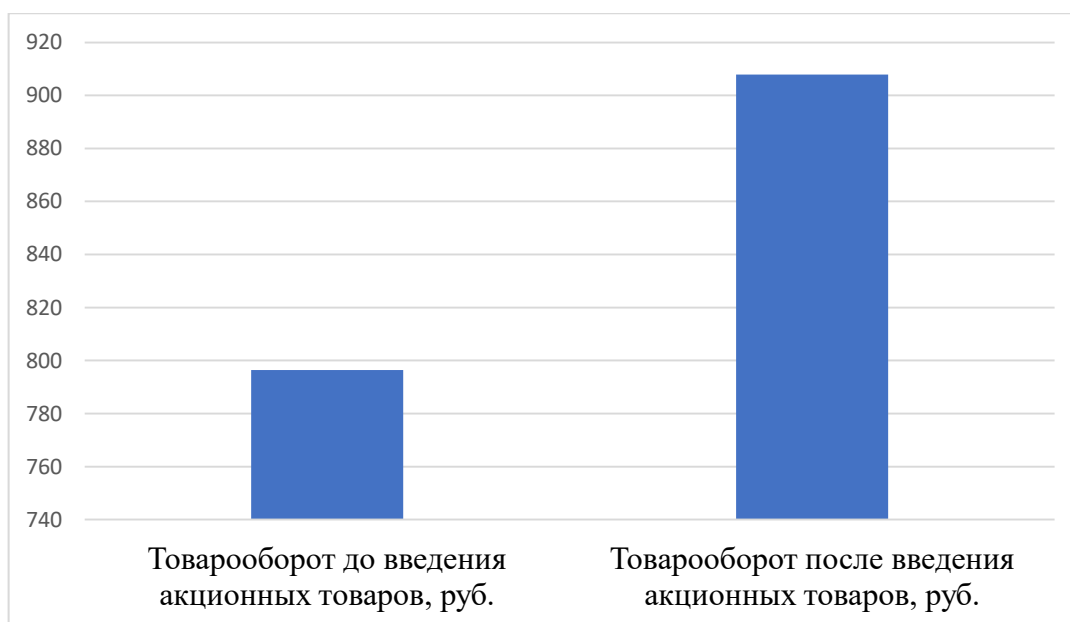


Рис. 20. Изменение товарооборота после введения акции, руб.

Было проанкетировано 80 посетителей аптечной организации в г. Белгороде. Из них большинство женского пола – 60 %, в возрасте от 18 до 35 лет – 65 %.

49 % опрошенных совершают незапланированные покупки иногда, руководствуясь рекомендациями фармацевта/провизора – 39 %.

Проводилось фиксирование объема продаж за прошедший период, каким образом располагается товар на витрине и наличие рекламных материалов.

Все изменения спроса фиксировались после 3 месяцев исследования. Рост объемов продаж достиг 10–50 %.

За весь период акции было реализовано 45 упаковок на сумму более 13,9 тыс. руб., за неделю до акции – 26 упаковок на сумму 5,6 тыс. руб.

В ходе акции увеличилось количество продаж препаратов, располагающихся в тематической витрине. Выручка за неделю увеличилась примерно на 12 % и составила 98,8 тыс. руб.

На увеличение товарооборота повлияло предоставление скидки покупателям препарата Виброцил. Полученные данные позволяют утверждать, что предложения по стимулированию продаж могут увеличить количество продаж в 3 раза, следовательно, товарооборот тоже увеличится в 3 раза.

Список использованных источников:

1. Дорофеева, В.В., Лоскутова, Е.Е., Косова, И.В. *Управление и экономика фармации. Экономика аптечных организаций. [Текст] учебник.* / В.В. Дорофеева. – М.: Академия, 2019. – 67 с.;
2. Дремова, Н.Б. *Развитие методологии маркетинговых исследований в фармации [Текст]: учебник* / Н.Б. Дремова, Новое знание 2016 - 25 с.;

МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ТОВАРОВ И УСЛУГ

Чубина Наталья Владимировна

Зейналова Алина Валерьевна

Руководитель: Пафенрот Елена Анатольевна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

На сегодняшний день, в век высоких технологий, научно-технического прогресса и конкуренции, представление об аптеке давно вышло за рамки привычного понимания. Все аптечные организации предлагают примерно одинаковый ассортимент фармацевтических товаров и внимательно следят за ценами конкурентов. Но, не смотря на большое разнообразие предоставляемых услуг населению, основная задача аптеки – это предоставление услуги по реализации фармацевтических товаров. Одной из перспективных и многообещающих стратегий развития аптечной организации является внедрение клиентоориентированного подхода к реализации товара и предоставлению услуг населению.

Изучение товаров и услуг, необходимых для поддержания конкурентоспособности аптеки, через призму потребностей клиентов с помощью разного рода исследований спроса и тщательный контроль коммуникаций занимают основное место среди факторов конкурентной борьбы на фармацевтическом рынке.

Ассортимент фармацевтических товаров насчитывает десятки тысячи наименований, их видов и разновидностей, которые не представляется возможным изучить полностью, если не привести их к какой-либо организации. Для этих целей служит классификация товаров, которая предназначена для их систематизированного изучения, рациональной организации торговли, а также дает возможность изучить и правильно сформировать структуру ассортимента.

Все товары классифицируются по различным признакам. По сфере применения классифицируют на [1, с.21]:

1. Потребительские товары;
2. Товары промышленного назначения.
 - товары повседневного спроса;
 - товары особого спроса;
 - товары массового спроса
 - товары предварительного выбора.

Классификацию фармацевтических услуг можно представить следующим образом [5, с. 214]:

1. Фармацевтические информационно-консультационные услуги.
2. Дополнительные услуги.

Информационно-консультационные услуги, в свою очередь, можно подразделить на:

– Услуги с отсроченным приобретением лекарственного средства (когда потребитель получает консультацию по интересующему товару, а приобретает его в разные дни, либо не приобретает совсем);

– Услуги с одновременным приобретением товара аптечного ассортимента.

Все дополнительные услуги можно разделить на группы [4, с. 403]:

1. Медицинские услуги: предоставление услуг по экспресс-диагностике, проведение Дня специалиста и другие;
2. Сервисные услуги, такие как прием индивидуальных заказов по телефону, курьерская доставка товара на дом, прокат;
3. Благотворительные акции.

Сегодня фармацевты, провизоры работают в условиях «сложного» рынка, потребитель которого достаточно уделяет внимание деталям, искушен и забалован вниманием

конкурентов. Поэтому покупатель нацелен принимать обоснованные решения при совершении покупки [2, с. 49].

В формировании потребительских предпочтений принимают участие большое количество факторов. Влияние некоторых достаточно очевидно, других же такое явное на первый взгляд, но при этом достаточно значимы все факторы [3, с. 33].

Классификация факторов, влияющих на потребление:

- медицинские;
- социально-демографические;
- экономические;
- индивидуальные качества потребителя.

При этом, потребитель всегда будет иметь ряд ограничений, таких как финансовые, информационные, этические, психологические, связанные с наличием необходимых лекарственных препаратов на рынке. Для изучения потребительского поведения можно пользоваться косвенными методами, но можно воспользоваться и прямыми методами – изучить самого покупателя.

Посетители аптек - это потребители различного возраста, но основную массу составляют люди в возрасте 31-40 лет – 34%, далее идут посетители возраста 51-60 лет (26%), 41-50 лет (24%), количество посетителей старше 60 лет составило 10% и потребители в возрасте 20-30 лет посещают аптеку реже всех, их количество составило 6% (Рис. 1).

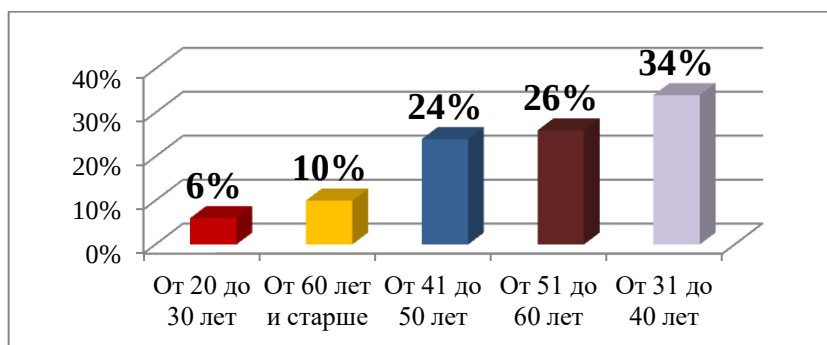


Рис. 1. Средний возраст покупателей аптек, %

При обработке данных было выяснено, что большая часть анкетированных в аптеку приходят за препаратами безрецептурного отпуска (41%), так же довольно широко приобретение медтехники и товаров реабилитации (25%), 15% опрошенных покупали в аптеке лекарственные средства по рецепту врача, некоторые респонденты (10%) приобрели в аптеке товары гигиены и косметические товары, а остальные 9% обратились в аптеку, чтобы получить детское питание (Рис. 2).

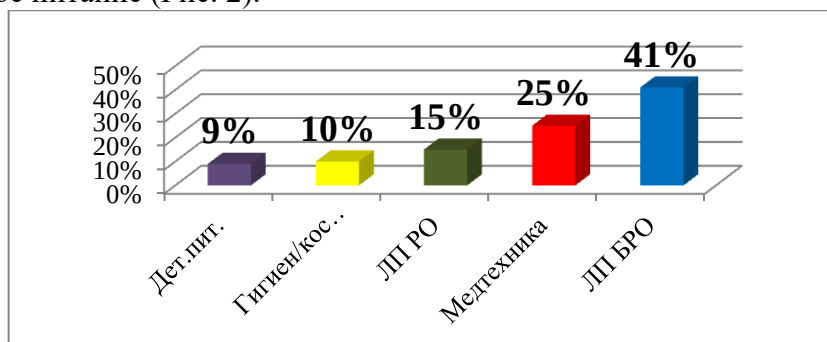


Рис. 2. Приобретаемый товарный ассортимент, %

А в осенний период времени можно увидеть совершенно противоположную картину. На первом месте оказались препараты для лечения вирусных заболеваний – 37%, далее потребители предпочли поддержать свой иммунитет в сезон простуд витаминными

комплексами и биологически активными добавками к пище (21%), затем идут препараты для лечения заболеваний органов желудочно-кишечного тракта (19%), средства защиты от солнца, косметические средства и средства личной гигиены – 10%, а так же препараты для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы – 9% (Рис. 3).

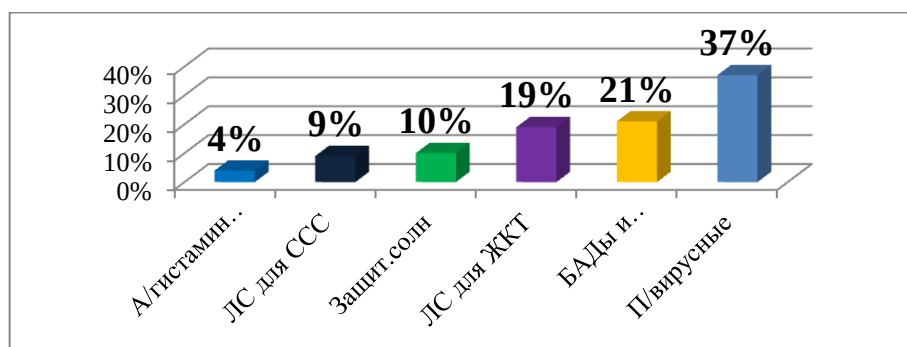


Рис. 3. Востребованность лекарственных препаратов в октябре 2018 года, %

Далее опрашиваемые клиенты аптек высказывали свое мнение по поводу того, каких производителей лекарственных средств они предпочитают видеть в своей домашней аптечке.

В данной таблице можно увидеть, что предпочтение клиенты аптеки отдают зарубежным производителям лекарств (61%), нежели препаратам российского производства (39%) (Рис. 4).

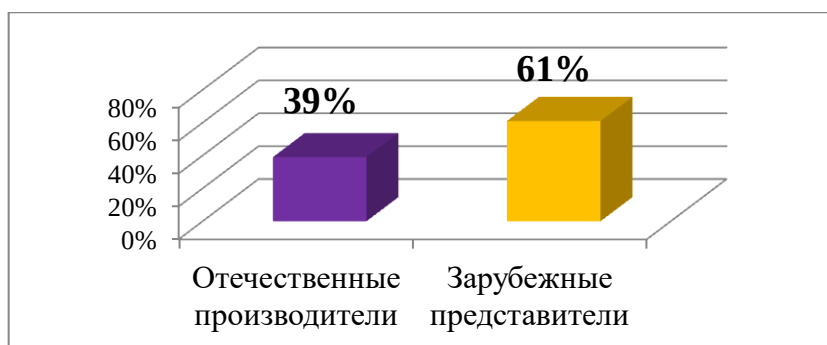


Рис. 4. Предпочтение производителей респондентами, %

В приведенной таблице мы видим, что препараты стоимостью от ста одного рубля до пятисот покупают чаще других, их приобрели 14% опрашиваемых, далее цены распределились следующим образом: от 5 руб. до 100 руб. - 25%, 501 руб. – 1000 руб. – 21%, 1001 руб. – 3000 руб. – 8%, 3001 руб. и выше – 5% (Рис. 5).

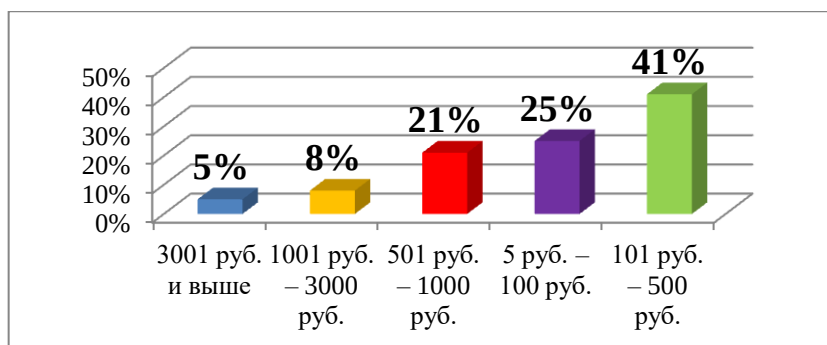


Рис. 5. Ценовая группа приобретаемых препаратов, %

Для совершенствования деятельности аптечных организаций на основании полученных данных необходимо разработать дополнительные рекомендации, в таких

направлениях, как ценовая и ассортиментная политика и предоставление дополнительных услуг в аптечном учреждении.

Предложение аптечным руководителям по выявленным недостаточным услугам и ассортименту фармацевтических товаров:

- Ценообразование в аптеке должно быть стабильным, так как потребитель достаточно чувствителен к цене. Резкие скачки и изменения цен заставят покупателя обратиться в другую аптеку.
- Аптеке необходимо отслеживать наличие в постоянном ассортименте около 100 «топовых» позиций, так же иметь 150 – 600 наиболее значимых препаратов, «широту» ассортимента формировать таким образом, чтобы учитывались специализация аптеки, если таковая имеется, и ее месторасположение.
- Проведение непрерывного обучения работников первого стола при помощи фармкружков, получения новой информации о препаратах от медицинских представителей.

Список использованных источников:

1. Апазов, А. Д. Основы формирования фармацевтического рынка в РФ [Текст]: Учебное пособие / А. Д. Апазов // Новая аптека. -2017. - № 5. - С. 21-22.
2. Аптека и посетитель: коммуникативный аспект [Текст]: Экономический вестник фармации. – 2018. – № 4. – С. 49-50.
3. Архипов, В.В. Аптека глазами потребителя [Текст]: В.В. Архипов // Экономический вестник фармации. – 2017. - № 8. – С. 31-35.
4. Борисов Е.Ф. Основы экономической теории [Текст]: Учебное пособие / Е.Ф. Борисов, Ф.М. Волков – М.: Высшая школа, 2015. – 403 с.
5. Мнушко З.Н. Менеджмент и маркетинг в фармации Ч I [Текст]: Учебное пособие / З.Н.Мнушко, Дегтярева М.Н. – Харьков. НФаУ: Золотые страницы, 2017. - 204 с.

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Юракова Яна Юрьевна

Руководитель: Луханина Оксана Владимировна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

Актуальность исследования. Белгородская область находится на девятом месте по заболеваемости щитовидной железой (12,8 человек на 100 тыс. населения). Ведущей патологией щитовидной железы, вследствие йододефицита, среди населения области является диффузный (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью и другие формы нетоксического зоба, составляя по области 53,4%. На втором месте – многоузловой (эндемический зоб), связанный с йодной недостаточностью, нетоксический одно- и многоузловой зоб (36,7%), субклинический гипотиреоз (7,1%) [1].

Цель: определить тактику фельдшера при лечении патологии щитовидной железы в Белгородской области и разработать меры профилактики.

Задачи:

1. Провести анализ научно-методической литературы и периодических изданий по особенностям и видам заболеваний щитовидной железы;
2. Провести социологическое исследование по распространённости заболеваний щитовидной железы в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».
3. Разработать рекомендации по профилактике патологии щитовидной железы.

Объект исследования: пациенты эндокринологического отделения ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа» с патологией щитовидной железы.

Предмет исследования: профессиональная деятельность фельдшера в организации и оказании помощи больным с патологией щитовидной железы, профилактике тиреоидных заболеваний.

Методы исследования: анализ литературы; изучение и обобщение; анкетирование; конкретизация и детализация.

Под йоддефицитными заболеваниями ЩЖ понимают все патологические состояния, которые развиваются вследствие йодного дефицита и могут быть предотвращены путем нормализации поступления йода в организм пациента [6].

Йоддефицитные заболевания проявляются эндемическим зобом, гипотиреозом, умственной отсталостью и кретинизмом.

Эндемический зоб (диффузный эутиреоидный нетоксический зоб) – диффузное увеличение ЩЖ без нарушения ее функции. Это самое частое проявление дефицита йода в организме, которое встречается в географических районах с недостаточным содержанием йода в пище, воде, воздухе, предрасполагает к заболеваниям ЩЖ, в том числе узловым новообразованиям и раку [4].

Средний уровень потребления йода жителями России составляет 40-80 микрограммов в сутки, что в 2-3 раза ниже рекомендуемой нормы (в сутки у взрослого норма йода 100-200 мкг) [3].

Вторым наиболее частым проявлением йодного дефицита у взрослых является развитие узлового зоба. Обычно вначале узловой зоб не проявляется изменением функции ЩЖ. При этом, в условиях резкого увеличения поступления йода в организм (например, при приеме некоторых йодсодержащих препаратов) может развиваться тиреотоксикоз.

Гипотиреоз – клинический синдром, обусловленный длительным стойким недостатком гормонов щитовидной железы в организме или снижением их биологического эффекта на тканевом уровне [3].

В клинической практике используют клинико-лабораторную классификацию гипотиреоза по степени тяжести:

О субклинический: концентрация тиреотропного гормона повышена, Т4 в норме, клинических признаков нет;

О манифестный: концентрация тиреотропного гормона повышена, Т4 снижена, есть клинические признаки [5];

О осложненный: концентрация тиреотропного гормона повышена, Т4 снижена, есть клинические признаки и осложнения (кретинизм, сердечная недостаточность, выпот в серозных полостях, гипотиреоидная кома) [2].

Для проведения социологического опроса были составлены анкеты, которые было предложено заполнить пациентам эндокринологического отделения ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа». Всего в анкетировании приняло участие 87 человек (исследование проводилось с сентября по декабрь 2022 года).

Первый вопрос анкеты – это пол респондентов. Изучив, данную диаграмму, мы выяснили, что 86 % пациентов – женского пола, а 14% – мужского пола (Рис. 1).

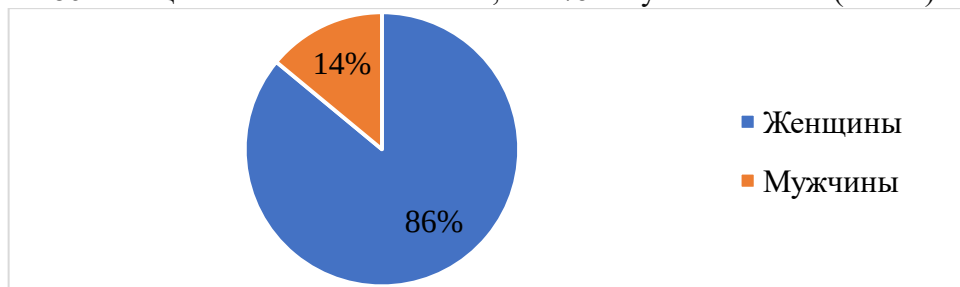


Рис. 1. Пол респондентов.

На вопрос анкеты, где предстояло выяснить возраст пациентов, 28% респондентов ответили, что им меньше 25 лет, 53% – от 26 до 40 лет и 19% ответили, что они старше 40 лет (Рис. 2).

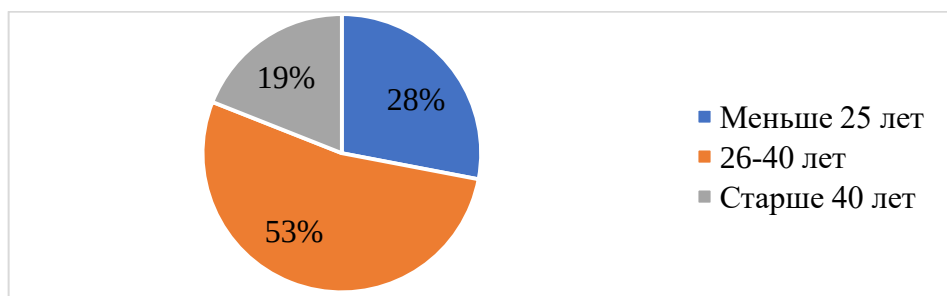


Рис. 2. Возраст респондентов.

Из следующего вопроса в анкетировании «Как часто посещаете Вы эндокринолога», мы сделали вывод, что 46% пациентов не посещают врача вообще, у 37% появляется время от времени посещать специалиста, и только у 17% респондентов ответ был о регулярном посещении специалиста (Рис. 3).

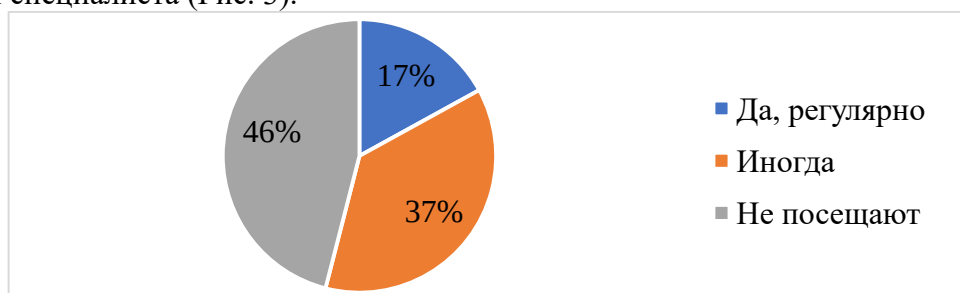


Рис. 3. Посещение врача-эндокринолога.

На вопрос «об употреблении и не употреблении йодсодержащих продуктов», ответы респондентов оказались следующего характера. 40% потребляют йодсодержащие продукты (морскую соль, печень трески, хурму), 33% пациентов считают, что данные продукты не смогут помочь в профилактике и предупреждении заболевания и 27% не знают о таких продуктах вообще. Данный вопрос сразу выявляет особенности знаний респондентов и их возможность для обучения данным веществам (Рис. 4).

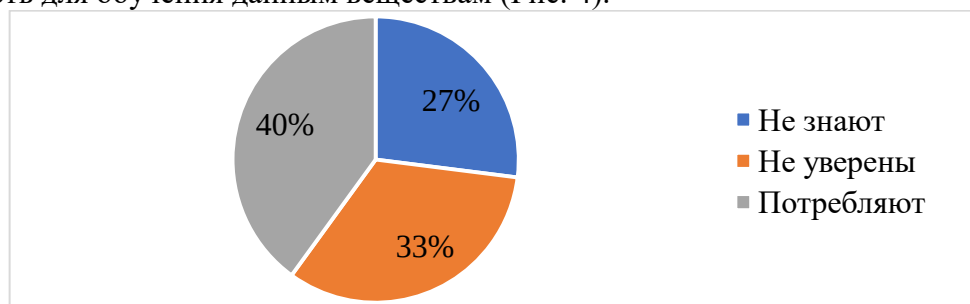


Рис. 4. Знания о йодсодержащих продуктах.

На вопрос: «Как Вы узнали о наличии у Вас заболевания щитовидной железы» ответы пациентов эндокринологического профиля оказались следующими: 59% замечали хроническую усталость, нарушения памяти, структуры волос, ногтей и изменения настроения, увеличение зоба, 41% отвечали, что патология щитовидной железы была выявлена в результате диспансерного наблюдения у врача терапевта (Рис. 5).

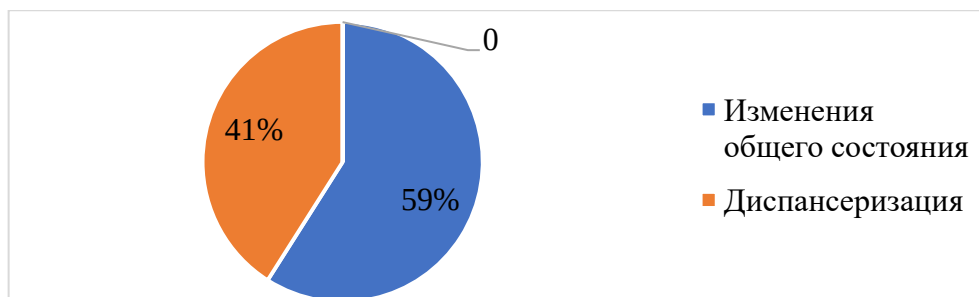


Рис. 5. Выявление заболеваний ЩЖ.

Из следующего вопроса в анкетировании «Получаете ли Вы достаточную информацию о Вашем заболевании», мы сделали вывод, что 46% респондентов не получают информацию вообще, у 37% информация прочитана в СМИ, и только у 17% пациентов ответ был про большие знания в области своего заболевания (Рис. 6).

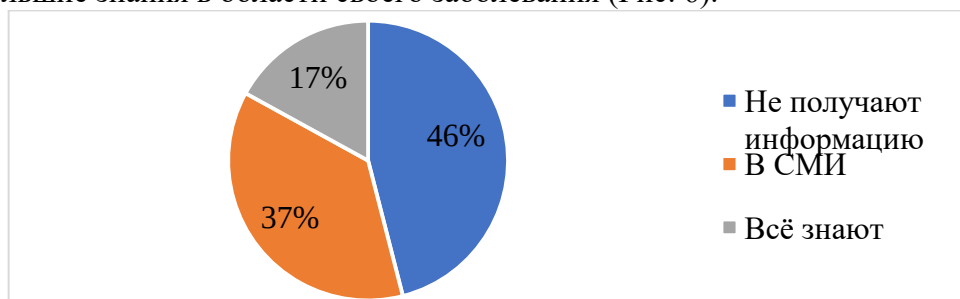


Рис. 6. Получение информации о заболевании.

В результате работы были сделаны следующие выводы:

- Изучена научно-методическая работа по вопросам этиологии, клинике и диагностики заболеваний щитовидной железы.
- Из результатов проведенного исследования, было выяснено, что чаще всего заболеваниями щитовидной железы страдают женщины, возраст которых в среднем от 26 до 40 лет. Почти половина исследуемых не посещает врача-эндокринолога. Большинство пациентов не употребляют в пищу йодсодержащие продукты. Только 2/3 респондентов отмечали у себя наличие явных признаков заболеваний щитовидной железы и обратились к специалисту, реже патология была выявлена при диспансеризации. При этом информативность об особенностях заболевания, осложнениях и важности посещения врача находится на низком уровне.

Это доказывает необходимость проведения профилактических мероприятий фельдшером по данным заболеваниям на территории Белгородской области.

- Работа фельдшера по предупреждению патологий щитовидной железы должна нести просветительский характер и помогать пациентам вести здоровый образ жизни, своевременно обращаться за помощью и идти на пути уменьшения распространения болезни на территории Белгородской области.

Список использованных источников:

1. Иванова, В. Заболевания щитовидной железы и диабет / В. Иванова. - Москва: Газетный мир, 2018. - 128 с.
2. Ильин, В.Ф. Болезни щитовидной железы. Эффективные методы лечения и профилактики / В.Ф. Ильин. - Москва: Вектор, 2021. - 839 с.
3. Петунина, Н. А. Болезни щитовидной железы / Н. А. Петунина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 602 с.
4. Пинский, С.Б. Диагностика заболеваний щитовидной железы / С.Б. Пинский. - Москва: Медицина, 2019. - 992 с.
5. Рудницкий, Л. В. Заболевания щитовидной железы. Лечение и профилактика: моногр. / Л.В. Рудницкий. - Москва: Питер, 2019. - 128 с.
6. Синельникова, А. А. 225 рецептов для здоровья щитовидной железы / А.А. Синельникова. - Москва: Вектор, 2018. - 540 с.

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА

Ясинская Мария Анатольевна

Руководитель: Луханина Оксана Владимировна

*Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО "Белгородский
государственный национальный исследовательский университет", г. Белгород*

Актуальность данной работы заключается в том, что на сегодняшний день сахарный диабет является самым распространенным заболеванием среди структуры патологий эндокринной системы. Снижение медико-социального ущерба, обусловленного глобальным ростом распространенности сахарного диабета и его осложнений, является одной из наиболее приоритетных задач национальных систем здравоохранения во всем мире [14].

На сегодняшний день проблема заболеваемости сахарным диабетом имеет наиважнейшее значение на фоне пандемии. Инфекционная эпидемия COVID-19, вызванная новым коронавирусом, характеризуется тяжелым течением у пациентов, вовлеченных в другую, неинфекционную эпидемию – сахарный диабет, уже многие годы набирающую темп. Сегодня, по данным Международной диабетической федерации, в мире насчитывается 463 миллиона больных СД [2].

Мировые и отечественные данные свидетельствуют о более высокой смертности пациентов с сахарным диабетом вследствие COVID-19.

Цель работы заключается в выявлении основных проблем сахарного диабета в профессиональной деятельности фельдшера и в составлении дальнейших рекомендаций по их решению.

Задачи работы:

1. На основе анализа литературных источников выделить основные проблемы сахарного диабета.
2. Провести статистический анализ заболеваемости сахарным диабетом на территории Белгородской области.
3. Провести социологическое исследование по информированности пациентов с сахарным диабетом о своем заболевании.
4. Дать практические рекомендации по решению выявленных в ходе исследования проблем сахарного диабета.

Объект исследования: медико-социальные проблемы сахарного диабета.

Предмет исследования: выборка пациентов с сахарным диабетом.

Методы исследования: научно-теоретический анализ литературных источников; социологический: анонимное анкетирование; математический: расчёт процентных соотношений.

Сахарный диабет – гетерогенное разнородное полиэтиологичное заболевание, характеризующееся синдромом хронической гипергликемии.

В Российской Федерации, по данным регистра больных сахарным диабетом, на конец 2018 г. состояло на диспансерном учете 4,58 млн человек (3,1% населения), из них 92% (4,2 млн) имели сахарный диабет 2 типа, а 6% (256 тыс.) – сахарный диабет 1 типа (из них взрослых – 219 тыс.) и 2% (90 тыс.) – другие типы сахарного диабета [5]. На фоне общего роста заболеваемости сахарным диабетом в развитых странах мира отмечают значительное увеличение распространенности сахарного диабета 2-го типа среди детей и подростков [4]. По оценкам Международной Федерации Диабета, к 2040 году у одного из 10 взрослых будет диабет [12].

Сахарный диабет серьезно и негативно влияет на физическое, психическое и социальное благополучие пациентов. Это хроническое заболевание, на фоне которого ухудшается качество жизни. При этом сахарный диабет вызывает различные осложнения, которые могут привести к инвалидизации и значительно сократить трудовую активность

человека.

Отдельно стоит отметить, что общие вышеуказанные проблемы сахарного диабета на фоне сегодняшней эпидемической обстановки значительно возрастают. На основании исследований можно утверждать, что сахарный диабет и ожирение являются предикторами более тяжелого течения COVID-19 и смерти. При этом возбудитель коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 может усугублять течение сахарного диабета, воздействуя непосредственно на бета-клетки поджелудочной железы, повреждая их, а также вызывая повреждение печени, усугубляя инсулинорезистентность [2].

Фельдшер, оказывая первичную медико-санитарную помощь населению, должен знать следующие базовые аспекты сахарного диабета, чтобы эффективно решать проблемы данной эндокринной патологии: этиология и патогенез сахарного диабета; основные факторы риска развития сахарного диабета и профилактика негативного их влияния; клиническая картина сахарного диабета; лечение сахарного диабета.

Статистический анализ заболеваемости сахарным диабетом на территории Белгородской области проводился на основе данных Областного государственного казенного учреждения здравоохранения особого типа «Медицинский информационно-аналитический центр». Рассмотрим общую заболеваемость сахарным диабетом на территории Белгородской области. Динамика общей заболеваемости сахарным диабетом в Белгородской области отображена на графике ниже (Рис. 1).

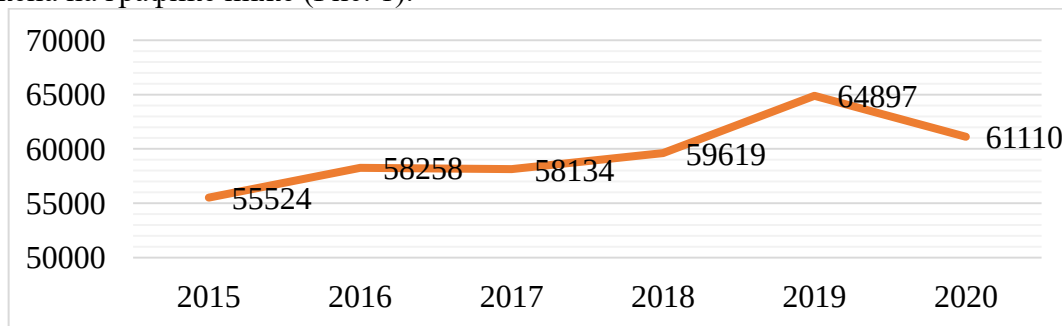


Рис. 1. Заболеваемость сахарным диабетом в Белгородской области.

Социологическое исследование проводилось на базе поликлиники НИУ «БелГУ». В социологическом исследовании приняли участие 95 респондентов.

Беседы с врачом о методах контроля имеющегося сахарного диабета были, согласно данным анкетирования, у 75% респондентов социологического исследования (Рис.2).

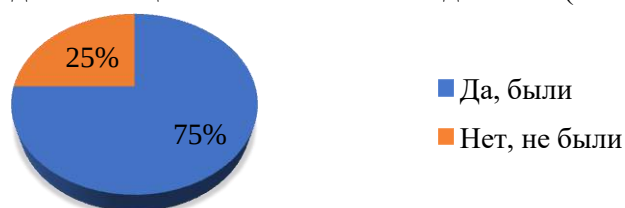


Рис. 2. Беседы с врачом о методах контроля заболевания.

Из всех участников проводимого социологического исследования, 39% респондентов в анкетах отметили, что они проходили школу по сахарному диабету (Рис.3).

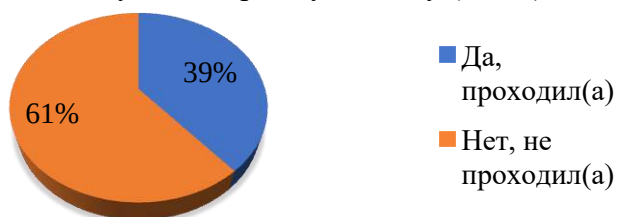


Рис. 3. Прохождение школы диабетика респондентами.

Умение пользования глюкометром является основным критерием эффективности контроля течения сахарного диабета. Анализ анкет показал, что из всех участников

социологического исследования 33% респондентов не умеют пользоваться глюкометром (Рис.4).

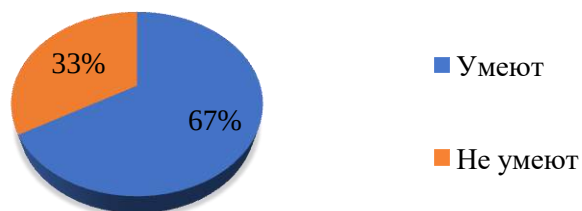


Рис.4. Умение пользоваться глюкометром респондентами.

Из всех участников исследования 56% респондентов отмечают, что они владеют знаниями о гипергликемических и гипогликемических осложнениях сахарного диабета в полном объеме, а 33% респондентов - не владеют данными знаниями (Рис. 5).



Рис. 5. Знания о гипергликемических и гипогликемических осложнениях сахарного диабета.

При этом 42% респондентов отметили, что они не умеют оказывать первую помощь при острых осложнениях сахарного диабета (Рис. 6).

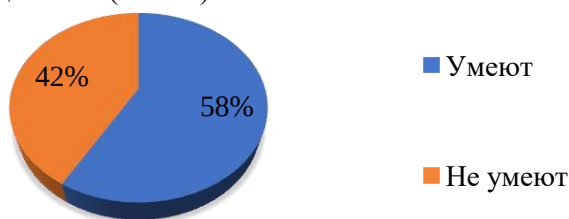


Рис. 6. Умение респондентов оказывать первую помощь при острых осложнениях сахарного диабета.

Важным аспектом в лечении сахарного диабета является соблюдение диеты, предупреждающей гипергликемические и гипогликемические состояния. Из всей исследуемой группы 28% респондентов отметили, что не соблюдают диету по заболеванию (Рис. 7).

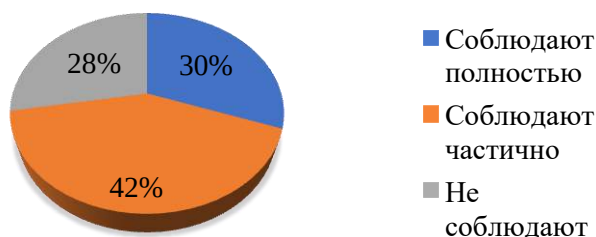


Рис. 7. Соблюдение диеты респондентами по заболеванию.

Для определения профессиональной деятельности фельдшера по решению проблем сахарного диабета были решены задачи исследования и сделаны следующие выводы:

Основываясь на анализе общих вопросов сахарного диабета, были определены следующие проблемы данной патологии: прогрессирование общей заболеваемости сахарным диабетом 1 или 2 типа как среди детского, так и у взрослого населения Российской Федерации; ухудшение качества жизни пациентов, живущих с сахарным диабетом; отягощение общего состояния пациентов с сахарным диабетом на фоне заражения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Статистический анализ показал, что общая заболеваемость сахарным диабетом на территории Белгородской области остаётся относительно высокой, пик заболеваемости пришёлся на 2019 год.

Социологическое исследование выявило наличие следующих проблем сахарного диабета у исследуемой группы: недостаточная информативность по клиническому течению сахарного диабета, отсутствие знаний по методике самоконтроля и недостаточная мотивация к контролю сахарного диабета, отсутствие знаний о осложнениях сахарного диабета, неумение оказывать первую помощь при острых осложнениях, низкая мотивация к диетотерапии.

Для решения данных проблем сахарного диабета было предложено проводить школу здоровья по сахарному диабету на базе фельдшерско-акушерского пункта.

Список использованных источников:

1. Бабенко, А. Ю. Сахарный диабет и Covid-19. Как они связаны? Современные стратегии борьбы [Сахарный диабет] / А. Ю. Бабенко, М. Ю. Лаевская // АГ[сайт]. - 2020. - №3. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/saharnyy-diabet-i-covid-19-kak-oni-svyazany-sovremennye-strategii-borby>. (дата обращения: 05.02.2023).
2. Дедов, И. И. Детская эндокринология: учебник / И. И. Дедов, В. А. Петеркова, О. А. Малиевский, Т. Ю. Ширяева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-6514-1. // ЭБС «Консультант студента»: [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html>. (дата обращения: 05.02.2023).
3. Дедов, И. И. Сахарный диабет 1 типа у взрослых / И. И. Дедов, М. В. Шестакова, А. Ю. Майоров и др. // Сахарный диабет[сайт]. - 2020. - №S1. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/saharnyy-diabet-1-tipa-u-vzroslyh>. (дата обращения: 04.02.2023).
4. Шарофова, М. У. Сахарный диабет: современное состояние вопроса (часть 1) [Сахарный диабет] / М. У. Шарофова, Ш. С. Сагдиева, С. Д. Юсуфи // Вестник Авиценны. [сайт]. - 2019. - №3. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/saharnyy-diabet-sovremennoe-sostoyanie-voprosa-chast-1>. (дата обращения: 05.02.2023).
5. Шестакова, М. В. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: что изменилось за последнее десятилетие? / М. В. Шестакова, О. К. Викулова, А. В. Железнякова и др. // Терапевтический архив[сайт]. - 2019. - №10. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologiya-saharnogo-diabeta-v-rossiyskoy-federatsii-cto-izmenilos-za-poslednee-desyatiletie>. (дата обращения: 04.02.2023).

ПОПУЛЯРНЫЕ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ

Иваницкая Анастасия Владимировна
Франц Полина Евгеньевна

Руководитель: Боровко Надежда Александровна
ГБПОУ "Белореченский медицинский колледж", г. Белореченск

Здоровье всегда считалось главной ценностью человека, основой гармоничного развития личности и выступало одним из важнейших факторов, определяющих статус цивилизации на временном векторе истории человечества. Глобальной проблемой нашего современного общества являются вредные привычки молодого поколения, которые пагубно влияют на их здоровье и влекут за собой множество заболеваний. В целом привычкой называют потребность человека совершать определенные действия в определенных условиях, а вредные - это те, которые оказывают отрицательное влияние на психическое состояние, социальное поведение, здоровье человека и препятствуют достижению активного

долголетия. Для того, чтобы разобраться в актуальных вредных привычках среди молодежи и более подробнее изучить действие их на здоровья, рассмотрим каждые привычки в отдельности и увидим, какие последствия они за собой несут.

1. Вейпинг

Ежедневно на улицах мы видим молодых людей, которые выдыхают облако пара с помощью специальных устройств, которые называют вейпами или электронными сигаретами, а процесс их употребления получил название вейпинг (от английского *vaping* – парение). Вейпинг – это относительно новая форма употребления продуктов табака и разновидность курения. [2, с. 151] Это изобретение очень нравится молодежи, в результате появился новый вид курильщиков, которые вместо обычных сигарет используют электронные и считают их безопасными. Но на самом деле это не совсем так. Чем же вредны вейпы? Опасными являются соединения, которые образуются при нагревании глицерина и пропиленгликоля: формальдегид, ацетальдегид, акролеин и глиоксаль. Эти вещества вместе с паром попадают в легкие, тем самым раздражая все дыхательные пути. Все эти химические соединения вызывают заболевания органов дыхательной системы и непосредственно влияют на сердечно - сосудистую систему. С целью изучения данной проблемы, было проведен опрос студентов ГБПОУ «Белореченский медицинский колледж». Для исследования был выбран метод анонимного анкетирования среди студентов в возрасте от 15 до 17 лет. На вопрос как часто они парят, получили следующие результаты: 23,7% каждые 2 часа по 10-15 затяжек, 21% перекур каждый час по 10-15 затяжек, 13% по 2-5 затяжек каждые 10-15 минут, 10% в режиме паровоза, практически не отрываясь и 32,3% респондентов ничего не используют. Для того, чтобы на примере увидеть, как вейпинг может влиять на органы дыхательной и сердечно - сосудистой системы, обратимся к статистике заболеваний подростков от 15 до 17 лет, ГБУЗ «Белореченской центральной районной больницы»: в 2014 году по заболеваниям органов дыхательной системы было зарегистрировано 1582 подростка, в то время как за 2021 год регистрируется уже 2142 подростка. Таким образом заболеваемость по данной системе в период с 2014 года по 2021 возросла на 15%. По заболеваниям сердечно - сосудистой системы за 2014 год зарегистрировано 258 человек, а за 2021 год 619 подростков. По данным статистики Здравоохранения Российской Федерации можно заметить: количество заболеваний органов дыхания на 2014 год приходилось 48 708 человек, что составляло 42% от общего количества заболеваний РФ. На 2021 год приходится 59 382 человек, что составляет 47% от общего количества заболеваний. Так мы видим, что с 2014 по 2021 гг. число заболевших патологией дыхательной системы увеличилось на 10 674 человека, т.е. на 5 %. Со стороны заболеваний сердечно - сосудистой системы за 2014 год зарегистрировано 4 205 человек, что составляло 4% от общего количества заболеваний. На 2021 год приходилось 4 456 больных, что в свою очередь составляет 5% от общего количества заболеваний.

2. Неправильное и несбалансированное питание.

Одним из многочисленных факторов, влияющих на здоровье подростков является характер питания. Редкие приемы пищи, несбалансированные перекусы, употребление фаст-фуда т.е. потребление избыточного количества калорий, жиров, свободных сахаров и соли, редкий прием овощей и фруктов приводит к различным заболеваниям желудочно-кишечного тракта и не только. Регулярное неправильное питание может вызвать следующие заболевания: гастриты, язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки, болезни обмена веществ, ожирение, анемию, сахарный диабет, болезни обмена веществ. Проведя анонимное анкетирование среди студентов нашего колледжа в возрастной категории 15 – 17 лет, получили интересные результаты. На вопрос сколько раз в день вы едите, респонденты ответили: 1 - 2 раза в день 40%, 3 - 4 раза в день - 34%, в разные дни по-разному 22%, больше 4 раз в день всего 4% опрошенных. Задав респондентам вопрос, часто ли вы завтракаете, мы получили следующие результаты: всегда - 25%, иногда - 24%, редко - 34%, никогда - 15%, затрудняюсь ответить - 2%. На вопрос «чем вы перекусываете?» - 73% респондентов ответили, что это вредный перекус, 22% - полезный перекус, 5% - указало, что не

перекусывает. На вопрос «Как часто вы питаетесь фаст-фудом?» ответили: ежедневно - 53%, 1-2 раза в неделю - 14%, 3-4 раза в неделю - 25%, реже одного раза в месяц - 6%, затрудняюсь ответить - 2%. Анализируя полученные данные, мы можем сделать вывод, что 73% студентов предпочитают вредные перекусы полезным. Чтобы увидеть, как неправильное питание может влиять на здоровье подростков, обратимся к статистике заболеваний ГБУЗ «Белореченской центральной районной больницы». С 2014 года по 2021 год заболеваемость в возрастной группе 15 – 17 лет выросла, а именно по следующим заболеваниям: гастриты увеличились на 46 человек (1%), ожирение на 71 больного (0,86%), анемии увеличились на 7 человек (0,2%), сахарный диабет на 4 человека (0,1%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки увеличилась на 18 больных (0,2%). Необходимо отметить что в развитии заболеваний ЖКТ нерациональное питание играет важную роль, но порой для развития данных заболеваний нужно и длительное время. При анализе статистики Здравоохранения Российской Федерации, мы вычислили, что в период с 2014 года по 2021 болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ возросли на 0,1%, в то время как заболевания органов пищеварения увеличились на 1,2%.

3. Нарушение осанки

Осанка - это привычное положение туловища в пространстве, поза, обусловленная конституциональными, наследственными моментами, зависящими от тонуса мышц, состояния связочного аппарата, выраженности физиологических изгибов позвоночника, угла наклона таза, формы грудной клетки. Нормальная осанка характеризуется симметричным расположением частей тела относительно позвоночного столба. Нормальная осанка является одним из критериев, который определяет состояние здоровья человека. [1, с. 4]

Виды нарушения осанки: 1. Сколиоз – это искривление позвоночника по фронтальной плоскости; 2. Кифоз – это искривление позвоночника в сагиттальной проекции; 3. Кифосколиоз – это искривление позвоночника по фронтальной и сагиттальной плоскости.

Причины нарушения осанки: неудовлетворительный общий режим жизни. Недостаточный или чрезмерный отдых, отсутствие прогулок на свежем воздухе, недостаточный сон и т.д.; плохие условия сна (неудобная слишком мягкая или слишком жесткая, короткая постель и т.д.); несоответствующая росту мебель - стол, стул, кровать; неправильные позы.

Проведя анонимное анкетирование в «ГБПОУ Белореченском медицинском колледже», мы выявили, что на вопрос «В какой позе вы предпочитаете работать за компьютером?», 3% - ответило всегда сиду прямо, 40 % - сиду за компьютером опираясь на локти, 57% - никогда не обращал внимание. Анализируя данные ответы, мы можем сделать вывод о том, что больше половины студентов не следят за своей осанкой. При анализе статистики по заболеваниям подростков ГБУЗ «Белореченской центральной районной больницы», было обнаружено, что в связи с нарушением осанки тела, болезни костно-мышечной системы с 2014 по 2021 год увеличились на 5% от всех заболеваний.

4. Прослушивание музыки в наушниках.

В нашем современном мире, в котором огромное значение имеют технологии, особую популярность обрели наушники разных видов: проводные, беспроводные, накладные, вакуумные, вкладыши и т.д. Но все они, хоть и кажутся безопасными, могут привести к неизбежным последствиям при некорректном использовании. Наушники давят на кожу слухового прохода, вследствие чего раздражают ее и приводят к тому, что сера в наружном слуховом проходе начинает вырабатываться в большом количестве и утрамбовывается там. Так при длительном их использовании возможно образование серных пробок и развитие инфекции внутреннего уха. А при постоянном прослушивании громкой музыки в наушниках может развиваться частичная или полная потеря слуха. При анкетировании наших студентов мы выявили, что 99% студентов регулярно используют наушники и только 1% нет. Задав вопрос «Как часто, вы пользуетесь наушниками?», мы получили следующие результаты: ежедневно - 73%, 1-2 раза в неделю - 4%, 3-4 раза в неделю - 15%, реже одного раза в месяц -

2%. На вопрос «Сколько времени в день вы пользуетесь наушниками» 28% ответило - 30 минут, 1 час - 32%, более 1 часа - 14%, затрудняюсь ответить - 11%. «Какую громкость вы используете в наушниках?», на данный вопрос 17% ответило: менее половины от максимально возможной громкости, 58% половину от максимально возможной громкости, 14% ответило: более половины от максимально возможной громкости, 11% затрудняюсь ответить. Анализируя полученные данные, мы убедились в том, что молодое поколение, ежедневно слушает музыку в наушниках с относительно высокой громкостью.

Проведя данное исследование, мы убедились в том, что на здоровье современной молодежи сильно влияют вредные привычки, которые несут за собой необратимые последствия в организме. Лучшей профилактикой вредных привычек является ведение здорового и активного образа жизни. Наше будущее зависит от нас самих! Так давайте же оградим себя от вредных привычек и начнем вести здоровый образ жизни!

Список использованных источников:

1. О.В. Пешкова, Е.Н. Мятыха, Е.В. Бисмак//Кафедра спортивной медицины и физической реабилитации//Методическое пособие//Физическая реабилитация при нарушениях осанки и плоскостопии//2012г.
2. ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной X Межрегиональная научно-практическая конференция «День Науки» /Сборник материалов 2022г. Статья Бондарцова А., Лактионов И., научный руководитель преподаватель Боровко Н.А., Вейпинг-безопасная альтернатива сигаретам или серьезный удар по организму?
3. А.А. Шабунова, К.Н. Калашников, М.В. Морев, О.Н. Калачикова, Н.А. Кондакова учебное пособие ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ Вологда 2014г.
4. Л.Н. Войт «Медико-социальные аспекты формирования здорового образа жизни» Благовещенск 2008г.

РАЗВИТИЕ ДЕЗИНФЕКЦИИ И АКТУАЛЬНЫЕ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА

Хачатрян Ангелина Артемовна

Руководитель: Боровко Надежда Александровна

ГБПОУ "Белореченский медицинский колледж", г. Белореченск

Нас повсеместно окружают различные бактерии, вирусы и прочая патогенная микрофлора. Эти маленькие и не заметные невооруженным взглядом микроорганизмы способны вызвать не только целый ряд опасных заболеваний у одного конкретного человека, но и стать причиной эпидемии.

Со времен зарождения человечества люди массово умирали от различных инфекционных заболеваний. Они не представляли, от чего возникают такие болезни, и не знали, как с этим бороться. Тогда еще не были открыты микробы и вирусы, а также способы защиты от них. Даже врачи проводили операции в обычной нестерильной одежде, и руки-то мыли не всегда. В качестве дезинфекционных мер прикладывали определенные травы к ранам, инструменты прокалывали на огне. Но о влиянии чистоты на здоровье догадывались и тогда. В Древнем Риме для этого придумали бани. А в сочинении «Домострой» у славян большое внимание уделялось чистоте тела и одежды. Только после мрачных времен Средневековья с конца 16 века начались активные исследования в этой области. [3]

Высокий уровень заболеваемости и смертности, особенно в периоды эпидемий, вызывал большую обеспокоенность не только у медицинской общественности, но и ученых всего мира.

В 1847 г. венгерский врач акушер-гинеколог И. Земмельвейс утверждал, что причина послеродового сепсиса – это занесение заразительного начала руками врача во время внутреннего исследования после родов. Введение им в практику мытья рук и обработки

родовых путей 10 % раствором хлорной извести в несколько раз сократило количество указанных осложнений [1].

В 1860 году английский ученый Д. Листер доказал связь бактерий и инфекций, опираясь на учение французского микробиолога Л. Пастера. Он начал применять карболовую кислоту для обработки рук и инструментов [3].

В 1867 году Д. Листер разработал комплекс мероприятий, который назвал антисептическим, в него входили: распыление в воздухе операционной карболовой кислоты; обработка ею операционного поля; обработка инструментов, рук хирурга, шовного и перевязочного материала 2–3 % раствором карболовой кислоты. Успехи микробиологии выдвинули новые принципы профилактики хирургической инфекции. Разработка асептического метода связана, прежде всего, с именами Э. Бергмана и его ученика К. Шиммельбуша. Э. Бергман (основоположник асептического метода) в 1890 году в Берлине на X Международном конгрессе хирургов доложил об операциях, проведенных в асептических условиях. Он использовал для стерилизации перевязочного материала высокую температуру. На этом конгрессе Э. Бергман продемонстрировал больных, успешно прооперированных в асептических условиях. Здесь же был официально принят основной постулат асептики: «Все, что соприкасается с раной, должно быть стерильно» [1].

Благодаря великому военно-полевому хирургу Н.И. Пирогов (1810-1881 гг.), в середине 19 века произошел огромный прорыв в борьбе с раневой инфекцией. Он использовал спирт, йод, марганец в качестве антисептиков, создал трехслойную повязку, ввел обеззараживание белья и перевязочного материала кипячением.

Защитные перчатки начали применяться с 1890 г., маски - с 1899 г. Огромный вклад в развитие гигиены и дезинфекции внесли русские ученые и врачи М.Я. Мудров, А.П. Доброславский (возглавлял кафедру гигиены в Военно-морской академии), С.Э. Куприн и др. После революции в 1922 г. декретом Совнаркома создаётся сеть дезинфекционных станций. В 1964 г. открывается ВНИИ Дезинфекции и стерилизации, СЭС. Открываются новые способы стерилизации (от радиационного до плазменного). [3]

И так, что же такое дезинфекция? Дезинфекция - комплекс мер, направленных на уничтожение (или удаление) патогенных и условно-патогенных микроорганизмов на объектах внешней среды, служащих факторами передачи инфекции (рис. 1). Профилактическую дезинфекцию осуществляют при отсутствии обнаруженного источника, предполагая возможность его наличия.



Рис. 1 Дезинфекция

Профилактическая дезинфекция постоянно проводится на объектах водоснабжения, канализации, общественного питания; на предприятиях изготавливающих, перерабатывающих и реализующих пищевые продукты и сырье животного происхождения; в местах массового скопления людей (детские и лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), вокзалы, зрелищные учреждения, общественный транспорт, бани, общественные туалеты, плавательные бассейны и т. п.). Очаговую дезинфекцию проводят в эпидемических очагах, т. е. в случае возникновения инфекционного заболевания или при подозрении на него (в квартире, общежитии, детских и лечебно-профилактических учреждениях и т. д.). В зависимости от условий проведения очаговую дезинфекцию подразделяют на текущую и заключительную [6].

Используют четыре основных метода дезинфекции:

- 1) *механический метод* - проветривание, вентиляция помещений, стирка белья, обработка поверхностей пылесосом, протирание их влажной ветошью;
- 2) *физический метод* - заключается в высокотемпературной обработке. Используются кипячение в дистиллированной воде или воде с добавлением натрия двууглекислого (пищевая сода), паровой метод в стерилизаторе (автоклаве), воздушный метод в суховоздушном шкафу. Этот метод надежен, экологически чист и безопасен для персонала;
- 3) *химический метод* - позволяет обрабатывать медицинские предметы различными химическими веществами в жидком, газообразном состоянии.
- 4) *биологический метод* - основан на использовании антагонизма различных видов микроорганизмов. Так, при использовании бактериофагов, т. е. вирусов, бактерий, уничтожаются стафилококки, синегнойная палочка, брюшнотифозные бактерии и т. д.

Несмотря на столь внушительный, по времени период развития дезинфекции, в настоящее время проблема неблагоприятной эпидемиологической ситуации остается весьма актуальной. Связано это с ежегодным ростом общего числа инфекционных заболеваний, а также с постоянным пополнением существующей номенклатуры инфекционных болезней за счет новых и вновь возвращающихся инфекций.

Согласно СанПиН 3.3686 - 21, утвержденному в 2021 г., к инфекциям, связанным с оказанием медицинской помощи, относят любое инфекционное заболевание, развившееся у пациента в связи с оказанием ему любых видов медицинской помощи, а также случаи заражения инфекционными болезнями медицинских работников в результате их профессиональной деятельности. Внутрибольничные инфекции представляют собой любые инфекционные заболевания (состояния), возникшие в медицинской организации (МО) и проявившиеся в условиях МО или вне МО в течение периода инкубации, а также инфекционное заболевание (состояние) сотрудника МО вследствие его инфицирования при выполнении трудовых обязанностей [1].

К сожалению ни одна из медицинских организаций не может полностью избавиться от внутрибольничных инфекций, однако создания новых дезинфектантов и антисептиков, дает надежду на победу в борьбе с невидимым врагом. На территории Российской Федерации видятся реестр, разрешенных к применению дезинфицирующих средств. При выборе дезинфицирующего средства, среди имеющегося многообразия следует учитывать цель их назначения. Ни один современный препарат не обладает универсальными свойствами. Подход к дезинфекции в медицинских учреждениях должен быть комплексным, предполагающим использование нескольких групп препаратов, различного спектра действия. В настоящее время дезинфицирующие средства, используемым в МО исчисляются десятками. К наиболее распространенным относятся:

1. Лизафин - препарат для дезинфекции поверхностей в помещениях, изделий медицинского назначения. Лизафин активен в отношении: 1. грамотрицательных и грамположительных бактерий (включая микобактерии туберкулеза), 2. грибов родов Кандида и Трихофитон, 3. вирусов (возбудителей вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекций,

герпеса, ротавирусного гастроэнтерита, энтеровирусных инфекций, полиомиелита, гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций); 4. обладает моющими свойствами.

2. Сайдекс – предназначен для дезинфекции изделий медицинского назначения, изготовленных с применением термолабильных материалов.

3. Септодор форте - применяется для дезинфекции поверхностей в помещениях, сантех. оборудования, санитарного транспорта, лабораторной посуды. Септодор Форте активен в отношении: 1. грамотрицательных и грамположительных бактерий (включая, микобактерии туберкулеза, возбудителей особо опасных инфекций - чумы, холеры, туляремии, сапа, мелиоидоза, сибирской язвы), вирусов, 2. патогенных грибов родов Кандида и Трихофитон, 3. также моющими и спороцидными свойствами

4. Лизоформин - универсальное дезинфицирующее средство для дезинфекции и стерилизации медицинских инструментов из любых материалов.

5. Альфадез Форте - применяется для дезинфекции изделий медицинского назначения, включая хирургические и стоматологические инструменты, жесткие и гибкие эндоскопы и инструменты лечебно-профилактических учреждений.

Современные дезинфектанты представляют собой сбалансированную смесь нескольких активных веществ, которая дает возможность добиться максимального эффекта в отношении большинства вредных и устойчивых микроорганизмов, действие которых постоянно совершенствуется. В настоящее время в медицине применяют дезинфицирующие средства широкого спектра действия, многие из которых можно использовать многократно. Необходимо отметить, что все они отличаются высокой бактерицидностью и безопасны для человека. А некоторые из них можно использовать в домашних условиях в качестве очищающего средства, благодаря их низкой токсичности. Дезинфекция, как комплекс мероприятий, направлен на разрыв механизма передачи инфекции и используется как с профилактической целью, так и по эпидемическим показаниям, а дезинфицирующие средства в настоящее время - это незаменимый элемент существования медицинского учреждения. Студенты медицинских колледжей узнают о том, что такое дезинфекция и о том какие современные дезинфицирующие средства используют в практической медицине уже на первых курсах, ведь так важно именно будущим медицинским работникам хорошо знать, как проводятся различные виды дезинфекции.

Список использованных источников:

1. Белобородов Е. А., Кельчевская Е. А. Асептика, антисептика: учебное пособие / В. А. Белобородов, Е. А. Кельчевская; Иркутский государственный медицинский университет, Кафедра общей хирургии. – Иркутск: ИГМУ, 2022 - 50 с.
2. Боровко Н. А. Становление и развитие стационарной медицинской помощи детям в Саратовской Губернии в начале XX века // История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев: Материалы Межрегиональной научно-практической конференции, Волгоград, 23-24 апреля 2014 года. Волгоград, 2014. С. 37
3. Гаврилов А. В., Марунин Н. А., Матешин Р. С., Зотова А. В. Дезинфекция, дезинсекция, дератизация: учебное пособие / А. В. Гаврилов, Н. А. Марунин, Р. С. Матешин, А. В. Зотова: ФГБОУ ВО Амурская Государственная Медицинская Академия, 2020. – 34 с.
4. Мухина, С. А. Теоретические основы сестринского дела: учебник для медицинских училищ и колледжей / С. А. Мухина, И. И. Тарновская. - 2-е изд., испр. и доп. - Электрон. текстовые дан. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 368 с.
5. Островская, И. В. Основы сестринского дела: учебник / И. В. Островская, Н. В. Широкова. - Электрон. текстовые дан. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с.
6. Сметанин Т. Д., Здольник Т. Д. Основы дезинфектологии: учебное пособие для вузов / В. Н. Сметанин, Т. Д. Здольник. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Издательство Юрайт, 2020 — 251 с. — (Высшее образование). - Текст: непосредственный.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛОДОВ ШИПОВНИКА, ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В ГОРОДСКОЙ СРЕДЕ

Краснопольская Анастасия Андреевна

Скобликова Виолетта Сергеевна

Руководители: Маркелова Наталья Васильевна

Алексеева Светлана Николаевна

ГАПОУ "Брянский базовый медицинский колледж", г. Брянск

Обоснование темы. Лекарственные растения – это обширная группа растений, органы или части которых используют для получения лекарственных средств, применяемых в медицине и ветеринарии с лечебной или профилактической целью [3, с. 99]. Использование лекарственных растений уходит глубоко в историю человечества, когда люди собирали различные травы и готовили целебные настои, и это было единственным доступным средством для избавления от болей и болезней. И сейчас, когда развита фармакология и фармацевтическая промышленность, применение людьми лекарственных растений остаётся актуальным, а фитотерапия получила широкое распространение как метод лечения и профилактики заболеваний, основанный на использовании лекарственных растений.

Фитотерапия оказывает благоприятное воздействие на работу всего организма, оказывая, прежде всего, общеукрепляющее и иммуномодулирующее действие. Благодаря своему мягкому действию, без существенного вмешательства в химико-биологические процессы организма, и содержанию целого комплекса родственных организму биологически активных веществ, лекарственные растения широко применяются в традиционной медицине и поэтому пользуются популярностью среди населения.

Актуальность темы. Изучение растений, используемых населением в качестве лекарственных, является востребованным направлением в ходе поиска веществ для получения новых лекарственных средств. В большинстве случаев, в том числе и в нашем регионе, население осуществляет заготовку уже хорошо известных как в народной, так и традиционной медицине лекарственных растений. Однако, использование собираемых самостоятельно населением растений требует не только знаний в данной области, но определённого контроля за качеством потребляемых ресурсов, что актуально в последнее время в связи с обострением экологической обстановки в городах.

Население собирает различные виды лекарственных растений, однако, наибольшую популярность в городской черте Брянска приобрели плоды шиповника, как лекарственное растительное сырьё шиповника майского - *R. majalis* Herrm., шиповника собачьего *R. canina* L., произрастающих в шаговой доступности от жилья.

Плоды шиповника (*Rosae fructus*) содержат аскорбиновую кислоту (2,5 – 5,5%), витамины В₂, К, Р, рибофлавин, каротиноиды: провитамин А, ликопин, криптоксантин и др., флавоноиды (кверцетин, кемпферол, изокверцетин, тилирозид), антоцианы, жирное масло, сахара (до 18%), пектиновые вещества (14%), органические кислоты (до 1,8%): яблочную и лимонную, дубильные вещества (4-5%).

Настой плодов способствует повышению неспецифической резистентности организма, усилению регенерации тканей и синтезу гормонов, уменьшению проницаемости сосудов, принимает участие в углеводном и минеральном обмене, обладает некоторым желчегонным действием. Плоды шиповника применяются для профилактики и лечения авитаминозов С и Р, в составе комплексной терапии при астенических состояниях, в период выздоровления после инфекционных и простудных заболеваний, хирургических операций, при лечении аллергических заболеваний кожи, атопического дерматита с сопутствующим

нередко дисбактериозом, плоды входят в состав многих сборов и биологически активных добавок.

Но, собирая лекарственное растительное сырьё, необходимо не забывать о возможных факторах, влияющих, на качество используемого лекарственного растительного сырья. Особенно это актуально для растений, произрастающих в подверженных техногенному загрязнению местообитаниях. Выбрасываемые в атмосферу тяжелые металлы, в том числе свинец, являются опасными и токсичными компонентами для живых систем. Воздействие их на растения может осуществляться как при почвенном питании, так и при загрязнении атмосферного воздуха. Различные растения аккумулируют металлы в разной степени, что обусловлено физиологическими особенностями видов. Имеются исследования, подтверждающие высокое содержание свинца в вегетативной массе и плодах лекарственных растений на территориях, подверженных антропогенному воздействию [2, с. 94].

Всё это позволило определить тему наших исследований и сформулировать цель.

Цель исследований. Изучить спектр произрастания шиповника на территории четырёх районов г. Брянска, оценить экологическую безопасность плодов как лекарственного растительного сырья по степени загрязнения пылью и содержанию свинца, выявить особенности аккумуляции свинца в плодах шиповника.

Материалы и методы исследования. На первых этапах исследований нами были определены места произрастания шиповника в четырёх районах г. Брянска, где возможен сбор населением плодов как лекарственного растительного сырья. Далее изучались возможные техногенные факторы воздействия, в необходимом количестве собирался материал для анализа (не менее 0,25 кг плодов).

Участки, где проводился отбор образцов:

Участок № 1 - Советский район, ул. Ново-Некрасовская;

Участок № 2 - Советский район, ул. Рославльская;

Участок № 3 - Бежицкий район, ул. Вокзальная;

Участок № 4 - Бежицкий район, Бульвар им. 50-летия Октября;

Участок № 5 - Фокинский район, Московский проспект, д. 15;

Участок № 6 - Фокинский район, ул. 2-я Аллея;

Участок № 7 - Володарский район, ул. Фосфоритная;

Участок № 8 - Володарский район, ул. Горняков, д. 5;

Участок № 9 - Садовое общество «Химик».

Оценка подлинности собранных и высушенных плодов по морфологическим признакам проводилась в соответствии с НД: ГФ XIV издания, ФС 2.5.0106.18 «Плоды шиповника».

Степень поверхностного загрязнения плодов оценивали по наличию и выраженности видимого налёта пыли на плодах и изменению окраски поверхности ватного тампона после однократного линейного соприкосновения с поверхностью плода. Для удобства сравнения полученных результатов нами была использована шкала визуальной условной оценки запылённости растений (шкала ВУОЗ), измеряемая в условных единицах (0-10 баллов) [1, с. 57].

Анализ содержания в плодах свинца проводился в лаборатории ФГБУ «Брянскхимрадиология» в соответствии с ГОСТ 30178-96 «Сырьё и продукты пищевые. Атомно-абсорбционный метод определения токсичных элементов». Сравнение с допустимым уровнем содержания свинца в плодах (не более 0,4 мг/кг) проводилось в соответствии с НД: Технический Регламент Таможенного Союза ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции».

Результаты исследований. Исследования показали, что преобладающим фактором воздействия на растения шиповника на участках № 1, 3, 5 является автомобильная дорога с постоянным потоком движущегося транспорта, на участках № 4, 7 – помимо автомобильной дороги отмечено влияние железнодорожных путей, а на участках № 2, 6, 8 размещен жилой

комплекс с парковкой машин и автомобильной дорогой. Участок № 9 является чистой зоной с фоновым загрязнением.

По морфологическим признакам анализируемые плоды являются плодами шиповника собачьего и соответствуют внешним признакам, указанным в ФС 2.5.0106.18 «Плоды шиповника», являются подлинным сырьём и могут использоваться как лекарственное растительное сырьё.

Результаты визуальной оценки поверхностного загрязнения пылью плодов шиповника представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели загрязнения поверхности плодов шиповника в исследуемых образцах

Оценка по шкале ВУОЗ, балл	Результаты исследований образцов на участках																	
	№ 1		№ 2		№ 3		№ 4		№ 5		№ 6		№ 7		№ 8		№ 9	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0 баллов	4	20	-		-		4	20	-		3	15	2	10	2	10	14	70
1 балл	6	30	6	30	10	50	11	55	5	25	10	50	8	40	4	20	6	30
2 балла	8	40	7	35	3	15	5	25	8	40	4	20	6	30	6	30	-	-
3-4 балла	2	10	5	25	5	25	-	-	5	25	3	15	4	20	8	40	-	-
5-6 баллов	-	-	2	10	2		-	-	4	20	-	-	-	-	-	-	-	-
7-8 баллов	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9-10 баллов	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Данные таблицы 1 показывают отсутствие видимых загрязнений пылью у плодов из образца № 9, они могут полноценно использоваться в качестве лекарственного растительного сырья. Достаточно чистые плоды, с едва заметной пылью и бледным следом на тампоне, обнаружены в образцах № 1, 4, 6, поэтому требуют дополнительной очистки плодов от пыли перед использованием. Плоды образцов № 2, 5, 7, 8 отличаются более значительным загрязнением поверхности плодов пылью, что исключает возможность их заготовки и применения с лечебной целью.

Результаты исследования аккумуляции свинца в плодах шиповника в исследуемых образцах представлены в таблице 2.

Таблица 2. Содержание свинца (массовая доля) в плодах шиповника в образцах

Участок/образец, №	Единицы измерения	НД на метод испытания	Результат испытания, мг/кг	Норматив, мг/кг
1	мг/кг	ГОСТ 30178-96	0, 21	0,4
2	мг/кг	ГОСТ 30178-96	0, 30	0,4
3	мг/кг	ГОСТ 30178-96	0, 28	0,4
4	мг/кг	ГОСТ 30178-96	0, 23	0,4
5	мг/кг	ГОСТ 30178-96	0, 24	0,4
6	мг/кг	ГОСТ 30178-96	0, 26	0,4
7	мг/кг	ГОСТ 30178-96	0, 34	0,4
8	мг/кг	ГОСТ 30178-96	0, 34	0,4
9	мг/кг	ГОСТ 30178-96	0, 18	0,4

Результаты исследований показывают, что образцы плодов шиповника, собранные на всех участках города, по содержанию свинца не превышают предельно-допустимое значение (0,4 мг/кг). При этом содержание элемента в плодах весьма колеблется от 0,18 до 0,34 мг/кг сухого веса, что свидетельствует о накоплении плодами шиповника тяжелого металла. Так, на участке с фоновым загрязнением в образце № 9 содержание свинца в плодах составляет всего 0,18 мг/кг, что примерно в 1,5-2 раза меньше, чем содержание свинца в остальных

образцах. При этом наибольшее количество элемента отмечено в плодах из образцов № 7, 8 в Володарском районе города, где возможно влияние автомобильной дороги и железнодорожных путей. Очевидно, воздействие железной дороги можно отметить и в образце № 3 в Бежицком районе с содержанием свинца 0,28 мг/кг по сравнению с образцом № 4 в том же районе города, где отмечена только автомобильная дорога.

Таким образом, образцы плодов шиповника, собранные на участках, подверженных техногенным воздействиям, имеют тенденцию роста показателя содержания свинца в плодах по сравнению с зелёной зоной, имеющей только фоновое загрязнение. Это требует особого внимания при сборе лекарственного растительного сырья на данных участках с осуществлением контроля данного показателя.

Выводы и рекомендации. Обобщая данные по изучаемым показателям, можно отметить, что без ограничений можно собирать плоды шиповника как лекарственное растительное сырьё на участке № 9. Сбор на участках № 1, 4, 6 возможен, но требует дополнительной очистки плодов от пыли. На остальных исследуемых нами участках не рекомендуется сбор плодов как в связи с загрязненностью их пылью, так и повышенным содержанием свинца. Сбор сырья рекомендуется осуществлять на более благоприятных участках, исключая какие-либо техногенные воздействия.

Список использованных источников:

1. Бархатова, Е.И. Экологические особенности и возможности применения лекарственных растений городских зон и естественных природных территорий / Е.И. Бархатова, Л. Р. Уразаева, Н. А. Бархатова // Юный ученый. – 2020. – № 6 (36). – С. 56-65. – URL: <https://moluch.ru/young/archive/36/2066/> (дата обращения: 07.01.2023).
2. Егошина, Т.Л. Особенности накопления свинца некоторыми лекарственными дикорастущими ягодными растениями / Т.Л. Егошина, Л.Н. Шихова, А.В. Ярославцев // Проблемы региональной экологии. – 2008. – № 4. – С. 94 – URL: <https://naukarus.com/osobennosti-nakopleniya-svintsa-nekotorymi-dikorastuschimi-yagodnymi-rasteniyami> (дата обращения: 07.01.2023).
3. Корчиков, Е.С. К изучению лекарственных растений лесных сообществ национального парка Бузулукский бор / Е.С. Корчиков, С.А. Пушкина // Самарский научный вестник. – 2015. – №2 (11). – С. 99 – 103. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-izucheniyu-lekarstvennyh-rasteniy-lesnyh-soobschestv-natsionalnogo-parka-buzulukskiy-bor/viewer>
4. Теплая, Г.А. Тяжелые металлы как фактор загрязнения окружающей среды / Г.А. Теплая // Астраханский вестник экологического образования. – 2013. – С. 182 - 192. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tyazhelye-metally-kak-faktor-zagryazneniya-okruzhayuschey-sredy-obzor-literatury/viewer>

САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ (НА ПРИМЕРЕ ФГБОУ ВО «БРЯНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.Г. ПЕТРОВСКОГО)

*Старовойтова Виктория Васильевна
Руководитель: Дубовой Иван Иванович
ГАПОУ "Брянский базовый медицинский колледж". Брянск.*

Аннотация. В работе представлены результаты изучения качества самосохранительного поведения студентов, обучающихся в ФГБОУ ВО «Брянский государственный университет имени академика И.Г. Петровского». Определена роль здоровья в иерархии основных жизненных ценностей студентов. Выявлено отношение студентов к необходимости ведения здорового образа жизни, установлена доля ведущих его. Определен удельный вес студентов, регулярно занимающихся физкультурой и спортом.

Выяснено, что среди студентов отмечается широкое распространение таких факторов риска для здоровья, как курение и употребление алкоголя. Результаты исследования показывают, что для большинства студентов характерен негативный тип самосохранительного поведения, требующий принятия своевременных мер по его коррекции.

Ключевые слова. Студенческая молодежь. Самосохранительное поведение. Здоровье. Здоровый образ жизни. Мониторинг.

Актуальность исследования изучения качества самосохранительного поведения молодежи обусловлена тем, что оно оказывает значимое влияние на здоровье человека, а в настоящее время проблемы здоровья населения приобретают особую значимость. Качественное здоровье необходимо специалистам как для полноценного вступления в профессиональную жизнь, так и для должного выполнения своих профессиональных обязанностей. Студенческая молодежь играет особую роль в формировании интеллектуального, трудового потенциала страны. Заканчивая образовательное учреждение, выпускники вносят существенный вклад в обновление рабочей силы, формируют качество профессионального состава работников.

Самосохранительное поведение рассматривается как поведение, направленное на сохранение и поддержание здоровья, а также как комплекс сознательно совершаемых действий, обусловленных необходимостью сохранения наилучших параметров собственного здоровья и жизнедеятельности [3]. Исследование вопроса качества самосохранительного поведения тесно связано с изучением «образа жизни» как «устойчивого, сложившегося в конкретных общественно-экологических условиях способа жизнедеятельности человека», «здорового образа жизни» как «оптимального качества жизни, определяемого мотивированным поведением человека, направленным на сохранение и укрепление здоровья, в условиях воздействия на него природных и социальных факторов окружающей среды» [5, 6]. В связи с изложенным целью исследования явилось изучение качества самосохранительного поведения студенческой молодежи региональных образовательных организации на примере ФГБОУ ВО «Брянский государственный университет имени академика И.Г. Петровского».

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО «Брянский государственный университет имени академика И.Г. Петровского» - самого крупного ВУЗа региона, в котором обучается более 14 тысяч студентов [7]. Учебное заведение располагает значительным кадровым потенциалом для ведения образовательной деятельности на высоком уровне. Медицинское наблюдение студентов осуществляется по территориально-участковому принципу силами поликлиник города, студенты наблюдаются в рамках проводимой диспансеризации определенных групп взрослого населения. По итогам ее нуждающиеся получают рекомендации по ведению здорового образа жизни, снижению влияния на здоровье основных факторов риска.

Для достижения целей исследования на базе ФГБОУ ВО «Брянский государственный университет имени академика И.Г. Петровского», из 10 факультетов случайным образом был отобран естественно-географический факультет (ЕГФ), а среди его студентов - выпускники ВУЗа. Общая численность выпускников, обучающихся на ЕГФ на момент обследования, составила 80 человек. Сбор материала осуществлялся путем анкетирования всех выпускников ЕГФ, будущих педагогов, в числе профессиональных задач которых будет и воспитание школьников.

Результаты исследования. Полученные результаты опроса студентов позволили выяснить основные характеристики самосохранительного поведения студентов высшего учебного заведения. Так, в результате исследования было оценено место здоровья в иерархии основных жизненных студентов. Приоритет ему отдают $50,9 \pm 6,7\%$ студентов. Установлено что только $49,1 \pm 6,7\%$ обследованных студентов - будущих педагогов высшей считают, что ведение ЗОЖ необходимо. Данные исследования показывают, что здоровому образу жизни следуют только - $23,6 \pm 5,7\%$ студентов. Полученные результаты свидетельствуют о низком удельном весе студентов, занимающихся спортом и физкультурой

– $18,2 \pm 5,2\%$. Среди обучающихся широко распространены такие факторы риска для здоровья, как употребление алкоголя и курение. Они выявлены соответственно у $63,6 \pm 6,5\%$ и $10,9 \pm 4,2\%$ обследованных, основную массу которых составили представительницы женского пола. Полученные результаты по оценке качества самосохранительного поведения студентов позволяет оценить его у большинства обучающихся как негативный, что требует принятия необходимых мер по его коррекции.

Обсуждение результатов исследования. Проведенное исследование направлено не только на установлении распространенности отклонений в самосохранительном поведении студенческой молодежи, но и выявлении мотиваций, формирующих его. Результаты исследования позволяют сделать вывод, что настрой у большинства студентов на качественное самосохранительное поведение для обеспечения собственного здоровья – низкий. Установлено, что только $50,9 \pm 6,7\%$ обследованных ставит здоровье в иерархии основных жизненных ценностей на первое место. По-видимому, такое распределение основных жизненных ценностей типично для немалой части современной студенческой молодежи. Полученные результаты согласуются с данными Шушуновой Т.Н., 2010, проводившей аналогичное исследование среди студентов Белорусской столицы [8]. Подтверждением предположения о низкой ценности здоровья для современных студентов, на наш взгляд, является и отношение студентов к ведению здорового образа жизни, от которого напрямую зависит здоровье человека. По итогам исследования только $49,1 \pm 6,7\%$ студентов считают необходимым ведение ЗОЖ, что согласуется с данными приводимыми в работе Андросовой М.И. и соавторами, 2021 и свидетельствующими о том, что в ВУЗах Якутии считают необходимым придерживаться здорового образа жизни чуть более половины опрошенных [1]. Как показывают результаты исследования, в действительности здорового образа жизни придерживаются только $23,6 \pm 5,7\%$ опрошенных студентов. К тому же следует отметить, что в ходе анкетирования выяснено отсутствие у немалой части респондентов полного представления о том, что такое здоровый образ жизни. Часть студентов, ответивших положительно на вопрос о ведении здорового образа жизни, одновременно отмечали присутствие у них отдельных факторов риска для здоровья. В ходе исследования выявлена низкая доля студентов систематически занимающихся физкультурой и спортом – всего $18,2 \pm 5,2\%$. В тоже время среди респондентов выявлено значительное распространение таких факторов риска для здоровья, как курение и употребление алкоголя. Основанием для такого утверждения является проведенный сравнительный анализ полученных данных с результатами исследования Балановой Ю.А. и соавт., 2021, показывающий, что показатель употребления алкоголя студентами выше, чем показатель употребляющих алкоголь женщин в Российской популяции в целом, а показатели потребления табака студентами выше, чем показатели распространения курения среди женщин.

Полученные результаты исследования свидетельствуют о необходимости принятия должных мер по обеспечению качественного самосохранительного поведения студентов – выпускников ВУЗа не только с точки зрения обеспечения их здоровья, но в связи с тем, что они в скором времени в ходе учебно-воспитательного процесса станут воспитывать школьников и нередко являться для них образцом поведения. Очевидно, что такая работа должна носить комплексный и пролонгированный характер и первым этапом ее в учебном заведении должна стать организация мониторинга самосохранительного поведения и здоровья студенческой молодежи на протяжении всего периода обучения. Такая работа может проводиться силами образовательной организации, а для сокращения времени на подведение ежегодных итогов качества самосохранительного поведения студентов различных курсов целесообразно использовать не набор всех основных характеристик его, а обобщенные показатели. В частности, для этих целей вполне применим индекс самосохранительного поведения, предложенный Дубовым И.И. и соавторами, 2021. Он представляет собой величину удельного веса студентов, в иерархии жизненных ценностей у которых здоровье занимает первое место, они ведут здоровый образ жизни, не имеют

факторов риска для здоровья, занимаются систематически физкультурой и спортом к общему числу обследованных студентов.

Выводы

1. Результаты исследования свидетельствуют о том, что только половина студентов отдает предпочтение здоровью в структуре жизненных ценностей, определяющих качество самосохранительного поведения.
2. В ходе исследования были получены данные, что только 49,1% студентов считают, что ведение ЗОЖ необходимо, но ведет здоровый образ жизни лишь каждый пятый респондент. Одной из причин выявленного является отсутствие достаточных знаний о здоровом образе жизни, его структуре и влиянии на здоровье человека.
3. Полученные результаты позволяют судить о низких показателях занятий физкультурой и спортом у студентов, приблизительно, каждый пятый занимается физкультурой и спортом.
4. Исследование показало, что, несмотря на превалирование в структуре респондентов представительниц женского пола, среди студентов широко распространены такие вредные привычки, как курение и употребление алкоголя.
5. Полученные результаты позволяют утверждать, что для большинства студентов характерен негативный тип самосохранительного поведения, не способствующий формированию и поддержанию качественного здоровья.
6. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости принятия комплекса мер по повышению качества самосохранительного поведения, в структуре которых на первое место выдвигается необходимость проведения мониторинга самосохранительного поведения и здоровья студентов в период обучения в учебном заведении.

Список использованных источников:

1. Андросова М.И., Петрова С.Ф., Иванова С.Н. *Здоровый образ жизни в понимании студентов ВУЗа*. Якутск, 2021.
2. Баланова Ю.А., Капустина А.В., Шальнова С.А. *Поведенческие факторы риска в российской популяции: результаты обследования по модифицированной методологии STEPS*. Москва, 2020. – 56-66 с.
3. Гимадрисламова Р.М., Хазиева Э.Р. *Качественный анализ самосохранительного поведения студенческой молодежи*. Уфа, 2015. – 75-82 с.
4. Дубовой И.И., Фетисов С.Н., Афанаскина М.С., Захарова М.А. *Методика мониторинга самосохранительного поведения и здоровья студентов в период обучения в среднем специальном учебном заведении. Учебно-методическое пособие*. Брянск, 2022. – 19 с.
5. *Здоровый образ жизни*. URL: <https://moodle.kstu.ru/mod/book/tool/print/index.php?id=12828> (дата обращения: 12.01.2023).
6. *Проблема формирования здорового образа жизни*. URL: https://studopedia.ru/19_23128_problema-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizni.html (дата обращения: 12.01.2023).
7. ФГБОУ ВО «Брянский государственный университет имени академика И.Г. Петровского». URL: <https://brgu.ru/> (дата обращения: 11.01.2023).
8. Шушунова Т.Н. *Самосохранительное поведение студенческой молодежи: социологический анализ (на примере минских вузов)*. Минск: «Право и экономика», 2010. – 115 с.

СТЕНОКАРДИЯ И РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ

Бушина Алина Сергеевна

Руководитель: Маркова Любовь Михайловна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Сердечно-сосудистые заболевания в России носят характер эпидемий. Каждый год от них умирает 1 миллион человек, 5 миллионов человек страдают ишемической болезнью сердца. В структуре смертности от заболеваний системы кровообращения доля ишемической болезни сердца составляет 50%, доля цереброваскулярной патологии - 37,7%.

Уровень смертности пациентов со стенокардией составляет около 2% в год, 2-3% пациентов страдают ИМ в год. Пациенты с диагнозом стенокардия умирают от ишемической болезни сердца в 2 раза чаще, чем люди, у которых этого заболевания нет.

Характерно, что только около 40-50% всех пациентов со стенокардией знают о наличии заболевания и получают соответствующее лечение, в то время как в 50-60% случаев заболевание остается нераспознанным [1].

Актуальность данного исследования определяется прежде всего тем, что заболевания сердечно-сосудистой системы в настоящее время занимают первое место среди других заболеваний в нашей стране, особенно в Волгоградской области, и поэтому современное здравоохранение стало уделять все больше внимания решению этой проблемы.

Неинфекционные заболевания, в частности заболевания сердечно-сосудистой системы, которые в настоящее время являются основной причиной инвалидности и смертности, стали серьезной опасностью для общественного здоровья и проблемой общественного здравоохранения.

Цель исследования: изучить факторы риска развития стенокардии и роль медицинской сестры в профилактике.

Задачи исследования:

- Рассмотреть основные аспекты стенокардии;
- Определить факторы риска и группу риска развития стенокардии;
- Рассмотреть роль медицинской сестры при оказании помощи пациентам со стенокардией.

Объект исследования: стенокардия.

Предмет исследования: профилактика стенокардии.

Методы исследования: анализ медицинской литературы; анализ статистических данных; анализ социологических данных.

Исследование началось с изучения медицинской литературы. Было установлено, что стенокардия (Жаба на груди) - приступы внезапной боли в груди из-за острой нехватки кровоснабжения миокарда являются клинической формой ишемической болезни сердца. Появление стенокардии связано с кратковременной транзиторной ишемией миокарда. Стенокардия - один из вариантов болезненного течения ишемической болезни сердца. Понятие ишемической болезни сердца, помимо стенокардии, включает также инфаркт миокарда и атеросклеротический кардиосклероз [3].

Распространение стенокардии из года в год увеличивается, что связано прежде всего с ухудшением качества современной пищи, а также ухудшением психоэмоционального состояния многих людей.

Резкий рост приступов стенокардии замечен у взрослых людей, от 45 лет и более, особенно у мужчин. Это связано с особенностями женского организма, который вырабатывает гормоны, тормозящие развитие атеросклероза и его последствий.

Основными клиническими проявлениями заболевания являются боли за грудиной, которые больные характеризуют как давящие, сжимающие, распирающие, жгучие. Боль может распространяться (иррадиировать) в шею, в левое плечо, в левую руку, в спину и реже - в нижнюю челюсть, эпигастральную область, правую половину грудной клетки и правую руку.

Приступ возникает на высоте физической нагрузки (стенокардия напряжения). Боль может сопровождаться чувством страха смерти, тревогой, общей слабостью, потливостью, тошнотой. Продолжительность болевых приступов не превышает, как правило, 15 мин. Они полностью проходят после прекращения физической нагрузки применения нитроглицерина в течение нескольких минут [5].

Провоцируют возникновение приступов стенокардии физические и психоэмоциональные нагрузки, охлаждение, курение, повышение артериального давления, обильная еда, неблагоприятные погодные условия. Обычно приступы стенокардии возникают при выходе пациента из помещения на улицу в холодную ветреную погоду.

Возможны атипичные проявления стенокардии: пациенты отмечают ощущение тяжести за грудиной, затруднение дыхания, нехватку воздуха, слабость, сердцебиение, боль в эпигастральной области, изжогу. Эти эквиваленты стенокардии возникают и проходят при тех же условиях, что и боль за грудиной.

В целом для стенокардии нехарактерны боли:

- острого, прокалывающего характера;
- меняющиеся при дыхании, смене положения тела;
- сохраняющиеся несколько часов;
- локализующиеся выше нижней челюсти, ниже эпигастральной области;
- локализующиеся на небольшом участке в левой половине грудной клетки.

Кроме того, существует еще одно опасное состояние - образование тромба. Со временем в месте скопления холестериновых отложений стенка кровеносного сосуда может прорваться, из нее в канал устремляется плотный сгусток в виде бляшки с другими веществами. Сгусток крови, перемещаясь по сосудам и достигая места сужения, закупоривает кровообращение, тем самым вызывая резкое прекращение кровоснабжения следующих частей органов.

Наиболее опасным является образование тромбов в сосудах головного мозга, что провоцирует развитие инсульта, а также тромбов в сердечной мышце, которые вызывают инфаркт миокарда, а иногда и остановку сердца.

Рассмотрим факторы риска ишемической болезни сердца.

Управляемый:

- курение;
- высокий уровень общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов;
- низкий уровень холестерина липопротеинов высокой плотности;
- низкая физическая активность;
- избыточная масса тела (ожирение);
- менопауза и постменопаузальный период;
- употребление алкоголя;
- психосоциальный стресс;
- употребление продуктов с чрезмерной энергетической ценностью и высоким содержанием животных жиров;

- артериальная гипертензия;
- сахарный диабет;
- высокое содержание липопротеидов в крови;
- гипергомоцистеинемия.

Неуправляемый:

- мужской пол;
- пожилой возраст;
- раннее развитие ишемической болезни сердца в семейном анамнезе [6].

Профилактика стенокардии

Стенокардия - это хроническое заболевание сердца, которое снижает работоспособность и качество жизни, может перерасти в инфаркт миокарда. Профилактика направлена на лечение и контроль течения заболевания, предотвращение развития ишемической болезни сердца. Поэтому важно следовать рекомендациям лечащего врача и выполнять все его предписания.

Другие превентивные меры включают:

- контролируйте и снижайте вес, если это необходимо;
- мониторинг артериального давления;
- контроль сахара;
- изменение образа жизни: отказ от вредных привычек, таких как курение и употребление спиртосодержащих напитков;
- диета - откажитесь от соленого, жирного, острого, копченого;
- стабилизация психоэмоционального состояния;
- лечение сопутствующих заболеваний - сахарного диабета-ожирения;
- лечебная физкультура [2].

Чтобы предотвратить развитие стенокардии, важно регулярно наблюдаться у кардиолога. Важно пройти комплексное обследование сердца, чтобы своевременно принять меры по профилактике или лечению заболевания.

Роль медсестры в оказании помощи больным стенокардией считается одной из основных. Именно медсестра чаще общается и контактирует с пациентом, участвует в обучении базовым навыкам и знаниям по профилактике и восстановлению после болезни.

Медсестра должна знать все правила реабилитации и ухода за пациентом, умело и правильно проводить врачебные назначения, четко и недвусмысленно представлять действие лекарств на организм пациента. Лечение стенокардии во многом зависит от тщательного и правильного ухода, реабилитации, соблюдения режима и диеты. Благоприятный дружеский эмоциональный фон очень важен. Также немаловажное значение имеет просветительская работа. Медсестра проводит беседу с пациентом и его родственниками о неблагоприятных факторах, таких как курение, злоупотребление алкоголем. Необходимо учитывать принципы рационального питания, умеренной физической активности и профилактического медицинского осмотра [4].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что работа в кардиологическом отделении требует от медицинской сестры высокого уровня ответственности и подготовки.

Проведя анализ теоретического аспекта, можно сделать вывод, что заболевания сердечно-сосудистой системы по-прежнему занимают первое место в структуре заболеваемости и смертности в России. Как и при любом заболевании, у пациента со стенокардией возникает ряд проблем, решением которых занимается медицинская сестра. Она разрабатывает индивидуальную тактику для ухода за больным с заболеванием, опираясь на этиологию и патогенез заболевания. Все это указывает на важность работы среднего медицинского персонала - медицинских сестер. Ведь не только правильно поставленный диагноз, но и качественный уход помогает в борьбе с заболеваниями.

Список использованных источников:

1. Динамика заболеваемости болезнями системы кровообращения взрослого населения российской федерации – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1243/27/lang,ru/> (дата обращения 28.09.2022)
2. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний – лучшие методы – URL: <https://womanadvice.ru/profilaktika-serdechno-sosudistyh-zabolevaniy-luchshie-metody> (дата обращения 20.09.2022)
3. Ишемическая болезнь сердца – URL: <http://ifreestore.net> (дата обращения 20.09.2022)
4. Сединкина Р.Г. Демидова Е.Р. Сестринская помощь при патологии ССЗ - М: ГЭОТАР МЕД, 2018 – URL: <http://www.medcollegelib.ru/> (дата обращения 20.09.2022)
5. Сердечно-сосудистые заболевания – URL: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) (дата обращения 20.09.2022)
6. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний – URL: <https://cyberpedia.su/3x1790.html> (дата обращения 20.09.2022)

ОСОБЕННОСТИ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ КОНСТРУКЦИЙ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СО ШТАМПОВАННО-ПАЯНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Василенко Диана Алексеевна

*Руководитель: Багнова Вероника Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

На основании исследования и ранее полученных знаний я пришла к мнению о более разумном использовании цельнолитых конструкций при ортопедическом лечении. В статье приводится сравнительная характеристика двух видов протезов.

С каждым годом больных, страдающих от дефектов зубных рядов, становится все больше. Большое внимание уделяется металлическим конструкциям зубных протезов при ортопедическом лечении. Степень воздействия металлов во рту зависит от качества материалов, от общего состояния здоровья пациентов и т.д. и т.п. Наблюдается достаточно большое число больных, страдающих аллергическими реакциями на металл, находящийся в ротовой полости.

Актуальность определяется тем, что для решения данной проблемы необходимо устранить металлические материалы из полости рта, либо же заменить их на более дорогостоящие. И целью данного исследования являлось изучение особенностей цельнолитых конструкций зубных протезов и сравнительная характеристика со штампованно-паяными конструкциями.

Цельнолитые конструкции, как и любые другие, имеют отрицательные свойства, к примеру, неудовлетворительная эстетика, но также обладают рядом положительных качеств, такими как износостойкость и прочность, достигаемые за счет литья.

Литье в стоматологии дало большой скачок в развитии медицины. Это привело к изменению технологического процесса изготовления зубных протезов и самое главное, обеспечило высокий уровень их качества, улучшив оказание стоматологической помощи.

В целом, цельнолитые конструкции являются более современными и лучшими по качеству конструкциями, нежели штампованно-паянные по ряду определенных критериев.

Начать стоит с того, что при препарировании зубов под штампованную коронку твердых тканей зуба сошлифовывается меньше, а под цельнолитую значительно больше. Но, если сравнивать точность окклюзии с зубами антагонистами, то штампованные уступают цельнолитым.

Следует сравнить срок эксплуатации протезов. Штампованно-паяные конструкции служат 3-4 года и значительно уступают цельнолитым, срок службы которых составляет 7-8 лет. (Диаграмма 1).

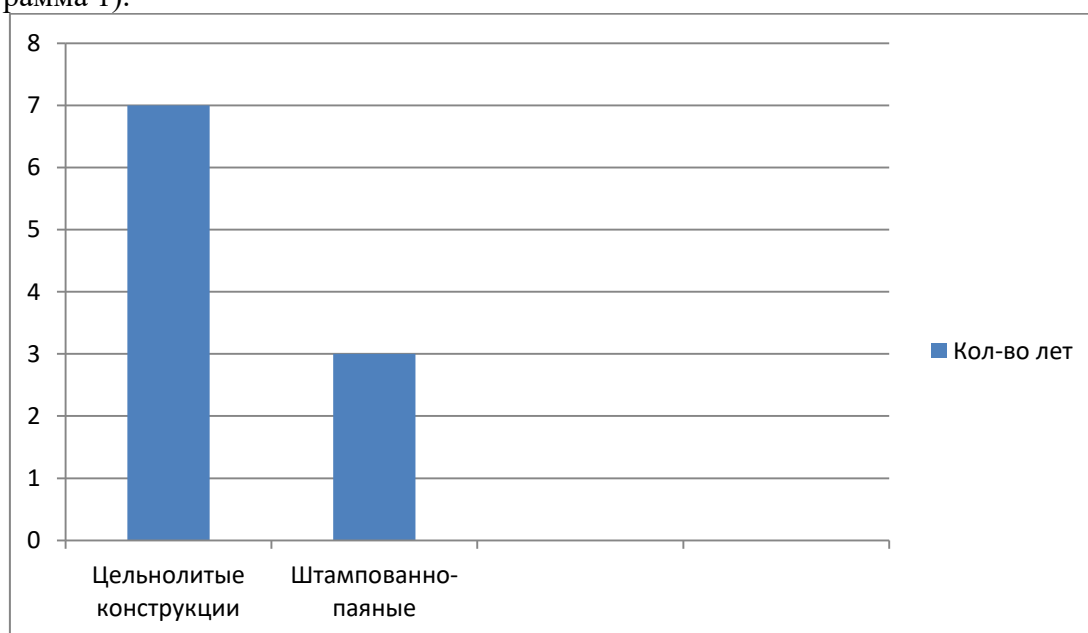


Диаграмма 1. Срок эксплуатации протезов

Общим критерием для обоих протезов будет являться неудовлетворительная эстетика, но большим плюсом обладают цельнолитые протезы. Их эстетика достигается за счет облицовывания керамическими или пластмассовыми массами. (Рис 1. и Рис 2.).



Рис 1. Протезирование штампованными конструкциями



Рис 2. Протезирование цельнолитыми конструкциями.

Еще одним общим критерием является явление гальванизма, но частота возникновения будет чаще в штампованно-паянной конструкции, за счёт разнородности металлов. Негативно влияет на состояние десневого края штампованная коронка, вызывая воспаления, ведь зуб под нее препарируется без уступа. А негативным качеством цельнолитой коронки будет являться возможное депульпирование зуба.

Если сравнить технологию изготовления данных конструкций, то цельнолитые конструкции более просты в изготовлении. Отсутствуют этапы штампования коронок, паяния частей протеза. Это экономит время пациента, врача и зубного техника. Цельнолитые конструкции изготавливаются методом точного литья. (Таблица 1.)

Таблица 1. Сравнительная характеристика цельнолитых и штампованно-паяных мостовидных протезов.

Критерии	Цельнолитые конструкции	Штампованно-паяные конструкции
Подготовка опорных зубов	Твердых тканей с ошлифовывается больше, возможно депульпирование	Твердых тканей с ошлифовывается меньше
Срок эксплуатации	7-8 лет	3-4 года
Эстетика	Неудовлетворительна, но имеется преимущество – облицовывание керамическими или пластмассовыми массами	Неудовлетворительна
Риск появления гальванизма	минимален	максимален
Технология изготовления	Более просты в изготовлении	Имеются этапы штамповки коронок и паяние частей протеза

В результате исследования я пришла к выводу, что цельнолитые конструкции более функциональны, обладают большей долговечностью и эстетикой, риск появления электрохимических процессов в полости рта снижается. Однако, эстетика у данных видов протезов на низком уровне, но исключение составляет облицовка пластмассой или же керамикой. Разумнее будет использовать цельнолитые конструкции для лечения пациентов с частичным отсутствием зубов.

Список использованных источников:

1. Жильцова, Н.А. Технология изготовления несъемных протезов : учебник / Н.А. Жильцова, О.Н. Новгородский, А.Б. Бакулин – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021
2. Милешкина, Е.Н. Литейное дело в стоматологии : учебник / Е. Н. Милешкина ; под ред. М. Л. Мироновой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022.-160 с.
3. Салова А.М. Статья № 3 «Основные технологические этапы изготовления цельнолитых мостовидных протезов» /.: 2017 – 4 с.
4. Смирнов, Б. А. Зуботехническое дело в стоматологии: учебник / Смирнов Б.А., Щербаков А.С. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021.-336 с.
5. <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1025>
6. <https://mystom.ru/articles/tselnolitye-koronki-i-mostovidnye-protezy-minusy-i-plyusy/>

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЁМНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

Зайцева Алёна Александровна

Руководитель: Багнова Вероника Александровна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

В ходе написания данной статьи на тему «современных технологии изготовления несъемных конструкций зубных протезов» мною было проведено сравнение популярных на сегодняшний день конструкций, их эстетичность и удобство.

В данной статье предметом исследования являются современные технологии изготовления несъёмных конструкций зубных протезов, их преимущества и недостатки, преобладание одних конструкций над другими.

Протезирование зубов – это комплекс стоматологических манипуляций, которые направлены на восстановление внешнего вида утерянного или необратимо поврежденного зуба или всего зубного ряда, функции жевания и речи.

Сегодня перед стоматологами уже не стоит проблема, как восстановить разрушенный зуб или зубной ряд. Современные технологии позволят воссоздать красивую улыбку даже при полном отсутствии зубов. При этом речь идёт о несъёмных конструкциях, по внешнему виду и ощущениям в полости рта, не отличимые от естественных зубов.

Самими популярными и доступными считаются конструкции из металлокерамики (рис. 1). Протезы из этих материалов обладают высокой прочностью и эстетическими качествами. Приемлемая стоимость в соотношении с длительным сроком службы конструкции. Из преимуществ связанных со здоровьем пациента стоит отметить отсутствие аллергических реакций на керамику и недопустимый контакт металла с мягкими тканями полости рта, что предотвращает их раздражение. Конечно же как и любая конструкция металлокерамика имеет и свои недостатки. Одним из которых можно выделить значительное препарирование твёрдых тканей зуба.



(рис. 1)

Конкурентами металлокерамике могут выступить конструкции из диоксида циркония (рис. 2), не уступающие в качестве (таблица 1).

Помимо металлокерамики востребованными конструкциями являются протезы из диоксида циркония (рис. 2). Это высокопрочные конструкции изготавливаемые с помощью компьютерных технологий CAD\CAM (дизайн и производство с помощью компьютера). Такие конструкции требуют минимального препарирования твёрдых тканей зуба, обладают высокой прочностью.



(рис. 2)

Сравнение диоксида циркония с металлокерамикой

	металлокерамика	диоксид циркония
стоимость	средняя	высокая
аллергия	есть вероятность из-за металла	нет
долговечность	10-15 лет	15-20 лет
способ изготовления	вручную	компьютерное 3D моделирование
эстетика	высокий	максимальный
прочность	высокая	высокая
препарирование	значительное	незначительное

(таблица 1)

Ещё одним популярным на сегодняшний день видом конструкций является микропротезирование. Это виниры (рис. 3), люминиры и вкладки. Виниры и люминиры представляют собой тонкие прочные пластины, предназначенные для скрытия видимых недостатки зубов. Различаются эти конструкции по толщине, люминиры более тонкие, а значит требуют меньшего препарирования твёрдых тканей зуба. Виниры же, являются более массивными конструкциями и требуют большего препарирования. Из преимуществ данных конструкций можно выделить качественную маскировку изъянов на поверхности зубов, их высокую прочность и долговечность при соблюдении всех гигиенических норм. Недостатками же является высокая стоимость протезирования икрытие недостатков лишь на фронтальной поверхности зубов.



(рис. 3)

Вкладки (рис. 4) – конструкции, используемые как альтернатива пломбе. Отличие вкладок заключается в способе изготовления. Их изготавливают по индивидуальным слепкам в зуботехнической лаборатории. Вид такого протезирования позволяет полностью восстановить коронковую часть зуба как эстетически, так и функционально. Из преимуществ данной конструкции выделяют высокую прочность и долговечность по сравнению с пломбами, эстетичность, устойчивость к стиранию. Недостатками является высокая стоимость и длительная установка конструкции.



(рис. 4)

Нельзя не упомянуть такой вид протезирования как коронки (рис. 5). Они представлены в большом разнообразии изготовления: от металлических до керамических. Все они обладают своими плюсами и минусами и находятся в разных ценовых категориях (таблица 2).



(рис. 5)

Металлокерамические коронки обладают высокой механической прочностью за счёт металлического каркаса, обладают хорошими эстетическими качествами за счёт керамического покрытия. При этом достаточно долговечны – до 20 лет. Металлические коронки очень прочные и надёжные. К недостаткам можно отнести недостаточную эстетичность и возможную аллергию на металл. Керамические коронки неотличимы от настоящих зубов. Помимо этого такие конструкции имеют хорошую биологическую совместимость, гипоаллергенность. Из недостатков можно выделить лишь высокую стоимость и хрупкость керамики. Коронки из диоксида циркония самые современные конструкции на сегодняшний день. Изготавливаются они на фрезерном станке с помощью компьютерного 3D моделирования. Обладают высокими показателями механической прочности и достаточной эстетичностью.

Таблица качества коронок:

изделие	прочность	эстетика	долговечность
металлические	+	-	+/-
металлокерамические	+	+	+
керамические	+/-	+	+/-
Коронки из диоксида циркония	+	+	+

(таблица 2)

В результате проведенного мною исследования можно сделать вывод, что из современных видов несъемного протезирования самыми популярными являются металлокерамические конструкции. Ведь данные протезы имеют существенное преимущество над пластмассовыми, металлическими и штампованными конструкциями. Такие протезы точно прилегают к зубам в области шеек, меньше травмируют край десны, восстанавливают жевательную функцию на 100% и обеспечивают быструю адаптацию. Помимо этого металлокерамика является самой востребованной в силу своей эстетики.

Список использованных источников:

1. Аристархов И. В. Ортопедическая стоматология; Издательство Феникс - М., 2018 г. – 192 с.
2. Каливрадзиян, Э. С. Стоматологическое материаловедение: учебник / Каливрадзиян Э. С. [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019.- 560 с.
3. Основы технологии зубного протезирования: в 2 т. Т. 1 С.И. Абакаров под ред. Э.С. Каливрадзияна - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018 г.
4. Зубопротезная техника: учебник / под ред. М. М. Расулова, Т. И. Ибрагимова, И. Ю. Лебеденко. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа.
5. Смирнов, Б. А.Зуботехническое дело в стоматологии: учебник / Смирнов Б. А., Щербаков А. С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 336 с.
6. Виды несъемных протезов зубов и их ключевые особенности. Автор: Евгения Зайцева <https://dentoland.com/protezirovanie/nesemnoe.html><https://dentoland.com/protezirovanie/nesemnoe.html>
7. Подробно о металлокерамике. Попов В. В. <https://www.32dent.ru/metallokeramika2.html>

ЦВЕТОВАЯ МАРКИРОВКА ПРОДУКТОВ – НА СТРАЖЕ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ

Кравченко Лев Андреевич

Руководитель: Крутова Ирина Владимировна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Россия – одна из немногих стран, где на государственном уровне создается, развивается и поддерживается среда устойчивого здорового питания. Эту задачу реализует Роспотребнадзор в рамках проекта «Здоровое питание», нацпроекта «Демография». Основные цели проекта – снижение доли россиян, страдающих ожирением, увеличение продолжительности и качества здоровой жизни, внедрение принципов здорового питания среди населения страны, продвижение таких понятий, как «качество и безопасность продукции», повышение осознанности граждан в вопросах питания.

В рамках написания статьи авторами было проведено анкетирование среди молодежи в социальных сетях, которое показало, что положительно к здоровому питанию относятся 79 % респондентов, 51 % респондентов положительно относятся к здоровому питанию (Рис 1).



Рис.1 Отношение к здоровому образу жизни

75% респондентов считают, что основная составляющая ЗОЖ – это именно здоровое питание .

Также большинство опрошенных (71 %) высоко оценивают роль здорового питания в общем благополучии человека (Рис. 2).

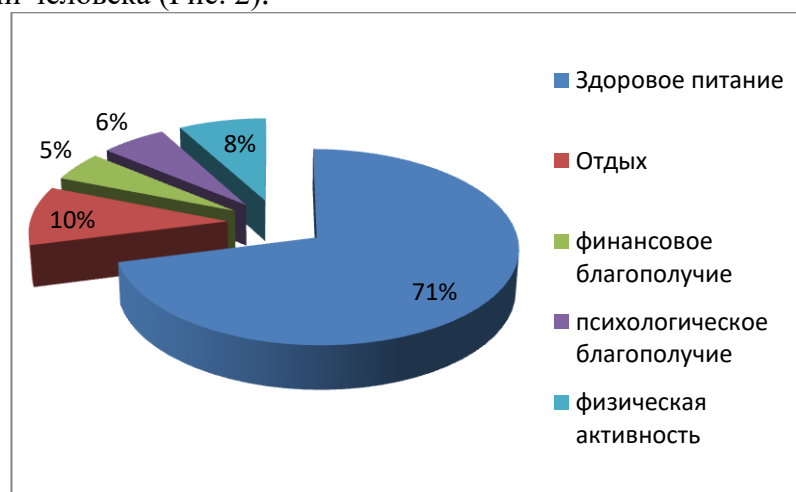


Рис.2 Составляющие компоненты ЗОЖ

Среди факторов, на которые обращают внимание респонденты при выборе продуктов питания, помимо цены традиционно наиболее важными являются качество и состав (89%).

В целом молодые люди много внимания уделяют вопросам здорового и сбалансированного питания, все сознательнее относятся к выбору качественных и безопасных продуктов, тщательнее подходят к изучению информации на этикетке.

Как можно помочь молодым людям сделать свой выбор в пользу полезных и здоровых продуктов? Одним способом является введение цветовой маркировки продуктов, которая позволяет разобраться потребителям, сколько в продукте содержится соли, сахара, жиров и трансжиров с учетом суточной нормы их потребления.

Маркировка продуктов питания применяется во многих странах мира:

- в Финляндии более 20 лет красным цветом помечают продукты с повышенным содержанием соли. Потребление соли снижено вдвое, уменьшилось количество инфарктов и инсультов;

- в Великобритании многие производители еды и напитков добровольно наносят на упаковку разноцветные значки, показывающие уровень содержания в продукте сахара, соли и жира;

-в США производители обязаны помещать на упаковке дополнительные «подсказки» для покупателей: «рекомендуемая порция», «количество порций в упаковке» и т.д.

В мире предпочтение отдаётся маркировке на лицевой стороне упаковки с детальным указанием содержания питательных веществ. Используют цифровой или цветовой формат маркировки. Цветовая маркировка позволяет понять, сколько в продукте содержится соли, сахара, жиров и трансжиров с учетом суточной нормы их потребления.

В результате нашего исследования было выяснено, что этикетки на продуктах сложно прочитать и сложно разобраться. С данными сложностями столкнулось 89% респондентов.

Роспотребнадзор предложил решение данной проблемы с помощью так называемого «светофора безопасности» на упаковке. В светофоре всего три цвета - красный, желтый и зеленый. Таким образом, красный цвет маркировки предупреждает, что данный продукт не содержит полезных свойств, если продукт содержит заменители – то цвет будет желтый, а если маркировка имеет зеленый цвет, то продукт полностью натуральный и содержит оптимальное количество жиров, белков и углеводов.

Разноцветные графические изображения, например, в виде вертикальных полос на упаковке или на этикетке соответствуют содержанию в продукте одного из веществ: поваренная соль, добавленный сахар, жиры (Рис.3).



Рис.3 Цветовой маркировка продуктов

Таким образом, этикетка с так называемым «светофором безопасности» на упаковке предупредит о количестве нежелательных для здоровья потребителя пищевых компонентов, содержащихся в продуктах питания.

По результатам нашего исследования было выяснено, что молодые люди про данный вид маркировки не имеют представления (Рис.4).



Рис.4 Информированность о системе маркировки "Светофор"

Повышение образованности и информированности населения через маркировку пищевой продукции с учетом содержания в ней поваренной соли, добавленных сахаров,

жиров и трансжиров - эффективная мера по оздоровлению рациона и снижению риска заболеваний.

Цели «Светофора» снижение риска заболеваний, связанных с чрезмерным потреблением нежелательных продуктов питания: ожирения, проблем с сердечно-сосудистой системой, диабета и др.

Маркировка способствует:

- более тщательному анализу рациона питания
- повышению заботы о здоровье
- определению полезных и вредных качеств продуктов разных категорий (например, печенья, молочных продуктов, напитков и пр.)
- сравнению продуктов одной категории (например, йогуртов)
- сравнению одинаковых продуктов разных производителей (например, йогурты с различными добавками)
- улучшению качества пищевых продуктов.

Таким образом, учитывая большую заинтересованность молодых людей в вопросах правильного питания и низкую информированность об уже существующих методах маркировки продуктов можно предложить обучающие семинары для молодых людей в целях изучения данного вопроса.

Список использованных источников:

1. Приказ Роспотребнадзора от 07.07.2020 N 379 "Об утверждении обучающих (просветительских) программ по вопросам здорового питания" (вместе с "Обучающей (просветительской) программой по вопросам здорового питания для детей дошкольного возраста", "Обучающей (просветительской) программой по вопросам здорового питания для детей школьного возраста", "Обучающей (просветительской) программой по вопросам здорового питания для групп населения, проживающих на территориях с особенностями в части воздействия факторов окружающей среды (дефицит микро- и макронутриентов, климатические условия)", "Обучающей (просветительской) программой по вопросам здорового питания для работающих в тяжелых и вредных условиях труда", "Обучающей (просветительской) программой о вопросам здорового питания взрослого населения всех возрастов", "Обучающей (просветительской) программой по вопросам здорового питания для беременных и кормящих женщин", "Обучающей (просветительской) программой по вопросам здорового питания для лиц с повышенным уровнем фи
2. <https://77.rospotrebnadzor.ru/index.php/press-centr/186-press-centr/11314-tsvetovaya-markirovka-produktov-na-strazhe-zdorovogo-pitaniya-10-11-2022>
3. <http://30.rospotrebnadzor.ru/press/153893/>
4. <https://здоровое-питание.рф/>
5. <https://ria.ru/vyberi-s-rospotrebnadzorom/>
6. <https://www.pediatr-russia.ru/>
7. <https://www.endocrincentr.ru/>
8. <https://cardioweb.ru/>
9. <https://cgon.rospotrebnadzor.ru/>

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Мамедова Сабина Захид кызы,
Руководитель: Крайнова Светлана Васильевна
ГАПОУ «Волгоградский медицинский колледж», Волгоград

Согласно статистике, каждая десятая супружеская пара оказывается бесплодной, то есть не способной к зачатию ребенка без помощи медицины. Следует отметить, что

заболевания женщины становятся причиной бесплодия лишь у 40% супружеских пар, которые не могут завести ребенка. В 45% случаев "виновным" оказывается мужчина. Остальные 15% приходятся на случаи несовместимости организмов супругов, так называемую иммунологическую форму бесплодия и другие, более редкие формы. Более точное соотношение причин отсутствия детей представлено на диаграмме (рис.1).

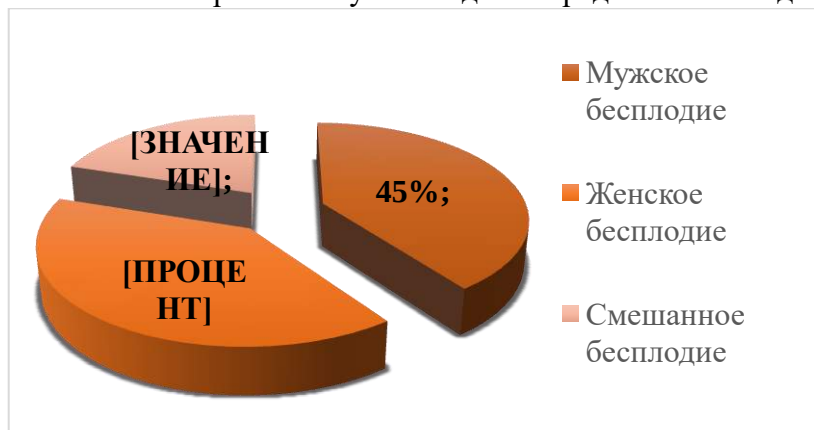


Рис.1 Общая статистика бесплодия

В последние годы нарушения репродуктивной функции у мужчин приобрели особую медицинскую и социальную значимость. Демографические показатели как в России, так и в ряде других стран свидетельствуют о прогрессирующем снижении фертильности у взрослых мужчин. Нарушение фертильности приводит к росту числа бесплодных браков, разводов и ухудшению демографических показателей. В связи с этим несколько раз были пересмотрены нормативы спермограммы — значительно уменьшено число сперматозоидов: несколько десятилетий назад нормой считались 60 млн/мл, после была уменьшена до 20 млн/мл, а затем и вовсе это число снизилось до 15 млн/мл. Основные причины (этиология) мужского бесплодия по данным Всемирной Организации



Рис.2 Этиология мужского бесплодия по данным ВОЗ 2021 г.

К основным факторам, приводящим к мужскому бесплодию, относятся психические и сексуальные расстройства, системные заболевания, травмы яичек и семявыносящих путей, в том числе ятрогенные, токсические и радиационные поражения, варикоцеле, инфекции придаточных желез, инфекционно-воспалительные заболевания половых органов, иммунноэндокринные факторы.

В процессе изучения данной темы, мы изучали принципы исследования эякулята и современные методы лабораторной диагностики мужского бесплодия.

Воспользовавшись неоценимой помощью сотрудников Отделение вспомогательных репродуктивных технологий Клиники №1 ВолгГМУ и Медицинского центра «Невский», мы имели возможность участвовать в исследовании эякулята, мужчин, имеющих проблемы с фертильностью.

Исследование эякулята обычно проводят с использованием анализатора спермы, который исследует сперму по 15 параметрам, в процессе анализа участвуют одновременно миллионы клеток, что позволяет обеспечить объективность исследования. Однако, параллельно с автоматическим исследованием, эякулят в обязательном порядке подвергается микроскопической оценке.

Основные преимущества использования компьютерного анализа при исследовании эякулята:

- получение достоверных данных при подсчете концентрации, анализе критериев движения, морфологических и оптических параметров сперматозоидов
- автоматический контроль достаточности набора данных, сравнение результатов с референсными значениями, рекомендуемыми ВОЗ
- многозадачность — использование нескольких методов исследования на одном приборе

- сохранение первичных данных (изображений и видеороликов) и результатов анализа. Возможность взаимодействия с ЛИС

- формирование собственных бланков отчетов для печати
- контроль выполнения исследований

При автоматизированном методе оценки подвижности используется высокотехнологичная система исследования сперматозоидов типа CASA, которая представлена на (рис.3)

Компьютерный комплекс имеет следующую конфигурацию: микроскоп, телевизионная камера, блок ввода телевизионного сигнала в компьютер, компьютер, специальное программное обеспечение. С помощью телевизионной камеры в компьютер в реальном масштабе времени записывается видеоролик движения сперматозоидов. Затем компьютер на основе анализа отдельных кадров видеоролика вычисляет подвижность сперматозоидов.



Рис.3 Высокотехнологичная система CASA

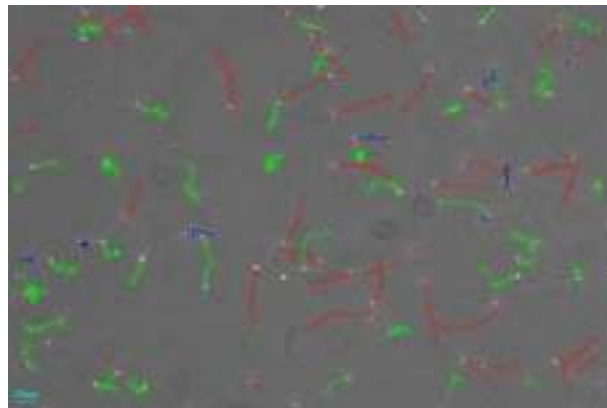


Рис.4 Визуализация треков

Наглядно, дифференциация и визуализация треков представлена на (рис. 4). Иногда используется и рутинный метод подразумевающий подсчет подвижных сперматозоидов с помощью счётной камеры Маклера (рис.5).

Непосредственный подсчет производится с помощью бинокулярного микроскопа и подключённого к нему компьютера. Микроскопическая видеосъемка (рис.6) так же транслируется на экран компьютерной установки.

Производится компьютерный подсчет живых сперматозоидов системой CASA, имеющий важное клиническое значение (рис.7).

Общее число сперматозоидов есть суммарное число сперматозоидов во всём эякуляте и его получают умножением концентрации сперматозоидов (в 1 мл) на объём эякулята. Анализ производится автоматически на нативной сперме в счетной камере, не требуя расходных материалов. Камера транслирует поле зрения на монитор. (Рис.8)



Рис.5 Подсчет количества сперматозоидов в счётной камере Маклера

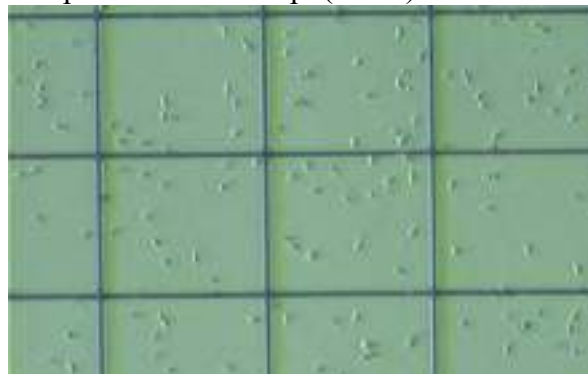


Рис.6 Видеосъёмка с камеры Маклера



Рис.7 Подсчёт живых сперматозоидов CASA



Рис.8 Сперматозоиды в нативной сперме, микрофотография, CASA

Изучение морфологических особенностей сперматозоидов, является неотъемлемой частью оценки мужской фертильности. В указанных ЛПУ с этой задачей используют, как рутинную методику, так и систему Diff-Quik.

Программа разделяет сперматозоиды на классы Норма и Патология, основываясь на их параметрах.

Перечисленные выше и многие другие параметры, входя в современные методы исследования семенной жидкости.

В процессе подготовки нашей работы мы воспользовались статистическими данными, любезно предоставленными нам сотрудниками ФГБУЗ ВМКЦ ФМБА

1. Анализ наличия различных патологий

За период с 01.10.2022 по 01.02.2023 в ФГБУЗ ВМКЦ ФМБА было обследовано 528 мужчин. Из них у 412 (78%) пациентов выявлены различные патологии. Полученные данные представлены в виде диаграмм на (рис.9, 10,11).

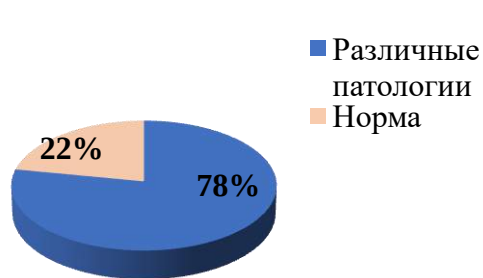


Рис. 9 Статистика мужской патологии



Рис. 10 Статистика патологии подвижности

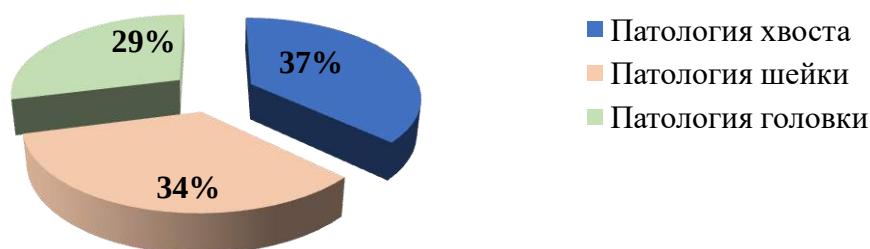


Рис. 11 Соотношение патологий в морфологии

Современный уровень диагностики бесплодия включает обследование половых партнеров на предмет заболеваний репродуктивной системы и подразумевает использование инструментальных, лабораторных, аппаратных, инвазивных хирургических тактик. Благодаря современным методам исследования удастся вовремя выявить тяжелые патологии половой системы: эндокринные, врожденные, инфекционные, генетические отклонения. Диагностические мероприятия преследуют цель выбора оптимального и быстрого варианта лечения бесплодия, соблюдая индивидуальный подход.

Лабораторная диагностика мужского бесплодия, это современные возможности лабораторного исследования репродуктивной функции мужчины, унифицированное лабораторное заключение по этим исследованиям, клинико-диагностическая интерпретация получаемых в лаборатории результатов, современные возможности лабораторных технологий, и наконец помощь врачам-androлогам в создании наиболее эффективных протоколов исследования в конкретном лечебно-диагностическом учреждении.

Список использованных источников:

1. Леонтьева, О.А. Сравнительный анализ морфологии сперматозоидов человека: нативный эякулят - прогрессивно подвижная фракция: диссертация / О.А. Леонтьева, О.В. Воробьева. – Ульяновск, 2018. – 167с. - ISBN 82-12576-9455-3. - Текст: непосредственный.
2. Сизоненко, М. Л. Проблема мужского бесплодия: возможные пути решения (обзор литературы) / М. Л. Сизоненко, Г. В. Брюхин, М. А. Шереметьева // Проблемы репродукции. - 2019. - № 2. - С. 90-92. - ISBN 43-686-25-1. - Текст: непосредственный.
3. Шатохина, И.С. Исследование эякулята: учебное пособие / И.С. Шатохина, В.С. Кузнецова. – Пенза: Моники, 2018. – 20с. - ISBN 7-2766-6235-7. - Текст: непосредственный.
4. Клинико-лабораторные аспекты мужского бесплодия / Ниткин Д. М., Ракевич М. В., Юрага Т. М., Артемьев Д.В. / Инновац. технологии в медицине. - 2017. - № 4. - С. 243-250. . - ISBN 783-654876-48255-18. - Текст: непосредственный.

5. Винник, Ю. Ю. Диагностика мужского бесплодия: современное состояние проблемы. Клиническая лекция / Ю. Ю. Винник, В. В. Борисов / *Consilium Medicum*. - 2017. - № 7. - С. 65-69. - ISBN 7-2876-5255-2. - Текст: непосредственный.

АНОМАЛИИ ВЕЛИЧИНЫ ЗУБОВ

Лабазанова Луиза Агдановна

Руководитель: Коломиец Мафтуна Иномджоновна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Зубочелюстная система представляет собой важную составную часть жевательного аппарата человека. Она отвечает морфологическим и функциональным характеристикам, таким как количество, размеры, форма, цвет, структура зубных единиц. Существует ряд генетически обусловленных или внешних факторов, приводящих к нарушению этих характеристик. Зубные аномалии могут иметь различные последствия: одни приводят к патологиям пародонта, различным формам кариеса, другие серьезно ограничивают жевательную функцию, вызывают травмирование слизистой оболочки, а третьи становятся причиной эстетических проблем. Патологии подвержены как взрослые, так и дети. В своей работе я решила рассмотреть аномалии величины зубов. Существует две формы данного вида отклонения, среди которых макродентия (увеличение размеров зубных единиц) и микродентия (мелкие зубы).

Макродентия

Редкая аномалия, характеризующаяся увеличением размеров зубов на 2-6 мм от их естественного вида (Рис.1). В большинстве случаев ей свойственно проявляться при сменном прикусе и диагностируется у детей в возрасте 7 – 9 лет. Данная патология может наблюдаться как для одного, так и сразу нескольких зубов. Локализуется, преимущественно, в области верхних резцов. Увеличение размеров может происходить как в ширину, так и высоту. Процесс роста нередко сопровождается отсутствием зазоров между костными образованиями, а также ретенцией. Недостаточное количество свободного пространства в ряду заставляет крупные элементы разворачиваться вокруг своей оси. Режущий край центрального резца часто напоминает отвёртку или имеет выемку в форме полумесяца. Корни при данной аномалии мощные и короткие. Им также свойственны объединения из нескольких ответвлений. Это серьезный косметический дефект, который является причиной функциональных нарушений и психических расстройств.



Рис.1

Этиология

Данная патология имеет разные причины. К основным принято относить: неправильное формирование зубных зачатков, вызванное нарушением обменных процессов во время созревания плода; наследственность: у каждого пятого ребенка диагностируется макродентия, в случае наличия такой проблемы хотя бы у одного из его родителей; проблемы с эндокринной системой, влияющие на непропорциональное развитие и рост зубов.

Виды

Локализованный. Увеличению подвергнуты два либо несколько зубов одной группы. Данный вид отличается выраженным отклонением размеров от общего зубного ряда.

Генерализованный. Каждый зуб имеет незначительное увеличение (до 2 мм). Длина зубного ряда превышает размер челюстной дуги.

Абсолютный. Аномалия выражена чрезмерной длиной резцов. На верхней челюсти — более 35 мм, а на нижней — 28 мм.

Относительный. В данном случае длина верхних резцов не превышает размер 35 мм, а нижних — 27 мм.

Изолированный. Увеличенный размер наблюдается лишь у одного резца и может достигать отклонения до 6 мм от нормы.

Макродентия — аномалия, которая не вызывает острых симптомов (воспалительной реакции и пр.). Поэтому некоторые пациенты считают, что обращаться к стоматологу по этому поводу необязательно, особенно при незначительном увеличении размеров зубов. Несмотря на то, что дефект кажется безобидным, он не только портит эстетику улыбки (Рис.2), а также может проявиться в виде серьезных осложнений, таких как:

- аномалии прикуса, в том числе скученность, ротация, смещение зубов в ряду;
- нарушения прорезывания зубов;
- воспалительные процессы в деснах;
- травмы слизистых оболочек и как следствие стоматиты;
- высокие риски развития множественного кариеса из-за тесного прилегания боковых поверхностей зубов.



Рис.2

Особенности лечения

Методы лечения зависят от вида и форм проявления патологии.

Перечислю основные применяемые методики.

Сепарация

Это способ уменьшения объема за счет стачивания эмали. В отличие от обычного зуба, увеличенный может иметь более толстый слой эмали. Основными показаниями к сепарации являются скученность и незначительный разворот зубов. Этот метод позволяет избежать хирургического вмешательства. Для сошлифовывания больших объемов эмали, как правило, требуется несколько сеансов. После каждой процедуры проводится реминерализирующая терапия, которая помогает восстановить твердые ткани и предупредить развитие кариеса.

Композитная реставрация

Метод предусматривает не только стачивание части зуба, но и дальнейшее восстановление с помощью композитных материалов. Восстановление композитом, может быть произведено двумя способами: прямым и непрямым. При прямом методе, после пропаривания эмали, композит наносится на вестибулярную и режущую часть, послойно.

Данная процедура позволяет полностью восстановить структуру эмали, но для коррекции нескольких зубов, понадобится много времени. В качестве альтернативы выступает не прямой метод, при котором на зубы сразу накладываются пластинки из композита, изготовленные по слепкам в условиях лаборатории.

Виниры

Фарфоровые или керамические накладки, заменяющие внешний слой зубов. Является самой дорогостоящей разновидностью композитной реставрации.

Хирургическое лечение

Необходимо при выраженной скученности, наличии сверхкомплектных крупных зубов.

Протезирование

Применяется для устранения включенного дефекта, вызванного удалением, и является следующим этапом после него. Как правило, для этого применяют коронки или протезы мостовидного типа. К протезированию можно прибегать во взрослом и в детском возрасте.

Ортодонтическое лечение

Назначается при искривлении и изменении положения зубов в общем ряду. Конструкции подбираются в зависимости от возраста пациента. При лечении ребенка с постоянным прикусом, показана установка брекет-систем. Для лечения молочного или раннего сменного прикуса применяют трейнеры и корректирующие пластины. Чаще всего применяется не одна методика, а их комбинация. Наиболее распространенной является терапия с использованием удаления, выпрямления и восстановления в комплексе.

Микроденция

Микроденция в переводе на русский язык означает «маленькие зубы». При этом состоянии один или несколько зубов (боковые верхнечелюстные или третьи моляры) имеют укороченные корни, они меньше нормального размера, часто имеют конусообразную форму или деформированы каким-либо другим образом (Рис.3).



Рис.3

Этиология

Микроденция может быть обусловлена как наследственными, так и экологическими факторами.

Виды

Изолированный. Характеризуется вовлечением в патологический процесс единичных экземпляров. В основном, аномальному развитию подвержены боковые резцы верхней челюсти.

Относительный. При данном виде размеры зубов остаются в норме, а челюсть увеличена. Эффект уменьшения зубов заключается в чрезмерном развитии челюсти.

Генерализованный. Почти все зубы уменьшены в размерах, искривлены и растут неравномерно.

Негативные последствия

Отдельные зубы у ребенка могут смещаться, изменять свое нормальное положение. Например, если уменьшены боковые элементы, то высока вероятность дистального смещения центральных резцов в зубном ряду; появление диастемы и трем, то есть промежутков между зубами (Рис.4); нарушения речи; психологический дискомфорт у человека вызывает эстетическая составляющая; при генерализованной форме могут возникать более серьезные последствия в виде патологий височно-нижнечелюстного сустава.



Рис.4

Способы лечения

В каждом конкретном случае врач подбирает индивидуальное решение. Обычно проводится ортодонтическая коррекция положения зубов при их смещении с дальнейшим протезированием. Если уменьшение размера выражено не сильно, то можно обойтись исключительно ортодонтическим лечением. Изолированная форма микроденции, как правило, устраняется еще проще. Установка коронок на аномально маленькие зубы обычно полностью решает проблему. В любом случае, способ лечения будет определять врач, оценив сложность патологии.

Вывод

Обобщая все вышесказанное, я сделала вывод о том, что основой профилактики развития данной аномалии является обеспечение здоровья формирующегося плода в период внутриутробного развития, а также ребенка в период активного роста. Кроме того, сюда можно отнести: правильное питание, которое должно быть сбалансированным. В меню необходимо включать продукты, насыщенные не только витаминами, но и микроэлементами; профилактика и своевременное устранение общих патологий; регулярное посещение стоматолога, который может заметить проблему на начальных этапах ее развития.

Список использованных источников:

1. Бердин В. В., Лепилин А. В., Севастьянов А. В., Фищев С. Б., Дмитриенко Д. С. Различные виды макродонтии в периоде постоянного прикуса // *Стоматология детского возраста и профилактика*. — 2013. — № 1. — С. 58-60.
2. Севастьянов А. В., Фищев С. Б., Фоменко И. В., Егорова А. В., Наумов Н. Г. Варианты макроденции в периоде постоянного прикуса // *Стоматология детского возраста и профилактика*. — 2010. — № 3. — С. 40-42.
3. Старикова И. В., Радышевская Т. Н., Марымова Е. Б. Дентальная эвагинация. Понятие, клиника, диагностика и лечение // *Волгоградский научно-медицинский журнал*. — 2018. — № 2. — С. 7-9.
4. Фищев С. Б., Севастьянов А. В., Егорова А. В., Ртищева С. С. И др. Клинические варианты микроденции в периоде прикуса постоянных зубов // *Стоматология детского возраста и профилактика*. — 2012. — № 1. — С. 33-36.

РОЛЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

Макарова Полина Сергеевна

Руководитель: Тимощенко Людмила Юрьевна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Здоровье, как сложное биосоциальное явление подвержено воздействию многочисленных факторов, являющихся причиной позитивных либо негативных изменений в состоянии здоровья человека. Доля влияния такого фактора как образ жизни составляет 50 % от общего числа всех факторов влияющих на здоровье. 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.

Здоровый образ жизни помогает нам выполнять наши цели и задачи, успешно реализовывать свои планы, справляться с трудностями, а если придётся, то и с колоссальными перегрузками.

Целью работы стало изучение роли здорового образа жизни в сохранении здоровья.

Задачи:

1. Рассмотреть факторы, влияющие на состояние здоровья.
2. Охарактеризовать компоненты здорового образа жизни.
3. Определить место здорового образа жизни в формировании здоровья человека.

Методы исследования:

- Теоретический анализ литературных источников по данной проблематике.
- Обобщение и систематизация полученной информации.

С учетом степени влияния на состояние здоровья влияющие на него факторы можно объединить в четыре группы:

1) окружающая природная среда (природно-климатические условия, повышенные гелиокосмические и магнитные излучения, резкие смены атмосферных явлений, загрязнение атмосферного воздуха, водоемов, почвы) – доля влияния на здоровье – около 20 %;

2) наследственность (предрасположенность к наследственным заболеваниям) – доля влияния – около 20 %;

3) образ жизни (условия жизни, режим труда, быта, отдыха питание, физическая культура, вредные привычки) доля влияния – около 50 %;

4) медицина и здравоохранение (качество и своевременность оказания населению медицинской помощи) доля влияния – около 10 %.

Из перечисленных факторов, влияющих на здоровье, видно, что наиболее весомым из них и зависящим от поведения самого человека является образ жизни.

Здоровый образ жизни – основа сохранения и укрепления индивидуального и общественного здоровья. Под образом жизни понимают сложившийся стереотип жизнедеятельности конкретного человека, обусловленный социально-экономическими, природно-климатическими условиями и национальными устоями. *Здоровый образ жизни* – осознанная человеком мотивация постоянно соблюдать гигиенические правила по укреплению здоровья. Приемлемый алгоритм формирования и поддержания здорового образа жизни иллюстрирует схема, рекомендованная профессором Е.Г. Жуком (рис. 1).



Рис. 1. Формула индивидуального здоровья (по Е.Г. Жуку)

Основными компонентами здорового образа жизни являются:

- рациональный режим труда и отдыха;
- двигательная активность;
- полноценное питание;
- соблюдение правил личной гигиены, закаливание;
- отсутствие вредных привычек.

Значимость отдельных компонентов здорового образа жизни для разных людей неодинакова. Она зависит от традиций, национальных особенностей, темперамента. Одни живут в обстановке, когда бытовая и профессиональная деятельность сама по себе требует больших затрат физического труда. Естественно, что в этом случае больше внимания должно быть уделено средствам восстановления, полноценному питанию. Другие заняты малоподвижным трудом и часто испытывают стрессы. Таким людям более важно использовать физические упражнения, средства психофизической регуляции.

Рассмотрим основные компоненты здорового образа жизни.

Рациональный режим труда и отдыха предполагает, во-первых, выполнение различных действий на протяжении суток в одно и то же время (подъем, учебные занятия или работа, прием пищи, сон и т. д.) и, во-вторых, правильное чередование труда и отдыха. В основе рационально построенного режима труда и отдыха лежат биологические закономерности процессов в организме. Наиболее полноценной и необходимой формой ежедневного отдыха является сон. Длительность сна для взрослых людей составляет в среднем 7,5 — 8 ч.

Двигательная активность объединяет разнообразные двигательные действия, выполняемые в процессе учебы, работы, в быту и при занятиях физическими упражнениями. В среднем для поддержания и укрепления здоровья оптимальны занятия физическими упражнениями не менее 2-х раз в неделю общим объемом 5-8 ч при ЧСС (частота сердечных сокращений) 130-160 уд/мин. Более точные индивидуальные значения приведены, например, в системе аэробики. Целенаправленные занятия физическими упражнениями желательно дополнять бытовыми двигательными действиями. Считается, что выполнение физических упражнений в объеме менее 4 ч в неделю соответствует гиподинамией.

Общие требования к *полноценному питанию* заключается в соблюдении соответствующего рациона и режима питания. Пищевой рацион — это состав и количество пищевых продуктов, используемых в течение суток. К пищевому рациону предъявляются следующие требования: - энергетическая сбалансированность (соответствие между энергозатратами организма и энергетической ценностью пищевого рациона); - качественная сбалансированность (соотношение питательных веществ); - безвредность; - хорошая усвояемость (степень использования организмом питательных веществ); - высокие органолептические показатели (внешний вид, консистенция, вкус, запах, цвет, температура); - разнообразие (ассортимент продуктов, способы приготовления); - способность создавать чувство насыщения. Режим питания — это количество и время приемов пищи в течение суток, распределение суточного рациона и длительность приема пищи. Рекомендуется следующее количество и время приемов пищи в течение суток: 3-4 раза с 4-5 часовыми промежутками.

Отказ от вредных привычек. Вред курения. К вредным привычкам относятся злоупотребление алкоголем, курение, наркомания и токсикомания. Все они отрицательно влияют на здоровье человека, разрушающе действуя на его организм и вызывая различные заболевания.

Заключение

Здоровье во многом зависит от образа жизни. Главное в здоровом образе жизни — это активное творение здоровья, включая все его компоненты. Таким образом, понятие здорового образа жизни гораздо шире, чем отсутствие вредных привычек, режим труда и отдыха, система питания, различные закаливающие и развивающие упражнения; в него

также входит система отношений к себе, к другому человеку, к жизни в целом, а также осмысленность бытия, жизненные цели и ценности и т.д. Следовательно, для творения здоровья необходимо как расширение представлений о здоровье и болезнях, так и умелое использование всего спектра факторов, влияющих на различные составляющие здоровья (физическую, психическую, социальную и духовную), овладение оздоровительными, общеукрепляющими, природосообразными методами и технологиями, формирование установки на здоровый образ жизни.

Здоровый образ жизни во многом зависит от ценностной ориентации человека, мировоззрения, социального и нравственного опыта. Общественные нормы, ценности здорового образа жизни принимаются населением как лично значимые, но не всегда совпадают с ценностями, выработанными общественным сознанием.

Список использованных источников:

1. *Беляков, В.Д. Региональные проблемы здоровья населения России / В.Д. Беляков. -М.: Просвещение 2019.-334с.*
2. *Петровский, В.М. Популярная медицинская энциклопедия: энциклопедия / Б.В. Петровский. – М: Наука, 2018. – 704 с.*
3. *Матвеева Н.А., Гигиена и экология человека: учеб. для студ. проф. учеб. заведений / Н.А. Матвеева, А.В. Леонов, М.П. Грачева. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : Издательский центр «Академия», 2020. - 304 с.*
4. *Электронный каталог ВНИИГМИ-МЦД - [URL:http://www.meteo.ru](http://www.meteo.ru)*
5. *Российский сводный электронный каталог по научно-технической литературе ГПНТБ - [URL:http://www.gpntb.ru](http://www.gpntb.ru)*

РАБОТА АКУШЕРКИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

*Мартынова Екатерина Дмитриевна
Руководитель: Файзулина Раиса Валентиновна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

Кормление грудью, как способ питания младенцев, является общим для всех народов и всех культур, оно обеспечивает ребенку выживание и здоровье. Однако с развитием индустрии детского питания появилось мнение, что без кормления грудью вполне можно обойтись, заменив его искусственным вскармливанием. А абсолютная доступность смесей и скрытая реклама[1] способствовали быстрому переводу детей на смешанное и искусственное вскармливание.

Согласно требованиям ВОЗ [2], младенец должен питаться исключительно материнским молоком до 6 месяцев, а до года на 60 – 80%. По данным Минздрава России [3]этот показатель очень низкий, в последние 10 лет лишь 40% женщин продолжают кормить грудью ребёнка до 6 месяцев. На данный момент во многих странах – членах ВОЗ внесен запрет распространяющийся на рекламу смеси для детей первого года жизни. В нашей стране такой документ, к сожалению, до сих пор так и не принят. По данным Всемирной организации здравоохранения[2], грудное вскармливание может ежегодно предотвратить 823000 смертей среди детей первых 5-и лет жизни и 20000 смертей среди женщин от рака молочной железы.

Поэтому, первый вопрос, который по-прежнему стоит очень остро – это вопрос о необходимости организации грудного вскармливания и пропаганде его преимуществ. Для того чтобы женщины не отказывались от грудного вскармливания, необходима правильно организованная и планомерная работа. И главная роль здесь отводится именно акушерке.

Исходя из вышесказанного, нами было проведено исследование особенности работы акушерки при организации и проведении грудного вскармливания.

Структурный анализ данных по грудному вскармливанию в России показал, что около 40% новорожденных в Российской Федерации находятся на исключительно грудном вскармливании в первые шесть месяцев своей жизни - это больше, чем во многих странах Европейского региона ВОЗ[4]. Опрос с участием 9 тысяч женщин, который был проведен Министерством здравоохранения Российской Федерации в августе 2020 года [4], показал, что примерно 60 % россиянок предпочитают получать информацию о грудном вскармливании от работников здравоохранения, а не из книг, брошюр или интернета. Это подчеркивает важность работы акушерок по вопросам лактации оказывающих поддержку женщинам в вопросах грудного вскармливания.

Структурный анализ особенностей практической деятельности акушерки по организации и проведению грудного вскармливания показал, что в целях организации грудного вскармливания акушерка использует различные методы проведения санитарно-просветительской работы. Они представлены на рисунке 1.



Рис.1. Интеллект-карта «Методы и формы просвещения и популяризации кормления грудью акушерками среди беременных и родильниц».

С 1993-1994гг. методика ВОЗ/ ЮНИСЕФ по поддержке грудного вскармливания [2] стала внедряться в России. На Рис.2. представлена интеллект-карта «Грудное вскармливание согласно рекомендациям ВОЗ».



Рис.2. Интеллект-карта «Грудное вскармливание согласно рекомендациям ВОЗ».

Организация грудного вскармливания по методике ВОЗ включает комплекс из 10 рекомендаций[2], они представлены на рис.3.



Рис.3. Интеллект-карта «Десять принципов организации грудного вскармливания по методике ВОЗ».

В родильном зале осуществляется раннее прикладывание новорожденного к груди. Акушерка помогает матери начать грудное вскармливание в течение часа после рождения. На рисунке 4 представлены этапы организации начала грудного вскармливания в родильном зале.

во время кормления».

Матерям рекомендуется как можно раньше после родов начать процесс сцеживания и производить его по 15-20 минут не менее 5-7 раз в сутки. Для усиления лактации показано сцеживать молоко, акушерка рассказывает родильнице о специальной технике сцеживания (рисунок 6).

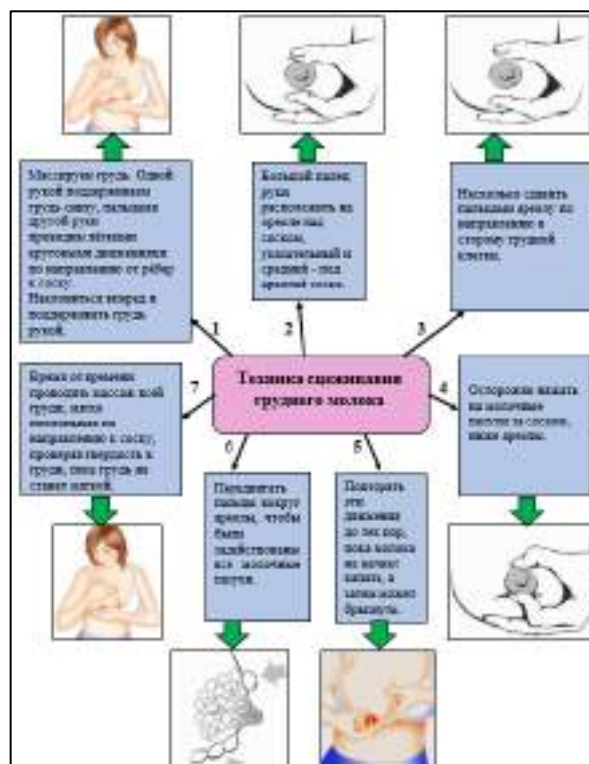


Рис.6. Интеллект-карта «Техника сцеживания грудного молока».

Работа акушерки при организации и проведении грудного вскармливания заключается в умении правильно построить отношения с кормящей мамой, оказать поддержку женщине и ее семье. В зависимости от ее личностных качеств и состояния здоровья, сформировать уверенность и навыки грудного вскармливания. Оказывать практическую помощь, давать уместную информацию, обучать родильниц технике правильного грудного вскармливания. Давать рекомендации беременным и родильницам, а также их родственникам о целесообразности четких выполнений рекомендаций врача. Профессиональные навыки и знания акушерки в области естественного вскармливания необходимы для роста и развития, здоровья детей - будущих членов нашего общества.

Проведенные исследования позволяют оценить работу акушерки при организации и проведении естественного вскармливания как архиважную, полученные данные могут быть использованы в дальнейшем при более детальном изучении особенностей работы акушерки в перинатальных центрах и женских консультациях. Интеллект-карты могут быть использованы в дальнейшем в просветительской работе с беременными и родильницами.

Список использованных источников:

1. ВОЗ и ЮНИСЕФ: более половины родителей и беременных женщин сталкиваются с агрессивным маркетингом молочных смесей. // Пресс-релиз Доклада «Как маркетинг молочных смесей влияет на наши решения о питании грудных детей» Женева / Нью-Йорк- 22 февраля 2022 г. - URL:<https://www.who.int/ru/news/item/22-02-2022-more-than-half-of-parents-and-pregnant-women-exposed-to-aggressive-formula-milk-marketing-who-unicef> (дата обращения 28.01.2023)
2. Грудное вскармливание. Как обеспечить успех. Практическое руководство для медицинских работников. ВОЗ Европейское региональное бюро Копенгаген. (1997,

обновление 2018). - Женева: Всемирная Организация Здравоохранения, 1999. - 90 с. // Всемирная Организация Здравоохранения: официальный сайт «IRIS.» - 2021. -URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/277055>(дата обращения: 28.01.2023).

3. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации: методические рекомендации. – М.: ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, 2019. - 112 с. - URL: <https://minzdrav.midural.ru/uploads/document/4908/optimizatsii-vskarmlivaniya-detej-pervogo-goda-zhizni.pdf> (дата обращения: 28.01.2023).

4. Россия - среди лидеров по грудному вскармливанию: успешное сотрудничество ВОЗ и Минздрава РФ. / Новости ООН. Глобальный взгляд. Человеческие судьбы. Здравоохранение. - 3 августа 2020. - URL: <https://news.un.org/ru/story/2020/08/1383062> (дата обращения: 28.01.2023).

РАЗВИТИЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Моисеева Виктория Николаевна

Руководитель: Крайнова Светлана Васильевна

ГАПОУ “Волгоградский медицинский колледж”, Волгоград

Гемолитические анемии представляют собой актуальную проблему детской гематологии и являются одной из сложных нозологических форм в педиатрической практике, что обусловлено их повсеместной распространенностью, полиморфизмом клинических проявлений, сложностью диагностики и лечения, а также широким спектром возможных осложнений. ГБН развивается только при резус-положительной крови плода у резус-отрицательной матери. Проникновение плодовых резус-положительных эритроцитов в кровотоки матери вызывает выработку резус-антител, которые, проникая через плаценту, разрушают эритроциты плода, приводя к развитию гемолитической болезни, вплоть до тяжелой формы, до массивного отека и внутриутробной гибели плода. Продукты разрушения эритроцитов (билирубин) при определенных концентрациях может приводить к повреждению центральной нервной системы плода.

Вероятность развития конфликта по Rh-системе составляет до 85%. Однако, несмотря на то, что резус-несовместимость матери и плода встречается в 9,5-13%, гемолитическая болезнь новорожденных развивается у одного ребенка из 20-25 резус-отрицательных женщин. Вероятность развития конфликта при групповой несовместимости составляет 10%. Наиболее часто конфликт возникает при группе крови матери О (I) и группе крови плода и новорожденного - А(II) или В(III). Развитие ГБН наиболее часто встречается при наличии у матери О (I) группы крови, а у плода и новорожденного А(II). Это обусловлено большей антигенной активностью антигена-А и более высоким титром анти-А-антител, которые представлены - α-агглютинидами. Кроме того, молекулярная масса α-агглютининов у лиц с О (I) группой крови в 5 раз меньше, чем у лиц В (III) группы крови. Следовательно, при сочетании группы крови матери и плода О (I) - А (II) материнские анти-А-антитела (α-агглютинины) будут проникать через плацентарный барьер гораздо легче, чем при сочетании В (III) – А (II).

В России в 2015 году ГБН была диагностирована у 0,83% новорожденных, в 2016-2020 гг. – 0,9-1%. Возникновение иммунологического конфликта возможно, если на эритроцитах плода присутствуют антигены, отсутствующие на мембранах клеток у матери.

Диагноз ГБН по резус-фактору может быть установлен на основании анамнеза (выявление во время беременности прироста титра анти-D-антител у резус-отрицательных женщин, ультразвуковые признаки гемолитической болезни плода и др.), клинических и лабораторных данных уже в первые часы жизни.

Гемолитическая болезнь по АВ0-системе (ГБН по АВ0), как правило, не имеет специфических признаков в первые часы после рождения.

Для диагностики гемолитической болезни у новорожденных используют следующие методы исследования:

1. Определение Hb.
2. Определение количества эритроцитов и их индексов, включая MCV и RDW.
3. Определение количества ретикулоцитов.
4. Изучение окрашенного мазка крови, подсчет количества лейкоцитов и их предшественников.
5. Определение количества тромбоцитов.
6. Подсчет цветового показателя.
7. Определение групп крови и Rh-принадлежность у матери и ребенка.
8. Определение титра АТ.
9. Прямая реакция Кумбса.
10. Определение СОЭ.
11. Определение общего белка, альбумина, билирубина (общего, прямого, непрямого), холестерина, щелочной фосфатазы.

Лабораторная диагностика является одним из наиболее информативных и точных типов исследований, позволяющих обнаружить нарушения на клеточном уровне до появления заметных симптомов заболевания и жалоб пациента. Проведя анализ лабораторных методов дифференцировки гемолитической болезни новорожденных, мы пришли к выводу, что в большинстве лечебно-профилактических учреждений города используются гематологические анализаторы, с помощью которых, достаточно эффективно выявляются анемические состояния, а также существуют меры профилактики, которые могут снизить течение болезни.

Анализируя статистику рождения детей с ГБН, мы выяснили следующую информацию (рис.1). В период с 1.01.22 по 30.04.22 в Волгоградском областном перинатальном центре №2 появились на свет 1576 малышей. 159 из них стали преждевременно рожденными, четверо появились на свет с весом менее одного килограмма. Самый маленький малыш весил 740 граммов. Еще трое «торопыжек» родились с весом от 1 до 1,5 килограмма.

У 116 деток, рожденных за этот период, была диагностирована гемолитическая болезнь новорожденных.

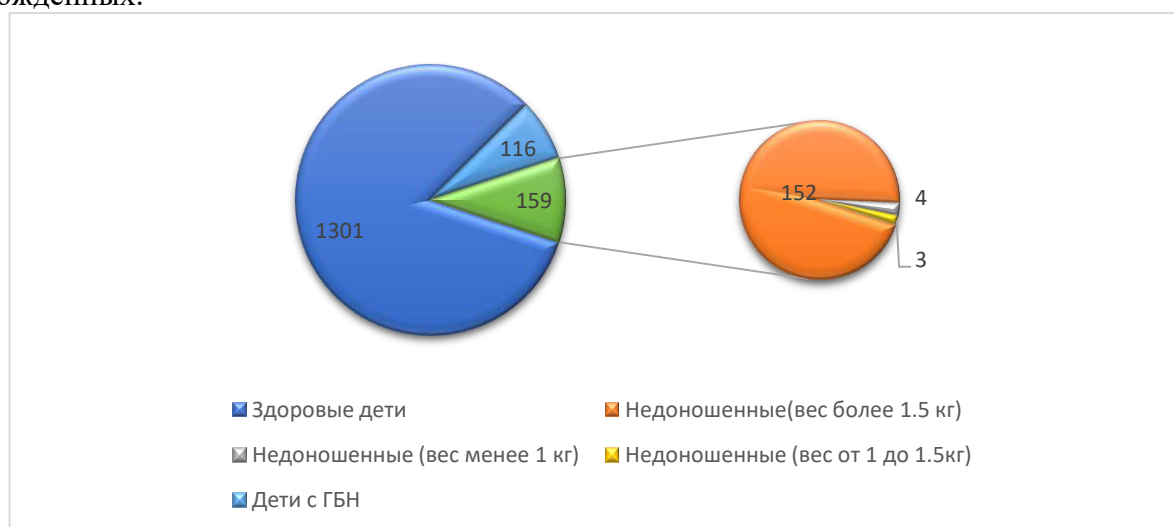


Рис. 1 Анализ историй родов в Волгоградском областном перинатальном центре №2

Анализируя медицинскую документацию и беседуя с сотрудниками этого ЛПУ, нам удалось выяснить, что существует несколько форм ГБН. Проанализировав лабораторные данные, мы выяснили их ценность для дифференциальной диагностики.

Особое внимание мы уделили вопросам профилактики. Всем беременным с резус-отрицательной кровью, даже при отсутствии у них в крови антител, а также при наличии АВ0 сенсibilизации следует провести в амбулаторных условиях 3 курса неспецифической десенсибилизирующей терапии продолжительностью по 10-12 дней, в сроки 10-22, 22-24, 32-34 недели.

В рамках проведения неспецифической десенсибилизирующей терапии назначают: внутривенное введение 20 мл 40% раствора глюкозы с 2 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, 100 мг кокарбоксылазы; внутрь рутин по 0,02 г 3 раза в день, теоникол по 0,15 г 3 раза в день или метионин по 0,25 г и кальция глюконата по 0,5 - 3 раза, препараты железа, витамин Е по 1 капсуле. На ночь применяют антигистаминные препараты: димедрол 0,05 или супрастин 0,025.

При осложненном течении беременности: угроза прерывания, ранний токсикоз беременных, гестоз и прочим, пациентки должны быть госпитализированы в отделение патологии беременных, где наряду с лечением основного заболевания проводится курс десенсибилизирующей терапии.

Беременным, у которых имеется высокий титр резус-антител, а в анамнезе у них были самопроизвольные выкидыши или роды плодом с отечной или тяжелой формой гемолитической болезни, рекомендуется применять плазмоферез. Эта процедура позволяет удалить из плазмы крови антитела. Плазмоферез проводят 1 раз в неделю под контролем титра антител, начиная с 23—24 нед. беременности, до родоразрешения.

Беременных с резус-сенсibilизацией госпитализируют в родильный дом в 34-36 нед. беременности. При АВ0 - сенсibilизации госпитализация осуществляется в 36-37 недель. При наличии соответствующих показаний, указывающих на выраженный характер осложнения, госпитализация возможна и в более ранние сроки.

При наличии гемолитической болезни плода целесообразно досрочное родоразрешение в связи с тем, что к концу беременности увеличивается поступление антител к плоду. При выраженной гемолитической болезни плода беременность прерывают в любые сроки беременности. Однако в большинстве случаев беременность удается пролонгировать до приемлемых сроков родоразрешения. Как правило, родоразрешение проводится через естественные родовые пути. Кесарево сечение выполняют при наличии дополнительных акушерских осложнений.

В родах проводят тщательный контроль за состоянием плода, осуществляют профилактику гипоксии. Сразу после рождения ребенка быстро отделяют от матери. Из пуповины берется кровь для определения содержания билирубина, гемоглобина, группы крови ребенка, его резус-принадлежности. Проводится специальный тест, позволяющий выявить эритроциты новорожденного, связанные с антителами.

В лечебно-профилактических учреждениях разработана тактика ведения новорожденных, с ГБН.



Рис.2 Тактика ведения детей с риском развития ГБН и ГБН в первые сутки жизни
Лабораторная диагностика является одним из наиболее информативных и точных типов исследований, позволяющих обнаружить нарушения на клеточном уровне до появления заметных симптомов заболевания и жалоб пациента. Проведя анализ лабораторных методов дифференцировки гемолитической болезни новорожденных, мы пришли к выводу, что в большинстве лечебно-профилактических учреждений города используются гематологические анализаторы, с помощью которых, достаточно эффективно выявляются анемические состояния, а также используются меры профилактики, которые снижают клинические проявления и осложнения в течение болезни.

Список использованных источников:

1. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного : учебник / Г.М. Савельева, А.Г. Коноплянников, М.А. Курцер, О.Б. Панина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 144 с. с ил.: ISBN 978-5-9704-2563-3.-Текст: непосредственный
2. Володин, Н.Н. Гемолитическая болезнь плода и новорождённого: диагностика, лечение, профилактика: учебное пособие / Н.Н. Володин.-Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2020. - 92 с.-Текст: непосредственный ISBN 5-8249-0099-X
3. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению гемолитической болезни новорожденных неонатология : новости, мнения, обучение / А.В. Дегтярева, Д.Н. Дегтярев, А.Л. Карпова, Н.Ю. Карпов, О.А. Сенькевич, Е.Д. Сон. - Текст: непосредственный //Неонатология: новости, мнения, обучение.-2015.-№2.-С.87-101.
4. Сидельникова, В.М. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного: учебник / Сидельникова В.М., Антонов А.Г.-Москва: Триада -Х, 2014 г. — 192 с.-с ил. : ISBN 5-8249-0099-X.-Текст: непосредственный
5. Гемолитическая болезнь плода и новорождённого: диагностика, лечение, профилактика: учебное пособие / Н.Н. Володин [и др.]. — Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2020 — 92 с. ISBN 978-5-534-15061-2.-Текст: непосредственный

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ – УГРОЗА XXI ВЕКА

Мусалаева Альбина Хангереевна

Руководитель: Моисеева Елена Николаевна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Еще в 1760г. шотландский физиолог М. Флеминг сказал: «Тучность, особенно чрезвычайно выраженная, может вызвать болезнь, так как препятствует нормальному осуществлению жизненных функций и таким образом сокращает жизнь, устлая путь опасными осложнениями».

Часто встречающиеся сочетания артериальной гипертензии (АГ) с атерогенной дислипидемией, ожирением, нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) или сахарным диабетом (СД) 2-го типа отмечались многими авторами, в том числе выдающимися отечественными клиницистами Г.Ф. Лангом, А.Л. Мясниковым, Е.М. Тареевым. Данный симптомокомплекс имеет более 20 различных названий. Термин «метаболический синдром» стал наиболее часто употребляемым в медицинской литературе в том числе и российскими учеными.

Метаболический синдром представляет собой симптомокомплекс, сочетающий в себе абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность, гипергликемию (повышенное содержание глюкозы в крови), дислипидемию и артериальную гипертензию. Все эти нарушения связаны в одну патогенетическую цепь.

Эксперты ВОЗ охарактеризовали метаболический синдром (МС), как «пандемию XXI века». В Российской Федерации по результатам исследований 40% населения имеют 2 компонента МС, 11%–3 и более его составляющих. По причине высокой распространенности МС его раннее выявление имеет огромное значение для своевременного начала проведения профилактики осложнений. Ведущие российские и зарубежные ученые, занимающиеся проблемой МС склонны рассматривать его, как предстadium атеросклероза и СД типа 2. Таким образом, в основе выделения МС лежит принцип первичной профилактики СД, атеросклероза и его последствий. Одним из серьезных проявлений МС является неалкогольная жировая болезнь печени и неалкогольный стеатогепатит. Эти заболевания снижают качество жизни и сокращают ее продолжительность на 5–10 лет.

Ранее считалось, что метаболический синдром – это удел людей среднего возраста и, преимущественно, женщин. В последние годы наблюдается устойчивая тенденция роста частоты проявлений метаболического синдрома у лиц молодого возраста, детей и подростков. Данная проблема прочно заняла место среди самых актуальных проблем популяционного здоровья в России и мире несколько десятилетий назад. При этом частота проявлений МС у детей по разным данным составляет от 4 до 30%. Выраженное различие показателей частоты, по-видимому, связано с использованием различных алгоритмов и диагностических критериев.

Вряд ли кто-нибудь будет спорить с тем, что приметы современного времени (малоподвижный образ жизни, пристрастие к высококалорийной пище, «мода» на курение и алкоголь) самым неблагоприятным образом отражаются на здоровье. К сожалению, гиподинамия и переедание становятся привычными для многих сегодняшних детей и подростков, а это рано или поздно приводит к избыточному весу, который «открывает шлагбаум» на прямом пути к болезням. «Сладкая и ленивая» жизнь влечет за собой целый спектр тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний и провоцирует развитие сахарного диабета 2 типа.

Этим можно объяснить стойкую тенденцию «омоложения» смертельно опасных сердечно-сосудистых заболеваний. О влиянии метаболического синдрома на здоровье населения говорит и тот факт, что за последние 10 лет заболеваемость сахарным диабетом 2 типа среди молодых лиц в возрасте 30–39 лет возросла на 70%. Особенно неприятным

является то, что чем раньше возникает сахарный диабет, тем выше вероятность таких грозных осложнений как слепота и ампутация конечностей.

В 2007 года на национальном конгрессе кардиологов Всероссийского научного общества кардиологов были приняты и утверждены первые Российские рекомендации по диагностике и лечению МС. Впервые в России были предложены алгоритм и критерии диагностики метаболического синдрома для учреждений различного уровня: от первичного звена (поликлиники, амбулатории) до специализированных клиник и научно-исследовательских институтов и центров с высоким материально-техническим оснащением, а также алгоритм комплексного подхода к лечению метаболического синдрома.

Второй пересмотр (2009г) этих рекомендаций был дополнен главами, посвященными вопросам диагностики и лечения МС у детей и подростков, менопаузального МС и синдром обструктивного апноэ сна (СОАС).

В связи с тем, что МС относится к коморбидным (от лат. со- вместе, morbus-болезнь) состояниям и требует мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению, в третий пересмотр рекомендаций внесены существенные дополнения, посвященные дисгормональным причинам МС с учетом гендерных особенностей, поражению печени при ожирении, эпикардальному ожирению, хирургическому лечению ожирения и другие изменения.

Четкой классификации и стадийности метаболического синдрома не существует. Несмотря на это, выраженность симптомов, количество компонентов МС и наличие осложнений оказывают влияние на стратификацию риска и выбор тактики лечения у конкретного пациента.

Согласно современным рекомендациям, диагноз «Метаболический синдром» устанавливается при наличии ожирения в сочетании с приведенными ниже показателями. Следовательно, человек находится в группе риска, если у него:

- избыточная масса тела (окружность талии у мужчин > 94 см, у женщин > 80 см);
- сниженная физическая активность;
- повышенные цифры артериального давления > 130/85 мм рт. ст.;
- повышенный уровень холестерина в крови;
- уровень глюкозы в крови натощак > 5,6 ммоль/л;
- возраст старше 45 лет;
- в анамнезе сахарный диабет 2 типа у ближайших родственников.

Предложенные диагностические критерии довольно просты и удобны для применения в клинической практике и, прежде всего, направлены на раннее выявление пациентов, имеющих высокий риск развития атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа.

Известно, что развитие метаболического синдрома происходит постепенно. Вначале развивается абдоминально-висцеральное ожирение или нарушение чувствительности тканей к инсулину, а затем постепенно формируются метаболические нарушения, прогрессирующие со временем, под воздействием таких факторов, как гиподинамия, высококалорийное питание с избыточным потреблением жиров, возраст и другие.

Выявление метаболического синдрома имеет большое клиническое значение. С одной стороны, это состояние является обратимым, то есть при соответствующем лечении можно добиться исчезновения или, по крайней мере, уменьшения выраженности основных его проявлений. Поэтому чрезвычайно важно сразу после постановки диагноза МС и оценки степени индивидуального сердечно-сосудистого риска назначить лечение, направленное на достижение хорошего метаболического контроля, оптимального уровня АД, с целью предотвращения или замедления развития сердечно-сосудистых заболеваний, СД 2 типа и их осложнений.

Для выявления причинно-значимых факторов риска развития метаболического синдрома использованы опросники, было проведено онлайн анкетирование студентов

колледжа и их родственников. Помимо анкетирования, респондентам было предложено провести самообследование: измерение окружности талии, роста, определение массы тела, расчет индекса массы тела (ИМТ).

Опросом было охвачено 120 человек, полученные результаты обработаны и проанализированы. Все обследованные были распределены по возрасту, полу и процентному соотношению основных факторов риска формирования метаболического синдрома. Наиболее значимые результаты исследования мы хотим предоставить вашему вниманию.

Из числа обследованных лиц 70% составили женщины и 30% мужчины. При анализе анкет по возрастным группам пациенты распределились следующим образом: до 35 лет – 12%, 36–60 лет – 29%, 61–74 года – 59%.

По частоте встречаемости основные факторы риска развития распределились таким образом, что лидирующую позицию заняло ожирение абдоминального типа – у 87% обследованных пациентов отмечено увеличение окружности талии более 88 см у женщин и более 102 см у мужчин, у 68% выявлена низкая двигательная активность, у 57% нерациональное питание. Среди всех анкетированных 42% отметили повышение артериального давления, 24% гипергликемию в анамнезе и у 11% выявлена отягощенная наследственность по СД 2 типа.

При анализе распределения мужчин и женщин по группам риска развития СД 2 типа обращает на себя внимание больший процент лиц с повышенным и высоким риском у женщин по сравнению с мужчинами. Повышенный риск выявлен у 28% женщин и только у 11% мужчин, высокий – у 25% женщин и всего у 7% мужчин.

«Предупредить гораздо легче, чем лечить» – это утверждение в полной мере относится к метаболическому синдрому. Немедикаментозное лечение синдрома – это ведение здорового образа жизни, отказ от курения и злоупотребления алкоголем, оптимальная двигательная активность не менее 30 мин ежедневно (регулярно выполнять физические упражнения, лучше те, которые доставляют удовольствие (например, прогулка или плавание); рациональное питание: ограничение потребления быстроусвояемых углеводов, животных жиров, введение в рацион большого количества пищевых волокон; снижение потребления алкоголя, отказ от курения, увеличение физической активности. Снижение массы тела на 10–15% от исходной сопровождается уменьшением массы висцеральной жировой ткани, что приводит к улучшению чувствительности к инсулину, уменьшению системной гиперинсулинемии, улучшению показателей липидного и углеводного обменов, снижению АД.

Однако применяя только немедикаментозные методы лечения (даже на фоне снижения массы тела и висцерального жира в том числе), не всегда удастся компенсировать нарушения липидного и углеводного обменов. Поэтому при лечении больных с МС активно применяется медикаментозная терапия, особенно улучшающая показатели углеводного обмена.

Прогноз у пациентов с метаболическим синдромом зависит от количества и выраженности факторов, влияющих на развитие метаболического синдрома и особенно от наличия и выраженности его осложнений. Нужно отметить, что соблюдение рекомендаций по изменению образа жизни требует устойчивой мотивации со стороны пациентов, и постоянного участия медицинских работников.

Несмотря на большое количество научных изысканий, МС нуждается в дальнейших исследованиях, необходимых для понимания того, когда и как нужно лечить. Мы думаем, что каждый человек может измерить окружность талии, определить рост, массу тела и рассчитать ИМТ, и если эти показатели превышают допустимые пределы, то лучше обратиться к специалисту за советом и проведением при необходимости дополнительного обследования для поиска других признаков метаболического синдрома.

Из всего вышеперечисленного следует, что метаболический синдром – проблема большой медицинской и социальной значимости. В настоящее время неоспорима

необходимость выработки единых диагностических критериев и эффективных лечебно-профилактических комплексов, с включением в них немедикаментозных и медикаментозных методов.

Список использованных источников:

1. Давыдкин И.Л., Блашенцева С.А., Гриценко Т.А. Поликлиническая терапия // учебник под ред. Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В. – ГЭОТАР-медиа, 2013 – 688 с.
2. Дементьев А.С. Амбулаторно-поликлиническая терапия // справочник. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 500 с.
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2012 г. № 752н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при ожирении".
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 1581н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете".
5. Клинические рекомендации. Эндокринология/ ред. И. И. Дедов. - 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 368 с.
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2012 г. № 708н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при первичной артериальной гипертензии (гипертонической болезни)".
7. Проект рекомендаций экспертов Российского кардиологического общества по диагностике и лечению метаболического синдрома. М.: 2013.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА

Омельченко Эдуард Алексеевич

*Руководитель: Коломиец Мафтуна Иномджонова
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

Зубочелюстные аномалии - состояния, которые включают наследственные нарушения развития зубочелюстной системы и приобретенные, выражающиеся в аномалиях зубов, челюстных костей и соотношений зубных рядов(прикуса) различной степени тяжести.

Профилактика зубочелюстных аномалий и деформаций — это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение и устранение причин и следственных факторов, способствующих возникновению зубочелюстных аномалий.

Существуют несколько этапов профилактики аномалий прикуса:

Первичная профилактика состоит в предупреждении, раннем выявлении и устранении факторов риска.

Вторичная профилактика - это комплекс мероприятий, направленных на снижение распространенности и степени тяжести зубочелюстных аномалий, т. е. ортодонтическое лечение.

Третичная профилактика включает в себя восстановление утраченной частично или полностью функции жевания, речевой артикуляции, эстетики, т.е. своевременное рациональное протезирование.

Профилактика аномалий прикуса проводится в различные периоды формирования зубочелюстной системы детского, включая внутриутробное развитие, и юношеского возраста, а также у взрослых с учетом физиологических, морфологических и функциональных изменений.

Различают десять периодов:

I — внутриутробное развитие эмбриона и плода (формирование тканей и органов в зубочелюстной области);

II —отрождениядобмес (до прорезывания первых временных зубов);

- III — от 6 мес. до 3 лет (формирование временного прикуса);
- IV—от 3 до 6 лет (сформированный временный прикус);
- V —от 6 до 12 лет (период смены зубов);
- VI - от 12 до 18 лет (период формирования постоянного прикуса);
- VII — от 18 года до 40 лет (период сформированной постоянной окклюзии, активная функция зубочелюстной системы);
- VIII— от 40 лет и старше (снижение функции зубочелюстной системы). Для каждого периода характерны свои методы профилактики.

До рождения ребенка:

- ✓ нормализация жизни беременной (сбалансированное питание, рациональный режим труда и отдыха;
- ✓ регулярная гигиена и санация полости рта будущей мамы;
- ✓ санитарное просвещение по вопросам причин развития зубочелюстных аномалий и деформаций;
- ✓ выявление зубочелюстных и других аномалий у родственников.

После рождения ребенка:

- ✓ профилактика травматизма при рождении ребенка;
- ✓ характер вскармливания;
- ✓ наблюдение за прорезыванием зубов (сроки и последовательность, парность, количество, симметричность, форма, положение, тип смыкания);
- ✓ профилактика кариеса и его осложнений, своевременная санация полости рта во избежание ранней потери временных зубов;
- ✓ воспитание гигиенических навыков по уходу за полостью рта, чтение литературы, просмотр мультфильмов на соответствующую тему;
- ✓ ограничение потребления сладкого, легкоусвояемых углеводов;
- ✓ санация дыхательных органов (носоглотки) для профилактики ротового дыхания и сужения челюстей;
- ✓ устранение вредных привычек (сосания пальцев, пустышки, соски, посторонних предметов, наблюдение за функцией языка при глотании и разговоре;
- ✓ избирательное шлифование нестершихся бугров временных зубов (чаще клыков) во избежание блокирования роста челюсти и развития ее деформации;
- ✓ комплексы миогимнастики- для нормализации смыкания губ, расположения нижней челюсти и языка в покое и во время функции;
- ✓ своевременное и регулярное посещение гигиениста стоматологического для профилактики болезней пародонта;
- ✓ лечение челюстно-лицевых аномалий с целью снижения их степени тяжести;
- ✓ удаление отдельных зубов по ортодонтическим показаниям.
- ✓ хирургическое вмешательство.

От рождения до прорезывания первых молочных зубов (0-6 мес.)

- выявление врожденной патологии в челюстно-лицевой области;
- профилактика острых гнойных заболеваний у новорожденного;
- рассечение укороченной уздечки языка;
- правильное искусственное вскармливание ребенка (поза, подбор соски);
- выявление преждевременно прорезавшихся зубов и определение показаний к их удалению.

В качестве примеров хирургических вмешательств хотелось бы привести следующие мероприятия:

- операции на уздечке языка проводятся:
 1. при рождении -ребенок не может полноценно питаться грудным молоком.
 2. В 3 года-при нарушении речи.
 3. В 7 лет –при аномальном положении и прорезывании резцов.
 4. После 7 лет - в плане профилактики заболеваний пародонта нижних зубов.(Такое

вмешательство также обусловлено тем, что короткая уздечка верхней или нижней губы, провоцирует образование мезиального, открытого или дистального прикуса).

- углубление преддверия полости рта (проводится в 8-9 лет).
- удаление временных зубов, оставшихся после прорезывания постоянных.

От 18 лет и старше (период сформированной постоянно окклюзии, а после 40 снижение ее функции):

- ✓ -санация полости рта и соблюдение основ гигиены;
- ✓ -восстановление коронок разрушенных зубов;
- ✓ -замещение отсутствующих зубов путем протезирования;
- ✓ -устранение парафункций (бруксизм);
- ✓ -шинирование зубов при заболеваниях пародонта;
- ✓ -предупреждение перегрузки опорных зубов при протезировании;
- ✓ -сохранение тканей протезного ложа.

Предвидим Ваш вопрос: когда же лучше идти к ортодонту?

1. При нарушениях прикуса (серьезном видимом нарушении смыкания зубных рядов) в любом возрасте.
2. При аномалиях отдельных зубов или зубных рядов лучше уже после 12-14 лет.

В случае незначительных поворотов или тесного положения зубов у детей, можно дома самостоятельно:

- Проводить пальцевой/языком массаж неправильно стоящего зуба/группы зубов 2-3 раза в день по 1-2 минуте.
- Усилить жевательную нагрузку, а именно прием жесткой пищи (яблоки, морковь, корочки хлеба) для стимуляции роста челюсти.

Вывод. Для предотвращения зубочелюстных аномалий необходимо следить за состоянием зубов, а так же, придерживаться определённых правил, которые помогут избежать нежелательные проблемы как у маленьких детей, так у взрослого человека.

Список использованных источников:

1. https://ipo.orgma.ru/files/kafedry/kafedra-terapevticheskoy-stomatologii/Info/faculties/SF/Terapevticheskaya_stomatologiya/2_kurs/Стоматологический_2_Терапевтическая%20стоматология_Профилактика%20зубочелюстных%20аномалий_лекция%201.04.2020.pptx
2. <https://kpfu.ru/portal/docs/F1921020868/Lekciya.Profilaktika.zubochelyustnykh.anomalij.ppt>
3. http://elib.usma.ru/bitstream/usma/7347/1/UMK_2022_066.pdf
4. <http://kkn.pf/docs/Statya/metody%20prof%20zubochel%20anomalij.pdf>

МЕЗИАЛЬНЫЙ ПРИКУС

Петров Юрий Сергеевич

Руководитель: Коломиец Мафтуна Иномджоновна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Одним из ведущих вопросов в современной стоматологии является профилактика и лечение зубочелюстных патологий и деформаций. Мезиальный прикус – одна из тех зубочелюстных аномалий, которые наиболее трудно поддаются к лечению и склонны к частому рецидивированию. Зубочелюстные аномалии оказывают прямое влияние на здоровье пародонта. Неправильный прикус отражается на эстетике лица, на функции речи, что в свою очередь ведет к психологическому дискомфорту пациента. Патологии прикуса также влияют на функцию глотания и могут привести к заболеваниям ЖКТ. Поэтому так важно своевременно выявить и профилировать развитие мезиального прикуса. В данной работе проанализированы причины, симптомы и лечение мезиального прикуса, а также рассмотрен комплекс мер профилактики данной аномалии.

Мезиальный прикус – аномалия окклюзии, характеризующаяся выдвижением вперед нижнего зубного ряда по отношению к верхнему при сомкнутом положении челюстей (рис.1).



Рис 1. Мезиальный прикус.

Внешними проявлениями мезиального прикуса служат массивный, выступающий подбородок, вогнутый профиль лица, западающая верхняя губа; ротовые признаки включают мезиальную окклюзию моляров и клыков, прямую или обратную резцовую окклюзию; функциональные изменения – нарушения жевания и речи. Распространенность мезиального прикуса в популяции колеблется от 1 до 12%. Можно отметить такие симптомы, как выдвижением подбородка и нижней губы вперед, западением верхней губы, нередко – зиянием ротовой щели. Внутриротовые признаки мезиального прикуса характеризуются обратным резцовым перекрытием или прямой окклюзией зубов в переднем отделе; наличием мезиальной ступеньки при смыкании жевательных зубов.

Причины мезиального прикуса

Мезиальный прикус формируется под влиянием генетических, врожденных и приобретенных факторов. Генетические формы мезиального прикуса связаны с наследственными особенностями строения лицевого черепа. В числе факторов, способствующих формированию мезиального прикуса, большую роль играют: сверхкомплектные зубы на нижней челюсти, короткая уздечка языка, раннее удаление молочных резцов, хронические воспалительные процессы в носоглотке у детей, вредные привычки (например, сосание пальца), рахит.

Основные виды мезиального прикуса

В стоматологии классификация мезиального прикуса достаточно расширена и дополнялась за последнее столетие. Вид мезиального прикуса влияет на способ и интенсивность лечения.

Мезиальную окклюзию выделяют по прогнатии, которая может быть:

- истинной;
- ложной;

Истинная - ярко выраженная асимметрия лица, сильный дефект речи. Проявляется уже в раннем возрасте. Это макрогнатия нижней челюсти и/или ее прогнатия. Исправление мезиального прикуса требуется начинать уже с 5-7 лет, пока в виде терапии.

Ложная - нижняя челюсть нормального размера, а верхняя недоразвита и/или углублена в череп. Не всегда этот вид прогении челюсти можно заметить с первого взгляда. Но рентген снимок и компьютерная томография дает четкое понимание патологии(рис.2).

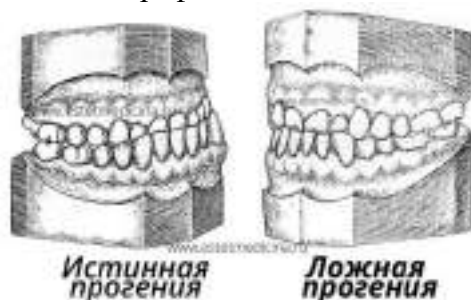


Рис 2. Истинная и ложная прогения.

Необходимо подчеркнуть, что существует два мезиальных прикуса:

- физиологический — анатомически характеризуется морфологической и функциональной нормой;
- патологический — требует ортодонтического вмешательства, так как возникают морфофункциональные изменения.

Еще один из видов разделения смещения по форме:

- зубоальвеолярная - нижняя челюсть может сама встать на место, сместиться назад с нормальным смыканием боковых зубов;
- гнатическая - в этом случае сдвига самопроизвольного невозможно;
- смешанная;

Лечение мезиального прикуса

В дошкольном возрасте, когда челюсти ребенка находятся в процессе роста, для коррекции мезиального прикуса назначается миофункциональная гимнастика и массаж альвеолярного отростка верхней челюсти; при необходимости проводится пластика уздечки языка. Ортодонтическое лечение на данном этапе по показаниям может проводиться с помощью аппарата Брюкля, каппы Бынина.

В период сменного прикуса лечение мезиальной окклюзии проводится с использованием активаторов Андресена-Гойпля, Кламмта, Френкеля, аппаратов Вундерера или Персина. С установлением постоянного прикуса для коррекции аномальной окклюзии применяется несъемная ортодонтическая техника – брекет-системы. Одновременно с ортодонтическим этапом проводятся логопедические занятия по коррекции дислалии(рис.4).



Рис 3. Активаторы Андресена-Гойпля, Кламмта, Френкеля и аппарат Вундерера.

Протетическое лечение мезиального прикуса может включать избирательное шлифование зубов, съемное или несъемное протезирование для нормализации окклюзионных контактов. Иногда при чрезмерном развитии нижней челюсти возникает необходимость предварительного хирургического лечения – удаления зубов, остеотомии ветви нижней челюсти.

Лечение проводится после медицинского заключения стоматолога:

- постановка основного диагноза — аномалия прикуса или отдельных зубов, а также костных и мягких структур;
- определение сопутствующего заболевания (возможные дисфункции ВНЧС).

Методы лечения мезиального прикуса:

- аппаратная коррекция;
- ортопедическое и ортодонтическое лечение;
- хирургическое вмешательство;
- физиотерапия;
- миофункциональная гимнастика.

Лечение мезиальной окклюзии во временном прикусе заключается в содействии нормальному развитию и росту челюстей. При задержке роста верхней челюсти необходимо:

- выполнять массаж фронтального участка верхнего альвеолярного отростка;

- устранять патологические прикрепления уздечек языка и миофункциональные нарушения (неправильное глотание, когда язык упирается кончиком на нёбо, ротовое дыхание, сосание большого пальца и другие).

Для лечения данной патологии при временно прикусе применяют аппаратный метод лечения с помощью пластинки Хинца или Шонхера, вестибулярной пластинки с упором для языка.

Возможен ортопедический метод лечения — избирательное пришлифовывание в случае блока верхней челюсти из-за экстрוזии клыков.

Лечение в постоянном прикусе проводится намного сложнее, так как окончательное развитие и формирование зубочелюстного аппарата уже произошло.

Применяют в основном ортодонтические методы лечения в комбинации с межчелюстными тягами (в случае зубоальвеолярной формы мезиальной окклюзии). Помимо перечисленных методов лечения возможно исправление мезиального прикуса путём хирургического вмешательства. К методам оперативного лечения относится решетчатая компактостеотомия. В таком случае делают отверстия в апикальной области фронтальной группы зубов с двух сторон альвеолярного отростка (рис.4).



Рис.4 Решетчатая компактостеотомия

Профилактика

Важно понимать, что исправление мезиального прикуса более эффективно в раннем возрасте, когда кости черепа и зубы и челюсти еще не достигли своего окончательного развития. Поэтому необходимо обращать внимание на вопросы правильного вскармливания, использования сосок, о возможных вредных привычках у ребенка, которые могут повлечь формирование мезиального прикуса.

Обучение ребенка надлежащему уходу за ротовой полостью, своевременное устранение кариеса, профилактическое протезирование утерянного зуба позволяет предотвратить формирование мезиального прикуса.

Профилактика данной патологии в молочном прикусе предполагает использование профилактических аппаратов (вестибулярные пластинки Хитца и Шонхера).

В сменном прикусе возможно применение дополнительных лечебно-профилактических аппаратов:

- пластинка с заслоном для языка;
- накусочная пластинка Катца;
- аппарат Андресена-Гойпля;
- открытый активатор Кламмта и другие.

В сочетании с ними возможно применение внеротовой резиновой тяги и лицевой маски.

Таким образом, можно сказать, что мезиальный прикус — это зубочелюстная аномалия, которая наиболее трудно поддается к лечению и склонна к частому рецидивированию. К причинам её формирования относят генетические, врожденные и приобретенные факторы. Сама аномалия делится на истинную и ложную и к каждому виду

нужен свой способ лечения, которые представляют из себя: аппаратная коррекция, ортопедическое и ортодонтическое лечение, хирургическое вмешательство, физиотерапия и многие другие способы. Но данную проблему можно избежать профилактикой в раннем возрасте, когда кости черепа и зубы и челюсти еще не достигли своего окончательного развития с помощью профилактических аппаратов.

Список использованных источников:

1. Иванов, А.С., Лесит, А.И. Основы ортодонтии / А. С. Иванов, А. И. Лесит. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. – 224 с. – Текст : непосредственный.
2. Проффит, У. Современная ортодонтия / У. Проффит. – Москва : МЕДпресс-информ, 2015. – 560 с. – Текст : непосредственный.
3. Персин, Л.С. Виды зубочелюстных аномалий и их классификация / Л. С. Персин. – Москва : Издательство МГМСУ, 2006. – 25 с. – Текст : непосредственный.
4. Мягкова, Н.В., Рамм, Н.Л. Ортодонтическое лечение мезиальной окклюзии // Проблемы стоматологии. – 2009. – №4. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ortodonticheskoe-lechenie-mezialnoy-okklyuzii> (дата обращения: 03.02.2023).
5. Инновационный центр имплантации зубов : мезиальный прикус. – URL : <https://dentalroott.ru/articles/ispravlenie-prikusa/mezialnyy-prikus/> (дата обращения: 02.02.2023).

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РАБОТЫ ОРГАНИЗМА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДОВ ГИМНАСТИКИ ЦИГУН

*Сурков Матвей Михайлович
Руководитель: Демидович Ирина Леонидовна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

Условия жизни и работы в современном мире отличаются повышенной гиподинамичностью населения. Особо уязвимым слоем населения являются пожилые люди. Пассивный образ жизни негативно сказывается на общем состоянии организма, которое включает в себя как физические, так и психо-эмоциональные составляющие. Неизбежный процесс старения ухудшает качество жизни пожилого человека и снижает адаптивные функции организма.

Изучение фундаментальных механизмов старения необходимо для разработки более эффективной терапии и профилактики болезней пожилого и старческого возраста, то есть лиц геронтологического возраста. В этом смысле необходимо акцентировать внимание на процессе сохранения жизнеспособности человека, называемом «витаукт», где *vita* – жизнь, а *auctus* – увеличение, прирост. Одним из механизмов развития витаукта является сохранение физической активности организма. Активная посильная физическая деятельность помогает сохранить развитую мышечную систему, внимание, ловкость, точность движений и способствует улучшению мозговых процессов.

Актуальные исследования и разработки современной медицины направлены на поддержание здоровья населения, увеличение качества и продолжительности жизни человека.

Исследования китайских ученых показали, что у пациентов, занимающихся Цигун, наблюдается улучшение сердечной деятельности по данным ЭКГ, стабилизируется артериальное давление, повышается выносливость к физическим нагрузкам.

Целью работы является рассмотрение степени влияния китайской гимнастики Цигун на поддержание физической активности и улучшение общего психосоматического здоровья пожилых людей.

Объектом данного исследования является влияние занятиями китайской гимнастики Цигун на людей пожилого возраста.

Экспериментальная база основана на наблюдении работы группы здоровья Клуба пожилых людей Ворошиловского района города Волгограда и анкетировании участников данной группы, посещавших занятия гимнастики Цигун. Возраст участников группы 63-68 лет.

Цигун можно определить как искусство тренировки Ци (жизненной энергии). Суть состоит в полной концентрации на организме и правильном дыхании при выполнении упражнений. Важное место в системе Цигун занимает учение о внутренней энергии ци, без которого упражнения остаются лишь методом физических занятий. Путем выполнения физических упражнений, в сочетании с правильным дыханием и работой мысли, достигается равновесие между психическим и физическим состояниями человека.

Комплекс состоит из нескольких упражнений, выполнение которых занимает около 15–20 минут. Рекомендуется выполнять как в качестве утренней разминки и незадолго до сна. Особенность Цигун — мягкие, плавные движения, выполняемые с использованием «внутренней силы». Все упражнения комплекса выполняются в положении стоя, т.е. несут весовую нагрузку. Во время выполнения упражнений акцент делается на растяжение мышц, оказывает положительное влияние на состояние не только мышечной, но и костной системы.

Цель упражнений — путем физических и духовных занятий ускорить циркуляцию внутренней энергии ци, что приводит к улучшению здоровья и физической формы человека. Неотъемлемой частью упражнений является глубокое, естественное дыхание.

При проведении исследований по изучению эффективности Цигун показано, что у пациентов не возникает трудности при выполнении комплекса, поскольку нагрузка и интенсивность упражнений невысоки. У Цигун практически нет ограничений ни по возрасту, ни по физическому состоянию, однако при наличии выраженной соматической патологии в пожилом и старческом возрасте перед началом занятий рекомендована консультация врача. Эта система хороша также тем, что позволяет начать занятия в любом возрасте.

Основным содержанием Цигун являются физические и дыхательные упражнения в сочетании с концентрацией внимания. Оздоровительное воздействие этих упражнений базируется на единстве физических и психических функций организма человека, на связи сознания и воли с функционированием мышечной системы и внутренних органов. Темп выполнения упражнений — медленный и плавный, амплитуда движений варьирует в зависимости от индивидуальных возможностей занимающегося, что позволяет заниматься системой людям различного возраста, в том числе с очень низким уровнем физической подготовки.

Цигун эффективен лишь при соблюдении основных принципов, без которых он превращается лишь в не сложное гимнастическое упражнение, не дающее должного результата:

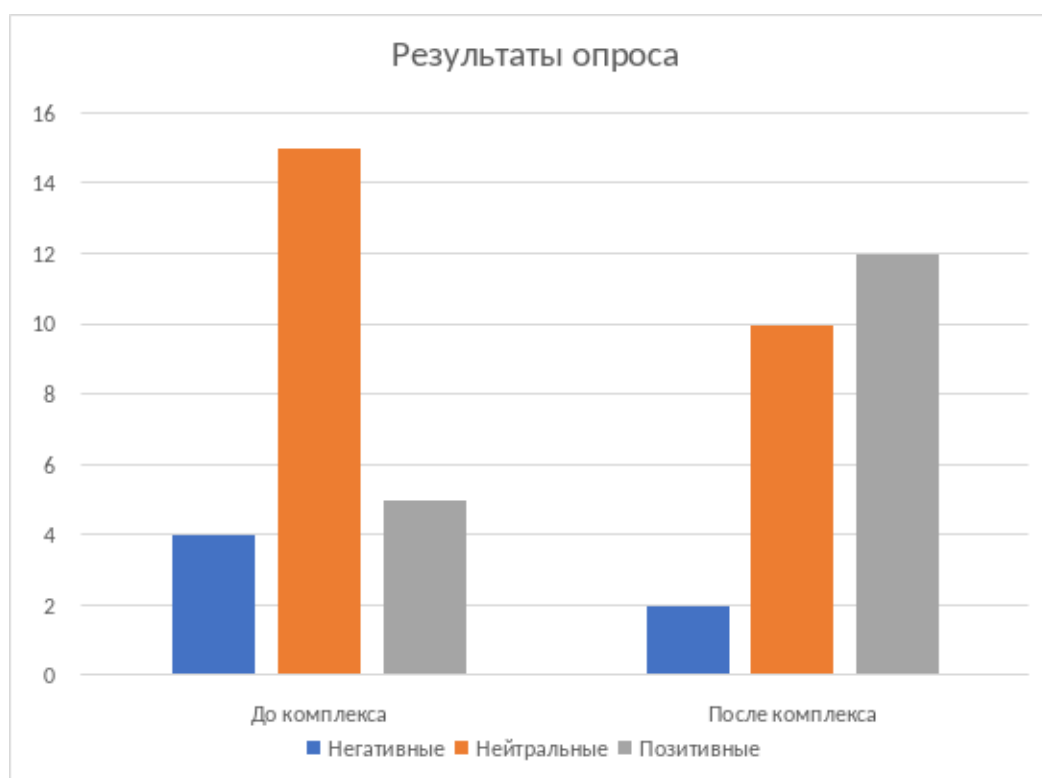
1. Естественное и комфортное положение тела.
2. Отсутствие напряжения как в теле, так и в сознании.
3. Сочетание расслабления и напряжения.
4. Спокойное и ровное дыхание.
5. Регулярность занятий

В ходе эксперимента с помощью методов наблюдения и анкетирования было доказано, что комплекс упражнений Цигун доступен людям пожилого возраста, не вызывая у них затруднений, но и приносит большой положительный эффект. Что полностью подтверждает предложенную гипотезу.

Анкета:

№	Вопрос	Ответ
1.	Как вы себя чувствовали до тренировки? (плохо; нормально; хорошо)	2 плохо, 8 нормально, 2 хорошо

2.	Как вы себя чувствовали после тренировки? (плохо; нормально; хорошо)	5 нормально, 6 хорошо, 1 отлично
3.	Тяжело ли было выполнять комплекс упражнений? (да; нет)	3 да, 9 нет
4.	Какие у вас были эмоции до тренировки? (позитивные нейтральные негативные)	2 негативные, 7 нейтральные, 3 позитивные
5.	Какие у вас были эмоции после тренировки? (позитивные нейтральные негативные)	1 негативные, 5 нейтральные, 6 позитивные
6.	Чувствовали ли вы недомогание во время тренировки? (да; нет)	10 нет, 2 да



Вывод: Общее положительное воздействие на психосоматическую систему и опорно-двигательный аппарат (эластическую способность сухожилий и подвижность суставов), дыхательную систему лиц геронтологического возраста.

Список использованных источников:

1. Баба-заде С.Н., Т.М.Гусейнов / Баба-заде С.Н., Т.М.Гусейнов // Геронтология сегодня. Биомедицина № 3, 2015, Стр. 3-9.
Бутримов В. А./ Бутримов В. А. Оздоровительный цигун. Путь для начинающих. Ростов н/Д : Феникс, 2005. 208 с.
2. Григорьева Н.В., Поворознюк В.В., Банникова Р.А., Юнусова С.В., Паламарчук А.А./ Григорьева Н.В., Поворознюк В.В., Банникова Р.А., Юнусова С.В., Паламарчук А.А.// Гимнастика БА ДУАНЬ ЦЗИН в комплексном лечении пациентов старших возрастных групп с патологией костно-мышечной / Боль, суставы, позвоночник (Біль. Суглоби. Хребет), № 3, 2011. С. 96-105.
3. Розанов С.Е., Бессонова Л.О., Белых О.А./ Розанов С.Е., Бессонова Л.О., Белых О.А.// Оздоровительная гимнастика Цигун как фактор оздоровления лиц геронтологического возраста. Международный информационно-аналитический журнал «Crede Experto: транспорт, общество, образование, язык», № 1 (08), Март, 2016, с 40-52.

СОВРЕМЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ОБОРУДОВАНИЕ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНЫХ ПРОТЕЗОВ

*Черкасова Анастасия Вячеславовна
Руководитель: Литвинова Елена Сергеевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

Целью данной статьи является, показать разнообразие вариантов материалов и оборудования, которые используют зубные техники при изготовлении съёмных протезов. В задачи проведенной работы входит анализ применяемых материалов и оборудования для изготовления современных съёмных протезов.

Предметом исследования являются - современные материалы и оборудования, применяемые при изготовлении съёмных зубных протезов. Используется метод теоретического анализа использованных информационных ресурсов. Также наблюдение, сравнение и обращение результатов анализа современных материалов и оборудования при изготовлении съёмных конструкций зубных протезов. В ходе исследования была использована информация по материалам и оборудованию, проходящих в программе обучения профессии «зубной техник», многое прочитано в книгах, статьях.

Суть исследования заключалась в том, чтобы узнать много новых материалов и оборудования и чем они отличаются друг от друга.

Ортопедическое лечение больных при полном и частичном отсутствии зубов с применением съёмных протезов занимает ведущее место в клинике ортопедической стоматологии. Однако оно крайне затруднено при явлениях заболеваний слизистой оболочки полости рта вследствие непереносимости материалов, используемых для изготовления базисов съёмных протезов. Признана необходимость дифференцированного подхода к выбору конструкционного материала для изготовления съёмного зубного протеза с учётом индивидуальных особенностей стоматологического и соматического статуса, и микроэкологии полости рта больного. Это обусловлено опасностью негативного воздействия конструкционных материалов на слизистую оболочку протезного поля и на организм пациента в целом. Поэтому выбор конструкционного материала осуществляют исходя не только из его физико-химических характеристик, но и из биологического воздействия на окружающие ткани полости рта.

Наиболее распространенным конструкционным материалом в съёмном протезировании является акриловая пластмасса. Однако она имеет ряд недостатков: 1) остаточный мономер, который при нарушении режима полимеризации увеличивается до 8 %, что служит причиной аллергических реакций локального и общего характера; 2) микропористость базисов акриловых пластмасс; 3) малая прочность акриловых пластмасс.

Как альтернатива съёмным протезам из акриловых пластмасс на стоматологическом рынке появились новые технологии изготовления съёмных ортопедических конструкций из термопластических материалов, которые по химической структуре лишены тех основных отрицательных свойств, которые присущи акриловым пластмассам, а по прочностным показателям они во много раз лучше.

В стоматологии используются термопластические материалы 5 видов:
- полиоксиметилен;
- нейлон;

-этиленвинилацетат;
-акриловые безмономерные.

Таким образом, ассортимент термопластических базисных масс, как альтернативный метод протезирования лиц с непереносимостью акриловых пластмасс, достаточно велик, что позволяет выбирать вид базисного материала в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Если сравнить между акриловыми пластмассами и термопластическими материалами, то последние имеют ряд преимуществ:

- 1) для улучшения эстетических свойств съёмных протезов вместе металлических кламмеров, которые могут приводить к трещинам и переломам базиса съёмных протезов, применяют кламмеры из термопластов под цвет опорных зубов;
- 2) протезы из термопласта не обладают токсическим и аллергическим действием, поэтому они показаны для пациентов, имеющих аллергический статус, заболевания иммунной, нервной, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта;
- 3) протезы, изготовленные с применением термопластов, имеют достаточную эластичность, точное прилегание, хорошую фиксацию и эстетичность;
- 4) протезы не содержат микропор и практически не вызывают нарушения равновесия состояния микрофлоры в полости рта;
- 5) по показателям механической прочности к переменным нагрузкам в полости рта они во много раз прочнее протезов из акриловых пластмасс;
- 6) благодаря своим физико-химическим характеристикам термопласты расширяют возможности врача при лечении пациентов с частичным отсутствием зубов, бруксизмом, заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, могут применяться при изготовлении окклюзионных шин, спортивных капп, имедиат-протезов и в комплексном лечении заболеваний пародонта.

Термопласты из нейлона – полиамиды представляют собой гетероцепные полимеры, содержащие в основной цепи макромолекулы – амидные группы. В медицине и в стоматологии используются только нетоксичные алифатические полиамиды, из которых производят синтетические волокна, обладающие прочностью, устойчивостью к истиранию, высокой гибкостью и пластичностью.

Из нейлона изготавливают:

- частичные съёмные протезы с зубоальвеолярными кламмерами;
- комбинированные протезы;
- протезы с базисом и шинирующим многозвеньевым кламмером;
- противохраповое устройство.

Зубные протезы из полипропилена. По своим основным характеристикам полипропилен приближен к нейлону, но уступает ему по некоторым физико-химическим характеристикам. Однако во много раз прочнее акриловых пластмасс, обладает высокой точностью прилегания. Полипропилен – это бесцветный полимер без характерного запаха и вкуса, мягкий, резиноподобный материал, размягчается при высоких температурах. Протезы являются биологически нейтральными по отношению к тканям организма и устойчивыми в среде полости рта. Биологическая нейтральность обусловлена отсутствием мономером, ингибиторов, катализаторов и других реактивных включений.

Изучив и рассмотрев данные материалы для изготовления съёмных протезов, я могу сделать вывод, что современные материалы являются более безопасными для пациента и имеют минимум недостатков.

Делая вывод, хочется сказать, что материалы для изготовления съёмных зубных конструкций совершенствуются. В настоящее время полные съёмные и частично съёмные протезы являются востребованными в стоматологии и акриловые пластмассы используются по сей день, но в связи с развитием технологий более распространёнными являются протезы изготовленные из пластмасс нейлона и AcryFree.

Список использованных источников:

1. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология: учебник для студентов стоматологического стоматологического фак. мед. вузов / под ред В.Н.Копейкин, М.З. Миргазизова.- 2-е изд. доп .-М.: Медицина,
2. Погодин В.С. Руководство для зубных техников [Текст] / В.С. Погодин, В.А. Пономарева. - Москва: Медицина, 2017.
3. Материалы, используемые в ортопедической стоматологии.
<https://isma.ivanovo.ru/attachments/48611#:~:text=%3A%20-13>
4. Современное стояние вопросы о выборе материала для съёмного протезирования
<https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennoe-sostoyanie-voprosa-vybora-materiala-dlya-ortopedicheskogo-lecheniya-bolnyh-nuzhdayuschih-sya-v-semnom-protezirovanii/viewer>

ПЕРСПЕКТИВЫ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ РОДА ШАЛФЕЙ В СВЕТЛОЯРСКОМ РАЙОНЕ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

*Банина Олеся Владимировна,
Бутенко Арина Александровна
Руководитель: Ткачева Людмила Юрьевна
ГАПОУ "Волгоградский медико-экологический техникум",
р.п. Светлый Яр*

В настоящее время в мире отмечается возросший интерес к использованию лечебных и профилактических препаратов растительного происхождения. По данным экспертов ВОЗ, более 60 % всего населения планеты прибегают к лечению препаратами растительного происхождения [9, стр. 42]. В Российской Федерации около 40 % от общего числа лекарственных средств создано на основе лекарственных растений [6, стр. 22].

В последние годы в нашей стране развивается перспективный проект «Возрождение отрасли лекарственного растениеводства в РФ». Производство сырья лекарственных и ароматических растений сокращает ввоз в страну импортного лекарственного сырья, обеспечивает фармацевтическую промышленность отечественным сырьем, способствует увеличению числа рабочих мест и росту экономического благосостояния населения [9, стр. 47]. В настоящее время актуально выявление и комплексное изучение эфиромасличных растений. Эфиромасличные растения используются не только в парфюмерно-косметической, ликероводочной и пищевой промышленности, но и все шире применяются в медицинской практике [3, стр.103]. Практически все эфиромасличные растения одновременно являются лекарственными и находят применение, как в народной, так и в официальной медицине, ароматерапии, ветеринарии [5, стр. 16].

Род Шалфей (*Salvia*) - крупнейший в семействе Яснотковые (*Lamiaceae*), включает около 900 видов, распространенных в Евразии, Африке и Америке [4 стр. 41]. К нему относятся немало хозяйственно ценных растений: шалфей лекарственный, шалфей мускатный, шалфей дубравный и др.

Шалфей лекарственный (*Salvia officinalis* L) является наиболее востребованной эфиромасличной культурой и входит в 14-е издание Государственной Фармакопеи РФ. Потребности медицинской и фармацевтической промышленности в лекарственном сырье шалфея обеспечиваются преимущественно за счет импорта. Шалфей лекарственный и шалфей мускатный в природе на территории России не произрастают, и спрос на лекарственное растительное сырье может быть обеспечен за счет введения этих видов в культуру [2, стр. 3].

На территории Волгоградской области произрастают шалфей луговой (*S. pratensis*), шалфей степной (*S. stepposa*), шалфей поникающий (*S. nutans*), шалфей дубравный (*S. nemorosa*) [7, стр. 237]. Однако лекарственного применения эти виды не имеют.

Актуальность нашей работы обусловлена тем, что, несмотря на повышение интереса к изучению лекарственных растений в России и вопросам их культивирования, выращивание лекарственных растений в Волгоградской области все еще остается недостаточно изученным. Виды рода Шалфей, естественно произрастающие в Волгоградской области, не обладают ярко выраженными лекарственными, эфирно-, жиромасличными или пряно-ароматическими свойствами. Поэтому изучение биологических особенностей и оценка успешности культивирования хозяйственно ценных видов шалфея, лекарственного и мускатного, в Волгоградской области весьма актуальны.

Целью нашей работы являлось изучение перспективы и агротехники выращивания эфиромасличных растений рода Шалфей на примере шалфея лекарственного и шалфея мускатного в Светлоярском районе Волгоградской области.

В задачу нашего исследования входило изучить технологию возделывания шалфея лекарственного и шалфея мускатного, провести фенологические наблюдения за ростом и развитием растений на коллекционном участке ГАПОУ ВМЭТ.

Объектом исследований являлись растения шалфея лекарственного сортов «Кубанец», «Патриарший Семко» и растения шалфея мускатного сорта «Вознесенский - 24».

Шалфей лекарственный (*Salvia officinalis* L.) – многолетний полукустарник из семейства Яснотковые (*Lamiaceae*) высотой от 50 до 70 см, с четырехгранным ветвистым стеблем. Корень деревянистый, мощный, разветвлённый. Листья супротивные, длинночерешковые, в основании клиновидные или закруглённые, с мелкогородчатым краем, густоопушённые, серо-зелёные. Цветки крупные, до 2,0 - 2,5 см длиной, собраны по 5 - 10 штук в пазухах верхних мелких листьев, образуя верхушечное колосовидное соцветие. Чашечка цветка двугубая, опушенная. Венчик двугубый, сине-фиолетовый, иногда розовый или белый. Плод - ценобий [8, с. 192]. Родина шалфея лекарственного - страны Средиземноморья. Культивируется во многих странах мира как ароматическое, лекарственное, медоносное и декоративное растение [1, с. 39].

Листья шалфея содержат от 1 до 2,5 %, эфирного масла, флавоноиды, тритерпеноидные кислоты, дубильные вещества и др. Эфирное масло шалфея состоит из цинеола (до 15%), α -пинена, камфоры, туйона, сальвена и др [5, с. 32].

Шалфей лекарственный широко применяется в медицинской практике разных стран мира, включен в фармакопеи Англии, США, Германии, Франции, Австрии, Китая [2, стр. 18]. Шалфей лекарственный обладает антиоксидантным, антибактериальным, противовирусным, противогрибковым, противовоспалительным, гипотензивным, спазмолитическим, мочегонным и вяжущим действием. Лекарственные препараты на основе шалфея незаменимы при уходе за зубами: уменьшают образование зубного налета, воспаление десен, оказывают положительное влияние на профилактику кариеса [1, с. 39]. Листья шалфея лекарственного поступают в аптеки в фасованном виде, входят в состав сбора грудного №3, сбора для ингаляций №1, сбора «Элекасол». Из них получают препараты «Сальвин», «Стоматофит». Масло шалфея лекарственного входит в состав лекарственных препаратов «Кармолис», «Фитолизин». Сухой экстракт и масло шалфея используется при производстве таблеток и пастилок для рассасывания, многих биологически активных добавок.

Наши исследования по выращиванию шалфея лекарственного проводились с 2010 по 2022 год, с весны по осень, на коллекционном участке по выращиванию лекарственных растений ГАПОУ ВМЭТ. Мы выращивали шалфей лекарственный из семян рассадным способом. Семена высевали на рассаду в третьей декаде февраля (в некоторые годы – в первой декаде марта) в подготовленный, хорошо увлажненный грунт, заделывая на глубину 0,5 - 0,7 см. Первые всходы появлялись через 10-14 дней после посева. Наибольшая всхожесть семян, примерно, 75 % - 80 %, отмечалась у сорта шалфея «Кубанец», из 30 семян проросли 22-24. У сорта «Патриарший Семко» всхожесть составляла 55 % - 60 %. Проводимая нами предпосевная обработка семян биорегуляторами «Эпин-экстра» и

«Циркон», способствовала увеличению их всхожести примерно на 10 - 15 % (из 30 семян сорта «Кубанец» - 25-28 всходов) и получению всходов на 2 - 4 дня раньше.

Нами проводились фенологические исследования в течение всего вегетационного периода развития шалфея лекарственного. Фаза образования первого настоящего листа наступала в течение 6 - 10 дней с момента появления всходов. Период от образования первого до образования третьего настоящего листа длился от 2 до 5 дней. Период от фазы появления 3-4 настоящего листа до начала фазы ветвления составлял 20 - 25 дней. С образованием пяти-шести листьев, в возрасте 50-60 дней мы пересаживали растения на постоянное место, в открытый грунт через 30-40 см. Высадку рассады в открытый грунт мы осуществляли в первой – второй декаде мая. Приживаемость растений составляла 80%, прирост стебля за месяц - 8-10 см, число листьев за месяц увеличивалось на 10 - 12 шт.

Растения шалфея лекарственного сорта «Кубанец» - сильноветвистые полукустарники высотой 70-75 см, растения сорта «Патриарший Семко» достигают высоты 50 - 80 см, хорошо облиственные, в верхней части стебля листья мелкие.

При рассадном способе размножении шалфей лекарственный зацветает на второй год. Период цветения длится 30 -35 дней. В первый год шалфей лекарственный растет медленно; начиная со второго года, образует значительное количество побегов на кусте, которые с возрастом одревесневают. Фаза весеннего отрастания побегов шалфея лекарственного начинается с установлением дневной температуры не менее плюс 5°С.

Начиная со второго года жизни, мы ежегодно проводили обрезку побегов шалфея на высоте 5 - 10 см от поверхности почвы в первой декаде марта.

Фаза бутонизации у растений второго года жизни в среднем по годам начиналась в третьей декаде мая. Фаза цветения у шалфея лекарственного наблюдалась в первой декаде июня. Семена вызревали на второй год жизни. Фаза плодоношения у шалфея лекарственного разных лет жизни начинается во второй декаде июля и длится в среднем от 25 до 30 дней. При выращивании шалфея лекарственного мы выявили у него довольно высокую зимостойкость, устойчивость к засухе и поражению болезнями и вредителями. Продолжительность выращивания шалфея лекарственного на одном месте в среднем составляет 4 - 6 лет.

Шалфей мускатный (*Salvia sclarea* L.) – многолетнее травянистое растение семейства Яснотковые (*Lamiaceae*), высотой 40-100 см, со стержневой корневой системой. Стебель четырехгранный, красновато-фиолетовый. Листья супротивные, черешковые, морщинистые, яйцевидные, двояко-зубчатые, опушенные. К верхушке стебля уменьшаются, переходят в бесчерешковые, сидячие. Цветки обоеполые, крупные, розовато-фиолетовые, светло-синие, реже белые. Расположены мутовками в длинных, до 50-60 см, ветвящихся соцветиях. Семена мелкие, округлые, темно-коричневые. Родина растения – Средиземноморье. В одичавшем виде произрастает в Крыму, на Кавказе и в некоторых районах Средней Азии [8, стр.194].

Шалфей мускатный обладает наибольшей эфиромасличностью по сравнению с другими видами шалфея. Свежие соцветия содержат от 0,3 до 1,1 % эфирного масла, состоящего из монотерпеноидов: линалилацетата (от 45 % до 70 %) и 1 - линалоола (от 10 до 15%) [8, стр. 194]. Важнейшей особенностью эфирного масла является содержание в нём от 1,0 до 1,5 % дитерпеноида склареола, заменяющего в парфюмерии амбру и мускус. Масло шалфея мускатного обладает противовоспалительным, антибактериальным, противогрибковым и диуретическим свойствами [8, стр. 195].

Мы проводили исследования по выращиванию шалфея мускатного в течение семи лет с 2015 до 2022 года. Выращивали шалфей мускатный из семян рассадным способом. При рассадном способе или вегетативном размножении шалфей мускатный зацветает в первый год. Семена высевали на рассаду в первой декаде марта в подготовленный, хорошо увлажненный грунт, без предварительной стратификации. Первые всходы шалфея мускатного появлялись через 12-14 дней после посева. Всхожесть семян, у сорта «Вознесенский-24» составила от 82 % до 83%, из 30 семян проросли 24-25.

В результате проведенных фенологических исследований, установлено, что фаза образования первого настоящего листа для шалфея мускатного наступала в течение 8 - 10 дней с момента появления всходов. Период от образования первого до образования третьего настоящего листа длился от 2 до 7 дней. С образованием пяти-шести листьев, в возрасте 40-50 дней мы пересаживали растения на постоянное место, в открытый грунт через 30-40 см.

Фаза бутонизации шалфея мускатного чаще всего начинается в третьей декаде июня, фаза цветения - в первой декаде июля. Период цветения у шалфея мускатного в среднем длится 25-35 дней. Семена вызревали уже в первый год жизни. Фаза плодоношения наступала во второй декаде августа и длилась до конца сентября. Выращивая шалфей мускатный сорта «Вознесенский-24» на нашем коллекционном участке, мы убедились, что это очень стойкое и неприхотливое многолетнее растение, хорошо размножается самосевом.

Выводы. Род Шалфей включает немало хозяйственно ценных растений: шалфей лекарственный, шалфей мускатный, шалфей дубравный и др. Шалфей лекарственный и шалфей мускатный - перспективные лекарственные, эфирно-масличные и пряно-вкусовые растения, широко используемые в фармацевтической, парфюмерной и пищевой и отрасли.

Виды шалфея: луговой (*S. pratensis*), степной (*S. stepposa*), поникающий (*S. nutans*), дубравный, произрастающие в природных условиях на территории Волгоградской области, лекарственного применения не имеют.

В результате проведенных исследований было выявлено, что все изученные образцы шалфея лекарственного и шалфея мускатного, выращиваемые на коллекционном участке ГАПОУ ВМЭТ, успешно зимуют и проходят все фенологические фазы, успевая сформировать семена.

Растения рода Шалфей представляют интерес для дальнейших исследований с целью введения их в промышленную культуру в Волгоградском регионе и создания новых отечественных лекарственных средств. Выращивание лекарственных растений на экспериментальном участке ГАПОУ ВМЭТ подтверждает возможность культивирования шалфея лекарственного и шалфея мускатного в личных и фермерских хозяйствах Светлоярского района Волгоградской области.

Выращивание лекарственных растений в личных садово-огородных участках и фермерских хозяйствах будет способствовать рациональному использованию и сохранению биоразнообразия, решению вопросов импортозамещения при заготовке лекарственного растительного сырья и создания новых рабочих мест в нашем регионе.

Список использованных источников:

1. Гребенникова О.А., Палий А.Е.Ю., Работягов В.Д. Биологически активные вещества *Salvia officinalis* L. [Текст] // Бюллетень ГНБС. 2014., Биохимия растений: стр. 39-46.
2. Джамбетова М. У. Агробиологическое обоснование выращивания шалфея лекарственного (*Salvia officinalis* L.) в условиях Чеченской Республики [Текст] // автореф. дисс. канд. сельскохозяйств. наук: 06.01.06 / М.У. Джамбетова – Москва, 2013 -171 с.
3. Кухарева Л.В, Титок В.В, Гиль Т.В. Биоморфологические особенности лекарственных растений в условиях интродукции. [Текст] / Материалы Международной научной конференции, посвященной 85-летию ВИЛАР, 2016., стр. 102-105.
4. Леонова Н. А., Мирошниченко Т. Е., Кузнецова А. В. Особенности биологии и интродукции хозяйственно ценных видов рода *Salvia* в Пензенской области [Текст] // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Естественные науки. - 2017. - № 3 (19). - С. 40-49.
5. Паштейский В. С., Невкрытая Н. В. Использование эфирных масел в медицине, ароматерапии, ветеринарии и растениеводстве (обзор) [Текст] // Таврический вестник аграрной науки. 2018. № 1(13). С. 16-38.
6. Рыбашлыкова Л.П. Агроприемы повышения эффективности выращивания лекарственных культур в условиях капельного орошения на светло-каштановых почвах Северного Прикаспия [Текст] // автореф. дисс. канд. сельскохозяйств. наук: 06.01.01 / Л.П. Рыбашлыкова – Волгоград, 2015 – 164 с.

7. Рябинина Н.О., Шилова Н.В.. Степные кальцефильные ландшафты Волгоградской области. [Текст] // Вестн. Волгогр. гос. ун-та. Сер. 3, Экон. Экол. 2013. № 1 (22), стр. 236-242.
8. Фармакогнозия. Лекарственное сырье растительного и животного происхождения: учебное пособие / под ред. Г.П. Яковлева. – СПб.: СпецЛит, 2010. – 863 с.
9. Цицилин А.Н., Ковалев Н.И. Лекарственное растениеводство России в XXI веке (вызовы и перспективы развития) [Текст] // Известия Тимирязевской сельскохозяйственной академии. 2021; (1):42-54.

КАРАНТИН-АКТИВНОСТЬ: ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ ДО И ПОСЛЕ КАРАНТИНА

*Джусова Анастасия Руслановна,
Руководитель: Ушакова Ирина Анатольевна
ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения РФ*

Гипотеза исследования в том, что пандемия COVID-19 и связанные с ней ограничения (долговременные и кратковременные) отрицательно повлияли на уровень физической активности школьников. И до сих пор стоит вопрос о предложении действенного комплекса упражнений для занятий в домашних условиях по дисциплине «физическая культура» с целью нормализации физической подготовленности в период вынужденного карантина, что и является **актуальностью** нашей работы.

Цель: сравнить уровень физической подготовленности старшеклассников до и после карантина.

Задачи:

- изучить научную литературу по теме исследования;
- определить уровень физической подготовленности обучающихся 11 класса;
- сравнить показатели результатов сдачи нормативов до введения карантина и после;
- провести анализ полученных результатов;
- предложить направления двигательной активности, повышающие физические показатели, а также реабилитирующие подростков, переболевших коронавирусом.

Объектом является физическая подготовленность старшеклассников, а **предметом** – динамика показателей физической подготовленности.

Важнейшими параметрами здоровья и индикаторами социального благополучия общества являются показатели физического развития. В период старшего школьного возраста есть свои особенности развития организма, сопровождающиеся изменением структуры тела, личностных установок и мотиваций. Занятия физкультурой и спортом – необходимое условие, от которого зависит здоровье, работоспособность, физические качества и хорошее настроение ученика.

Пандемия COVID-19 и связанные с ней ограничения повлияли на степень физической подготовленности старших школьников.

Мы провели исследование, в котором приняли участие 18 девушек и 11 юношей 11 класса МОУ «Средняя школа №5 Краснооктябрьского района г. Волгограда». Для оценки их физической подготовленности взяты результаты тестирования нормативов из отчетных документов до и после карантина и опрос с целью изучения субъективной оценки самочувствия.

Для определения уровня физической подготовленности обучающихся были сопоставлены результаты 6 нормативов за 2020-й –2022-й годы, универсальных для оценки уровня развития основных физических качеств, а именно: прыжок в длину с места, бег на 30 метров, челночный бег 3 на 10 метров, поднимание туловища из положения лёжа на спине за 1 минуту, бег на 1000 метров, подтягивание на низкой перекладине.

Показатели физической подготовленности школьников

До карантина		После карантина	
девочки	мальчики	девочки	мальчики
1. Прыжок в длину с места (см)			
156,1±2,12	186,3±2,14	146,2±1,15	180,1±2,21
2. Бег 30 м (сек)			
6,2±0,04	4,8±0,03	6,6±0,02	5,0±0,01
3. Челночный бег 3*10 м (сек)			
9,8±0,01	9,1±0,02	10,2±0,01	9,4±0,01
4. Поднимание туловища из положения лежа на спине за 1 минуту (кол-во раз)			
30,4±0,61	36,2±0,42	28,3±0,34	35,1±0,23
5. Бег 1000 м (сек)			
431,02±30,2	387,04±23,4	455,12±28,3	410,07±21,2
6. Подтягивание на низкой перекладине (кол-во раз)			
4,5±0,03	12,3±0,02	2,1±0,02	7,2±0,03

По всем показателям во время карантина произошла тенденция к спаду как у девушек, так и у юношей. Наибольшие изменения в показателях физической подготовленности были выявлены у девочек (кроме бега на 1000 м)

Результаты демонстрируют снижение таких физических качеств, как быстрота, выносливость, сила, ловкость, координация.

Опрос, направленный на выяснение самостоятельной оценки учащимися своего здоровья, физической подготовленности и степени эффективности занятий по физической культуре в режиме онлайн, показал, что общее состояние здоровья после карантина ухудшилось, физическая активность снизилась, что явилось причиной снижения мышечного объема, нарушений опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистых заболеваний. Обострились болезни бронхов и легких. Всё это привело к хронической усталости, бессоннице, гиподинамии.

Учащиеся отметили, что во время карантина не очень ответственно подходили к урокам физической культуры. Это связано со специфичностью практических занятий и трудностью их реализации в недостаточно комфортных домашних условиях, отсутствием чёткого контроля, нарушением режима дня и питания. Следовательно, период пандемии и ограничения, связанные с ней, негативно отразились на здоровье и степени физической подготовленности старшеклассников. Позитивное общение друг с другом на уроках до карантина развивало настойчивость, мотивацию, самооценку, а также поддерживало физическое и психическое здоровье. Во время самоизоляции многое было утрачено.

Мы предлагаем Методические рекомендации по выполнению двигательного режима старшими школьниками в связи с вынужденной изоляцией, в которые входит сумма оздоровительных, общеукрепляющих и развивающих специально подобранных физических упражнений, с учетом состояния здоровья и физического состояния в целом, влияющих на формирование опорно-двигательного аппарата, устранение функциональной недостаточности и повышение уровня физической подготовленности.

Главные принципы: постепенность, систематичность, индивидуальный подход. Особое внимание должно уделяться дыхательным упражнениям (например, по А.Н. Стрельниковой) легкого и среднего уровня сложности в аэробном режиме, когда в легкие поступает большое количество кислорода, упражнения на растяжку, приседания, катание мяча ногой, танцы, аэробика и йога, прыжки на скакалке и, конечно, ходьба и беговые упражнения 3-4 раза в неделю от 20 до 60 мин.

Все эти занятия положительно повлияют на эмоциональное состояние и в то же время помогут быть активными в течение дня. Постепенность увеличения тренировочной нагрузки - важнейший фактор достижения положительного физиологического эффекта для растущего

организма. Отслеживать прогресс и добиваться успеха можно с помощью дневника или электронных приложений.

Особое место занимают упражнения после перенесённого COVID-19.

Основная задача при возобновлении тренировок — стимулирование работы митохондрий. Это можно сделать, начав с легких прогулок, повышающих иммунитет. Оптимальный вариант: три раза в день по 20 минут со скоростью полтора километра в час. Первое расстояние будет зависеть от тяжести перенесённого заболевания. Но даже если преодолевается всего 50 -100 метров, необходимо сделать хотя бы одно ускорение на несколько секунд. Ходьбу в дальнейшем можно чередовать с 15-20-минутной тренировкой на велотренажере в удобном темпе, ходьбой на месте с ускорением, дыхательными упражнениями и упражнениями для активации лимфатической системы для удаления токсинов, а также для усиления кровотока. К ним относятся качание на месте с носка на пятку, прыжки, подскоки, качание в гамаке (аэройога), прыжки на батуте, банджи-фитнес на эластичных системах, упражнения на стуле для тех, кто еще не уверен в своем равновесии или имеет выраженный астенический синдром.

Таким образом, можно сделать вывод, что физические упражнения во время вынужденного карантина являются как важной частью развития организма старшего школьника вообще, так и системой восстановления (после перенесённого вирусного заболевания), адаптирующей организм к повседневному режиму дня. Они повышают уровень внутренней энергии, улучшают физическую форму, уменьшают симптомы одышки, увеличивают чувство равновесия, координацию движения, мышечную массу, уменьшают стресс, улучшают настроение, повышают чувство уверенности в себе.

Одно из главных условий развития физических качеств – сохранение мотивации к выполнению физических нагрузок. И тогда результат не заставит себя долго ждать.

Список использованных источников:

1. Правила и варианты занятий спортом в условиях карантина / П. В. Поляков, А. С. Машичев. - Текст: непосредственный // Молодой ученый. - 2020. - № 21 (311). - С. 241-243.
2. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 1.2.3685-21 "Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях" - 2021.
3. Влияние дистанционного обучения на дисциплину «Физическая подготовка» / Степанов А. В., Путренкова К. А. - Международный научный журнал «Вестник науки» - 2021 - № 8 (41) Т.1
4. Влияние дистанционного обучения на физическую активность студентов в период пандемии 2020 года / Криворотов С. К. - Казанский педагогический журнал - 2020 - №4
5. Наздрачев, Г. О. Занятия физической культурой во время пандемии / Г.О. Наздрачев, А. С. Машичев. - Текст: электронный // Молодой ученый. - 2020. - № 20 (310). - С. 12–20. - URL: <https://moluch.ru/archive/310/70143>

АНАЛИЗ УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Искалиева Виктория Муратовна

Руководитель: Губарева Елена Николаевна

Волжский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Волжский

Здоровье, разумно сохраняемое и укрепляемое самим человеком, обеспечивает ему долгую и активную жизнь. Научные исследования свидетельствуют о взаимосвязи здоровья человека и физических способностей.

В настоящее время многие ученые отмечают существенное снижение уровня физической подготовленности студенческой молодежи, и, как следствие, их здоровья.

И если совсем недавно главной задачей физического воспитания были физическое развитие и совершенствование обучающихся, то теперь на первый план выдвинута забота о поддержании здоровья, сохранении того, что есть. По данным ВОЗ, более 80% юношей и девушек не занимаются ежедневными физическими упражнениями даже один час в день. Недостаточная физическая активность в значительной степени снижает сопротивляемость организма развитию утомления, понижает работоспособность, отрицательно сказывается на показателях физического развития и состояния здоровья.

Цель работы: провести анализ уровня развития физических качеств у студентов второго курса специальности "Сестринское дело" Волжского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж".

Задачи:

- дать определение физических качеств человека;
- проанализировать результаты видов испытаний, адаптированных по нормативам Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса ГТО;
- дать общую оценку уровня развития физических качеств обучающихся;
- повысить личную грамотность обучающихся в вопросах сохранения и укрепления здоровья и развития физических качеств.

Физическое воспитание в медицинском колледже направлено на принятие и реализацию ценностей здорового и безопасного образа жизни, потребности в физическом самосовершенствовании, занятия спортивно-оздоровительной деятельностью, неприятие вредных привычек; бережное, ответственное и компетентное отношение к физическому и психологическому здоровью, как собственному, так и других людей.

Физическое воспитание является одним из средств подготовки человека к трудовой деятельности и приспособления к социальной среде.

Существует тесная связь между уровнем развития физических качеств личности и проявлением активности жизненной и профессиональной позиции. Лица, регулярно занимающиеся физической культурой и спортом, обладают более крепким здоровьем, более высокой умственной и физической работоспособностью, дисциплинированностью и волей, более устойчивой психикой, серьезнее относятся к учебе и работе, активнее других включены в жизнь студенческого и профессионального коллектива.

Одной из главных задач, решаемых в процессе физического воспитания, является обеспечение оптимального уровня развития физических качеств, присущих человеку.

Труд медицинских работников отличается большой умственной нагрузкой, требует внимания, высокой работоспособности, значительных мышечных усилий и выносливости. Эффективность и качество деятельности медицинского работника во много зависят от состояния его здоровья, функциональной и физической подготовленности.

Под физическими качествами человека понимают относительно устойчивые, врожденные и приобретенные функциональные возможности органов и структур организма, взаимодействие которых обуславливает эффективность выполнения двигательных действий [2, с. 36].

Развитие физических качеств происходит под действием двух основных факторов: наследственной программы индивидуального развития организма и социально-экономической его адаптации (приспособление к внешним воздействиям). В силу этого под процессом развития физических способностей понимают единство наследственного и педагогически направляемого изменения функциональных возможностей органов и структур организма [1, с. 74].

Физические качества человека не развиваются изолированно. Совершенствуя одно из физических качеств, мы обязательно воздействуем и на остальные (так называемый перенос физических качеств).

Принято различать пять физических качеств: силу, быстроту, выносливость, гибкость, ловкость.

Быстрота-способность человека выполнять большое количество движений с максимальной скоростью. Показателями быстроты, как качества, являются: время одиночного движения, время двигательной реакции и частота одинаковых движений в единицу времени (темп).

Выносливость в общем смысле – это способность противостоять утомлению. Различают общую и специальную выносливость.

Ловкость проявляется в умении быстро овладевать новыми движениями, быстро, точно и экономно решать различные двигательные задачи.

Гибкость - способность человека выполнять движения с большой амплитудой.

Сила - способность человека преодолевать внешние сопротивления или противодействовать им посредством мышечных напряжений. Различают абсолютную и относительную силу.

Ход работы: в исследовании были проанализированы результаты видов испытаний групп 2 курса специальности "Сестринское дело", адаптированных по нормативам Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса ГТО.

На основании результатов можно оценить уровень физической подготовленности различных слоев населения страны, а также гармоничность развития основных физических качеств, умений и навыков в соответствии с половыми и возрастными особенностями.

На физкультурно-массовом мероприятии, проводившемся в октябре 2022 года, студенты основной и подготовительной групп здоровья выполняли задания по видам испытаний ВФСК ГТО:

- прыжок в длину с места толчком двумя ногами;
- сгибание и разгибание рук в упоре лежа на полу (для девушек);
- подтягивание из виса на высокой перекладине (для юношей);
- поднимание туловища из положения лёжа на спине за 1 минуту;
- наклон вперед из положения стоя с прямыми ногами на гимнастической скамье.

Выбранные показатели достаточно надёжны и доступны для контроля, являются одними из наиболее информативных и простых показателей, по которым можно быстро определить уровень своего здоровья.

Прыжок в длину с места толчком двумя ногами отражает уровень развития у студентов скоростно-силовых качеств. Упражнение в сгибании и разгибании рук в упоре лёжа на полу для девушек и подтягивание из виса на высокой перекладине для юношей отражает состояние силовых способностей и силовой выносливости мышц верхнего плечевого пояса. Поднимание туловища из положения лёжа на спине за 1 минуту является показателем развития силы мышц пресса и спины. Наклон вперед из положения стоя с прямыми ногами на гимнастической скамье отражает состояние такого физического качества как гибкость.

Оценка уровня развития представленных физических качеств у студентов проводилась в соответствии с нормативами Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса ГТО, соответствующими 5 ступени и таблице контрольных нормативов, рекомендованной к использованию учебно-методическим объединением преподавателей физической культуры Волжского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж".

Результаты, соответствующие золотому и серебряному знакам ГТО в указанных видах испытаний, оценивались как высокие. Результаты, оцененные по таблице контрольных нормативов на "хорошо" и "удовлетворительно", рассматривались как средние показатели уровня развития физических качеств. Остальные результаты были оценены как низкий уровень развития.

В испытаниях приняли участие 86 обучающихся 2 курса специальности 34.02.01 "Сестринское дело", отнесенных по состоянию здоровья к основной и подготовительной группам здоровья.

Выводы: в упражнении прыжок в длину с места высокие результаты показали 9 обучающихся, что составляет 10,5 %, среднего уровня - 58 студентов, что составляет 67,4 %; низкого уровня - 19 студентов или 22,1 % от общего количества тестируемых.

В упражнении сгибания и разгибания рук в упоре лежа на полу для девушек и подтягивания из виса на высокой перекладине для юношей высокий уровень развития показали 27 учащихся (31,4 %), средний уровень развития - 25 (29,1 %), низкий уровень развития - 34 студента (39,5 %).

В упражнении поднимание туловища из положения лежа на спине за 1 минуту были показаны следующие результаты: высокого уровня - 34 студента (39,5 %); среднего - 45 студентов (52,4 %); низкого - 7 студентов (8,1 %).

В упражнении наклон вперед из положения стоя с прямыми ногами на гимнастической скамье высокий уровень развития физического качества показали 63 студента (73,3 %), средний уровень - 21 студент (24,4 %), низкий уровень развития показали 2 студента (2,3 %) от общего количества тестируемых.

Высокий уровень результатов во всех видах испытаний показали 9 студентов.

Заключение.

Развитие физических качеств у студентов второго курса специальности "Сестринское дело": 10,4 % обучающихся показали результаты высокого уровня, 68,1 % среднего уровня и 21,5 % низкого уровня развития физических качеств.

Обучающимся, имеющим низкий уровень развития физических качеств, даны рекомендации по увеличению самостоятельной двигательной активности в соответствии с рекомендациями ВОЗ: не менее 150 минут физической нагрузки (быстрая ходьба, бег трусцой, плавание, силовые упражнения для укрепления крупных мышечных групп) 2-4 раза в неделю.

Образовательному учреждению важно обеспечить квалифицированный педагогический контроль при осуществлении занятий по дисциплине "Физическая культура", так как главным источником развития и укрепления ресурсов здоровья человека является систематическая двигательная активность на протяжении всей жизни человека. Именно физическое воспитание, в рамках дисциплины "Физическая культура" в образовательных учреждениях призваны формировать у человека потребность в укреплении здоровья, систематических занятиях физической культурой и спортом.

Список использованных источников:

1. Николаев, В.С. *Двигательная активность и здоровье человека (теоретико-методические основы оздоровительной физической тренировки) : учебное пособие / В. С. Николаев, А. А. Щанкин. – Москва-Берлин : Directmedia, 2015. – 80 с. – ISBN 978-5-4475-4860-5. – Текст : непосредственный.*
2. Холодов, Ж. К. *Теория и методика физического воспитания и спорта : учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Ж. К. Холодов, В. С. Кузнецов. – Москва : Академия, 2003. – 480 с. – ISBN 5-7695-0853-1. – Текст : непосредственный.*

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ МЕДСЕСТРЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПРОСТРАНСТВА В СРЕДЕ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

*Нехорошева Анастасия Леонидовна
Руководитель: Рубахина Ольга Евгеньевна
БПОУ Воронежской области*

"Воронежский базовый медицинский колледж", г. Воронеж

Актуальность темы обусловлена тем, что здоровье населения нашей страны характеризуется в настоящее время как критическое, поэтому поиск эффективных методов его улучшения является насущной общественной и государственной проблемой.

В соответствии с ФГОС СПО третьего поколения у обучающихся в процессе учебы должна быть сформирована компетентность здоровьесбережения, относящаяся к социальным (ключевым) компетенциям.

Способность мобилизовать эти знания в своей профессиональной деятельности характеризует компетенцию профессионально успешной личности. Поэтому одним из основных направлений системы среднего профессионального образования является внедрение здоровьесберегающих технологий обучения и воспитания.

Здоровьесберегающий образовательный процесс – это соответствие факторов, сопровождающих образовательную деятельность (педагогических, психологических, медицинских, социальных и др.) целям формирования, укрепления и сохранения здоровья. Формирование здоровьесберегающей среды в учебном классе, группе требует создания целостного здоровьесберегающего пространства, реализуемого в условиях взаимосвязи и взаимодействия всех блоков: управленческого, педагогического, медицинского, психологического. Одним из главных направлений по формированию здоровьесберегающего пространства является формирование здорового образа жизни учащихся.

Согласно заключению экспертов ВОЗ, если принять уровень здоровья за 100 %, то состояние здоровья лишь на 10 % зависит от деятельности системы здравоохранения, на 20 % - от наследственных факторов, на 20 % - от состояния окружающей среды, а остальные 50 % - зависят от самого человека и от того образа жизни, который он ведет [1].

Образ жизни – это система взаимоотношений человека с самим собой и факторами внешней среды. К последним относятся: физические (температура, излучение, атмосферное давление); химические (пища, вода, ядовитые вещества); биологические (животные, микроорганизмы); психологические факторы (воздействующие на эмоциональную сферу через зрение, слух, обоняние, осязание).

Понятие образ жизни рассматривается как интегральный способ бытия индивида во внешнем и внутреннем мире, где система взаимоотношений человека с самим собой представляет сложный комплекс действий и переживаний, наличие полезных привычек, укрепляющих природный ресурс здоровья, отсутствие вредных, разрушающих его факторов.

Здоровье - это такое состояние организма, при котором функции всех его органов и систем находятся в динамическом равновесии с внешней средой. Профилактика и здоровый образ жизни – ключевое направление в современном здравоохранении, один из принципов российского здравоохранения, обоснованных в Федеральном законе от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3].

Наиболее эффективной является работа по формированию здорового образа жизни среди молодежи, так как здоровье молодёжи составляет существенную основу становления здоровьесбережения. Пропаганда ЗОЖ – неотъемлемый компонент первичной и вторичной

профилактики заболеваний. Участие в формировании здорового образа жизни - важная составная часть профессиональной деятельности каждого медицинского работника. В настоящее время акцент делается на повышении роли медсестры в работе по формированию здорового образа жизни населения и в частности – молодёжи.

Необходимость формирования здорового образа жизни молодежи осознана на государственном уровне. В своем послании Парламенту Российской Федерации на 2016 год Президент Российской Федерации Владимир Путин называл наиболее важным направлением в области укрепления здоровья развитие физической культуры и спорта в молодежной среде [3].

В современном обществе существует жесткая конкуренция между молодыми специалистами. Чтобы победить в ней, мало быть знатоком своего дела — надо еще обладать хорошим здоровьем, самоорганизацией, не иметь вредных привычек. Все это заставляет молодых людей, еще, будучи студентами, задумываться о формировании у себя привычки к здоровому образу жизни. Здоровье студента — результат сложного взаимодействия различных факторов, из которых именно образ жизни оказывает значительное влияние на то, каким оно будет.

Анализ научной литературы, посвященной проблеме здоровья студенческой молодежи, показывает, что за последние годы проблема стала очень актуальной. Отмечается, что количество студентов специальной медицинской группы увеличилось с 10 до 20–25 %, а в некоторых учебных заведениях достигает 40 %. За время обучения здоровье студентов не улучшается, ряд авторов отмечает его ухудшение. Чрезмерное увеличение веса отмечается у 53 % мужчин и 64 % женщин. Ко второму курсу количество случаев заболеваний увеличивается на 23 %, а к четвертому — на 43 %. Четверть студентов переходит в более низкую медицинскую группу. Практически каждый десятый студент имеет хронические заболевания [2].

Цель исследования - изучение и оценка факторов, влияющих на здоровье студентов воронежских ВУЗов и СУЗов. Для достижения поставленной цели проведен анализ научной литературы и путём выборочного опроса изучены показатели здоровья и образ жизни студентов ВГМУ, ВГУ и ВБМК. Объектами исследования явились 180 студентов, добровольно принявших участие в исследованиях, проводившихся в течение текущего учебного года. Оценка факторов, влияющих на здоровье студентов проведена по данным анкетирования.

Из 180 студентов, принявших участие в исследовании, 35% - лица мужского и 65% - женского пола. Возраст основной массы опрошенных –от 18 – до 23лет; 29% студентов совмещают учебу с работой. Анкета отвечала требованиям ВОЗ и включала вопросы, касающиеся режима дня, учебной и трудовой деятельности, питания, двигательной активности, наличия вредных привычек, анализировался психологический статус студентов.

Из числа опрошенных студентов на вопрос «Как Вы оцениваете свое здоровье» 62 % ответили, что считают себя здоровыми. Тем не менее, у многих респондентов имеются проблемы со здоровьем. Так среди показателей здоровья студентов первое место занимают усталость (отметили 50% студентов), легкие недомогания (26%), угнетенное психологическое состояние (25%), головные боли (18 %). Достаточно частыми являются простудные заболевания (21%), заболевания сердечно-сосудистой (14%) и пищеварительной систем (14%). На аллергические заболевания указали 11% студентов, болезни зубов — 10%, заболевания мочеполовой системы (урология, гинекология) — 2%.

Анализ результатов опроса показал, что 85% из общего числа опрошенных студентов не завтракают, 92% в течение дня употребляют фаст-фуд, не соблюдают требование сбалансированности питания. Режим приема пищи спонтанный, не всегда студенты обращают внимание на качество пищевых продуктов. Все это говорит об отсутствии элементарных понятий о рациональном питании и о пренебрежении к своему здоровью.

Лишь 15% студентов, часть из которых проживает в студенческих общежитиях, соблюдает режим и правила питания.

При оценке режима дня выявлено, что 67% из числа опрошенных не обращают никакого внимания на распорядок дня и не считают этот фактор значимым, 18% — считают его важным, 15% студентов затруднились с ответом.

Занятия физической культурой отметили 63% опрошенных, но 37% студентов выразили отрицательное отношение к этому, мотивируя отсутствием времени из-за напряженного учебного процесса.

Почти 90% студентов отметили чрезмерное напряжение вследствие сложности предметов. Основным отрицательным фактором, влияющим на их здоровье, студенты назвали стресс. Анализ материалов интервьюирования показал, что стресс имеет первостепенное значение среди работающих студентов, в то время как у неработающей части студентов более значимыми факторами оказались вредные привычки — курение, несоблюдение режима питания и дня, гиподинамия.

Исследование психологического статуса студентов выявило, что 84% студентов мужского и 70% женского пола имеют позитивное отношение к жизни, несмотря на сложность учебного процесса. 13% студентов и 20% студенток отметили частые перепады в настроении, оставшаяся часть опрошенных затруднились с ответом.

Анализ заболеваемости студентов выявил, что половина опрошенных страдают повышенной усталостью, воспалительными заболеваниями различных органов и систем, имеют проблемы с зубами, страдают анемией, гиповитаминозами. Отмечена тенденция несвоевременного обращения в студенческую поликлинику.

Полученные данные позволяют заключить, что в связи с продолжающимся развитием организма студентов в период обучения, он более подвержен различным неблагоприятным воздействиям. Это приводит к срыву процесса адаптации и развитию целого ряда заболеваний. Рост заболеваемости студентов снижает эффективность учебного процесса, а в дальнейшем ограничивает их профессиональную деятельность.

Анализ результатов исследований показал, что преобладающая часть студентов не обладает достаточной информацией о ЗОЖ, в частности о рациональном питании, режиме дня, роли физической активности, умении контролировать себя и свое отношение к здоровью.

Отсутствие элементарных правил соблюдения принципов ЗОЖ способствует повышенной утомляемости, снижению иммунитета и увеличению числа иммунозависимых заболеваний. Частота различных патологий среди студентов говорит о несвоевременной обращаемости за медицинской помощью и о пренебрежительном отношении к своему здоровью.

Формирование здорового образа жизни - многоплановая, комплексная задача, для успешного решения которой, необходимы усилия всех звеньев государственного и общественного механизмов. Для этого необходимы стратегия и подкрепленная финансовыми средствами программа, содействующая достижению этой цели.

Список использованных источников:

1. Алексеев С. Н. Проблемы формирования здорового образа жизни в медицинской образовательной среде / С. Н. Алексеев // Кубанский научный медицинский вестник. № 3. - Краснодар, 2012. - С. 10–14.
2. Мустафаева, Л. С. Формирование стремления к здоровому образу жизни среди молодежи / Л. С. Мустафаева, М. Б. Жунисова // Молодой ученый. — 2020. — № 22 — URL: <https://moluch.ru/archive/312/70819/> (дата обращения: 24.01.2023).
3. Ушакова Я. В. Здоровье студентов и факторы его формирования / Я. В. Ушакова // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. № 4. — Н. Новгород: Изд-во ННГУ, 2017. — С. 197–202.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Амирбекова Сакинат Меджидовна
Руководитель: Ганиева Карина Мурадовна
ГБПОУ Республики Дагестан "Дагестанский базовый
медицинский колледж имени. Р.П Аскерханова", г. Махачкала*

Рак молочной железы - это тип рака, который поражает ткани молочной железы, чаще всего у женщин, но также и у мужчин. Это происходит, когда аномальные клетки в груди делятся и растут неконтролируемым образом, образуя опухоль.

РМЖ может развиваться в различных частях молочной железы, включая протоки (трубки, которые переносят молоко в сосок), доли (желудки, которые производят молоко) или окружающие ткани. Раковые клетки также могут распространяться на другие части тела, такие как лимфатические узлы, кости, печень или легкие.

Классификация

Узловая форма – встречается чаще всего. Ранние стадии протекают без выраженных симптомов.

Диффузная форма. Общими признаками этой формы рака являются: отек кожи и ткани железы, повышение температуры кожи в месте поражения, значительная местная распространенность, метастазирование.

Этиология и патогенез

У 3-10 % больных раком молочной железы развитие заболевания связано с наличием мутаций в генах BRCA1, BRCA2, CHECK, NBS1, tP53.

Факторы риска рака молочной железы включают в себя женский возраст, семейный анамнез заболевания, воздействие эстрогена (с помощью гормональной заместительной терапии), личную историю рака молочной железы или других видов рака, воздействие радиации и факторы образа жизни.

Эпидемиология

Рак молочной железы (РМЖ) — наиболее частое злокачественное заболевание у женщин в РФ. В 2015 году зарегистрировано 66 366 новых случаев, что составляет 20,8% от всей опухолевой патологии у женщин. В структуре смертности женского населения РМЖ также находится на первом месте, составляя 17,0%

Рак молочной железы может вызвать различные симптомы, включая комок, утолщение в области груди или подмышек, изменения размера или формы груди, изменения кожи над грудью (покраснение), выделения из соска и постоянную боль в груди или подмышке.

Патогенез

Патогенез рака молочной железы можно разделить на несколько этапов:

Начало: этот этап включает в себя генетические мутации, которые приводят к превращению нормальных клеток молочной железы в аномальные.

Продвижение: раковые клетки продолжают расти и размножаться, но они не образуют опухоль.

Прогрессирование: раковые клетки образуют небольшую локализованную опухоль, которая может быть или не быть ощутимой.

Вторжение: раковые клетки вторгаются в окружающие ткани и могут распространяться на другие части тела через кровоток или лимфатическую систему.

Метастазы: раковые клетки образуют вторичные опухоли в отдаленных органах, процесс, известный как метастазы.

Важно отметить, что не все виды рака молочной железы следуют именно этому пути, и некоторые могут пропустить определенные стадии или произойти одновременно. Кроме того, раннее выявление и лечение могут играть значительную роль в прогрессировании рака молочной железы и результатах лечения.

Клиника

Клинические симптомы рака молочной железы могут включать комок или утолщение груди, изменение размера или формы груди, изменения кожи груди (покраснение или свертка), выделения из соска и изменение внешнего вида соска (инверсия). Эти симптомы также могут быть вызваны доброкачественными (нераковыми) состояниями, такими как киста или фиброденома. (рис.)



Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика рака молочной железы включает в себя:

Доброкачественные заболевания молочной железы: некоторые доброкачественные заболевания молочной железы, такие как фиброзные изменения молочной железы, могут вызывать симптомы, похожие на рак молочной железы.

Фиброденома: это нераковые опухоли молочной железы, которые могут вызвать комок или отек молочной железы.

Мастит: это инфекция ткани молочной железы, которая может вызвать боль, отек, покраснение в пораженной области.

Киста: это заполненные жидкостью мешки, которые могут развиваться в груди и вызывать комок или отек в груди.

Протоковая карцинома in situ : неинвазивный рак, при котором опухоль развивается в протоке молочной железы и не выходит за его пределы

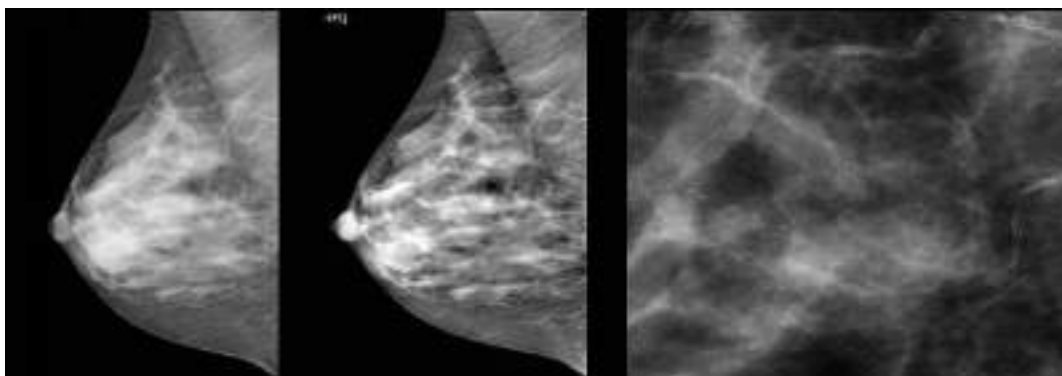
Воспалительный рак молочной железы: это редкая и агрессивная форма рака молочной железы, которая вызывает покраснение, отек и тепло в пораженном районе.

Инвазивная карцинома протоков: является наиболее распространенным типом рака молочной железы и возникает, когда раковые клетки распространяются за пределы молочных протоков и в окружающую ткань молочной железы.

Дифференциальный диагноз - это не окончательный диагноз, а процесс оценки и сравнения различных возможных причин конкретного заболевания. Только биопсия может подтвердить диагноз рака молочной железы.

Диагностика

Для выявления злокачественных опухолей молочной железы существует определенный алгоритм диагностики, и его первичный элемент — маммографический скрининг. (рис.)



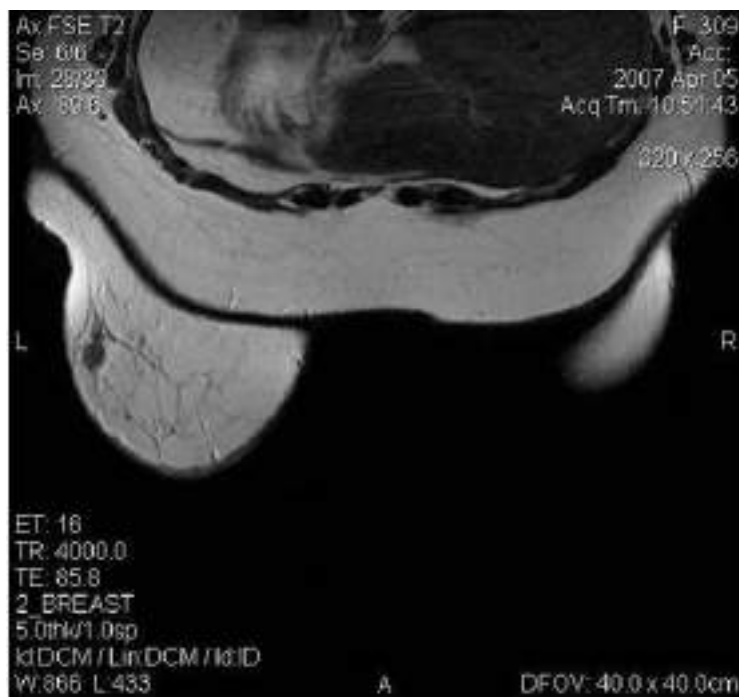
Маммографический скрининг

Молодым женщинам с плотным строением молочной железы необходимо включение в программу наблюдения методов УЗИ и МРТ.

Магнитно-резонансная томография.

Современная контрастная магнитно-резонансная томография — высокочувствительный метод диагностики заболеваний молочной железы.

У женщин с мутациями BRCA1 или BRCA2 при проведении МРТ возможно диагностировать рак молочной железы на самых ранних стадиях. (рис.)



Рак молочной железы на ранних стадиях.

Осложнения

Рак молочной железы может вызвать различные осложнения, такие как:

Лимфедема: отек руки и плеча, вызванный накоплением лимфатической жидкости

Метастаз костей: раковые клетки распространяются на кости, вызывая боль, переломы и снижение подвижности

Проблемы с сердцем: химиотерапия и гормональная терапия рака молочной железы могут повлиять на функцию сердца

Невропатия: повреждение нервов, вызывающее онемение, покалывание и боль в руках и ногах

Когнитивные изменения: некоторые методы лечения рака молочной железы могут вызвать проблемы с памятью и трудности с концентрацией

Сексуальная дисфункция: рак молочной железы и его лечение могут повлиять на сексуальную функцию организма.

Важно поговорить с врачом о потенциальных осложнениях рака молочной железы и его лечении. Раннее выявление и правильное лечение могут помочь снизить риск этих и других осложнений.

Современные методы лечения

Современные методы лечения рака молочной железы включают в себя:

Хирургия: лампэктомия (удаление опухоли и небольшого края здоровой ткани) или мастэктомия (удаление всей груди)

Лучевая терапия: высокоэнергетические рентгеновские лучи для уничтожения раковых клеток и сокращения опухолей

Химиотерапия: медикаментозное лечение для уничтожения раковых клеток и сокращения опухолей

Гормональная терапия: лекарства, нацеленные на гормональные рецепторы раковых клеток.

Таргетная терапия: препараты, которые выявляют и уничтожают раковые клетки, практически не нанося вреда здоровым тканям.

Иммунотерапия: лечение, которое помогает иммунной системе организма бороться с раковыми клетками

Реконструкция хирургии: пластическая хирургия для восстановления формы груди после мастэктомии

Раннее выявление и оперативное лечение являются ключом к улучшению результатов для людей с раком молочной железы. Это может включать в себя регулярные самообследования, маммографию и другие скрининговые тесты, а также изменения образа жизни, такие как поддержание здорового питания, регулярная физическая активность и предотвращение известных факторов риска.

Список использованных источников:

1. Десантис СЕ, Брэй Ф., Ферлей Дж., Лорте-Тийен Дж., Андерсон БО, Джемаль А. Международные различия в показателях заболеваемости раком молочной железы у женщин и смертности от него. Биомаркеры эпидемиологии рака до. 2015; 24(10): 1495-506.
2. Сондерс С., Джассал С. (2009). Рак молочной железы (1-е изд.). Оксфорд: Издательство Оксфордского университета. стр. Глава 13. ISBN 978-0-19-955869-8. Архивировано с оригинала 25 октября 2015 года.
3. Уайлд К.П., Вейдерпасс Э., Стюарт Б.В., редакторы (2020). Всемирный отчет о раке: Исследования рака для профилактики рака. Лион, Франция: Международное агентство по изучению рака.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Арсаналиева Сайгидат Артуровна

Руководитель: Дагирова Людмила Петровна

ГБПОУ Республики Дагестан "Дагестанский базовый медицинский колледж имени. Р.П Аскерханова", г. Махачкала

Острый холецистит - это острое воспаление стенки желчного пузыря, которое развивается в течение нескольких часов, обычно в результате обтурации пузырного протока желчным камнем.

Классификация

Холецистит делится на два типа: острый (калькулезный) и хронический

Клинико-морфологическая классификация острого холецистита:

1. Катаральный – постоянные боли в правом подреберье и эпигастральной области с иррадиацией в поясничную область, правую лопатку, надплечие, правую половину шеи.

2. Флегмонозный – боли интенсивнее, чем при катаральной форме воспаления. При дыхании правая половина передней брюшной стенки отстает от левой, напряжена в правом подреберье при пальпации.

3. Гангренозный – характеризуется бурным клиническим течением, является продолжением флегмонозной стадии воспаления.

Эпидемиология

Чаще всего болеют женщины старше 40 лет, страдающие ожирением. Бескислотный холецистит часто развивается у мужчин.

Этиология

Острый холецистит является наиболее частым осложнением желчнокаменной болезни и наоборот. Острое воспаление является результатом вклинивания камня в проток желчного пузыря, что приводит к его полной закупорке. Застой желчи провоцирует выработку воспалительных ферментов (фосфолипаза А превращает лецитин в лизолецитин). Поврежденная слизистая оболочка выделяет больше жидкости в желчный пузырь. В результате расширения желчного пузыря происходит еще больший выход медиаторов воспаления (простагландинов), вызывающих большее повреждение слизистой оболочки и ишемию, что способствует хроническому воспалению. В случае бактериальной инфекции могут развиваться некроз и перфорация. Если процесс рассасывается, развивается фиброз стенки желчного пузыря, нарушаются его концентрирующая и сократительная функции, что приводит к неполному опорожнению.

Факторы риска включают критические состояния (частые хирургические вмешательства, ожоги, сепсис или тяжелые травмы), длительное голодание (предрасполагают к застою желчи), шок и васкулит. Механизм связан с высвобождением медиаторов воспаления в ответ на ишемию, инфекцию или застой желчи. Иногда может быть обнаружена сопутствующая инфекция (сальмонелла или цитомегаловирус у пациентов с ослабленным иммунитетом). У детей острый бескаменный холецистит может возникнуть после заболеваний, сопровождающихся лихорадкой, без подтверждения наличия определенной инфекции.

Патогенез

Острый холецистит - это сложный процесс, который начинается с образования камней в желчном пузыре. Когда камни попадают в узкие протоки желчного пузыря, они могут блокировать поток желчи и вызывать воспаление и инфекцию. По мере развития воспаления оно вызывает иммунный ответ в организме, происходит накопление белых кровяных телец в пораженной области, которые приводят к дальнейшему повреждению тканей желчного пузыря и желчных протоков, вызывая боль и дискомфорт.

Клиника

Клиническое проявление острого холецистита обычно включает в себя:

Боль в животе: это наиболее распространенный симптом и обычно находится в правой верхней части живота, чуть ниже грудной клетки. Боль может быть острой и постоянной и может быть облегчена наклоном вперед.

Тошнота и рвота: это может быть результатом боли в животе и дискомфорта или из-за наличия инфекции в организме.

Лихорадка: лихорадка может присутствовать в случаях инфекции.

Желтуха: в некоторых случаях блокировка желчных протоков может вызвать желтуху, пожелтение кожи и глаз.

Аномальные движения кишечника: могут присутствовать запоры, диарея или изменения в консистенции движений кишечника.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика острого холецистита включает в себя исключение других состояний, которые могут вызвать аналогичные симптомы, таких как:

1. Острый панкреатит: это состояние может вызвать симптомы, похожие на острый холецистит, включая боли в животе, лихорадку и желтуху. Боль обычно ощущается в верхней левой части живота и излучается в спину.

2. Желудочно-кишечный тракт: обструкция желудочно-кишечного тракта, такая как заблокированный кишечник, может вызвать боли в животе и дискомфорт, а также тошноту и рвоту.

3. Аппендицит: это воспаление аппендикса и может вызвать боль в животе, лихорадку и тошноту. Боль обычно ощущается в правой нижней части живота и может распространяться на весь живот.

4. Язвенная болезнь желудка: это формирование язвенных повреждений в желудке. Боль ощущается в подложечной области и может иррадиировать в левую половину грудной клетки.

5. Воспалительные заболевания кишечника: это группа заболеваний, включающая болезнь Крона и язвенный колит, может вызвать боль в животе, тошноту и изменения в движениях кишечника.

6. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ): это состояние, при котором желудочная кислота рефлюксируется в пищевод, вызывая изжогу, боль в груди и дискомфорт.

Осложнения

Острый холецистит может привести к нескольким осложнениям, если его не лечить. Некоторые из наиболее распространенных осложнений острого холецистита включают в себя:

Абсцесс: может образоваться, когда инфекция распространяется за пределы желчного пузыря и в окружающие ткани. Это может вызвать дополнительную боль и дискомфорт и может потребовать хирургического дренирования.

Перфорация: В редких случаях стенка желчного пузыря может настолько воспалиться и повредиться, что разрывается, позволяя желчи и зараженному материалу разлиться в брюшную полость. Это серьезное состояние, которое требует немедленной медицинской помощи и хирургического вмешательства.

Хронический холецистит: В некоторых случаях острый холецистит может стать хроническим заболеванием, что приводит к повторным эпизодам боли и дискомфорта. Это можно предотвратить путем быстрой обработки и удаления желчного пузыря.

Гангрена: это состояние, при котором ткань в желчном пузыре становится некротической или умирает из-за отсутствия кровоснабжения. Это может вызвать перфорацию или отверстие в желчном пузыре, что приведет к дальнейшим осложнениям.

Перитонит: это серьезное состояние, при котором брюшок, слизистая оболочка живота, заражается. Перитонит может привести к сепсису, потенциально опасной для жизни инфекции, которая может распространяться по всему телу.

Холангит: это инфекция желчных протоков, которая может вызвать лихорадку, желтуху и боли в животе.

Обструкция желчных протоков: это может произойти в результате рубцов или воспаления в желчных протоках, что приводит к закупорке и нарушению потока желчи.

Холецистоэнтерическая фистула: это состояние, при котором желчный пузырь соединяется с кишечником, вызывая утечку желчи в живот.

Раннее распознавание и быстрое лечение могут помочь предотвратить эти осложнения и улучшить результаты.

Современные методы лечения острого холецистита

Острый холецистит обычно лечится с помощью комбинации медицинских и хирургических вмешательств, в зависимости от тяжести и общего состояния пациента.

Антибиотическая терапия: это первая линия лечения острого холецистита, направленная на контроль инфекции и уменьшение воспаления.

Обезболивание: это важно для контроля дискомфорта и предоставления пациенту отдыха. Оно может быть сделано с помощью безрецептурных обезболивающих препаратов или отпускаемых по рецепту лекарств, таких как опиоиды.

Хирургия: в случаях, когда консервативные меры лечения терпят неудачу или когда состояние пациента тяжелое, может потребоваться хирургическое вмешательство для удаления желчного пузыря. Лапароскопическая холецистэктомия является наиболее распространенной хирургической процедурой, используемой при остром холецистите, которая включает в себя удаление желчного пузыря несколькими небольшими разрезами. (рис.)



Лапароскопическая холецистэктомия

Чрескожная холецистостомия: это минимально инвазивная процедура, при которой катетер вводится через кожу и в желчный пузырь, чтобы слить желчь и снизить давление. (рис.)



Чрескожная холецистостомия

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ERCP): Эта процедура используется в случаях, когда есть доказательства обструкции желчных протоков, и включает в себя использование эндоскопа для удаления камней или открытия заблокированного желчного протока. (рис.)



Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ERCP)

После лечения важно, чтобы пациенты следили за своими симптомами и обращались за медицинской помощью, если они испытывают какие-либо изменения или осложнения.

Регулярный последующий уход и постоянный мониторинг состояния пациента также могут быть необходимы для обеспечения здоровья пациента и предотвращения будущих эпизодов острого холецистита.

Список использованных источников:

1. Основы общей хирургии / Питер Ф. Лоуренс [и др.]. 5-е изд. Филадельфия [и др.] : Wolters Kluwer : Lippincott Williams & Wilkins, 2013 586 страниц.
2. Принципы хирургии Шварца / Ф. Чарльз Бруникарди [и др.]. 9-е изд. МeГроу Хилл Професионал, 2009 1888 стр.
3. Федоров В.Д., Данилов М.В., Глабай В.П. Холецистит и его осложнения. Бухара, 1997, с. 28-29.
- 4 Шулутко А.М., Лукомский Г.И., Сурин Ю.В. и др. // Хирургия. 1989. № 1. С. 29-32.
- 5 Панцырев Ю.М., Лагунчик Б.П., Ноздрачев В.И. // Хирургия. 1990. № 1. С. 6-10.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ

Гусейнова Патимат Ханмагомедовна

Руководитель: Гасанова Аида Ахмедовна

ГБПОУ Республики Дагестан "Дагестанский базовый
медицинский колледж имени Р.П Аскерханова", г. Махачкала

Железодефицитная анемия (ЖДА) — состояние, при котором недостаток железа в организме приводит к снижению количества эритроцитов. При анемии возникают нарушения со стороны кожи и слизистых оболочек, быстрая утомляемость, головокружения и обмороки. Дефицит железа связан с нарушением его поступления, усвоения или повышенными потерями крови(Рис.1).

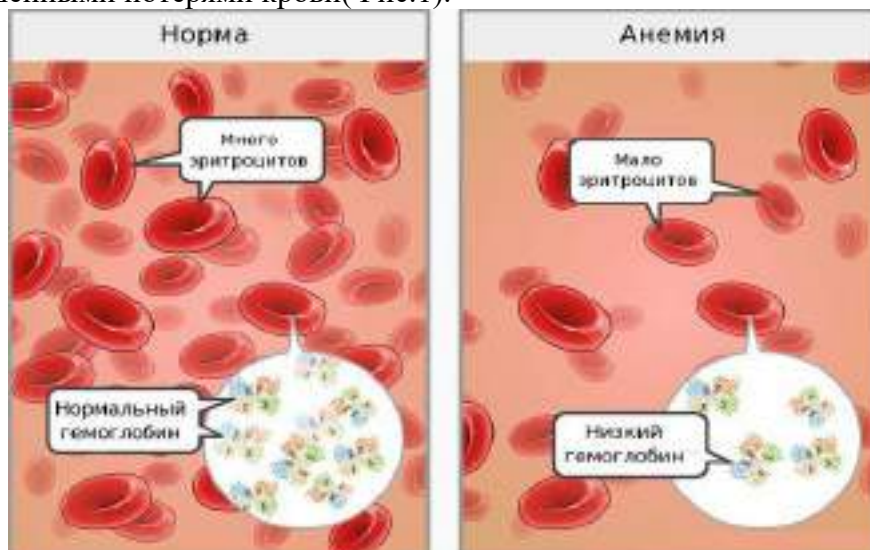


Рис.1 (норма и отклонение от нормы)

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире более двух миллиардов людей страдают ЖДА, в основном это женщины и дети. Из всех анемий ЖДА составляют 80 %. Эта проблема актуальна и для России, с ней сталкиваются врачи почти всех специальностей.

Основные причины развития ЖДА:

Несбалансированное питание с нехваткой железа и преобладанием мучных и молочных продуктов (дефицит красного мяса и белка в пище, голодание, недоедание, однообразная пища, вегетарианство, искусственное вскармливание у детей, нервная

анорексия) Повышенная потребность в железе (беременность, лактация, период интенсивного роста и полового созревания, тяжёлая физическая работа, интенсивные занятия спортом, паразитарные инвазии кишечника).Повышенные хронические потери железа (наружные или внутренние):

1. частые кровотечения из дёсен;
2. носовые кровотечения;
3. эрозивный эзофагит;
4. желудочные кровопотери — эрозии и язвы желудка, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, опухоли желудка;

5. кишечные кровопотери — эрозии и язвы двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, опухоли кишечника, полипы и дивертикулы кишечника (выпячивание кишечной стенки), геморроидальные кровотечения; маточные кровопотери — обильные и/или длительные менструации, аномальные маточные кровотечения, миома матки, эндометриоз, рак матки; почечные кровопотери — гематурическая форма хронического гломерулонефрита, рак мочевого пузыря, почек и мочевыводящих путей; геморрагические диатезы — коагулопатии (нарушение свёртываемости крови), тромбоцитопении (снижение количества тромбоцитов), тромбоцитопатии (дефект тромбоцитов), васкулиты (воспаление кровеносных сосудов) и коллагенозы (поражение соединительной ткани);донорство при регулярной сдаче крови пять и более раз в год.

6. Нарушение ионизации железа в желудке — атрофический гастрит, гиповитаминоз С, резекция желудка (операция по удалению значительной части желудка).

7. Нарушение всасывания железа в кишечнике — дуоденит (воспаление двенадцатиперстной кишки), хронические энтериты (воспаление тонкого кишечника), целиакия, резекция кишечника.

8. Нарушение транспорта железа вследствие уменьшения количества трансферрина — белка, связывающегося с железом для переноса его в молекулу гемоглобина (при циррозах, инфекционных заболеваниях, уремии, туберкулёзе).

9. Недостаточный исходный уровень железа в организме у детей, рождённых от матерей с низким уровнем гемоглобина крови[1, с.74].

Группы риска по ЖДА:

1. дети (недоношенные, дети от 6 месяцев до 3 лет, подростки старше 12 лет);
2. менструирующие женщины;
3. женщины в период беременности и лактации;
4. доноры;
5. люди старше 60 лет.

Симптомы железодефицитной анемии:

Недостаток железа в организме проявляется двумя синдромами — сидеропеническим и анемическим.

1.Сидеропенический синдром связан с недостатком железа в тканях и проявляется нарушениями со стороны кожи и слизистых оболочек: сухость, дряблость, шелушение и трещины на коже; ломкость и слоистость ногтей, их поперечная исчерченность, койлонихия (ногти становятся плоскими, иногда принимают вогнутую "ложкообразную" форму); ангулярный стоматит (изъязвления и трещины в уголках рта);ломкость и выпадение волос (волосы теряют блеск, истончаются, секутся, редуют и рано седеют);извращение вкуса и пристрастие к непищевым продуктам — к мелу, извести, глине, углю, краскам, земле и т. д.; причина этого симптома неизвестна, но он часто встречается при ЖДА; изменение обоняния и тяга к токсическим веществам — к бензину, керосину, мазуту, ацетону, лакам, краскам, гуталину, выхлопным газам, т. е. токсикомания; данный симптом необъясним, но тоже достаточно специфичен для ЖДА и полностью проходит на фоне приёма препаратов железа; дистрофические процессы в желудочно-кишечном тракте — глоссит (болезненность и

жжение языка), гингивит, кариес, склонность к пародонтозу, атрофический гастрит и энтерит.

При осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов, часто с зеленоватым оттенком ("хлороз") и симптом голубых склер — дистрофические изменения роговицы глаза, через которые просвечивают сосудистые сплетения, создающие "синеву".

2. Анемический синдром проявляется слабостью, быстрой утомляемостью, сонливостью днём и плохим засыпанием ночью, головокружениями, обмороками, частыми головными болями, шумом в ушах, мельканием "мушек" перед глазами, одышкой при физической нагрузке, увеличением частоты сердечных сокращений, неприятными ощущениями в области сердца, пониженным артериальным давлением. При ЖДА может наблюдаться умеренное повышение температуры тела (до 37,5 °С), которое исчезает после лечения железосодержащими препаратами [2, с. 51].

Патогенез



Рис.2 Патогенез при железодефицитной анемии

Диагностика и лечение железодефицитной анемии:

Минимальный объём исследований:

1. клинический анализ крови с лейкоцитарной формулой. Клинический анализ крови с лейкоцитарной формулой показывает снижение уровня гемоглобина и эритроцитов, цветового показателя крови, среднего объёма эритроцита (MCV), среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH), средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC), повышение степени анизоцитоза эритроцитов (RDW), иногда может быть увеличена скорость оседания эритроцитов (СОЭ).
2. биохимический анализ крови (ферритин, сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки, коэффициент насыщения трансферрина железом, растворимые трансферриновые рецепторы). Биохимический анализ крови покажет снижение уровня сывороточного железа и ферритина, увеличение общей железосвязывающей способности сыворотки и растворимых трансферриновых рецепторов, снижение коэффициента насыщения трансферрина железом.

Лечение:

1. Устранение причин, вызывающих развитие анемии, является очень важным фактором при лечении.
2. Режим дня: активный образ жизни, ежедневные прогулки на свежем воздухе.
3. Диетотерапия: употреблять больше пищи с высоким содержанием белка (например: творог, мясо, рыба, яичный белок, печень, почки и др.); ограничить употребление жиров (жирных сортов мяса, птицы, рыбы, сала, жирных колбас), отдавать предпочтение легкоусвояемым жирам (сливочное, подсолнечное, соевое, оливковое масло); ограничить

употребление молока (не более 0,5 л в сутки) и крепкого чая, так как они препятствуют всасыванию железа в кишечнике; количество углеводов не ограничивается, рекомендуются блюда из различных круп (например: каши, пудинги), сахара, меда, варенья, бобовых, изделий из муки, овощей, фруктов, ягод; употребление повышенного количества витаминов группы В и С: витаминами группы В богаты дрожжи, печень, почки, бобовые, яичные желтки, мясо, рыба, молоко, творог, отруби (рисовые, пшеничные); витамина С (аскорбиновой кислоты) много в салате, зеленом луке, капусте, зернах сои; употреблять достаточное количество железосодержащих продуктов (например: свиная и говяжья печень, говяжий язык, мясо кролика и индейки, крупы – гречневая, овсяная, ячневая, пшено, черника, персики; икра рыб, особенно осетровых). Обязательное назначение препаратов железа: в первые три месяца лечения анемии — в лечебных дозах, в последующем – в профилактических. Препараты железа назначают внутрь между приемами пищи, запивая свежими фруктовыми соками или водой [3, с.14].

Осложнения:

1. Нарушение психоэмоционального состояния: снижается память; нарушается концентрация внимания; появляется раздражительность.
2. Анемическая кома (утрата сознания с отсутствием реакции на внешние раздражители вследствие недостаточного поступления кислорода к головному мозгу в результате значительного или быстро развившегося снижения количества эритроцитов (красных клеток крови)).
3. Ухудшение состояния внутренних органов, особенно при наличии хронических заболеваний (например, сердца, почек и др.) [4, с. 19].

Профилактика:

1. Первичная профилактика (то есть до возникновения заболевания). Прием препаратов железа особым группам людей с наиболее высоким риском развития железодефицитной анемии — донорам. Сбалансированное и рациональное питание (употребление в пищу продуктов с высоким содержанием клетчатки (овощи, фрукты, зелень), отказ от консервированной, жареной, острой, горячей пищи), употребление в пищу продуктов животного происхождения (яиц, икры, мяса, рыбы), а при вегетарианстве (отказе от использования в пищу продуктов животного происхождения) — применение поливитаминных комплексов. Частое дробное питание (5-6 раз в день небольшими порциями). Профилактика хронических заболеваний, вызывающих дефицит железа (например, профилактика заболеваний желудка и кишечника – регулярное питание, отказ от острой и жирной пищи, употребление тщательно вымытых овощей и фруктов и др.).
2. Вторичная профилактика (то есть после развития заболевания) заключается в регулярных профилактических осмотрах населения с целью наиболее раннего выявления у них анемии [5, с. 36].

Список использованных источников:

1. Jesse, Russell Анемия / JesseRussell. - М.: VSD, 2020. - 704 с.
2. Алексеев, Н. А. Анемии / Н.А. Алексеев. - Москва: Гиппократ, 2021. - 512 с.
3. Вечерская, Ирина 100 рецептов при анемии. Вкусно, полезно, душевно, целебно / Ирина Вечерская. - Москва: Центрполиграф, 2019. - 914 с.
4. Волкова Анемия и другие болезни крови / Волкова. - Москва: Центрполиграф, 2018. - 619 с.
5. Дементьева, И. И. Анемии / И.И. Дементьева, М.А. Чарная, Ю.А. Морозов. - Москва: ИЛ, 2021. - 306 с.
6. Интернет-источник: yandex.ru.

РОЛЬ ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Мамаева Камилла Маратовна

Руководитель: Садраддинова Наида Османовна

*ГБПОУ Республики Дагестан "Дагестанский базовый медицинский колледж
имени. Р.П Аскерханова", г. Махачкала*

Под инъекциями подразумевают способ введения в организм пациента лекарственных препаратов или средств диагностики посредством шприца с иглой. Различают различные типы инъекций, в том числе, внутрискожные, подкожные, внутримышечные, внутривенные. Чаще всего медсестре приходится сталкиваться именно с этими видами инъекций. Однако иногда приходится выполнять и более специфические виды инъекций, например инъекции в артерию, в полость внутренних органов, к примеру, прямой укол в сердце, эпидуральная инъекция (в спинномозговой канал). Однако это сложные манипуляции, выполнение которых требует серьезных навыков и специального обучения.

При помощи инъекций достигается ряд преимуществ в лечении. Во-первых, во время инъекции препарат попадает непосредственно в кровь, в неизменном виде. В результате требуется значительно более низкая дозировка препарата, чем при любых других способах введения. Также препарат начинает действовать намного быстрее. Во-вторых, инъекции позволяют вводить препарат точно, создавая необходимую концентрацию препарата в нужном участке тела. Кроме того, при невозможности применения других способов введения препарата в организм (например, при закупорке пищеварительного тракта, сильной рвоте, потере сознания), инъекции становятся единственным способом лечения [2, с.29].

Несмотря на то, что инъекции представляют собой относительно простую процедуру, в некоторых случаях эта процедура может сопровождаться осложнениями. Анализ многих литературных источников показывает, что многие пациенты, и даже врачи склонны к мнению о том, что основная причина осложнений – неправильные действия со стороны медицинской сестры, к примеру, нарушение техники постановки инъекций, нарушение требований асептики и антисептики, неверная скорость или глубина введения иглы. Однако, как показывает практика, данное мнение весьма преувеличено. Причина может быть не только в ошибке медицинской сестры. Причин возникновения осложнений после инъекций может быть много. Вместе с тем, резко преуменьшается роль медицинской сестры в профилактике и лечении постинъекционных осложнений. В ряде случаев, зная причины возникновения осложнений после инъекций, а также способы их лечения и профилактики, медицинская сестра может предотвратить многие из них. Это и обусловило актуальность и значимость проведенного исследования.

При неправильной технике постановки инъекций, при несоблюдении основных требований, могут возникнуть осложнения. Могут быть также осложнения, которые возникают в связи с особым состоянием организма пациента, и возникают не по вине медицинской сестры.

Инфильтрат представляет собой осложнение, которое встречается чаще всего. В основном оно наблюдается при проведении подкожных и внутримышечных инъекций. Основной причиной возникновения инфильтрата является использование для инъекции тупых игл. Также инфильтраты возникают в том случае, если инъекции проводятся длительное время и в одно и то же место. Могут возникать также при нарушениях правил асептики и антисептики [1, с.42].



Абсцесс представляет собой гнойное воспаление мягких тканей, при котором образуется полость, заполненная гноем. В патологический процесс вовлекаются мягкие ткани, развивается воспалительный процесс (Рис.1).

Рис.1 Абсцесс мягких тканей

Медикаментозная эмболия представляет собой закупорку артерии, сосуда при попадании лекарственного препарата. Чаще всего возникает при попадании масляных лекарственных препаратов, или при случайном повреждении сосуда иглой. Нужно учитывать, что масляные препараты ни в коем случае нельзя вводить в вену. Последствия попадания масляных лекарственных средств в вену – закупорка артерий, гипоксия, цианоз, нарушение трофики окружающих тканей и органов. В этом месте нарушается кровообращение, появляется боль, некроз (отмирание тканей). Существенно повышается местная и системная температура тела.

Воздушная эмболия может возникать при попадании в сосуд воздуха. Последствия примерно такие же, как при масляной эмболии. Возникает риск летального исхода. Осложнения развиваются намного быстрее, чем при масляной эмболии, примерно за несколько минут [3, с.13].



Нередко наблюдается повреждение нервов, нервных стволов. Причина – механическое повреждение иглой, или разрушение посредством химических препаратов, например, при скоплении лекарственного препарата вблизи нерва. Осложнения могут быть разными – от простого воспаления нерва до паралича.

Тромбофлебит – образование тромба, воспаление вены. Наблюдается в том случае, если длительный период времени вводить препарат в одну и ту же вену. Также причиной может стать использование тупых игл. Основные

симптомы – боль, гиперемия, образование инфильтрата. Зачастую наблюдается повышение температуры тела (Рис.2).

Рис.2 Тромбофлебит

Некроз развивается при неправильном введении препарата (несоблюдение техники введения, неправильный выбор места). Часто наблюдается при ошибочном введении препаратов, особенно раздражающего действия. Превышение концентрации некоторых лекарственных средств, таких как хлорид кальция, может привести к развитию некроза.

Гематома чаще всего развивается в том случае, если имеет место кровоподтек, например, при проколе вены, сосуда. При этом наблюдается кровоизлияние под кожу. Основным симптом – багровое пятно под кожей, инфильтрат, уплотнение. В таком случае рекомендуется производить инъекцию в другую сторону, на зону гематомы наложить компресс [6, с.22].

Аллергические реакции могут возникать в том случае, если введен препарат, на который у пациента отмечается гиперчувствительность, индивидуальная непереносимость, либо при общей повышенной сенсibilизации организма. Проявления могут быть различными, в зависимости от типа реакции. Так, если у человека склонность к реакциям замедленного типа, может развиваться насморк, ринит, крапивница, конъюнктивит, различные виды отеков. Как правило, такие реакции проявляются через несколько дней после введения препарата – от 20-30 минут до нескольких суток.

При склонности к развитию реакций немедленного типа может развиваться анафилактический шок – резкая аллергическая реакция, которая сопровождается резким нарушением кровообращения падением давления. Человек теряет сознание, может впасть в коматозное состояние. Реакция развивается относительно быстро – от нескольких минут. Помощь нужно оказывать немедленно, поскольку возможен летальный исход [4, с.81].

Профилактика аллергических реакций при применении лекарственных средств должна включать в себя строгий учет показаний к их назначению, по возможности отказ от одновременного использования многих препаратов (полипрагмазии), осторожность при проведении лекарственной терапии у больных, у которых в прошлом имелись какие-либо аллергические проявления. При появлении первых признаков аллергических реакций – зуда, крапивницы и др. – прекращение применения препарата.

Для предупреждения развития анафилактического шока при введении иммунных сывороток необходимо пользоваться методом Безредко, который позволяет избежать тяжелых аллергических реакций. При применении любых иммунных сывороток сначала вводят подкожно в сгибательную поверхность плеча 0,1 мл разведенной в 100 раз сыворотки, а через 20 мин оценивают ответную реакцию организма. Если диаметр образовавшегося бугорка не превышает 0,9 см и зона гиперемии вокруг ограничена (отрицательная реакция), то вводят 0,1 мл не разведенной сыворотки, а затем через 30–60 мин при отсутствии реакции – остальное количество. При положительной реакции сыворотку продолжают осторожно вводить исключительно по жизненным показаниям.

Основной причиной осложнений являются ошибки, допускаемые при выполнении инъекций. Наиболее часто это нарушение правил асептики, в результате чего могут развиваться гнойные осложнения. Поэтому перед инъекцией нужно проверить целостность флакона или ампулы, убедиться в их стерильности по маркировке и сроке годности. Пользоваться нужно только стерильным шприцем и иглой. Ампулы с лекарственными веществами, крышки флаконов перед употреблением тщательно протирают этиловым

спиртом, пилки для вскрытия ампул должны быть стерильными. Руки необходимо тщательно мыть и обрабатывать этиловым спиртом.

При появлении уплотнения или покраснения кожи в месте укола нужно сделать согревающий компресс, поставить грелку и обязательно сообщить врачу.

Другая причина осложнений – нарушение правил техники введения лекарственных средств. Если неправильно выбрана игла, происходит чрезмерная травматизация тканей, образуются гематома, уплотнение. При резком движении игла может сломаться, и часть ее остается в тканях. Перед инъекцией следует внимательно осмотреть иглу, особенно в месте соединения стержня с канюлей, где чаще всего возможен перелом иглы. Поэтому никогда не следует погружать в ткани всю иглу. Если возникло такое осложнение, то нужно немедленно сообщить об этом врачу, так как инородное тело надо удалить как можно раньше. [5, с.72]. При слишком поверхностном введении иглы лекарственное вещество поступает в толщу кожи, которая становится бледной, напряженной. Лекарство при этом не доходит до места назначения. Поэтому необходимо в совершенстве владеть техникой проведения инъекций, чтобы избежать осложнений.

Следует помнить также, что при нарушении асептики во время инъекций возможно заражение вирусным гепатитом и ВИЧ-инфекцией. Эффективным способом предупреждения этого заражения является использование одноразовых инструментов, строгое соблюдение требований асептики и антисептики при выполнении медицинских манипуляций.

Список использованных источников:

1. Беляков В.Д., Колесов А.П., Остроумов П.Б. Госпитальная инфекция / В.Д. Беляков, А.П. Колесов, П.Б. Остроумов. – Москва: Медицина, 2019. – 232 с.
2. Вебер В.Р., Чуваков Г.И., Лапотников В.А. Основы сестринского дела / В.Р. Вебер, Г.И. Чуваков, В.А. Лапотников. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2017. – 573 с.
3. Венцел Р.П. Внутрибольничные инфекции / Р.П. Венцел. – Москва: Медицина, 2020. – 656 с.
4. Зуева Л.П., Еремин С.Р., Любимова А.В. Стандарты инфекционного контроля для стационаров Санкт-Петербурга / Л.П. Зуева, С.Р. Еремин, А.В. Любимова. – Санкт-Петербург: Литера, 2017. – 108 с.
5. Ковалева Е.П., Семина Н.А. Профилактика внутрибольничных инфекций / Е.П. Ковалева, Н.А. Семина. – Москва: Рарочь, 2018. – 220 с.
6. Покровский В.И. Проблемы внутрибольничных инфекций / В.И. Покровский. Москва: Медицина, 2019. – 49 с.

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

*Бондаренко Дарья Николаевна
Руководитель: Шевцова Наталия Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

В современном мире в связи с изменившимися условиями жизни заболевания опорно-двигательного аппарата встречаются у 40 - 80% жителей всей планеты. Около 10% пациентов становятся инвалидами. Женщины болеют чаще, чем мужчины, но у мужчин чаще возникают обострения. По статистике, около 90% россиян страдают от хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата, которые становятся причиной нарушения жизнедеятельности других органов и систем [2, с.538].

Цель исследования - выявить особенности сестринского ухода за пациентами пожилого возраста с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

В соответствии с целью были поставлены задачи:

1. Изучить теоретические основы учения о заболеваниях опорно-двигательного аппарата.

2. Провести сестринское исследование пациентов пожилого возраста с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в условиях взрослого поликлинического отделения №2 ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК.

3. Проанализировать особенности сестринского ухода за пациентами пожилого возраста с заболеваниями опорно-двигательного аппарата

Объект исследования: патологический процесс у пациентов пожилого возраста с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Предмет исследования: сестринский уход за пациентами пожилого возраста с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Изучив теоретические основы заболеваний опорно-двигательного аппарата, установлено, что для пациентов пожилого возраста характерны дистрофически-деструктивные изменения костно-хрящевой ткани и связочного аппарата позвоночника и всех суставов; клинически старение опорно-двигательного аппарата проявляется утомляемостью при ходьбе, болевым синдромом, нарушением осанки и походки, ограничением подвижности. Для предупреждения обострений и снижения скорости прогрессирования данного заболевания проводятся беседы с пациентом и родственниками о данном заболевании и о возможных его осложнениях, даются рекомендации по диетическому питанию, рациональной двигательной активности, созданию безопасной окружающей среды [1].

Для достижения цели было проведено сестринское исследование, в котором приняли участие пациенты пожилого возраста, проходившие лечение во взрослом поликлиническом отделении № 2 ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК. Обследовано 20 респондентов в возрасте от 60 до 75 лет, из них 12 женщин и 8 мужчин. Заболевших женщин было 60%, мужчин - 40%, что подтвердило общестатистические данные о том, что женщины чаще страдают дистрофически-деструктивными изменениями костно-хрящевой ткани [3].

При сестринском обследовании все респонденты отмечали следующие жалобы: утренняя скованность всех суставов (100%), боль в поясничном отделе позвоночника (60%), уменьшение объема движения в суставах (80%), боли в коленных суставах (70%), онемение пальцев рук (20%) (рис.1).

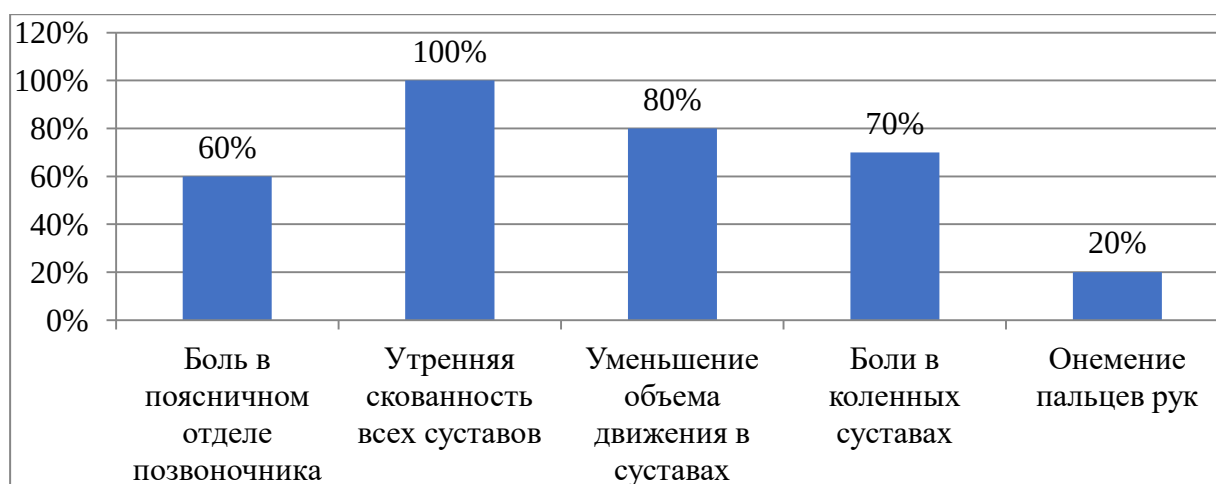


Рис. 1 Основные клинические проявления заболеваний опорно-двигательного аппарата у пациентов в исследуемой группе.

Обострение заболевания у большинства респондентов сопровождалась болями умеренной интенсивности, поэтому основная цель сестринской помощи на этом этапе - устранение воспаления и болевого синдрома. Данные представлены на диаграмме (рис.2).

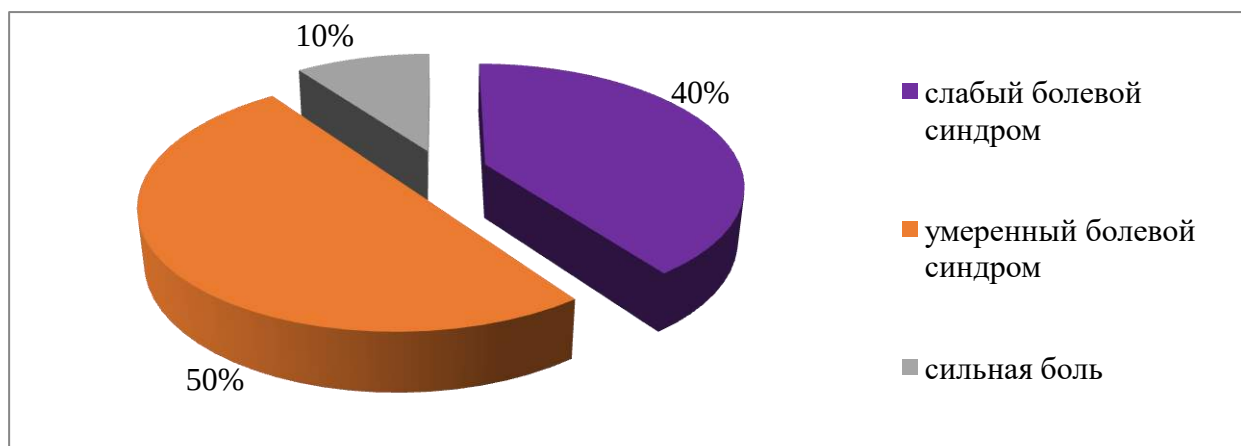


Рис. 2 Оценка болевого синдрома у респондентов исследуемой группы

Пациенты часто сами применяют нестероидные противовоспалительные препараты. Все пациенты были проконсультированы, что препараты этой группы оказывают раздражающее действие на слизистые оболочки пищеварительного тракта в связи, с чем рекомендуется отказаться от постоянного приема таких лекарств, отдавая предпочтение курсовому лечению, назначенного врачом. Всем респондентам назначались препараты, стимулирующие обменные процессы в хрящевой ткани - хондропротекторы. Только половина респондентов выполняла рекомендованный курс лечения 3 - 6 месяцев, остальные либо вообще не применяли их или прерывали курс лечения.

При анализе физической активности респондентов установлено, что только 30% респондентов регулярно занимаются лечебной физкультурой постоянно, 20% редко, а 50% никогда не занимаются, считают это бесполезной тратой времени (рис.3).

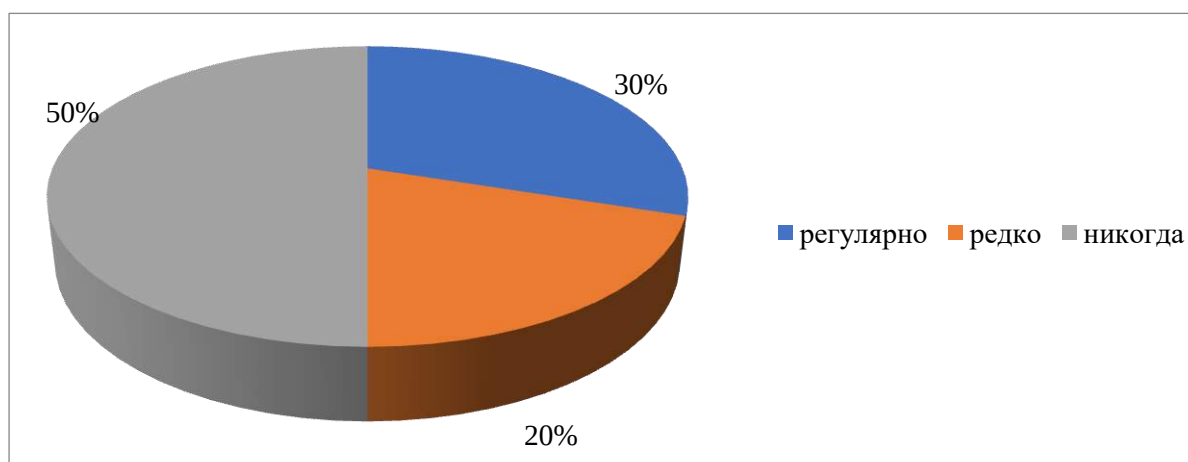


Рис. 3 Физическая активность пациентов исследуемой группы

Со всеми респондентами была проведена беседа о пользе физической активности. В пожилом возрасте она снижена, поэтому очень важно выполнять рекомендуемые комплексы ЛФК, укрепляя мышцы и связки. Любые упражнения при болевом синдроме должны быть максимально щадящие и деликатные и проводиться только в подостром периоде и в период ремиссии. Полезна утренняя гигиеническая гимнастика, прогулки. Хороший эффект дает, лечебное плавание в бассейне. Также можно рекомендовать дозированную ходьбу, во время ходьбы стимулируются процессы обмена веществ, кровообращения и дыхания.

Качество питания также оказывает влияние на состояние здоровья суставов. При заболеваниях опорно-двигательного аппарата рекомендуется придерживаться диеты с ограниченным количеством поваренной соли, животных жиров и белка. Предпочтительные продукты - свежие овощи, фрукты, зелень, цельные злаки, кисломолочные продукты,

растительные жиры. Пища должна быть полноценной, обогащенной витаминами. Студни, холодцы с сухожилиями и связками, заливная рыба; желе, кисели, мармелад домашнего приготовления; листовые растения - эти продукты содержат мукополисахариды и коллаген, которые нужны для нормального функционирования суставов. Также следует уделить большое внимание употреблению воды. Чистой воды ежедневно следует пить не менее 1,5 литров. Респондентам с избыточной массой тела очень важно сокращать порции пищи, как минимум, наполовину.

При анализе применения пациентами исследуемой группы немедикаментозных методов лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата установлено, что данные методы применяются редко, хотя имеют высокую эффективность. Со всеми респондентами была проведена беседа о пользе массажа, ЛФК, физиолечения в реабилитации заболевания. Они помогают значительно улучшить кровоснабжение мышечной ткани, которая приобретает хорошую эластичность и низкий риск атрофических процессов. Учитывая, что только 20% респондентов могут позволить себе санаторно-курортное лечение, то грязевые аппликации можно порекомендовать проводить в домашних условиях. Несмотря на удобство применения и относительную безопасность лечение необходимо проводить под контролем врача. Весь комплекс лечения пациенты могут получить в местной санатории или санаториях черноморского побережья Краснодарского края.

В результате сестринского исследования установлено, что основой сестринского ухода за пациентами пожилого возраста с заболеваниями опорно-двигательного аппарата являются: консультирование по рациональному питанию, содержащее мукополисахариды и коллаген; регулярное проведение лечебной физкультуры, массажа, физиотерапии, грязелечения; санаторно-курортное оздоровление не менее двух раз в год; консультирование по адекватной медикаментозной терапии при обострении заболевания; информирование пациентов о негативном влиянии на заболевание малоподвижного образа жизни, избыточного веса, вредных привычек. Правильная организация сестринского ухода будет способствовать скорейшему выздоровлению и улучшению качества жизни пожилого пациента.

Список использованных источников:

1. Коваль С.Я., Хомякова О.В. Физическая реабилитация больных с артритом коленного сустава в стадии ремиссии на санаторно-курортном этапе //Вестник физиотерапии и курортологии - №1.- 2019. – Стр. 22-26.
2. Сединкина Р.Г. Сестринский уход за пациентами пожилого возраста – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 608 с.
3. Злобина И.А., Прощаев К.И. Клинико-эпидемиологическая характеристика остеопороза и остеоартроза в амбулаторной практике: современное состояние проблемы // Геронтология. – 2014 – № 2 - URL: <http://gerontology.su/magazines?text=177> (дата обращения: 22.12.2022).

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Горгунов Данис Ильгамович
Руководитель: Куфтерина Татьяна Робертовна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", Ейск

Из общего числа желудочно-кишечных заболеваний 30% приходится на язвенную болезнь, это составляет примерно 10% всего населения земного шара. В России по разным данным язвой желудка и двенадцатиперстной кишки страдают от полутора до трех

миллионов взрослых пациентов [1, с.14].

Язвы двенадцатиперстной кишки встречаются в четыре раза чаще, чем язвы желудка. Среди больных с дуоденальными язвами мужчины значительно преобладают над женщинами, тогда как среди пациентов с язвами желудка соотношение мужчин и женщин оказывается примерно одинаковым [4].

Актуальность проблемы заключается в сохраняющейся в настоящее время высокой частотой и распространенностью ЯБ, ее длительным течением с возможным формированием часто рецидивирующих и трудно рубцующихся язв, риском развития серьезных осложнений, требующих во многих случаях проведения оперативных вмешательств, значительными расходами, которые несет здравоохранение на обследование и лечение таких больных.

Интерес к проблеме язвенной болезни двенадцатиперстной кишки обусловлен не только широким распространением данной патологии органов пищеварения, но и наличием у пациентов различных факторов риска, сводящих к минимуму возможность исключения рецидива заболевания и развития различных осложнений, особенно при отсутствии желания у пациента по их устранению.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки - это остро возникающее, склонное к хроническому рецидивирующему течению, заболевание, в основе которого лежит глубокое изъязвление участка слизистой оболочки в области двенадцатиперстной кишки, характеризующееся сезонностью обострений, полиэтиологичностью, отсутствием существенной тенденции к снижению заболеваемости, часто рецидивирующим течением, тяжестью осложнений, а также высоким процентом нетрудоспособности пациентов различного возраста [2].

Вероятность развития осложнений заболевания выше у пациентов, которые длительно страдают язвой, с частыми обострениями, у пожилых, на фоне приема нестероидных противовоспалительных средств, а спровоцировать осложнения может резкое физическое напряжение, поднятие тяжести, прием грубой пищи, алкоголя, хронические стрессы. Для профилактики развития осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, улучшения и сохранения качества жизни пациента в своей профессиональной деятельности медицинская сестра проводит мероприятия по обучению пациента и его окружения мероприятиям по коррекции факторов риска и обязательно представляет информацию в понятном для них виде.

Для определения влияния факторов риска на возникновение и течение осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки при осуществлении сестринской помощи было проведено исследование пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, получающих стационарное лечение на базе ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК в количестве пятнадцати человек, из них одиннадцать мужчин (73%) и четыре женщины (27%). Язвенная болезнь в исследуемой группе в три раза чаще встречается у мужчин, трудоспособного возраста, чем у женщин, у которых заболевание развивается после пятидесяти лет. А к шестидесяти годам это соотношение выравнивается, что очевидно связано с развитием климакса у женщин и нарушениями гормональной функции яичников, а также с более частым употреблением анальгезирующих препаратов при заболеваниях костно-мышечной системы. При проведении сравнительного анализа полученные результаты совпадают с данными изученных теоретических источников.

Язвенная болезнь является полиэтиологическим заболеванием, при котором патологический процесс развивается чаще на фоне отягощенной наследственности. В исследуемой группе выявлены и проанализированы такие факторы риска, как наследственность, частота злоупотребления алкоголем и курения табака, нерациональное питание с грубыми нарушениями режима питания, прием ulcerогенных препаратов и хронический стресс [3].

В анамнезе у семи пациентов мужского пола (47%) в исследуемой группе выявлены такие осложнения как кровотечение (четыре пациента) и перфорация (три пациента) при

длительном часто рецидивирующем течении заболевания.

Анализ анамнеза пациентов с перфорацией и кровотечением, показал, что практически у всех пациентов в данной группе выявлена отягощенная наследственность, отсутствие противоязвенного лечения, курение более 20 сигарет в сутки, повышенное употребление алкоголя в сочетании с нерациональным питанием непосредственно перед возникновением осложнения на фоне хронического стресса.

Для повышения эффективности лечения и улучшения качества жизни при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки пациенты и их окружение должны быть информированы о характере своего заболевания, течении, прогнозе, необходимости регулярного диспансерного наблюдения с обязательной фиброгастроудоденоскопией, а также о возможных изменениях в образе жизни.

Анализ результатов исследования информированности в исследуемой группе показал, что практически все пациенты с осложнениями в анамнезе имеют только общее представление о своем заболевании, но не о современных подходах к лечению язвенной болезни и не настроены на получение информации, так как пессимистичны в отношении дальнейшего прогноза.

Полученные результаты исследования влияния различных факторов риска на возникновение осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки составили основу сестринской помощи при обучении пациента и его ближайшего окружения по коррекции факторов риска и проведению профилактических мероприятий для предупреждения развития осложнений.

Уместно напоминать пациенту и его окружению, что важными факторами в профилактике рецидивов язвенной болезни и развития различных осложнений являются здоровый образ жизни, нормальная психологическая обстановка дома и на работе, сочетание режима труда и отдыха, здоровый сон, положительные эмоции.

Сестринская помощь данной категории пациентов, включает такие профилактические мероприятия, как обучение пациента и его ближайшего окружения основным принципам диетотерапии, обеспечивающим физиологически полноценным питанием, с химическим, механическим и термическим щажением пораженного органа, соблюдением режима питания; мотивированный отказ пациента от привычных интоксикаций, обязательное проведение лечебных и профилактических мероприятий, направленных на предупреждение инфицирования и реинфицирования слизистой оболочки желудка микробами.

Для повышения эффективности проводимых мероприятий, в повседневной работе медицинской сестры важно мотивировать пациентов и их ближайшее окружение на новый индивидуальный адаптированный образ жизни с определенными маленькими неудобствами, от качества выполнения, которого зависит не только эффективность медикаментозной терапии, но и предупреждение развития рецидивов, различных осложнений, инвалидизации, смертности, что, несомненно, влечет за собой снижение нетрудоспособности, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни пациентов.

Список использованных источников:

1. Циммерман Я.С. Язвенная болезнь: актуальные проблемы этиологии, патогенеза, дифференцированного лечения // Клиническая медицина. 2019. № 8. - С.11-18.
2. Брусок М. Е. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [Электронный ресурс] // практическое руководство для пользователей. Электронный журнал. 2019. № 12. URL.: http://vip-doctors.ru/stomak/ulser_diversity.php (дата обращения: 27. 12. 2022)
3. Полков К. С. Рекомендации для медицинских сестер по совершенствованию сестринской помощи пациентам с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки [Электронный ресурс] // Гастроэнтерология. Электронный журнал. 2020. № 7. URL.: <http://www.allbest.ru> (25.12.2022)

4. Бурсов. К. С. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. [Электронный ресурс] // Болезни органов пищеварения. Электронный журнал. 2018. № 26. URL.: <http://www.meduhod.ru/diseases/yazva.shtml> (дата обращения 03.12.2022)

ВЛИЯНИЕ СПОРТИВНЫХ СЕКЦИЙ НА МОТИВАЦИЮ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Дьяченко Елизавета Олеговна

*Руководитель: Дьяченко Марина Валерьевна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Здоровый образ жизни — образ жизни человека, направленный на сохранение здоровья, профилактику болезней и укрепление человеческого организма в целом.

Здоровье студентов является актуальной проблемой, ведь оно определяет будущее страны, научный и экономический потенциал общества.

Одним из главных факторов неблагополучия здоровья является недостаточный уровень мотивации к сохранению и укреплению своего здоровья самих студентов.

Мотивация — побуждение к действию, психофизиологический процесс управляющий поведением человека, задающий его направленность, организацию, активность и устойчивость; способность человека деятельно удовлетворять свои потребности.

Выделим три основные группы мотивов, которые помогут студентам осознать необходимость регулярных занятий физическими упражнениями.

Физиологические — это желание улучшить свои функциональные возможности, устранить недостатки фигуры.

Психологические — воспитание характера и силы воли, самовоспитание и самосовершенствование.

Социальные — достижение успеха и признания со стороны друзей, чувство собственного достоинства и самоутверждение.

В учебных заведениях традиционными теоретическими формами для поднятия уровня мотивации к занятиям физическими упражнениями являются лекционные занятия, беседы о здоровом образе жизни и профилактике вредных привычек, научные конференции, проводимые кафедрой физического воспитания. Практические формы включают в себя участие в спортивно-массовых мероприятиях, физкультурных праздниках и фестивалях, проводимых колледжем, занятия в спортивных секциях, а также помощь в организации физкультурно-оздоровительных мероприятиях.

Приобщение студентов к проблеме сохранения и укрепления своего здоровья, это конечно процесс воспитания, направленный на осознание большой роли физической культуры в жизни любого человека.

Занятия физической культурой и спортом являются одним из главных составляющих здорового образа жизни студента. Основной особенностью физической культуры является влияние на эмоциональное состояние человека, которое выражается в появлении чувства бодрости, радости, удовлетворенности, оптимистического, жизнерадостного настроения.

Физические упражнения укрепляют нервную систему, улучшают кровоснабжение головного мозга. Благодаря этому нервные клетки получают в достаточном количестве необходимые питательные вещества и кислород, и, следовательно, лучше выполняют свои сложные функции.

Регулярные занятия физическими упражнениями связаны со снижением состояния тревоги и депрессии. В большинстве исследований, в которых изучали взаимосвязь между физическими нагрузками и психическим благополучием, использовали нагрузки аэробной направленности. Было установлено, что только нагрузки достаточной продолжительности и интенсивности могут привести к положительным психологическим эффектам. Привлечение

студентов к регулярным занятиям физическими упражнениями поможет им преодолеть негативные последствия перенапряжения, улучшить состояние своего здоровья, отказаться от вредных привычек.

Первым шагом к созданию своей индивидуальной системы здорового образа жизни является выработка твердой мотивации. Это должно быть личное, глубокое убеждение и уверенность в том, что другого пути к здоровью, реализации своих жизненных планов, обеспечению благополучия для себя, своей семьи и общества просто не существует.

Другим составляющим элементом здорового образа жизни является режим жизнедеятельности. Так, режим жизнедеятельности студента должен быть подчинен, прежде всего, его эффективной учебной деятельности. Студент живет в определенном ритме: он должен в определенное время вставать, выполнять свои обязанности, питаться, отдыхать и спать. И это неудивительно, все процессы в природе подчинены в той или иной мере строгому ритму. Ведь правильное чередование нагрузки и отдыха является основой высокой работоспособности человека и его здоровья.

В нашем колледже спортивные мероприятия занимают одну из лидирующих позиций в воспитательной и физкультурно-оздоровительной работе колледжа. Каждый студент в колледже может заниматься спортом, спортивный зал доступен для всех желающих. Необходимо сказать, что в колледже ежедневно работают спортивные секции, где студент может заниматься регулярно тем или иным видом спорта. В колледже действуют секции по баскетболу, волейболу, настольному теннису. Для ребят созданы все возможности для выбора спортивных секций по душе и способностям.

Спортивные соревнования включаются в общий план колледжа и проводятся по различным видам спортивных игр, легкой атлетике и гимнастике. Соревнования могут проводиться в колледже между внутриколледжными командами, а также среди команд других учебных заведений. В организации соревнований помогают сами студенты и преподаватели.

Дни здоровья проводятся 3-4 раза в год. Участвуют студенты всех курсов и отделений.

Каждое занятие по физической культуре начинается с утренней зарядки или разминки, которая поднимает настроение учащихся и готовит их к плодотворному рабочему дню.

Во время пар регулярно проводятся физкультминутки, которые направлены на снижение утомления учащихся, снятие отрицательных воздействий.

Традицией в колледже стало проводить два раза в год недели здоровья. Сюда включаются открытые занятия в спортивном зале, классные часы на тематику здорового образа жизни, спортивные соревнования, конкурсы стенгазет и плакатов.

Главная особенность спортивных мероприятий, что их можно проводить в любое время года благодаря многообразию видов спорта.

Физическая культура занимало важное место в жизни человека на протяжении всей истории его существования. Еще Гиппократ сказал: “Гимнастика, физические упражнения, ходьба должны прочно войти в повседневный быт каждого, кто хочет сохранить работоспособность, здоровье, полноценную жизнь”.

Хронический дефицит двигательной активности в режиме жизни современных студентов стал реальной угрозой их здоровью и нормальному физическому развитию.

Негативное влияние гипокинезии на организм учащихся очень велико. У студентов двигательный дефицит приводит к тому, что отмечается заметное снижение внимания, координации, точности и быстроты движений, ухудшение зрения.

Занятия физическими упражнениями в любой форме совершенствуют физическое развитие и обеспечивают устойчивость к заболеваниям простудного типа и заболеваниям, связанными с опорно-двигательным аппаратом.

Есть еще фактор, подчеркивающий необходимость физической разрядки в процессе умственного труда – это значительное количество информации, получаемой в колледже. Увеличенная умственная нагрузка ускоряет утомляемость, требуя соответствующего роста физической активности. Данную роль выполняет учитель физкультуры, основной целью которого является воспитание здоровых, социально и психологически активных студентов.

Физическое воспитание направлено на формирование двигательных навыков и физических качеств студента, совокупность которых в решающей мере определяет его физическую работоспособность.

Сегодня в нашей стране физическая культура рассматривается как важнейшая часть государственной программы оздоровления населения, сохранения и укрепления здоровья, формирования привычек здорового образа жизни у студентов.

Список использованных источников:

1. Мотивация: О спортивном интересе. [электронный ресурс] Статья. 2022. URL: <https://39.rospotrebнадзор.ru/content/pravva> (дата обращения 16.01.2023)
2. Белицин С.В. Мы учимся жить и стремиться: Ты - сила / Погребной А.И., Маряничева И.Г. О некоторых принципах обучения. // Теория и практика физической культуры, М.:Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2022. — 24 с.
3. Познакомьтесь со своей мотивацией. [электронный ресурс] Статья. 2019. URL: <http://gorpol39.spb.ru/все-о-человеческом-сознании/> (дата обращения 16.01.2023)
4. Иванченко Е.И. Наука о спортивной мотивации. - Мн.: МПП Госэкономплана РБ, 2021. - 168 с. Каптелин А.Ф. О желаниях //Здоровье. - 2021. - № 7. - С. 26-27. Интернет-ресурсы по теме «Мотивация».

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Коба Мария Андреевна

*Руководитель: Куфтерина Марина Сергеевна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Ишемическая болезнь сердца является серьезнейшей проблемой современной кардиологии и медицины в целом. В России ежегодно фиксируется около 700 тыс. смертей, вызванных различными формами ИБС, в мире смертность от ИБС составляет около 70%. Ишемическая болезнь сердца в большей степени поражает мужчин активного возраста (от 55 до 64 лет), приводя к инвалидности или внезапной смерти [3, с.112]. В группу ИБС входят остро развивающиеся и хронически протекающие состояния ишемии миокарда, сопровождающиеся последующими его изменениями: дистрофией, некрозом, склерозом. ИБС является самой распространенной в мире причиной внезапной смерти, в том числе лиц трудоспособного возраста.

Своевременное выявление лиц с высоким риском развития ИБС, предупреждение развития заболевания, его прогрессирования является приоритетной задачей амбулаторно-поликлинических учреждений, утвержденной Национальным проектом «Здравоохранение» что определено стратегией развития Российской Федерации на период до 2024 года [1, с.4].

Проведение мероприятий первичной и вторичной профилактики ИБС в условиях первичной медико-санитарной помощи населения позволяет достичь снижения заболеваемости, инвалидности и смертности населения, что и послужило основанием для выбора данной темы исследования.

Ишемическая болезнь сердца представляет собой органическое и функциональное поражение миокарда, вызванное недостатком или прекращением кровоснабжения сердечной мышцы. ИБС может проявляться острыми (инфаркт миокарда, остановка сердца) и

хроническими (стенокардия, постинфарктный кардиосклероз, сердечная недостаточность) состояниями [2, с.56].

К факторам, способствующим возникновению и прогрессированию ИБС, относят гиперлипидемию, артериальную гипертонию, курение, гиподинамию, ожирение, а также нарушение толерантности к углеводам.

Профилактические мероприятия ИБС, направленные на снижение неблагоприятного воздействия факторов риска, проводятся с целью достижения стабилизации и улучшения клинического течения заболевания, предупреждение обострения и осложнений ИБС, улучшения качества и продолжительности жизни.

При проведении сестринского исследования 15 пациентов с ИБС, находящихся на амбулаторном лечении в ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК, за основу исследования взята анкета, состоящая из двадцати вопросов, по выявлению особенностей образа жизни, факторов риска развития и прогрессирования ИБС, информированности пациентов о влиянии образа жизни на степень тяжести течения заболевания, проведение анамнеза, наблюдения и объективного обследования пациентов, а также информация, полученная из медицинской документации амбулаторного пациента, позволяющая выявить и проанализировать особенности профилактических мероприятий, проводимых в амбулаторно-поликлинических условиях в исследуемой группе.

Исследуемая группа пациентов состоит из 60% мужчин (девяти человек) и 40 % женщин (шести человек). Самому молодому респонденту - 40 лет, а наиболее пожилому – 69. В исследуемой группе количество мужчин среднего возраста преобладает, в пожилом возрасте гендерные особенности нивелированы, в процентном соотношении количество мужчин равно и количеству женщин. Полученные данные соответствуют данным теоретических источников на современном этапе.

При проведении исследования выявлены наиболее распространенные факторы риска среди пациентов исследуемой группы, отягощающие течение ИБС. Наиболее часто встречающимися среди пациентов с ИБС в исследуемой группе являются такие факторы риска, как низкая физическая активность, нерациональное питание, повышенный уровень холестерина, высокое артериальное давление, ожирение, а также стрессы.

В ходе объективного исследования, проведения бесед с пациентами отмечено наличие нескольких факторов риска у одного и того же пациента. Так, например, у двенадцати процентов респондентов присутствовал лишь один фактор риска: ожирение либо курение. У сорока процентов респондентов выявлено наличие двух факторов риска. Варианты совокупности факторов были таковыми: нерациональное питание и малоподвижный образ жизни, ожирение и малоподвижный образ жизни, стрессы и курение, а также артериальная гипертензия и малоподвижный образ жизни.

В группе с тремя факторами риска, включающей 40% пациентов, наиболее часто встречались такие варианты комбинаций, как нерациональное питание, малоподвижный образ жизни и ожирение или же курение, нерациональное питание и стрессы. Группа с четырьмя факторами риска (13%) имели по три фактора риска и одно сопутствующее заболевание: малоподвижный образ жизни, ожирение, сахарный диабет, стресс или же стресс, артериальная гипертензия, малоподвижный образ жизни и нерациональное питание.

Сочетание двух и более факторов, даже выраженных умеренно, увеличивает суммарный риск развития ИБС. Наличие факторов риска должно учитываться при определении лечебной тактики и вторичной профилактики.

Клинические формы ИБС у пациентов в исследуемой группе представлены стенокардией напряжения, инфарктом миокарда (в анамнезе), хронической сердечной недостаточностью, а также постинфарктным кардиосклерозом. Наиболее часто, в 53% и 60% случаев, наблюдается стенокардия напряжения I и II функциональных классов, а также инфаркт миокарда в анамнезе (последние 5 лет), как крупноочагового (трансмуральный, Q-инфаркт), так и мелкоочагового (не Q-инфаркт).

Клиническая форма заболевания определяет тактику и порядок диспансерного наблюдения, а также программу мероприятий по профилактике.

Больные ИБС со стабильной стенокардией напряжения I-II функционального класса наблюдаются в течение первого года после постановки диагноза врачом-кардиологом (2 раз в год), а затем врачом-терапевтом (участковым) с частотой визитов 1-2 раза в год. В случае обострения заболевания (появление новых симптомов, обострение заболевания) больные направляются на консультацию врача-кардиолога.

Пациенты, с инфарктом миокарда в анамнезе, после выписки из стационара наблюдаются у врача кардиолога, через год после стабилизации состояния, передаются под наблюдение участкового врача-терапевта по месту жительства.

При проведении диспансерного наблюдения учитываются рекомендации врача-кардиолога, содержащиеся в медицинской документации, в том числе по результатам лечения пациента в стационарных условиях. Большое значение в повышении эффективности лечебно-профилактических мероприятий при ИБС имеют Школы Здоровья, где проводится обучение своевременным и правильным действиям при развитии тяжелых осложнений (гипертонический криз, острый коронарный синдром, внезапная потеря сознания, приступ сердечной астмы) пациента и его окружения.

В процессе каждого диспансерного приема пациента с высоким риском развития жизнеугрожающего состояния необходимо объяснить основные клинические проявления этого состояния; необходимость срочного вызова скорой помощи при их появлении; простейшие мероприятия первой помощи, которые необходимо провести до прибытия бригады скорой помощи. Все пациенты в исследуемой группе обеспечены необходимой памяткой по алгоритму действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у них наиболее высокая.

Все пациенты в исследуемой группе находятся на диспансерном учете, большинство из них (80%) соблюдают сроки и порядок порождения диспансерного наблюдения.

Кроме формы ИБС, на определение программы профилактических мероприятий оказывает влияние наличие сопутствующих заболеваний. Среди пациентов в исследуемой группе у каждого выявлена одна или несколько сопутствующих патологий, таких как ожирение, артериальная гипертензия, атеросклероз, а также сахарный диабет.

В условиях первичной медико-санитарной помощи населения профилактические мероприятия пациентам с ИБС проведены с учетом клинической формы заболевания: пациентам со стенокардией напряжения - мероприятия по коррекции факторов риска, способных спровоцировать приступ стенокардии, при наличии инфаркта миокарда в анамнезе - лечебно-профилактические мероприятия, направленные на предотвращение развития повторного инфаркта.

Особенностью проведения вторичной профилактики пациентам с ИБС является сочетание медикаментозных мероприятий (постоянный прием лекарственных препаратов с учетом сопутствующих заболеваний) с немедикаментозными (для устранения факторов, провоцирующих возникновение приступов ИБС). Вторичная профилактика включает в себя рациональное питание; снижение в крови уровня липопротеидов низкой плотности; снижение в крови уровня глюкозы; поддержание нормальной массы тела; снижение артериального давления; избавление от вредных привычек; повышение двигательной активности; поддержание оптимального соотношения труда и отдыха, что позволяет остановить развитие атеросклероза коронарных артерий и улучшить кровообращение; увеличить продолжительность жизни пациента; устранить проявления ишемической болезни сердца; предотвратить развитие осложнений.

Список использованных источников:

1. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»

2. Калинина А.М. Влияние многофакторной профилактики ишемической болезни сердца на некоторые показатели здоровья и прогноз жизни: автореф. дис. д-ра. мед. наук. Казань. 2019 - 243 с.

3. Петров В.Н. Ишемическая болезнь сердца и ее формы - стенокардия и инфаркт миокарда - в практике медсестры // Медицинская сестра. 2020. №2. - С. 6-

ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ИХ ОКРУЖЕНИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Носиченко Анастасия Алексеевна

*Руководитель: Куфтерин Сергей Михайлович
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Болезни системы кровообращения являются одной из основных медико-социальных проблем кардиологии, так как приводят к высокой первичной инвалидизации и смертности пациентов трудоспособного возраста, снижают общую продолжительность жизни. Ежегодно все больше людей, причем во все более молодом возрасте, заболевает различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, которые в итоге и приводят к такому грозному осложнению, как хроническая сердечная недостаточность [3, с.24]. Более того, именно сердечная недостаточность является одной из самых частых причин смертности.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) относится к наиболее частым и тяжелым осложнениям различных заболеваний сердечно-сосудистой системы. По сравнению с периодом двадцатилетней давности отмечено четырехкратное увеличение частоты госпитализаций по поводу хронической сердечно-сосудистой недостаточности. Даже при своевременном и современном фармакологическом вмешательстве около 60% мужчин и 45% женщин умирают в течение пяти лет после манифестации первых клинических симптомов ХСН [2, с.30].

Хроническая сердечная недостаточность является одной из важнейших клинических проблем современной медицины. Это связано, в первую очередь, с ее широкой распространенностью во всем мире. Так, распространенность ХСН в развитых странах достигает 1%, а среди лиц старших возрастных групп - 10%.

Проблема ХСН актуальна также и в связи с низким качеством жизни больных, плохим прогнозом и высокой смертностью. За один календарный год в нашей стране от ХСН умирает от 880 до 986 тысяч человек. Кроме всего сказанного, это заболевание, что также важно, требует длительного, а точнее сказать пожизненного лечения, которое является довольно дорогостоящим [1, с.29].

Актуальности этой проблеме добавляет и тот факт, что прогноз на ближайшее будущее тоже крайне неблагоприятен. Ученые предполагают, что с каждым годом все больше и больше людей столкнутся с этой проблемой. Это обусловлено тем, что в связи с успехами современного лечения сердечно-сосудистых заболеваний, с появлением новых фармакологических средств и усовершенствованных методов хирургического лечения, постепенно увеличивается продолжительность жизни людей. Таким образом, те, кто раньше умирал, сегодня, благодаря современной терапии, чаще доживают до истощения резервных возможностей сердца, то есть до сердечной недостаточности, а это все-таки заболевание людей старшего и пожилого возраста [4, с.23].

Большие клинические исследования доказали, что на протяжении последних двадцати лет судьба заболевших изменилась радикально, благодаря внедрению в медицинскую практику нескольких групп лекарств, с помощью которых удается улучшить качество и увеличить продолжительность жизни больных при условии постоянного непрерывного

лечения в целевых дозах. Но ситуация осложняется тем, что требуется лечить и основное заболевание, и уже непосредственно сердечную недостаточность, а это означает увеличение количества лекарственных препаратов, что не только ведет к существенному увеличению экономических затрат, но и повышению потенциальных рисков при приеме значительного количества медикаментов, а всем пациентам с хронической сердечной недостаточностью требуется постоянное, пожизненное медикаментозное лечение. Проведенные исследования показали, что большинство неудач фармакотерапии связано не с неэффективностью препаратов, а с неправильным их использованием пациентами и врачами [5, с.601]. Залогом успешного лечения является, с одной стороны, осознание пациентом опасности своего состояния и необходимости приема лекарственных средств после подбора врачом схемы лечения, с другой - минимизация побочных эффектов и неудобств, связанных с медикаментозным лечением, что и послужило основанием для выбора данной темы исследования.

Под хронической сердечной недостаточностью понимается патологическое состояние, развивающееся в результате различных заболеваний сердечно-сосудистой системы, которое приводит к снижению способности системы кровообращения осуществлять адекватное кровоснабжение органов и тканей в покое или при нагрузке, сопровождающееся признаками застоя в большом и малом кругах кровообращения, характеризующееся широкой распространенностью, неблагоприятным прогнозом и высокой смертностью, снижением качества жизни пациентов, высокими экономическими затратами, обязательным постоянным пожизненным медикаментозным лечением. Чаще всего причиной хронической сердечной недостаточности являются такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, пороки сердца, анемии, миокардиодистрофии на фоне таких распространенных факторов риска как нерациональное питание, гиподинамия, ожирение, сахарный диабет и курение. Задачи лечения и осуществления сестринской помощи при хронической сердечной недостаточностью заключаются в устранении клинических проявлений заболевания, улучшении качества жизни, уменьшении частоты госпитализаций, увеличении продолжительности жизни, достижение которых возможно только при повышении информированности пациента о заболевании и приверженности к лечению с обязательным формированием у пациентов активного, рационального и ответственного отношения к своему здоровью.

Результаты исследования восемнадцати пациентов с хронической сердечной недостаточностью, находящихся на стационарном и лечении в ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК. показали, что заболевание чаще встречается у пациентов в среднем и пожилом возрасте, причем отмечается преобладание заболевания у мужчин в среднем возрасте, в то время как в пожилом возрасте частота заболеваемости выравнивается и становится одинаковой вне зависимости от пола.

У подавляющего числа (83%) респондентов причиной хронической сердечной недостаточности является ишемическая болезнь сердца. У женщин хроническая сердечная недостаточность протекает на фоне артериальной гипертензии, клапанных пороков сердца, сахарного диабета 2 типа, а у мужчин - на фоне перенесённого инфаркта миокарда в сочетании с артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью лёгких.

Всем пациентам в исследуемой группе назначена фармакотерапия в соответствии с Национальными рекомендациями по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности основными группами препаратов, такими как диуретики, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, антикоагулянты, сердечные гликозиды и статины по показаниям, которые имеют свои особенности приема. Всем пациентам без исключения необходима пожизненная фармакотерапия с постоянным регулярным приемом медикаментозных препаратов строго по назначению врача.

Несмотря на рекомендованное кардиологами всем пациентам в исследуемой группе пожизненное постоянное комбинированное медикаментозное лечение после выписки из

стационара около 40% допускали нарушения при проведении фармакотерапии по назначению врача. Основные причины неадекватной лекарственной терапии, выявленные у пациентов и их ближайшего окружения при проведении опроса, представлены в диаграмме на слайде.

Полученные данные послужили основой осуществления сестринской помощи, при которой обучение пациентов с хронической сердечной недостаточностью и их окружения направлено на формирование активного, рационального и ответственного отношения пациентов к своему здоровью и мотивации к оздоровлению при хронической сердечной недостаточности, повышение информированности пациента о заболевании, причинах ее возникновения и факторах, влияющих на ее прогрессирование, повышение приверженности пациентов к медикаментозному и немедикаментозному лечению, формирование у пациентов умений и навыков самоконтроля.

На основании анализа полученных результатов исследования и осуществления сестринской помощи, в соответствии с целью исследования были выявлены особенности фармакотерапии по назначению врача, повышающие эффективность лечения и улучшающие прогноз и качество жизни пациентов при хронической сердечной недостаточности, такие, как пожизненный прием лекарственных препаратов; адекватная терапия основного заболевания, которое привело к развитию ХСН; сочетание фармакотерапии с методами немедикаментозного лечения по коррекции негативных факторов риска, которые позволяют минимизировать дозы и побочные действия препаратов; повышение приверженности пациентов к медикаментозному и немедикаментозному лечению, что обязательно не улучшает качество жизни, но и может отдалить летальный исход с учетом серьезного прогноза для жизни при хронической сердечной недостаточности.

Список использованных источников:

1. Беленков Ю.Н., Фомин И.В., Мареев В.Ю. Первые результаты российского эпидемиологического исследования по ХСН // Сердечная Недостаточность. 2019. №4. - С.26-30.
2. Горохова С.С. О бремени сердечной недостаточности в России // Лечебное дело. 2019. № 5. - С.28-32.
3. Кобалава Ж.Д. Современные представления о медикаментозной терапии хронической сердечной недостаточности //Кардиология. 2019. №7. - С.14-25.
4. Мареев В.Ю. Проект заключения Совета экспертов по хронической сердечной недостаточности // Сердечная Недостаточность. 2019. №4. - С.23-26.
5. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Романова Н.Е. Диагностика и терапия хронической сердечной недостаточности // Consilium medicum. 2018. №11.- С. 602-614.

РОЛЬ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОЗДОРОВЛЕНИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

*Носова Алина Дмитриевна
Руководитель: Попова Татьяна Васильевна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

По данным многих исследователей, наблюдается резкое ухудшение состояния здоровья детей. Одной из наиболее представительных групп детского населения, требующих пристального внимания педиатрической службы, являются часто болеющие дети (ЧБД). На них приходится более 50% всех регистрируемых заболеваний, что обуславливает необходимость внедрения эффективных организационных форм и лечебно-профилактических методов оздоровления этого контингента детей [2, с. 9]. Значительная роль в оздоровлении детей принадлежит участковой медицинской сестре.

Цель исследования – выявить роль участковой медицинской сестры в оздоровлении часто болеющих детей.

В соответствии с целью ставились следующие задачи:

1. Изучить теоретические основы учения о часто болеющих детях.
2. Провести сестринское исследование часто болеющих детей раннего возраста, состоящих на учете в детском поликлиническом отделении № 1 ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК.
3. Проанализировать результаты исследования и выявить роль медицинской сестры в оздоровлении часто болеющих детей в амбулаторно-поликлинических условиях.

Объект исследования: патологический процесс у часто болеющих детей раннего возраста. Предмет исследования: оздоровление часто болеющих детей.

Изучив теоретические основы учения о часто болеющих детях установлено, что ЧБД – это не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми респираторными инфекциями, бесконтрольного приема лекарственных препаратов, нерационального питания. У таких детей есть нарушения в функционировании иммунной системы, которые способствуют их частым заболеваниям, снижая их защитно-адаптационные возможности[3].

Для достижения цели было проведено сестринское исследование 25 часто болеющих детей дошкольного возраста (15 мальчиков и 10 девочек), находившихся на диспансерном учете в детском поликлиническом отделении № 1 ГБУЗ «Ейская ЦРБ» МЗ КК. Возраст детей варьировал от 1 года до 3 лет. Так при сестринском исследовании выявлено, что у часто болеющих детей наблюдается от 5 до 7 случаев острых заболеваний в течение одного года (рис.1).

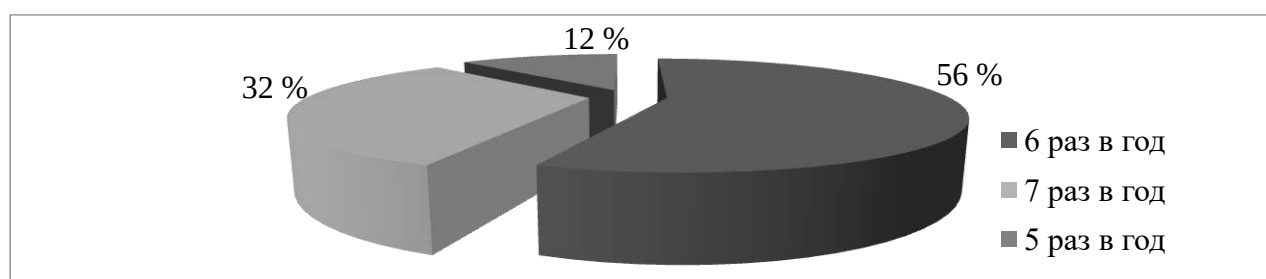


Рис. 1. Частота случаев острых заболеваний в течение одного года у ЧБД исследуемой группы

Наиболее частыми модифицированными факторами риска, оказывающими влияние на формирование контингента часто болеющих детей, являются: низкая физическая активность у 40% респондентов, нарушение режима дня у 54%, нерациональное питание у 46% детей исследуемой группы, отсутствие закаливания ребенка на первом году жизни. Дневной сон отсутствует у 28% детей. Все это является неблагоприятным фактором и способствует снижению иммунологических функций организма. Данные представлены на диаграмме.

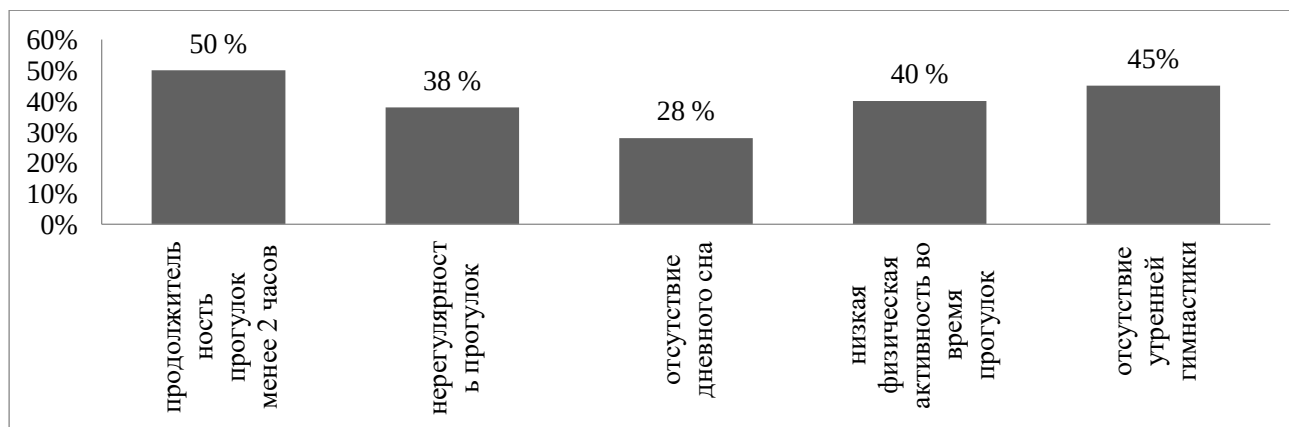


Рис. 2. Социальная активность детей исследуемой группы

Учитывая, что более половины детей растут в семьях, где не соблюдаются режимные моменты, была проведена беседа о правильной организации режима дня. Для детей данного возраста обязательным является дневной сон. Продолжительность ночного сна рекомендовано увеличить на 1 - 1,5 ч. При нарушениях сна, астеноневротических расстройствах рекомендованы проветривания и спокойные прогулки перед сном.

Как показали результаты исследования, практически у всех детей имеются функциональные нарушения со стороны центральной и вегетативной нервной системы, проявляющиеся повышенной тревожностью и переутомлением. Всем родителям была представлена памятка и рассказано, что закаливание детей – это одно из основных средств повышения неспецифической защиты организма. Для проведения закаливания используют три группы процедур: аэротерапию (закаливание воздухом); водолечение (закаливание водой); гелиотерапия (закаливание солнечными лучами): прогулки на открытом воздухе 2 раза в день общей продолжительностью не менее четырех часов; воздушные ванны с утренней гимнастикой продолжительностью 12 - 15 минут; дневной сон на свежем воздухе или в постоянно проветриваемом помещении при температуре +14-16 °С; хождение на открытом воздухе или в помещении босиком при температуре земли или пола не ниже +18 °С.

Состояние здоровья часто болеющих детей характеризовалось высоким уровнем сопутствующей патологии: у 36 % детей имел место зубной кариес, у 40 % - хронический тонзиллит, у 32 % - рецидивирующий аденоидит, у 28% - нарушения пищеварения. А у 36% респондентов отмечена сочетанная патология. Данные представлены на диаграмме 4. Все дети нуждаются в санации очагов хронической инфекции.

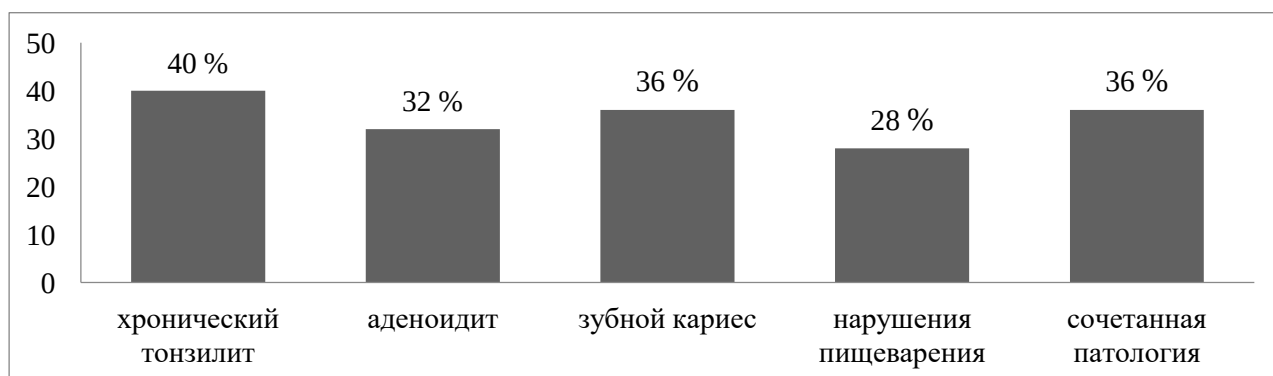


Рис. 3. Хронические очаги инфекции у ЧБД исследуемой группы

Эффективность оздоровления часто болеющих детей заметно возрастает, когда кроме лечебно-профилактических мероприятий на педиатрическом участке им проводится санаторное лечение. В Краснодарском крае достаточное количество санаториев для оздоровления детей, как на Черноморском побережье (Анапа, Геленджик, Адлер и другие), так и местного значения санаторий «Ейск».

Установлено, что соблюдают режим питания (прием горячей пищи не менее 4 раз в день в установленное время) 46 % детей. Употребляют в пищу большое количество консервированных продуктов 50% семей. Регулярно, включая зиму и весну, получают в питании сырые овощи и фрукты только 66 % детей. Данные представлены на диаграмме 5.

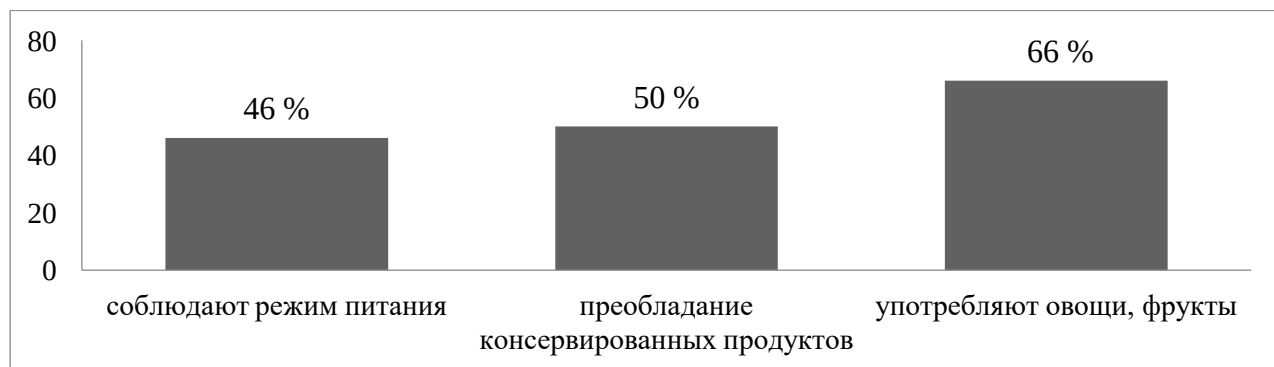


Рис. 4. Характер питания ЧБД исследуемой группы

Мамам было рассказано, что питание часто болеющих детей должно быть разнообразным, сбалансированным по всем ингредиентам: оптимальное количество белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ. Для обогащения рациона витаминами и минеральными веществами следует широко использовать разнообразные овощи и фрукты, а также свежую зелень.

По результатам проведенного сестринского исследования установлено, что нормализация режима дня, традиционные методы закаливания, санация очагов хронической инфекции, употребление витаминизированной пищи благоприятно воздействуют на показатели физического развития, функциональные возможности детей. Медицинской сестре необходимо учитывать комплексный подход к оздоровлению часто болеющих детей, который должен быть направлен на профилактику факторов риска возникновения у них отклонений состояния здоровья, выявление патологии на ранних этапах ее формирования, обеспечение оптимальных условий жизни и организацию оздоровительных мероприятий в местном и региональных санаториях. Оздоровительные мероприятия благоприятно воздействуют на функциональные возможности детей, позволяют существенно повысить резистентность детского организма.

Список использованных источников:

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И. *Педиатрия с детскими инфекциями*. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 560 с.
2. Маланичева Т.Г., Зиятдинова Н.В. *Современные тренды реабилитации детей с рекуррентными респираторными заболеваниями*//Практика педиатра.- № 4. - 2022. – Стр. 9-11.
3. Заплатникова А.Л. *Часто болеющие дети: причины недостаточной эффективности оздоровления и резервы иммунопрофилактики*. [Электронный ресурс] //Электронная статья. - 2019. - http://rmj.ru/articles_10054.html. (Дата обращения: 16.10.2022).
4. Измайлова С.Х. *Инновационные методы оздоровления часто болеющих детей в условиях детской поликлиники*. [Электронный ресурс] //Электронная статья. - 2018. <https://cyberleninka.ru/article/n/innovatsionnye-metody-ozdorovleniya-chasto-boley-uschih-detey-v-usloviyah-detskoy-polikliniki> (Дата обращения: 18.09.2022).

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Пухно Альбина Андреевна

*Руководитель: Лукина Алла Владимировна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

В данной статье исследуются методы формирования профессиональной деятельности медицинских сестер. Выбор медицинской специальности для многих студентов-медиков часто представляет собой сложный процесс. На решение влияют многие факторы. Как отмечает большинство исследователей, выбор осуществляется под воздействием двух основных категорий факторов: внешних (воздействия со стороны образовательной и социальной среды) и внутренних (личные качества и предпочтения). Одни студенты выбирают специальность по совету друзей и рекомендации родственников, другие ориентируются на интерес к медицине или открывающиеся финансовые перспективы.

Несмотря на это, проблемы формирования умений и навыков профессионального взаимодействия медицинских сестер обусловлена социальной ситуацией развития современного общества, кардинальными изменениями в социально-экономической и общественной жизни страны.

Во время прохождения клинического этапа обучения студенты-медики постепенно выстраивают свою профессиональную идентичность. Чтобы стать медсестрой, необходимо радикальное развитие профессиональных навыков и способностей, важную роль играет социализация в профессии и развитие профессиональной идентичности.

Студенты сестринского дела преимущественно развивают сестринские навыки через приобретение новых знаний и навыков, взаимодействие с другими студентами, работниками сферы здравоохранения и пациентами с целью выстраивания собственной стратегии профессионального развития и удовлетворенности результатами учебной и профессиональной деятельности. Таким образом формируется пространство эффективного производства и воспроизводства медицинских кадров, снижающее в будущем риск необходимости переобучения и переподготовки новых специалистов. Ноша ответственности за развитие профессиональных навыков у студентов сестринского дела лежит на учебных заведениях. Ожидаемый результат программы обучения состоит в том, что у студентов сестринского дела сформируется профессионализм. Профессия медицинской сестры важна для поддержки образования медсестер будущего.

Студенты, поступающие в медицинские колледжи, чтобы стать профессиональными медсестрами, должны овладеть широким спектром профессиональных навыков.⁴

Профессионализм – это неотъемлемый аспект профессиональной деятельности и того, как люди видят и представляют себя в качестве профессионалов. Развитие навыков у студентов-медиков включает в себя раскрытие и погружение студентов-медиков в профессиональную практику. Профессионализм так же включает в себя профессиональные, образовательные и социальные ценности и, по существу, воспринимается как то, что делает человека профессионалом и отличает одну профессию от другой. Медсестринский профессионализм обладает общей индивидуальностью, благодаря использованию звания «медсестра» и обмена общим опытом. Это подчеркивается посредством профессиональной социализации, при помощи которой студент-медик усваивает чувство профессионализма и полезности в профессии. Развитие профессиональной индивидуальности в сестринском деле начинается, когда студент поступает на обучение. Индивидуализация в качестве медсестры является важным элементом.

Первая практика – важный опыт для студентов, будущих медсестер, в подкреплении уверенности правильного выбора их карьеры, а положительный опыт и чувство комфорта мотивируют продолжение учебы. Чувство выбора правильной профессии и цели усиливает чувство надобности и процесса профессиональной социализации, которое развивает навыки у студентов-медиков. Оно обеспечивает обучение, которое, в свою очередь, способствует развитию личности медсестры.

Формирование сестринского навыка развивается в процессе обучения студентов через социализацию при прохождении стажировки в рамках требований определенного курса и когда студенты начинают идентифицировать себя как профессиональные медсестры. Общаясь и взаимодействуя с практикующими медсестрами, профессионализм развивается за счет применения знаний и навыков студента.

Практикующие медсестры в силу своего профессионального опыта и навыков, играют большую роль в качестве положительных образцов для подражания студентов-медиков, а не только в предоставлении теоретических знаний и преподавательских навыков.

Студенты-медики должны чувствовать свою принадлежность к профессии и идентифицировать себя как медсестры.

Действующая медсестра обязана заботиться о том, чтобы новые студенты прошли практику в благоприятной среде с положительными образцами для подражания, где они продолжают получать образование и социализацию для дальнейшего развития своего профессионализма.

При прохождении практики оскорбительное или унижающее достоинство поведение, препятствуют развитию профессионализма и должны быть устранены. Позитивная учебная среда и чувство комфортности мотивирует студентов-медсестер продолжать учебу. Комфортность ценится и является неотъемлемой частью формирования профессионального опыта. Они связаны с чувством комфортности и их способностью основаться в профессиональной деятельности.

Задача медицинской сестры – быть в качестве положительного образца для подражания, осуществлять повышение эффективности лечения пациентов и профилактики конфликтных ситуаций в системе «медицинский работник – пациент».

Список использованных источников:

1. Вербицкий, А.А. Контекстное обучение в системе профессионального образования / А.А. Вербицкий. – Мед. Сестра. 2000. – № 6.
2. Двойников, С.И. Качество трудовой жизни сестринского персонала – стимул роста эффективности его труда. Главная сестра / С.И. Двойников, Л.А. Карасева. – 2001. – № 7.
3. Лепшокова, Е.А. Значимость дистанционного обучения в условиях самоизоляции / Е.А. Лепшокова // Клычевские чтения / Материалы научно-практической конференции с международным участием. – Карачаевск, 2020. – С. 140-144.

ЧЕРЕЗ ТВОРЧЕСТВО К ЗДОРОВЬЮ

Тихая Анна Александровна

*Руководитель: Кошкалда Светлана Александровна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

На состояние здоровья человека влияет множество разных факторов. К ним относятся такие, как отсутствие вредных привычек, ведение здорового образа жизни, режим дня, здоровое питание, физкультура и спорт, закаливание, правильное дыхание, здоровый сон, режим труда и отдыха, конструктивные мысли и позитивные эмоции. Также немаловажным фактором, влияющим на здоровье человека является творчество. Возможно, вам покажется

маловажным упоминать о влиянии творчества на здоровье. Разве кому-либо прописывали хобби, как лекарство от заболевания или профилактическое средство? Но, согласно научным данным, творческое самовыражение вызывает релаксацию, которая противодействует стрессу. Сейчас же это доказано и множеством медицинских экспериментов. Современная наука с множеством её исследований полностью подтверждает пользу творческого процесса. Вот насколько глубоко творчество воздействует на человека:

Поднимает настроение – это самое очевидное преимущество. Посвящая часть своего времени тому, что действительно приносит человеку радость, гарантированно улучшает настроение. Получение хотя бы незначительных результатов от созидательного процесса сопровождается выбросом дофамина в кровь. Это гормон, который вызывает ощущение удовольствия и интереса к жизни. Это же вещество помогает мотивировать вас. Независимо от того, осознаёт ли пациент возросшее ощущение счастья или нет, дофамин, который он получает после занятий своим любимым делом, будет заставлять его повторить эти действия и получить новую порцию приятных ощущений.

Предотвращает болезнь Альцгеймера и Паркинсона – это одно из долгосрочных влияний творческой деятельности на человека. Исследования, проведенные в США, в клинике Майо показали, что люди среднего и старшего возраста, которые занимались творческой деятельностью любого рода, имели гораздо меньший риск снижения когнитивных функций. Исследователи выяснили, что образование новых нейронных связей, которые формируются во время творчества, помогает взрослым людям создавать резервные запасы когнитивных функций, это в последствии задерживает будущую нейродегенерацию и развитие болезней Альцгеймера и Паркинсона.

Улучшает состояние пациентов с деменцией. Исследования показывают, что сеансы арт-терапии, проводимые с людьми, страдающими приобретенным слабоумием положительно влияют на их состояние. Такие занятия помогают пациентам вернуть интерес к жизни, улучшают состояние памяти, дают желание развиваться, улучшают эмоциональное состояние. Во время арт-сеансов, пациенты занимаются живописью и различными видами рукоделия. Смена видов деятельности и использование различных материалов стимулирует мозговую деятельность, увеличивает интеллектуальную активность пациентов. Во время групповых занятий арт-терапией пациенты становятся более открытыми и общительными.

Благотворно влияет на нервную систему. Как утверждают учёные из клиники Кливленда, в среднем у человека возникает до 60 000 мыслей в сутки, и 95% из них бестолковы и повторяются изо дня в день. Погружение в творческую деятельность сродни медитативному состоянию. Творчество обволакивает ум, как утренний туман горы. Человек настолько поглощен своим занятием, что временно забывает обо всех своих неприятностях и заботах. В конечном итоге он обретает спокойствие и ощущение счастья. Глубоко размышляя о процессе, человек концентрируется на своем внутреннем мире, отключаясь от внешних раздражителей. Исследования показали, что у людей, увлекающихся творчеством, лучше развита способность управления негативными эмоциями. Кроме того, вырабатывающийся в организме гормон дофамин, является природным антидепрессантом, который избавляет от стресса и беспокойства. Людям, перенесшим тяжелую психологическую травму, арт-терапия помогает быстрее восстанавливаться и выражать в их изделиях эмоции и чувства, которые им трудно выразить словами.

Улучшает мозговую деятельность. Творческая деятельность положительно влияет на когнитивные функции головного мозга. Считается, что одной из причин гениальности Эйнштейна было его умение играть на скрипке. Музыкальные занятия позволяли ему эффективно использовать оба полушария мозга одновременно. Исследования показывают, что люди, которые играют на музыкальных инструментах, имеют лучшую связь между левым и правым полушарием мозга. Левое полушарие отвечает за моторные функции, в то время как правое фокусируется на мелодии. Когда два полушария мозга взаимодействуют друг с другом, происходит улучшение когнитивных функций. Вообще,

музыка довольно интересная вещь. Её полезно не только играть, но и слушать. Но полезна не только музыка, а любая креативная деятельность. Будь то написание рассказа, лепка или рисование – они запускают процесс взаимодействия обоих полушарий. Любой процесс создания чего-либо улучшает деятельность мозга.

То есть, не имеет значения умеет ли человек рисовать, лепить или нет, важен сам процесс. Так что любое творческое проявление в жизни полезно для физиологии мозга и тела. При творчестве высвобождаются эндорфины или прочие связанные с хорошим самочувствием гормоны, уменьшается депрессия и тревога, улучшается иммунная функция, ослабевает физическая боль, активизируется парасимпатическая нервная система, а следовательно, снижается частота пульса, артериальное давление, замедляется дыхание, снижается уровень кортизола. Когда мы погружаемся в творческий процесс, то задействуем подсознание, и это помогает нам исцелиться и стремиться вперед. Всё это позволяет говорить о целительной силе творчества и его благоприятном влиянии на состояние здоровья и ощущения внутренней гармонии.

Также уже с раннего возраста детям рекомендуется рисование. Казалось бы, такое решение связано только с психологическим и мыслительным развитием, но на самом деле есть и еще один важный эффект. При длительном и частом рисовании у человека вырабатывается мелкая моторика, рисование мелких деталей изображения приводит к тому, что координация движений становится четче и намного точнее. Поэтому есть и практический смысл занятий искусством. О том, что игра на многих музыкальных инструментах также оказывает сильное положительное влияние на здоровье организма и вовсе говорить не стоит, ведь всем известно, что духовые инструменты разрабатывают дыхательные органы. При занятии лепкой происходит массаж важных точек, расположенных на ладонях и подушечках пальцев. Эти точки связаны с внутренними органами и костями. Воздействуя на эти точки, можно поддерживать в порядке все органы и части тела, и даже лечить их таким способом. Кроме того, лепка хорошо нейтрализует агрессивные реакции, лечит депрессию. Танцы развивают гибкость и пластичность, позволяют снизить вес, поддержать в порядке подвижность суставов, омолаживают, поднимают настроение. Занимаясь танцами, можно осознать себя как целостную личность, установив взаимосвязь между телом, чувствами и мыслями. Помимо этого, танцевальное творчество позволяет проработать эмоциональные блоки и снять мышечные застои, напряжения, тем самым высвободить застойную энергию и избавиться от многих заболеваний.

Многим зрелым людям кажется, что «творчество» - это инфантильное и бесполезное занятие. В то же время креативные практики полезны для всех, независимо от возраста, рода деятельности и склада ума. Занятия любым творчеством успокаивают, позволяют расслабиться, выразить эмоции и переживания, которые трудно выразить словами. С помощью творчества человек выражает себя, свою индивидуальность и уникальность. Занимаясь творчеством, человек переводит неосознаваемые в нём переживания, явления и процессы в сознательную сферу, находя причины своих проблем и отвечая тем самым на многие вопросы жизни. Необязательно быть великим и талантливым, чтобы творить, создавать красоту и дарить людям любовь и добро ко всему окружающему. Сегодня занятия творчеством доступны каждому человеку, так как существуют различные виды искусств, и каждый может выбрать занятие по душе. Творчество можно рассматривать не только как процесс создания чего-то нового, но и как процесс, протекающий при взаимодействии личности (или внутреннего мира человека) и действительности. При этом изменения происходят не только в действительности, но и в личности.

Список использованных источников:

1.Блект, Рами. Путь к ментальному и физическому здоровью / Блект Рами. — Москва: Издательство АСТ, 2019. — 256 с. — (Психология и мудрость Рами Блекта).

2. Влияние творчества на физическое состояние человека [электронный ресурс] URL: <https://nsportal.ru/detskiy-sad/raznoe/2015/12/25/vliyanie-tvorchestva-na-fizicheskoe-sostoyanie-cheloveka> (дата обращения: 20.01.2023)
3. Нила Геймана. «Искусство – это важно»: АСТ, 2020 г. – 112 с.
4. Тюлина Елена Леонидовна автор статьи. «Влияние творчества на психическое здоровье». Опубликовано 10 октября 2022. [электронный ресурс] URL: <https://www.b17.ru/article/393897/> (дата обращения 20.01.2023)
5. Эстанислао Бахрах. «Гибкий ум. Как видеть вещи иначе и думать нестандартно». Перевод на русский язык, издание на русском языке, оформление. ООО «Манн, Иванов и Фербер», 2017

ВЛИЯНИЕ ПЛАВАНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Шалимова Наталья Валентиновна

*Руководитель: Дьяченко Марина Валерьевна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Плавание — один из самых полезных и безопасных видов спорта. Оно положительно влияет на все группы мышц человека, во время плавания нагрузка не только равномерно распределяется между всеми группами мышц, но еще и стимулирует их, сокращая и увеличивая их силу. Одним из главных преимуществ плавания является возможность адаптировать нагрузки к собственным потребностям.

Влияние плавания на дыхательную систему. Плавание оказывает благоприятное влияние на дыхательные мышцы человека, мышцы дыхательной системы приходят в тонус и становятся более сильными, а так же значительно увеличивается объем легких. Особое влияние оказывает на респираторную систему — дыхательная тренировка. Для вдоха человеку необходимо противодействовать движению воды, которое направлено в первую очередь на область груди. В дальнейшем водный поток содействует выдыханию. При данном воздействии все ткани в области легких задействуются, и закаливается весь организм в целом.

Влияние на сердечно-сосудистую систему. Нагрузка в воде при плавании происходит практически в антигравитационных условиях, что оказывает благоприятное воздействие для сердечно-сосудистой системы. Давление воды, оказываемое на поверхность тела пловца, существенно облегчает отток крови от периферии к сердцу. Отсутствие статического напряжения положительно влияет на сердце и систему сосудов. Во время плавания осуществляется хороший массаж сердца благодаря глубокому дыханию: легкие при дыхательном движении то мягко надавливают на сердце, то как бы отпускают его. Таким образом, при плавании, как и при любой физической нагрузке, усиливается деятельность сердечно-сосудистой системы, но это усиление происходит в крайне благоприятных условиях.

Польза плавания для позвоночника и межпозвоночных дисков. Занятия плаванием тренируют мышцы спины и в то же время снимают с них лишнюю нагрузку. Они создают прочный мышечный корсет, который и поддерживает позвоночник в правильном физиологическом положении. Плавание может не только снять напряжение с позвоночника и спины, а так же поможет избавиться от боли и разгрузить позвоночные диски.

Влияние плавания на нервную систему. Плавательные тренировки формируют уравновешенную и сильную нервную деятельность. Нервная система приходит в тонус, при этом процессы возбуждения и торможения в ней будут уравновешены. Кровоснабжение мозга усиливается, что стимулирует умственную деятельность. Плавание вызывает у

большинства людей лишь приятные эмоции, способность поддерживать свое тело на воде оказывает влияние на психику, выравнивается эмоциональный фон. При помощи плавания можно снять нервное напряжение, снять стресс, улучшить сон.

Влияние на иммунную систему.

Плавание — одно из лучших средств для закаливания, постоянные занятия этим видом спорта делают организм человека менее восприимчивым к перепадам температурного режима. Человек, занимающийся плаванием реже страдает от простудных заболеваний, а нормализация состава крови активизирует иммунную систему, которая успешно сопротивляется вирусным болезням.

Оздоровительное и лечебное плавание.

Оздоровительное плавание — это одна из форм массовой физкультурно-оздоровительной работы. Систематические занятия плаванием оказывают закаливающее действие, способствуют развитию мышечной системы, подвижности связочно-суставного аппарата, совершенствованию координации движений, положительно воздействуют на нервную систему, улучшают обмен веществ, работу сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Лечебное плавание — одна из форм лечебной физической культуры (ЛФК), особенностью которой является одновременное воздействие на организм человека воды и активных движений. Цели лечебного плавания: повышение тонуса мышечных тканей спины и прочих частей тела; активизация процессов регенерации нервных волокон и сосудов; увеличение межпозвоночного расстояния, для снижения давления на спинномозговых корешках и межпозвоночных дисках; предотвращение головных болей, головокружения, онемение конечностей; стабилизация общего самочувствия человека.

При показаниях к лечебному применению физических упражнений в воде допустимый уровень нагрузки выбирается индивидуально, с учетом характера заболевания, возраста, общего состояния, уровня физической подготовленности.

Занятия лечебным плаванием должны проводиться в строгом соответствии с дидактическими принципами, а именно:

- Последовательности;
- Постепенности;
- Систематичности;
- Доступности;
- Наглядности;
- Индивидуализации;
- Всесторонности.

Занятие плаванием осуществляется для исправления нарушений осанки и формирования позвоночника человека. Также лечебное плавание используют при таком заболевании как сколиоз для воспитания правильной осанки, возможной коррекции имеющейся деформации позвоночника и грудной клетки, развитие правильного дыхания, увеличение силы, повышение тонуса мышц, особенно разгибателей позвоночника и брюшного пресса, улучшение функций сердечно-сосудистой системы, коррекцию плоскостопия, закаливание организма. Лечебное плавание имеет довольно великое значение. Оно находит свое применение в медицине, являясь одним из методов физиотерапии, применяемой при многих заболеваниях.

Организация занятий лечебным плаванием. На данный момент существует примерная программа лечебного плавания. При ее применении учитываются индивидуальные особенности человека. Все занятия обязательно включают в себя выполнение упражнений вначале на суше, а после в воде. Время проведения занятий составляет 90 минут и распределяется следующим образом: 35 минут — занятия на суше; 10 минут — душ; 45 минут — занятия в воде. Во время проведения занятий на суше выполняются общеразвивающие, корригирующие и подготовительные упражнения, подводящие человека к лечебному плаванию по индивидуальному комплексу упражнений. Занятия в воде

способствуют разгрузке позвоночника и расслаблению мышц. В воде так же выполняются различные упражнения. Для проведения упражнений используется мелкое место в бассейне. Занимающиеся лечебным плаванием должны стоять по грудь в воде и выполнять разнообразные движения ногами и руками, наклоны и т. д. Упражнения в воде, применяемые в лечебном и оздоровительном плавании: – Различные способы плавания (кроль, брасс, плавание на спине, лечебные способы плавания); – Специальные упражнения у бортика (ходьба, бег, прыжки с бортика, специальные упражнения на освоение с водой и обучение технике плавания); – Подвижные игры в воде (ныряние, транспортировка предметов, игры с элементами водного поло, игры облегчающие освоение с водой); – Упражнения на растягивания; – Свободное плавание (купание). По своему направлению все упражнения делятся на общеразвивающие (общеукрепляющие) и специальные, предназначенные для избирательного воздействия на весь организм. При этом одно и то же упражнение может в зависимости от целей и задач комплекса упражнений при одних заболеваниях рассматриваться как специальное, при других — как общеразвивающее.

Список использованных источников:

1. Плавание: Пособие для инструктора-общественника. [электронный ресурс] Статья. 2021. URL: <https://39.rospotrebnadzor.ru/content/pravila-vann> (дата обращения 16.01.2023)
2. Белиц-Гейтман С.В. Мы учимся плавать: Ты - сильнее воды / Погребной А.И., Маряничева И.Г. О некоторых принципах обучения плаванию. // Теория и практика физической культуры, М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2022. — 24 с.
3. Познакомьтесь – плавание. [электронный ресурс] Статья. 2019. URL: <http://gorpol39.spb.ru/все-о-воде-и-плаванье/> (дата обращения 16.01.2023)
4. Иванченко Е.И. Наука о спортивном плавании. - Мн.: МПП Госэкономплана РБ, 2021. - 168 с. Каптелин А.Ф. Плавание в лечебных целях // Здоровье. - 2021. - № 7. - С. 26-27. Интернет-ресурсы по теме «Плавание».

ЗНАЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА

*Балякина Анастасия Ивановна
Руководитель: Толстокорая Татьяна Николаевна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

Инсульт является глобальной эпидемией, угрожающей жизни и здоровью населения всего мира. Во всем мире ежегодно возникает около 6 млн. инсультов, из них более 450 тысяч – в России. По данным ВОЗ, ежегодно от инсульта умирает около 5 млн. человек. Каждые полторы минуты у одного из жителей нашей страны случается инсульт [5, с.7].

Проблема инсульта приобретает все больше медико – социальную значимость. Инсульт в настоящее время является одной из основных причин инвалидизации населения,

так как у перенесшего инсульт пациента функции, утраченные в острый период болезни, восстанавливаются не полностью. Инвалидами становятся 70—80 % выживших после инсульта, причём примерно 20—30 % из них нуждаются в постоянном постороннем уходе. По данным Всемирной организации здравоохранения, у более 62% перенесших инсульт пациентов сохраняются различной степени выраженности нарушения движений, расстройства координации, чувствительности, речи, интеллекта, памяти, 31% пациентов, перенесших эту болезнь, нуждается в посторонней помощи, 20% не могут самостоятельно ходить и лишь 8% возвращаются к прежнему образу жизни и к работе.

За последние десятилетия медицина сделала гигантский скачок вперёд, но диагноз "инсульт" по-прежнему для многих звучит как приговор [2, с.6].

В России смертность от инсульта очень высока, около трети больных умирают в течение первых трёх месяцев после начала заболевания. По данным Всероссийского центра профилактики смертности мужчин от инсульта в России составляет 25%, а женщин 39%. Отмечается также негативное влияние экологических и социальных факторов на население и увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста [2, с.6].

Актуальность данного исследования заключается в том, что ежегодно происходит увеличение распространенности факторов риска сердечно - сосудистых заболеваний и повышение числа заболевших инсультом

Цель исследования: повысить информированность населения об инсульте.

Задачи исследования:

1. Изучить научно - методическую литературу по теме острые нарушения мозгового кровообращения.
2. Выявить уровень осведомленности населения о факторах риска инсульта.
3. Провести беседу в отделении дневного пребывания ГКУ СО Камышинский ЦСОН и дать рекомендации слушателям по распознаванию первых признаков инсульта и его профилактике.

Изучив медицинскую литературу, мы выяснили, что инсульт относится к самым распространенным и опасным болезням 21 века. Под инсультом подразумевается острое нарушение мозгового кровообращения (далее - ОНМК). Существует два основных варианта инсульта — ишемический инсульт, при котором происходит закупорка артерии тромбом и геморрагический инсульт - кровоизлияние в мозг вследствие разрыва кровеносного сосуда. Инсульт развивается, как правило, неожиданно и почти моментально [3, с.126]. Первым упоминанием об инсульте служат описания, сделанные Гиппократом в 467 году до н. э., в которых говорится о потере сознания в результате заболевания головного мозга.

Выявлено огромное количество факторов риска, которые связаны с развитием сосудистых заболеваний. Немодифицируемые (возраст, пол, расовая и этническая принадлежность, наследственность и т.д.) и модифицируемые факторы (повышенное артериальное давление, сахарный диабет, повышенный уровень холестерина, мерцательная аритмия, избыточная масса тела, образ жизни). Одну из главных ролей в сокращении процента заболеваемости, смертности и потери трудоспособности при кровоизлиянии в мозг играет внедрение качественной первичной профилактики. Многие пациенты, например, со стойкой гипертонией не имеют достаточно знаний или мотивации проводить надлежащее лечение своего основного заболевания. Особенности жизни помещают большинство современных людей в группу риска, поэтому профилактика первичного инсульта показана всем людям без исключения.

Большинство людей достаточно четко представляют себе, что нужно делать, чтобы уменьшить вероятность дорожно - транспортного происшествия или избежать заражения ВИЧ - инфекцией, но имеют слабое представление о факторах риска и симптомах инсульта, того самого заболевания, которое уносит не меньше жизней, чем аварии или несчастные случаи. Так, по результатам исследования, проведенного Национальной ассоциацией

инсульта, 17 из 100 граждан не могут назвать ни одного из пяти главных симптомов инсульта [4].

В рамках Программы профилактики инсульта предпринимаются действия, направленные на борьбу с факторами риска инсульта: артериальной гипертензией, курением, потреблением пищи, богатой холестерином [1, с.42].

Формирование мотивации к здоровому образу жизни становится сегодня первоочередной социальной, психологической и медицинской проблемой. Доказано, что профилактические мероприятия уменьшают заболеваемость инсультом почти на половину, а своевременное и правильное лечение значительно повышает шансы больного вернуться к нормальной и полноценной жизни. Поэтому правильное питание, оптимальные физические нагрузки, отказ от курения должны быть постоянными. Миллионы больных, перенесших инсульт, а также находящихся в группе риска нуждаются в информации об эффективных способах профилактики. Рецидив болезни возникает с вероятностью 35 – 40% в течение 5 лет, и последствия с каждым разом бывают более тяжелыми [4].

После изучения специальной литературы по теме нами был разработан опросник, который включал 8 закрытых вопросов с предложенными вариантами ответов.

Исследование по данной теме проводилось на базе ГКУ СО Камышинский ЦСОН в отделении дневного пребывания на протяжении нескольких лет. За период с 2020 г. по 2022 годы было проанкетировано 84 человека. Возраст респондентов составил 65-76 лет. Предварительно все были ознакомлены с целями проведения анкетирования и правилами заполнения анкет.

Респондентам было предложено указать источники информации об инсульте, ФР его развития и методах профилактики. Значительная часть опрошенных (45%) указала, что знания они получили из средств массовой информации, от знакомых и родственников (28%) и в меньшей степени от врачей (22%). Логично предположить, что люди пожилого и старческого возраста, чаще обращающиеся к врачам, и именно от них могут получить информацию о ФР инсульта и рекомендации по здоровому образу жизни. Но проанализировав ответы респондентов разного возраста, нами установлено: несмотря на возраст, все пациенты чаще получали информацию об инсульте из средств массовой информации, а не от врачей.

Результаты анкетирования показали, что большинство респондентов 70 (83,3%), знают о таком заболевании, как инсульт; большая часть, участвующих в опросе, 49 (58,3%) информирована о симптомах инсульта; затруднителен был для слушателей вопрос о том, в каком возрасте может развиваться инсульт. Об этом знает только 21 (25%) респондент; 56 (66,6%) анкетированных не знают и не умеют распознать первые признаки инсульта; достаточное большое количество опрошенных 42 (50%), правильно считают, что процесс выздоровления зависит от времени госпитализации и начала лечения пациента. По итогам анкетирования выявлена очень низкая информированность населения 14 (16,6%) о факторах риска инсульта и борьбы с ними. Среди факторов риска чаще всего отмечали курение, высокое артериальное давление и стресс, реже — злоупотребление алкоголем, избыточную массу тела, плохое питание, гиперхолестеринемию и низкий уровень физической активности; значительная часть опрошенных 42 (50%) знают о страшных последствиях инсульта.

Чтобы компенсировать недостаток знаний участников опроса по данной проблеме, волонтеры провели беседу «Профилактика мозгового инсульта», подробно остановились на факторах риска, симптомах заболевания, особенностях распознавания инсульта, о понятии «золотые часы», и объяснили о том, как вызвать скорую неотложную медицинскую помощь вовремя. Студенты – волонтеры продемонстрировали простой тест на инсульт – «УЗП» - улыбнуться, заговорить, поднять руки; ответили на вопросы, передали слушателям заранее подготовленные памятки по профилактике инсульта. Информация, представленная нами на научном и в тоже время на доступном языке, была хорошо усвоена, что показал экспресс –

опрос, проведенный в конце мероприятия. Очень порадовало, что все участники были не только внимательными слушателями, но и активными участниками ответов на задаваемые вопросы.

Каждый человек обязан знать и уметь распознать первые признаки инсульта. Мы рассказали и о том, что часто ответственность лежит именно на окружающих людях, случайно оказавшихся рядом с человеком, который переносит острую фазу инсульта.

Необходимо усилить просветительскую работу о роли факторов риска инсульта, повышая уровень знаний населения о мерах профилактики инсульта, проводить санитарно-просветительские мероприятия в рамках «Всемирного дня борьбы с инсультом».

Качественная первичная профилактика острого нарушения мозгового кровообращения позволяет существенно снизить число осложнений, степень глубокой инвалидизации, что приводит к повышению качества жизни пациентов после перенесенного заболевания.

Список использованных источников:

1. Неврология: учебник / под редакцией проф.Д.Р. Штульмана, доц. О.С.Левина – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017. - 259 с. - ISBN 978-5-00030-029-9 - Текст: непосредственный.
2. Кадыков, А.С. Инсульт – болезнь века / А.С. Кадыков. - Текст: непосредственный // Сестринское дело. 2019, № 3. – С. 6-10.
3. Котов, С.В.Сестринское дело в неврологии: учебник / С.В.Котов.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-0692-2 - Текст: непосредственный.
4. Ковальчук, В.В. Медико – социальная реабилитация пациентов после инсульта: учебник / В.В. Ковальчук. – Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2018. – 87 с. - ISBN 978-5-9704-4154-1. - Текст: непосредственный.
5. Ярута, А.А. Первичная профилактика инсультов: учебное пособие для студентов / А.А. Ярута, С.И. Леонтьева; – Иркутск: ИГМУ, 2017. – 55 с.- ISBN 978-5-9704-4910-3.– Текст: непосредственный.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кострюкова Вера Анатольевна

Руководитель: Перевозчикова Татьяна Александровна

Камышинский филиал ГАПОУ

"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин

Современная медицина достигла больших успехов в диагностике и лечении рака на ранних стадиях, накоплен богатый клинический опыт, однако показатели заболеваемости и смертности от опухолевых заболеваний увеличиваются с каждым днем.

Злокачественные процессы в груди являются наиболее опасными для здоровья женщин, чем любой другой вид онкологических заболеваний. Очень часто патология приводит к летальному исходу. Рак молочных желез (РМЖ) все чаще выявляют на ранних стадиях. Если в 2011 году на I и II стадиях диагностировано 65% случаев, то в 2020 году – уже 72%. Это произошло благодаря более частому выявлению болезни на самой ранней (I) стадии. С 2011 по 2020 год этот показатель вырос с 18,5 до 26,9%. Одновременно уменьшилась доля больных с III стадией (с 24,8 до 19,6%) и IV стадией (с 9,1 до 8,1%) [1, с. 2].

Риск развития РМЖ повышается с возрастом (особенно после 40 лет). Развитие данной патологии до 30 лет наблюдается редко и, как правило, является следствием воздействия нескольких факторов риска одновременно [4, с. 8].

Согласно мировой статистики заболеваемость и смертность от рака молочной железы в России занимает одно из первых мест. По данным сетевого издательства "Вместе против рака" на 10 ноября 2021 года в нашей стране зарегистрировано:

- В 2020 году абсолютное число случаев рака молочной железы составило 65 468 (11,8% в структуре общей заболеваемости раком). Подавляющее число случаев зарегистрировано среди женщин – 64 951.

- Стандартным показателем заболеваемости среди женщин в 2020 году оказался на уровне 47,39 случаев на 100 тыс. человек.

- В период с 2011 по 2019 год наблюдается устойчивая тенденция к росту заболеваемости.

- Если в 2011 году большинство больных попадало в возрастные группы 50–54 года, 55–59 лет и 60–64 года, то в 2020 году – уже в группы 60–64 года и 65–69 лет и старше. В то же время в 2020 году рак молочной железы выявлялся у молодых пациенток (от 30 до 34 лет) и женщин среднего возраста (от 35 до 44 лет) заметно чаще, чем в 2011 году.

- Смертность от рака молочной железы остаётся высокой. Число умерших от этого заболевания в 2020 году составило 21 462 женщин (13,24 случая на 100 тыс.) [2, с. 4].

Рак молочной железы в Волгоградской области составляет около 11 % от всех регистрируемых случаев злокачественных новообразований. В 2019 году было впервые выявлено 43,7 случаев на 100 тысяч населения [1, с. 7].

Занимаясь в СНК "Здоровая женщина – здоровый ребенок", заинтересовались данной темой и помимо теоретических вопросов, нами было проведено анкетирование по теме: "Профилактика онкозаболеваний молочной железы". В анкетировании приняли участие 35 жителей Камышина. Это представители женского пола в возрасте от 19 до 58 лет.

Мы выяснили, что у 7 респондентов (20,0 %) есть родственники, страдающие раком молочной железы, которые проживают не только в г. Камышине, но и в других областях России. Обычно, люди, имеющие в семье родственников с такой патологией, больше информированы о данной проблеме. Известно, что у пациенток, имеющих в семье ближайших родственников, больных раком молочной железы (матерей и сестер) риск развития данной патологии возрастает более чем вдвое.

Все респонденты знают о причинах возникновения рака молочных желез и указывали в анкетах следующие ответы:

- наследственность – 27 респондентов (77,1 %);
- вредные привычки – 17 (48,6 %);
- гормональные нарушения – 15 (42,9 %);
- экология – 12 (34,3 %);
- радиация – 9 (25,7 %).

На следующий вопрос анкеты "Знакомы ли Вы с методикой самообследования молочных желез?" 4 респондента (11,4 %) ответили отрицательно, возможно они просто не интересовались данным вопросом. Решающая роль в своевременном выявлении новообразований молочной железы принадлежит самой женщине. Каждая женщина должна проводить самоосмотр молочной железы один раз в месяц на 2-3 день после менструаций.

На вопрос "Перечислите профилактические мероприятия рака молочных желез" были получены следующие ответы:

- регулярное профилактическое посещение врача-гинеколога – 35 (100 %),
- самообследование груди – 26 (74,3 %),
- своевременное устранение нарушений гормонального фона – 15 (42,9 %);
- своевременное лечение доброкачественных новообразований в молочной железе – 12 (34,3 %);
- избегать искусственного прерывания беременности – 7 (20 %).

Респонденты достаточно хорошо информированы по данным вопросам, указывали самостоятельно ответы и могли написать несколько вариантов.

Предотвратить развитие РМЖ, повысить шансы на полное выздоровление, не допустить рецидивов после проведенного лечения помогают профилактические мероприятия. Поэтому важно следить за своим здоровьем, не пренебрегать диспансерным наблюдением, скрининговыми осмотрами и обращаться к врачу при появлении даже незначительных симптомов.

На всех этапах профилактики рака молочных желез важную роль играет повышение информированности населения о заболевании, мерах его предупреждения, возможностях скрининга и диагностики. Согласно статистическим данным, раннее начало профилактических мероприятий (в период активной половой жизни и деторождения) позволяет снизить риск РМЖ на 50 %, а если они начаты в детском и подростковом возрасте (контроль массы тела, правильное питание, физическая активность, недопущение вредных привычек) – на 68 % [3, с. 5].

Рак молочной железы широко распространен в мире, на территории России и в районе исследования, поэтому данной проблеме уделяется большое внимание, как в средствах массовой информации, так и среди медицинских работников. Ранняя профилактика - это предупреждение заболевания путем влияния на факторы риска, которые приводят к развитию данной патологии. Разработка и реализация программ ранней диагностики наряду с первичной и вторичной профилактикой – главное направление в борьбе за снижение смертности от рака молочной железы.

Список использованных источников:

1. Выхристюк, Ю.В. Профилактика развития рака молочной железы / Ю.В. Выхристюк [и др.] // Южно-российский онкологический журнал. - 2021. - Т. 2. - № 1. - С. 50-56.
2. Камолов, Б.Ш. Сетевое издание "Вместе против рака" зарегистрировано Федеральной службой по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия 10 ноября 2021 г. Свидетельство о регистрации ЭЛ № ФС 77 - 82257. Учредитель — Фонд поддержки противораковых организаций "Вместе против рака" – URL: <https://protiv-raka.ru>. (дата обращения: 17.01.2023 г.) - Текст: электронный.
3. Крылов, Н. Профилактика рака молочной железы / Н. Крылов, Е. Пятенко // Врач. - 2016. - № 11. - С. 2-5.
4. Портной, С.М. Основные риски развития рака молочной железы и предложения по его профилактике / С.М. Портной // Опухоли женской репродуктивной системы. - 2018. - Т. 14. - № 3. - С. 25-39.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ КАК ФАКТОР ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ

Лепехин Андрей Дмитриевич,
Шияненко Марина Сергеевна
Руководитель: Артюхова Елена Владимировна

Потребность в здоровье является одной из важнейших потребностей человека. Здоровье - обязательное условие его полноценной трудовой, творческой, общественной и личной жизни. Реализация национального проекта по здравоохранению предполагает возрождение диспансеризации, которая выступает высшей формой охраны здоровья каждого человека. Диспансеризация населения проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404 н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (в ред. Приказа Минздрава РФ от 01.02.2022 № 44 н) и в соответствии с частью 7 статьи 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Диспансеризация - это метод лечебно-профилактического обслуживания населения, состоящий в обязательном учете определенных контингентов населения, активном наблюдении за ними для выявления начальных стадий заболеваний, своевременном применении лечебно-профилактических мероприятий, предупреждении осложнений, наступления инвалидности; в систематическом изучении условий труда и быта, проведении мер индивидуальной и социальной профилактики для улучшения и устранения факторов, могущих вызвать различные заболевания [1].

Основная социально-гигиеническая цель диспансеризации здоровых - сохранение и дальнейшее укрепление их здоровья, обеспечение правильного физического и психического развития, создание нормальных условий труда и быта, раннее выявление заболеваний, предупреждение их развития, сохранение трудоспособности.

Задачи диспансеризации:

- оценка состояния здоровья человека при ежегодных осмотрах;
- дифференцированное наблюдение за здоровыми лицами, имеющими факторы риска, и больными;
- выявление и устранение причин, вызывающих заболевание зубов, борьба с вредными привычками;
- своевременное и активное проведение лечебно-оздоровительных мероприятий;
- повышение качества и эффективности медицинской помощи населению путем взаимосвязи и преемственности в работе всех типов учреждений, широкое участие врачей различных специальностей, внедрение новых организационных форм, технического обеспечения, создание автоматизированных систем для осмотров населения с разработкой специальных программ [2;3].

Неинфекционные заболевания (НИЗ), известные также как хронические болезни, не передаются от человека человеку. Они имеют длительную продолжительность и, как правило, медленно прогрессируют. Основными типами неинфекционных заболеваний являются: сердечно-сосудистые болезни (такие как инфаркт и инсульт), онкологические заболевания, хронические респираторные болезни (такие как хроническая обструктивная болезнь легких и астма) и диабет.

По данным Всемирной организации здравоохранения (далее ВОЗ) в 2019 году зарегистрирован миллион случаев преждевременной смерти от хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), что составило 71% всех случаев в мире В структуре ведущих причин смертности населения от ХНИЗ выделяют заболевания сердечно-сосудистой системы – 7,9 млн случаев, онкологические заболевания - 9 млн случаев, хронические болезни органов дыхания – 9 млн случаев, сахарный диабет – 1,6 млн случаев. Уровень смертности от ХНИЗ среди мужчин выше, чем у женщин, данная тенденция отмечается во всех странах мира. В 5% случаев смерть происходит у лиц моложе 7 лет [3].

Актуальностью данной темы является то, что, к сожалению, большая часть населения не понимает, что здоровье – это частная собственность человека и только от человека зависит, как он распорядится своей собственностью. Та меньшая часть населения, которая осознала, что спасение утопающих – дело рук самих утопающих, начинает искать пути сохранения и улучшения своего здоровья.

Целью нашей работы является изучение диспансеризации как метода по выявлению факторов риска, а так же профилактики неинфекционных хронических заболеваний у населения города Камышина и Камышинского района.

Раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее - хронические неинфекционные заболевания), к которым относятся: болезни системы кровообращения и в первую очередь ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания; злокачественные новообразования; сахарный диабет; хронические болезни легких.

Указанные болезни обуславливают более 75% всей смертности населения нашей страны. Кроме того, диспансеризация направлена на выявление и коррекцию основных факторов риска развития указанных заболеваний, к которым относятся:

- повышенный уровень артериального давления;
- повышенный уровень холестерина в крови;
- повышенный уровень глюкозы в крови;
- курение табака, риск пагубного потребления алкоголя;
- нерациональное питание;
- низкая физическая активность, избыточная масса тела или ожирение[2].

Важной особенностью диспансеризации является не только раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, но и проведение всем гражданам, имеющим указанные факторы риска, краткого профилактического консультирования, а также для лиц с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском индивидуального углубленного и группового (школа пациента) профилактического консультирования[5].

Такие активные профилактические вмешательства позволяют достаточно быстро и в значительной степени снизить вероятность развития у каждого конкретного человека опасных хронических неинфекционных заболеваний, а у лиц, уже страдающих такими заболеваниями, значительно уменьшить тяжесть течения заболевания и частоту развития осложнений. Диспансеризация проводится бесплатно по полису ОМС в поликлинике по месту жительства (прикрепления).

Порядок диспансеризации разработан с учетом пиков заболеваемости в том или ином возрасте. Пики заболеваемости различны как у мужчин и у женщин, так и у разных возрастных групп. Перечень обследований у каждого человека будет индивидуальный[4].

В рамках работы СНК при изучении данной темы, мы обратились в кабинет диагностики и коррекции основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний поликлинического отделения ГБУЗ г. Камышин "Городская больница № 1".

Поликлиническое отделение обслуживает население южной части г. Камышина, г. Петров Вала и жителей Камышинского района в возрасте 18 лет и старше - 71033 человека. Нами был сделан анализ проведения диспансеризации взрослого населения за период с 2020 по 2022 годы.

В 2020 году подлежало диспансеризации по плану 15020 человек, прошли - 2937 человек, что составило 19,5% от запланированного населения. Снижение количества населения, прошедших диспансеризацию связано с уменьшением профилактической работы и проведения диспансеризации согласно приказу МЗ РФ от 16.03.2020 года № 171 "О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции

(COVID-19) " п.1.10 и вследствие ограничительных мер, связанных с распространением новой коронавирусной инфекции.

В 2021 году подлежало диспансеризации по плану 16110 человек, прошли - 11454 человека, что составило 71,09% от плана.

В 2022 году подлежало по плану 28974, из них 21013 по ДОГВН (диспансеризация определенных групп взрослого населения), прошли – 28974 человека, что составило 100% выполнение плана.

С 1 июля 2021 г. согласно приказу Минздрава России от 1 июля 2021 года № 698н "Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке" в дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), проходят углубленную диспансеризацию, которая также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Многие хронические заболевания на ранних стадиях протекают бессимптомно, поэтому, чем раньше выявить начальные проявления болезни или риск их развития, тем успешнее будет лечение. Выявленные впервые в жизни заболевания при прохождении диспансеризации гражданами мы отобразили в данной таблице.

Впервые выявленные заболевания при проведении диспансеризации:

заболевания	2020	2021	2022
Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	0	14	0
Новообразования	7	8	8
В том числе злокачественные новообразования	2	5	8
Болезни крови и кроветворных органов	17	11	15
Болезни эндокринной системы	221	161	329
В том числе сахарный диабет	8	30	31
Болезни нервной системы	16	11	13
Болезни системы кровообращения	106	118	187
Болезни органов дыхания	3	6	7
Болезни органов пищеварения	114	33	27
Болезни мочеполовой системы	4	11	4
Прочие заболевания	83	374	195
Итого заболеваний	471	608	781

Изучив итоговые данные проведения диспансеризации населения, нами сделан вывод о том, что, ежегодно при прохождении диспансеризации населением, выявляются заболевания или факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний. Можно отметить рост заболеваний эндокринной системы, системы кровообращения. Ежегодно выявляются случаи новообразований, в том числе и злокачественных.

Именно для этих целей и проводится диспансеризация, которая помимо раннего выявления болезней и их факторов риска обеспечивает проведение необходимых лечебных и профилактических мер, и, при необходимости, длительное диспансерное наблюдение[3].

Эффективность диспансеризации населения определяется следующими критериями: снижение заболеваемости, снижение (отсутствие) временной нетрудоспособности, отсутствие обострений, восстановление функций, отсутствие инвалидности, улучшение клинических показателей и другие критерии.

Список использованных источников:

- 1.Амиров, А.Н. Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры. учебное пособие. Часть 2 / А.Н. Амиров. - Москва: СПб.: Питер, 2021. - 378 с.- ISBN 978-5-9905555-2-5- Текст: непосредственный
- 2.Колобов, А. С. Профилактика и раннее выявление онкологических заболеваний: руководство по профессиональному усовершенствованию для медицинских сестер / А. С. Колобов. - М.: Медицинский проект, 2014. - 80 с. – Текст: непосредственный
- 3.Лидерство и инновации - путь к новым достижениям// сборник тезисов Всероссийского конгресса РАМС (17-19 октября 2017 г.; Санкт-Петербург). - Санкт-Петербург :[б. и.], 2017. - 566 с. – URL: <https://rb1ncm.ru/news/vserossiyskiy-kongress-liderstvo-i-innovatsii-put-k-novym-dostizheniyam-posvyashheniy-25-letiyu-rams.html> (дата обращения 16.01.2016.01.2023)23)
- 4.Руководство для средних медицинских работников / под ред. Ю. П. Никитина, В. М. Чернышева. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019. - С. 895-913.- ISBN 978-5-9704-0391-4. - Текст: непосредственный
- 5.Сенаторова, О.В. Отношение к здоровью и профилактике заболеваний –как показатель общественного здоровья/ О.В. Сенаторова, В.А. Кузнецов, А.С. Труханов// Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2019.- № 18.- С.158-160. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-k-zdorovyu-i-profilaktike-zabolevaniy-kak-pokazatel-obshchestvennogo-zdorovya/viewer> (дата обращения 16.01.2023)

РОЛЬ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

*Скрыпникова Анастасия Александровна
Руководитель: Ефимова Татьяна Владимировна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

Заболевания органов пищеварительной системы во многом связаны с особенностями пищевого поведения. Одной из важнейших составляющих здорового образа жизни является рациональное питание. А отсутствие режима питания, неадекватные диеты, голодание наряду с перееданием - все это приводит к заболеваниям органов ЖКТ, снижению функции желудка и кишечника, общесоматическим расстройствам. Причиной гастрита может стать неправильное питание, нервное истощение, курение; причиной колита- несбалансированное питание; поражением ткани почек, может стать как пьянство, наркотическое пристрастие, токсикомания, так и чрезмерное употребление острой, копченой и маринованной пищи. Отрицательные последствия нерационального питания в наибольшей степени проявляются у детей и пожилых людей, а также во всех возрастных категориях при малой подвижности и недостаточной мышечной нагрузке. [2, с.78]

Беспокоит рост популярности среди студентов продуктов питания быстрого приготовления, содержащих в большом количестве различные ароматизаторы, красители и модифицированные компоненты, а также копчености, пряности, соленья, маринады, промышленные соусы, жирное мясо, фаст-фуд. Часто студенты пренебрегает полноценным и спокойным завтраком, хотя в процессе учёбы значение рационального питания только возрастает. Увеличивается умственная и физическая нагрузка, и для восполнения жизненных ресурсов организма следует продумывать свой рацион и отдавать предпочтение пусть и простым, но более здоровым и подходящим по калорийности блюдам.

Цель исследования: проанализировать особенности питания студентов 1-2 курса Камышинского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", определить рациональность и сбалансированность питания обучающихся, дать рекомендации.

Объект исследования: студенты 1-2 курса медицинского колледжа.

Предмет исследования: роль рационального питания в жизни студентов.

Методы исследования: теоретический анализ литературы; эмпирические: анкетирование; статистический - обработка результатов.

Гипотеза исследования: мы предположили, что питание студентов Камышинского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж" не является рациональным.

Задачи исследования: познакомиться с принципами здорового питания; рассмотреть примеры полезных продуктов; узнать о возможных последствиях влияния неправильного питания на организм; провести анкетирование, выяснить, как питаются студенты медицинского колледжа.

Рациональное питание – это физиологическое полноценное питание здоровых людей с учетом их пола, возраста, характера труда, других факторов. Целью его является сохранить здоровье, сопротивляемость вредным факторам, работоспособность, способствовать активному долголетию. Рациональное питание должно быть адекватным, т. е. соответствовать индивидуальной норме, сбалансированным по белкам, жирам, углеводам, витаминам и минеральным веществам, должен соблюдаться режим питания (распределение калорийности по приемам пищи, при трехразовом питании: завтрак-30%, обед-45%, ужин-25%), разнообразным. Микро и макроэлементы — это важные витамины и минералы. Каждый из них играет свою особую роль в функционировании организма. Рекомендуется выпивать 1,5-2л воды ежедневно.

Рациональное питание должно строиться на следующих принципах: должно быть, как минимум три приема пищи с 1-2 дополнительными перекусами, что позволяет обеспечить хорошую усвояемость пищи и не допустить накопления жира в организме. Ориентироваться следует на 3-часовой перерыв в приеме пищи. Утренний прием должен обеспечить достаточным количеством энергии. Для этого необходимы углеводы и быстроусвояемый белок. Лучше всего для этой цели подходят каши, в которые можно добавить немного сливочного масла, зелени, овощей, фруктов/сухофруктов/орехов. В качестве белкового продукта лучше выбирать куриные яйца, из которых можно очень быстро приготовить омлет (с добавлением сыра, овощей), яичницу или просто отварить их. Также хорошим вариантом является творог с нежирной сметаной и фруктами. Обед должен обязательно содержать горячую, термически обработанную твердую или жидкую пищу. Теплая еда более полноценно усваивается организмом, и питательные вещества быстрее попадают в кровь. Лучше, что бы обед содержал первое блюдо. Для этой цели оптимально подходят супы на различных бульонах. Мясо лучше сочетать с овощами. Хлеб рекомендуется употреблять преимущественно ржаной (отрубной/зерновой). Ужин должен быть не перед самым отходом ко сну и не очень обильным. Это любые молочные продукты, сыр, куриная грудка, рыба, овощные салаты, с добавлением растительных масел, фрукты. Ужинать необходимо не поздно, за 2-3 часа до сна. Если студентам необходимо готовиться к учебным занятиям допоздна и появился сильный аппетит лучше не перегружать желудок и выпить натуральный йогурт, кефир. [1,с.257]

В ходе выполнения данной работы мы провели анкетирование, в результате которого были опрошены студенты Камышинского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", первого и второго курса - 110 девушек и юношей. Как показали результаты опроса, большинство студентов питаются два раза в день, что является неправильным, также 60% студентов отметили, что не завтракают дома. Такое питание пагубно влияет на организм, ухудшает пищеварение, поэтому можно сделать вывод, что многие студенты не соблюдают принципы правильного питания. По результатам анкетирования мы выяснили, что 49% студентов употребляют в пищу овощи и фрукты 1-3 раза в неделю, а 51% каждый день! Также большинство студентов отметили, что ежедневно или через день употребляют в своем рационе молочные и кисломолочные продукты. Из 110 опрошенных студентов 72% отметили, что крайне редко употребляют фаст-фуд, а меньше 14% студентов - 2-3 раза в месяц, такое же количество обучающихся отметили, что употребляют вредную еду чаще

нескольких раз в месяц. Как показывают данные опроса, большинство (55%) студентов не употребляют витаминные комплексы в весенний период учебного года. Из данных упомянутых выше, можно сделать вывод о том, что наша гипотеза частично подтвердилась: питание студентов первого и второго курса не является рациональным и сбалансированным, но находится не в самом плачевном состоянии. Студентам следует сформировать привычку питаться не менее 3х раз в день и познакомиться с принципами рационального питания.

Изучив литературу по теме исследования, мы пришли к выводу, что рациональное питание является средством нормализации состояния организма и поддержанием его высокой работоспособности. Сбалансированное питание очень важно для каждого человека, особенно для растущего организма, так как повышается сопротивляемость к инфекционным болезням, умственная и физическая работа. Во избежание серьезных проблем со здоровьем в среднем и зрелом возрасте следует заботиться об этом с молодости, чтобы не создавать проблемы со здоровьем себе и будущему поколению. [2, с.114]

Для улучшения гигиены питания среди обучающихся медицинского колледжа рекомендуется студентам СНК "Гигиена" вести просветительскую работу по рациональному питанию: выпуск санбюллетеней по питанию, распространение буклетов о здоровой пище, выступление с докладами о влиянии питания на организм человека для студентов первого и второго курса медицинского колледжа.

Список использованных источников:

1. Гигиена и экология человека / под ред. Глиненко В.М. - Текст: электронный. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 274 с. - Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru/book/.html1> (дата обращения: 28.01.2023)

2. Трушина, Л.Ю. Гигиена и экология человека: учебное пособие / Л. Ю. Трушина [и др.]. - М.: ТК Велби – Проспект, 2016. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-4866-3.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

*Шемшединова Асият Сайпуллаевна
Руководитель: Толстокорая Лидия Александровна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

Человечество находится под постоянным воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды, которые способствуют развитию различных заболеваний. Основную долю случаев заболеваний всего населения формируют болезни органов дыхания (76,7 % в структуре), на втором месте находятся болезни органов пищеварения – 9,8 %, на третьем – болезни системы кровообращения – 4,6 %, на четвертом – болезни нервной системы – 3,1 %, остальные классы болезней - менее 3 % в структуре ассоциированных случаев заболеваний. Заболевания органов дыхания занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и определяют в значительной мере уровень временной утраты трудоспособности, инвалидности и смертности населения России [2]. Одним из наиболее распространенных заболеваний в современном мире является бронхиальная астма.

Актуальность данного исследования связана с тем, что это хроническое заболевание значительно снижает качество жизни человека и приводит к потере работоспособности, инвалидности, летальным исходам.

Нами проведен анализ литературных источников, Интернет - сайтов по теме исследования.

Бронхиальная астма (БА) – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с повторяющимися эпизодами свистящего дыхания, кашля, тяжести в грудной клетке,

одышки или приступов удушья, обратимые спонтанно или под влиянием лечения. Клиника бронхиальной астмы зависит от формы (аллергическая, не аллергическая), течения (легкое интермиттирующее, легкое персистирующее, среднетяжелое, тяжелое), фазы болезни (обострение, затухающее обострение, ремиссия), осложнений (эмфизема, легочная недостаточность, ателектаз, пневмоторакс, легочное сердце) [1].

Высокая распространенность и социально-экономическое влияние БА 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.

В задачи медицинской сестры при организации ухода в условиях стационара входит выявление и решение проблем пациента. Нами рассмотрена реализация сестринского ухода и его особенностей при бронхиальной астме. Медсестра занимает ведущее место в оказании качественной медицинской помощи пациенту, она проводит наблюдение за состоянием пациентов и осуществляет за ними уход, а также выполняет назначения лечащего врача. В обязанности медицинской сестры стационара входит подготовка больного к обследованиям, забор биологического материала для лабораторных исследований, оказание доврачебной неотложной помощи при приступах бронхиальной астмы, а также проведение профилактики данного заболевания[3].

Деятельность современной медицинской сестры предполагает ежедневное использование различных стандартов (норм) правильного, четкого и последовательного выполнения основных сестринских манипуляций, методика которых представлена в виде алгоритма последовательных действий. Применение стандартов облегчает работу медсестер, сокращает неоправданные расходы средств, времени, обеспечивает преемственность, улучшает качество обслуживания пациентов и результаты лечения.

Нами сделан вывод, что бронхиальная астма является одним из наиболее тяжелых хронических заболеваний органов дыхания, ведет к снижению качества жизни пациентов, может быть причиной инвалидности. Выраженные обострения этого заболевания представляют определенную угрозу для их жизни. Высокая распространенность, тяжесть течения и неблагоприятный прогноз определяет бронхиальную астму как одну из самых значимых медико - социальных заболеваний в современном мире. Высококвалифицированная своевременная сестринская помощь способствует уменьшению сроков выздоровления пациента, снижает время пребывания в стационаре, повышает качество жизни пациентов.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ ЦГБ г. Камышина. После проведенного анализа литературы мы провели опрос пациентов терапевтического отделения.

В опросе приняли участие 20 пациентов различного возраста с заболеванием бронхиальной астмой. В ходе исследования нас интересовал вопрос: в каком возрасте чаще наблюдается данное заболевание у пациентов?

Результаты опроса представлены ниже в диаграмме 1 (рис. 1):

Диаграмма 1.

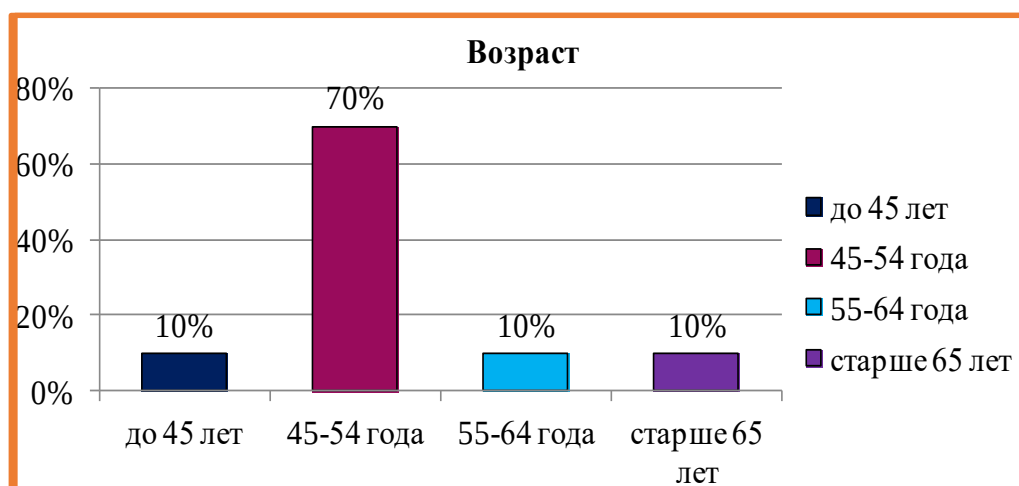


Рис. 1. Возраст пациентов.

Результаты диаграммы (рис. 1). Возраст пациентов: наибольшее число пациентов с бронхиальной астмой составило – 14 (70%), это люди трудоспособного возраста, по 2 (10%) – пациенты до 45 лет, от 55-64 лет и старше 65 лет.

На вопрос об источниках получения информации по бронхиальной астме 11 (53%) пациентов ответили, что обращались к своему лечащему врачу, 5 (27%) – консультировались у медицинских сестер, 3 пациента использовали веб - ресурсы (13%), а у 1 (7%) имелись какие-то иные источники информации (рис. 2).

Диаграмма 2.

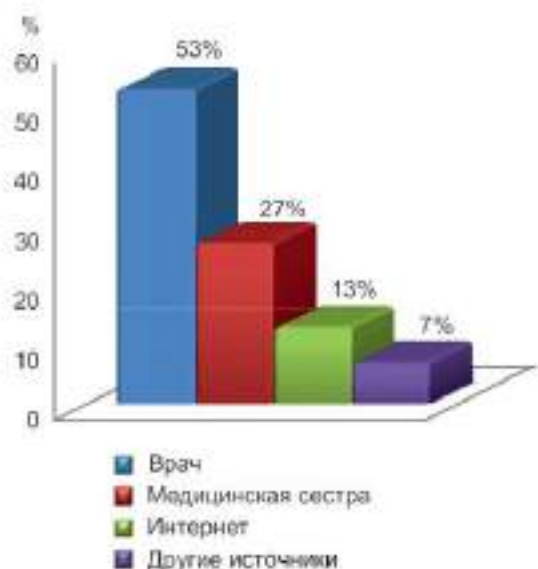


Рис. 2. Источники получения информации о заболевании.

Вывод. Таким образом, 80% пациентов получали сведения о заболевании из достоверных источников, в том числе -27% из них – от среднего медицинского персонала. Это является крайне важным, так как устранение воздействия факторов риска является обязательным компонентом в программе ведения пациентов с БА.

По вопросу удовлетворённости сестринского ухода в стационаре проведен опрос среди пациентов, результат представлен ниже в диаграмме 3 (рис .3).

Диаграмма 3.

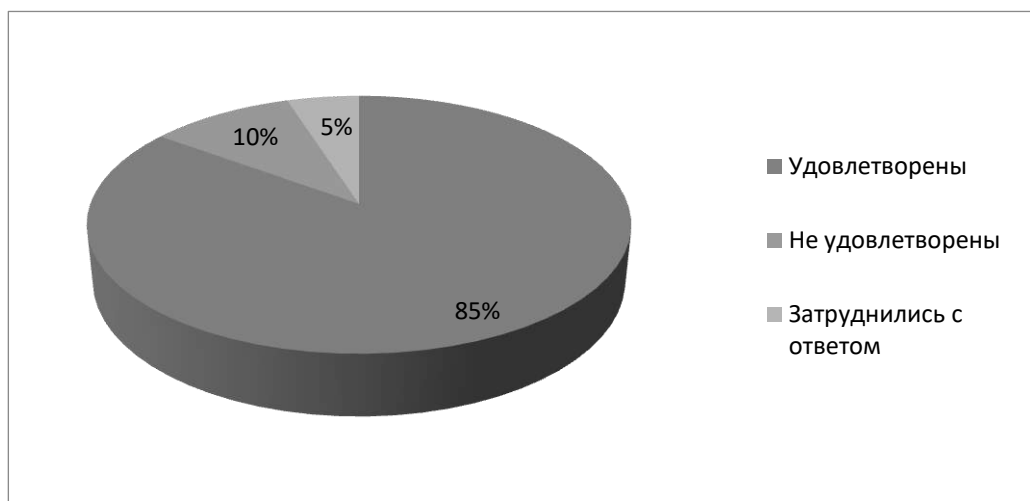


Рис. 3. Удовлетворённость сестринского ухода за пациентами в стационаре.

Результаты диаграммы (рис. 3). Удовлетворённость сестринского ухода за пациентами в стационаре: 17 (85%) пациентов удовлетворены; 2 (10%) - не удовлетворены; 1 (5%) - затруднились с ответом. По итогам опроса нами был сделан вывод, что удовлетворённость сестринского ухода за пациентами в стационаре высокая - 85%.

С целью повышения информированности пациентов нами были разработаны практические рекомендации по профилактике БА.

В ходе исследовательской работы поставленная цель была достигнута: изучены особенности сестринской деятельности в организации решения проблем пациента с бронхиальной астмой в условиях стационара. Задачи исследования были реализованы.

Проведенные исследования позволили нам выявить особенности сестринской деятельности в организации решения проблем пациента с бронхиальной астмой в условиях стационара, направленные на повышение качества лечения, сестринского ухода, улучшение качества жизни пациентов с данной патологией, снижение риска осложнений и выхода на инвалидность.

Таким образом, в ходе проведенного исследования наша гипотеза полностью подтвердилась: качественная организация сестринской деятельности способствует решению проблем пациента с бронхиальной астмой в условиях стационара, снижает риск развития приступов и осложнений заболевания, улучшает качество жизни пациентов.

Практической значимостью нашего исследования является разработка рекомендаций для пациентов по пользованию карманным ингалятором, небулайзером, пикфлоуметром и ведению дневника самоконтроля.

Список использованных источников:

1. Лычев, В.Г. *Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. Руководство по проведению практических занятий* / В.Г. Лычев, В.К. Карманов. - Текст: электронный - Москва: Форум, 2018.-432с. - URL: <https://ibooks.ru/bookshelf/361585/reading> (дата обращения: 17.01.2023).
2. *О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2020 году: Государственный доклад.* - М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2021. - 256 с. - ISBN 978-5-7508-1849-5. - Текст: непосредственный.
3. Смолева, Э. В. *Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи: учебное пособие* / Э. В. Смолева - Текст: электронный - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021. - 475 с. // Лань: электронно - библиотечная система - URL: <https://e.lanbook.com/book/164697> (дата обращения: 17.01.2023).

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Нестерова Анастасия Романовна
Руководитель: Анкина Лариса Викторовна
ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Колледж ВолгГМУ, Волгоград

Сегодня уже нельзя не заметить, что многие стоматологические клиники и зуботехнические лаборатории всё чаще открывают свои двери для цельнокерамических реставраций с использованием компьютерных технологий. Ежегодно появляются новые цифровые технологии, позволяющие во много раз повышать качество диагностики, лечения и протезирования. Внедрение в стоматологическую практику именно цифровых технологий позволило расширить границы и возможности диагностики, улучшило качество лечения и сократило время проведения пациента в клинике. И, конечно, основополагающими факторами в данном случае являются биосовместимость и естественный вид реставраций из современных стоматологических керамических материалов.

Целью данной работы является изучение современных цифровых информационных технологий, применяемых в стоматологии.

Задачи:

- 1) Определить преимущества использования информационных технологий в стоматологии.
- 2) Провести анализ традиционного ручного и автоматизированного методов изготовления мостовидных конструкций.

Внедрение технологии CAD/CAM вызвало цифровую революцию в зуботехнических лабораториях. Теперь изделия, необходимые для выполнения зуботехнических работ любого типа, начиная от самых простых и заканчивая самыми сложными, могут быть созданы на экране монитора, а затем просто и легко изготовлены в лаборатории или в каком-то другом месте. Современная тенденция – изготовление эргономичных CAD/CAM систем, лазерных сканеров с высоким разрешением и быстродействующих роботов, предназначенных для механической обработки многих керамических материалов и металлических сплавов. Такие технологии предлагают ряд ценных преимуществ зуботехническим лабораториям. Технология CAD/CAM позволила расширить возможности использования керамических материалов для изготовления цельнокерамических протезов. Чаще всего, для изготовления одиночных коронок, мостовидных протезов и других ортопедических конструкций, используется стеклокерамика, армированная лейцитом, алюмооксидная керамика и диоксид циркония. В частности, высоким потенциалом в этой области обладает диоксид циркония, который, благодаря своей высокой прочности, способен выдерживать высокие нагрузки, действующие в жевательных областях зубного ряда. Кроме того, диоксид циркония является идеальным материалом для создания особых протезов, например, первичных коронок для протезных конструкций, в которых применяются двойные коронки. Более того, оптические свойства (светопроницаемость, светоотражение) цельнокерамических протезов и натуральных зубов идентичны, поэтому керамические реставрации могут отвечать самым высоким требованиям эстетики.

Сравнение традиционного ручного и автоматизированного методов изготовления мостовидных конструкций.

Изготовление мостовидных конструкций с использованием восковых моделей является, по общему мнению, дорогостоящей и требующей высокой точности работы технологией. Хотя фольга глубокой вытяжки и предварительно сформированные восковые элементы могут облегчить ручной труд зубного техника, эта работа всё равно требует

большого внимания. Следует учитывать, что минимальная толщина стенок не может быть меньше установленного размера предела, и что изготовленная в воске модель конструкции должна быть снята с рабочей модели без образования напряжений и остаточных деформаций. Кроме того, испытание восковой модели во рту невозможно, что в сложных случаях создаёт значительные неудобства. Традиционная процедура изготовления мостовидных конструкций, начиная с изготовления восковой модели, и вплоть до окончательной припасовки во рту, служит источником многочисленных ошибок. Использование системы автоматизированного проектирования и управления производством CAD/CAM позволяет снизить количество ошибок и, одновременно, предоставляет эффективную и эргономичную технологию изготовления мостовидных конструкций из металла. Производство, основанное на компьютерных технологиях, обеспечивает рост качества и увеличения производительности. Получение в зуботехнической лаборатории экономичных оттисков и хорошее качество припасовки создают хорошую основу развития этой тенденции. Традиционный метод заключается распределением равномерной толщиной стенок и специальным сечением нижнего края, сформированного вручную из воска или на основании фольги глубокой вытяжки. Благодаря слою термопластичной фольги, обеспечивается минимальная толщина стенок, которая не может быть везде одинаковой. Критические места должны дополняться воском. Для формирования промежуточных элементов служат прецизионные стандартизированные детали, изготовленные из воска и подгоняемые в соответствии с ситуацией. Поскольку формовка соединительных элементов является рутинной работой, площадь поперечного сечения только оценивается и не измеряется точно. При работе с воском важно поддерживать нужную температуру, чтобы не было напряжений при деформации вследствие охлаждения. В сложных случаях, например, при непараллельности опор, может произойти отрыв восковой конструкции от рабочей модели, в результате которого может произойти деформация восковой конструкции. При использовании заготовок CAD-Waxx-Blocke, VITA Zahnfabrik, которое обрабатывается системой inLab, такая трудность совершенно исключается. С помощью сканера inEos рабочая модель и даже профиль антагонистов в течение нескольких минут оцифровывается и на экране компьютера может рассматриваться со всех сторон в виде трёхмерного изображения. При изготовлении мостовидных конструкций из металла автоматизированные системы CAD/CAM превосходят традиционную методику с применением воска, позволяя сберечь время для подгонки и коррекции конструкции. Затраты времени на изготовление рабочей модели, а затем отливки и окончательной обработки готовой конструкции в обоих методах одинаковы. Промежуточные этапы при автоматизированной технике занимают существенно меньше времени, чем при традиционной технологии. Система inLab предоставляет несколько методов проектирования мостовидных конструкций, используемых в зависимости от ситуации. Например, возможен выбор конструкции с полной анатомической формой и контролем окклюзионных и апроксимальных контактов. Затем проводится полная или частичная редукция под керамическую облицовку, или можно использовать стандартную мостовидную конструкцию, реализованную в системе CAD/CAM.

Описанная методика CAD/CAM пригодна в зуботехнической лаборатории не только для изготовления мостовидных конструкций, но также для изготовления цельнолитых коронок или колпачков. С помощью многофункционального программного обеспечения inLab возможно создание различных конструкций. Система CAD/CAM пригодна также для изготовления отдельных коронок. Материал CAD Waxx прозрачен, что позволяет проводить визуальный контроль стенок каркаса.

Сканер CERCON

Опыт, накопленный десятилетиями, подтверждает низкую эффективность металлокерамических протезов, как с клинической, так и с эстетической точки зрения; всё чаще пациенты останавливают свой выбор на изготовлении цельно-керамических стоматологических протезов. Единственный керамический материал, который может

применяться для изготовления каркасов под мостовидные конструкции и другие конструкции протезов, требующие высокой прочности, это высокотехнологичная керамика – оксид циркония. Компания «DeguDent», впервые продемонстрировавшая систему изготовления цельно-керамических реставраций по технологии CAM под названием «CERCON» представляет сегодня принципиально новый продукт, созданный для оптимизации работы зубных техников, занимающихся изготовлением сверхточных каркасов из оксида циркония по технологии CAD-сканер CERCON EYE.

CERCON EYE- это система, включающая достаточно компактный прибор, использующий цифровые камеры и лазерный сканер для считывания визуальной топографической информации с гипсовой модели, и компьютер, позволяющий провести виртуальное моделирование каркаса протеза с последующей передачей данных на фрезерный станок, используя Интернет или другие носители информации. в кратчайшие сроки. Появление такой системы открывает перед зубными техниками возможность изготовить каркас протеза из оксида циркония на подготовленной гипсовой модели в кратчайшие сроки с возможностью предварительного контроля виртуального каркаса в своей лаборатории или в другой лаборатории своего города и, отправив информацию в лабораторию, имеющую фрезерный станок, получить по почте готовый каркас.

Заключение

Компьютерные технологии могут применяться на всех этапах оказания стоматологической помощи. Своевременная подготовка специалистов, в полной мере владеющих такими технологиями, является важным условием широкого внедрения современных информационных технологий во все сферы стоматологии. Работа врача стоматолога - ортопеда и зубного техника в основном заключается в протезировании, воссоздании целостности всей зубочелюстной системы пациента и восстановлении ее полноценных функциональных возможностей. Можно утверждать ,что будущее реставрационной стоматологии тесно связано с использованием систем, подобных тем, которые были рассмотрены в нашей статье, поскольку такие системы высоко информативны. При их грамотном использовании можно работать абсолютно спокойно и держать под контролем этап диагностики и этап выполнения намеченного плана лечения.

Список использованных источников:

1. ЭндерА. CEREC 3D DESIGN. Компьютерное конструирование и изготовление (CAD/CAM) цельнокерамических вкладок, коронок и виниров. Компьютерное конструирование и изготовление.[Текст]:учебник/А.Эндер,Х.ВернерМёрманн.– Цюрих, 2018 г. – 258 с.
- 2.Ли К.-Основы CAD/CAM/CAE[Текст]:учебное пособие.-СПб.:Питер,2019-560с.
- 3.Абакаров А.С.CAD/CAM-системы в стоматологии: [Текст]:учебное пособие С.И. Абакаров[и др.].-ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2016 – 96 с.
- 4.Инструкция по применению сканера CERCON - URL:https://www.dentsplysirona.com/content/dam/flagship/ru/explore/lab/broshures/DFU%20Cercon%20xt%20ML_Инструкция%20по%20применению%20.pdf (дата обращения: 30.01.2023)
- 5.Исаков В.А. Технологическая революция в стоматологии.- URL:<http://navistom.net/pcatid/10/docid/243> (дата обращения: 31.01.2023)
- 6.Журнал цифровая технология -URL:<http://dda-russia.ru/zhurnal-cifrovaya-stomatologiya>(дата обращения: 02.02.2023)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ НАПРЯЖЕНИЯ

Гарькуша Алла Евгеньевна,
Ильенко Екатерина Максимовна
Руководители: Смирнова Ольга Ивановна

Головная боль относится к частым жалобам в детском и подростковом возрасте. Частота встречаемости головной боли среди школьников-подростков достигает 57-82%. В связи с этим, в докладе экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Головные боли и общественное здоровье» в качестве одной из приоритетных задач названо «повышение эффективности лечения и профилактики головной боли у детей» [5, с. 5].

Среди цефалгий в детском возрасте наблюдаются первичные головные боли – мигрень и головная боль напряжения (далее – ГБН) [4, с. 1348]. В подростковом возрасте отмечается преобладание ГБН, которая возникает впервые в младшем школьном возрасте, достигая наибольшей выраженности по частоте и интенсивности в пубертатном периоде. Приобретая регулярно-ремиттирующий или хронический характер, ГБН способствует развитию у пациентов эмоциональных и поведенческих расстройств, снижению школьной успеваемости, процессов социальной адаптации и ухудшению качества жизни подростка [3, с.18]. Согласно современным представлениям, ГБН подросткового возраста – это психосоматическая дисфункция многофакторного генеза. Эмоциональное перенапряжение, интенсивные школьные занятия, недостаточная или чрезмерная физическая нагрузка, острые и хронические психотравмирующие ситуации, возникающие в семье, часто провоцируют ГБН. К частым причинам, способствующим развитию ГБН, относятся зрительное напряжение, связанное с компьютерными играми, длительное напряжение перикраниальной мускулатуры при статической нагрузке (игра на музыкальном инструменте, работа за компьютером), депривация сна, которые часто встречаются в детском и подростковом возрасте.

В зависимости от частоты приступов ГБН делятся на следующие варианты:

- нечастые эпизодические ГБН – головная боль возникает с частотой не более 1 дня в месяц (не более 12 дней в год),
- частые эпизодические ГБН – головная боль возникает с частотой от 1 до 15 дней в месяц (от 12 до 180 дней в год [2, с.18-19].

Лечение ГБН у подростков – сложная мультидисциплинарная задача, требующая комплексного подхода с использованием разнообразных методов психологической коррекции и фармакотерапии. Кроме того, в связи с неконтролируемым приёмом анальгетических средств, возникает опасность развития лекарственно-индуцированных цефалгий, которая способствует увеличению количества эпизодов головной боли вплоть до развития хронической ГБН [1, с.12-13].

Распространённость ГБН у пациентов подросткового возраста, недостаточная эффективность применения фармакологических препаратов, требуют поиска новых терапевтических подходов к профилактике и купированию цефалгических пароксизмов, что и определило актуальность данного исследования.

Целью данной работы явилось исследование динамики клинических проявлений ГБН под влиянием лечебно-реабилитационного комплекса, включающего физиотерапевтическое воздействие, в Центре восстановительной медицины и реабилитации «Краснодарская бальнеолечебница».

Для достижения целей исследования были проанализированы данные обследования двух клинических групп пациентов подросткового возраста, страдающих ГБН.

Первую клиническую группу составили 20 пациентов в возрасте от 9 до 15 лет с наличием приступов более 10 раз в месяц в течение 1 дня, что согласно классификации МКГБ-3, относят к частым головным болям напряжения.

Во вторую (контрольную) клиническую группу вошли 20 пациентов в возрасте 10 – 15 лет, с цефалгиями напряжения, с такой же частотой болевых приступов.

Цефалгический синдром у пациентов обеих клинических групп проявлялся головными болями сжимающего или давящего характера (по типу «обруча» или «каска»). Боль возникала чаще после 2-3 урока или во второй половине дня, продолжалась до вечера, с разной степенью интенсивности, усиливаясь во время напряженной работы, при тревоге или стрессе. В состоянии отдыха и психологического расслабления, а также при положительных эмоциях, отмечалось снижение интенсивности цефалгии.

Кроме того, подростки предъявляли жалобы на чувство напряжения и дискомфорта в области затылка, шеи и надплечий, повышенную тревожность, сниженный фон настроения, нарушение сна (затруднения засыпания, поверхностный сон с множеством сновидений, частыми пробуждениями, снижение общей длительности сна, раннее окончательное пробуждение, отсутствие ощущения бодрости после ночного сна), раздражительность.

Всем пациентам в начале курса лечения и по его окончании проводилось комплексное клиническое обследование, включавшее общий осмотр с детальным анализом жалоб и анамнеза заболевания; исследование неврологического статуса.

Для объективизации динамики клинической симптоматики в процессе проведения лечебно-реабилитационного комплекса разработан лист динамического наблюдения, отражающий основные клинические симптомы ГБН. Образец листа динамического наблюдения, отражающий клинику ГБН, представлен в таблице 1.

Таблица 1.

Лист динамического наблюдения за пациентами с ГБН

№ п/п	Клинические симптомы	До лечения	После лечения
1.	Головная боль по типу «обруча» или «каска»	+++	+
2.	Усиление головной боли при напряженной работе	++	—
3.	Усиление головной боли при тревоге или стрессе	++	+
4.	Повышенная тревожность	+	+ —
5.	Сниженный фон настроения	++	+
6.	Диссомния (расстройство сна)	++	+ —
7.	Раздражительность	++	—
8.	Напряжение перикраниальных мышц	++	+ —

Расшифровка значений: «+++» – интенсивная выраженность симптома; «++» – значительная выраженность симптома; «+» – умеренная выраженность симптома; «+ —» – слабая выраженность симптома; «—» – отсутствие симптома.

Для купирования приступов цефалгии, пациентам с головными болями напряжения обеих клинических групп лечащим врачом назначался приём нестероидных противовоспалительных препаратов (нурофен, ибупрофен), а также терапия для коррекции эмоционального фона (тенотен детский, фенибут). Пациентам первой исследуемой клинической групп, наряду с медикаментозным лечением, назначался курс восстановительной терапии, направленный на уменьшение тонуса перикраниальных мышц, а также нормализацию процессов торможения и возбуждения центральной нервной системы, который проводился в течение 20 дней.

Физиотерапевтический лечебно-реабилитационный комплекс для пациентов с частыми ГБН включал:

1. Электросон (аппараты серии «Электросон»), продолжительность воздействия 30 минут, курсовая терапия – 10 сеансов.
2. Йодобромные ванны, продолжительностью 20 минут, курсовая терапия – 10 процедур, через день.
3. Массаж воротниковой зоны (расслабляющая методика), продолжительностью 15 минут, на курс 10 процедур, через день.
4. ЛФК – упражнения постизометрической релаксации, через день.

Подросткам, входящим в контрольную клиническую группу с ГБН, комплекс физиотерапии не проводился. Динамика клинической симптоматики у пациентов с головными болями напряжения под влиянием лечебно-реабилитационного комплекса отражена в таблице 2.

Таблица 2.

Динамика клинической симптоматики у пациентов с головными болями напряжения под влиянием лечебно-реабилитационного комплекса

№ п/п	Клинические симптомы	Количество n=20			
		До лечения		После лечения	
		n	%	n	%
1.	Головная боль по типу «обруча» или «каска»	20	100%	12	60%
2.	Усиление головной боли при напряженной работе	8	40%	4	20%
3.	Усиление головной боли при тревоге или стрессе	12	60%	6	30%
4.	Повышенная тревожность	11	55%	6	30%
5.	Сниженный фон настроения	9	45%	4	20%
6.	Диссомния (расстройство сна)	18	90%	8	40%
7.	Раздражительность	15	75%	7	35%
8.	Напряжение перикраниальных мышц	20	100%	10	50%

Результаты проведенного исследования показывают, что в клинической группе подростков с ГБН под воздействием физиотерапевтических методик наблюдалась следующая положительная динамика: головные боли прекратились у 40% пациентов; отсутствие усиления головной боли при напряженной работе или стрессовой ситуации отметили 50% пациентов, уменьшение тревожности и улучшение настроения наблюдалось у 25% человек. Ночной сон улучшился у 50% пациентов. Явления раздражительности прекратились у 40% подростков. Снижение напряжения перикраниальных мышц наблюдалось у 50% пациентов исследуемой группы (рис.). Таким образом, под влиянием физиотерапевтического лечения у подростков с ГБН наблюдается регресс неврологической симптоматики. В контрольной группе пациентов с ГБН существенной динамики клинической симптоматики не наблюдалось. Частота болевых пароксизмов оставалась в пределах 10 приступов в месяц, которые пациенты купировали приёмом анальгетиков с различной степенью эффективности. Симптоматика эмоционального фона подростков клинической группы в течение исследуемого периода не изменилась.



Рис. Положительная динамика состояния пациентов подросткового возраста с ГБН.

Сравнительный анализ динамики клинической симптоматики исследуемых групп пациентов с ГБН показывает, что применение восстановительной терапии с использованием физиотерапевтических методик значительно повышает эффективность реабилитационного процесса.

Список использованных источников:

1. Головная боль напряжения (ГБН). Клинические рекомендации. Разработчики: Всероссийское общество неврологов. Российское общество по изучению головной боли (РОИГБ). – 2021. – 55 с.
2. Головная боль у детей и подростков: дифференциально-диагностические подходы, основные принципы терапии : уч.-метод. пособие / В.В. Шевцова – Витебск: ВГМУ, 2017. – 24 с. (с.18-19)
3. Головная боль напряжения у подростков: основные аспекты проблемы. Тонконоженко, Н. Л., Клиточенко, Г. В., Малюжинская, Н. В. // Лекарственный вестник. – 2016. – № 1 (61). – Том 10. – С.18-22
4. Нестеровский Ю.Е., Заваденко Н.Н., Шипилова Е.М. Головные боли напряжения у детей и подростков. РМЖ. – 2015. – №22. – С.1348-1352.
5. Первичные головные боли у детей и подростков. – Учебно-методическое пособие. – Под ред. Н.Н. Заваденко. – М.: ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 2015. – 96 с.

ВЛИЯНИЕ ДИОКСИНА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Ильченко Анастасия Владимировна

Руководитель: Корсунова Ольга Александровна

ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"

министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар

В настоящее время среди большинства химических канцеротоксикантов особое место отводят группе соединений 1 класса опасности под названием «диоксины». По химической номенклатуре «диоксин» – гетероциклическое соединение с двумя гетероатомами кислорода, но сейчас термин «диоксин» применяют как тривиальное название всех хлорорганических производных диоксина, а именно, к 2,3,7,8-тетрахлордibenзо -1,4-диоксина (рис. 1).

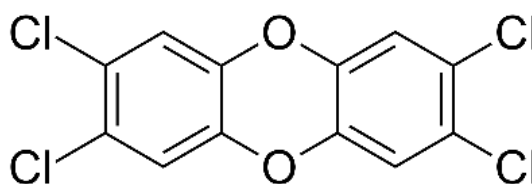


Рис. 1. Строение диоксина

Диоксины - это глобальные экотоксиканты. Они слабо расщепляются и накапливаются как в организме человека, так и в биосфере планеты, включая воздух, воду, пищу. Бесцветные кристаллические вещества с температурой плавления 200-400°C, обладающие высокой липофильностью, то есть способностью растворяться в органических растворителях и накапливаться в жировых тканях, а также высокой адгезией к частицам почвы, золы, донным отложениям, что способствует накоплению их в поверхностных водах [1, с.37].

Диоксин - один из самых коварных ядов, известных человечеству. В отличие от обычных ядов, токсичность которых связана с подавлением ими определённых функций организма, диоксин и подобные ему ксенобиотики поражают организм благодаря способности индуцировать активность ряда окислительных железосодержащих ферментов - монооксигеназ, что приводит к нарушению обмена веществ и подавлению функций ряда систем организма.

Диоксины образуются, главным образом, в результате промышленных процессов, но могут также образовываться и в результате естественных процессов, таких как извержения вулканов и лесные пожары. Основными виновниками выбросов диоксинов в окружающую среду являются мусоросжигательные установки для твердых и бытовых отходов, которые не всегда подвергают отходы полному сжиганию. К естественным источникам образования диоксинов относят извержения вулканов, лесные пожары.

Диоксины можно обнаружить в любой части мира практически в любой среде. Самые высокие уровни этих соединений обнаруживаются в почвах, осадочных отложениях и пищевых продуктах, особенно в молочных продуктах, мясе, рыбе и моллюсках. Незначительные уровни обнаруживаются в растениях, воде и воздухе. Одной из первопричин загрязнения диоксинами пищевых продуктов животного происхождения часто оказывается загрязнённый корм для сельскохозяйственных животных. Так, например, в конце 2008 года Ирландия сняла с продажи многочисленные тонны свинины и продуктов из свинины, так как во взятых образцах свинины были обнаружены уровни диоксинов, превышающие безопасный уровень в 200 раз. Было прослежено, что источником загрязнения были зараженные корма. В 1999 году высокие уровни диоксинов были обнаружены в домашней птице и яйцах из Бельгии. Источником был корм для животных, загрязненный в

результате незаконной утилизации отработанных промышленных масел на основе полихлорбензола (далее – ПХБ).

В Российской Федерации СанПиН 2.3.2.2401-08 устанавливает следующие предельно допустимые нормы содержания диоксинов (по токсическим эквивалентам): в растительных маслах — 0,75 пг/г, яйце и молоке — 3 пг/г, рыбе — 4 пг/г. К сожалению, законодательство Российской Федерации сегодня не предусматривает обязательного контроля диоксинов [5, с.67]. На рис. 2. приведена диаграмма содержания диоксинов в продуктах питания разных стран мира за 2021 год в нанограмм токсикологического эквивалента на 1 кг жира (далее – нг ТЭ/кг) на основании данных Екатеринбургского Научно-исследовательского института питания.

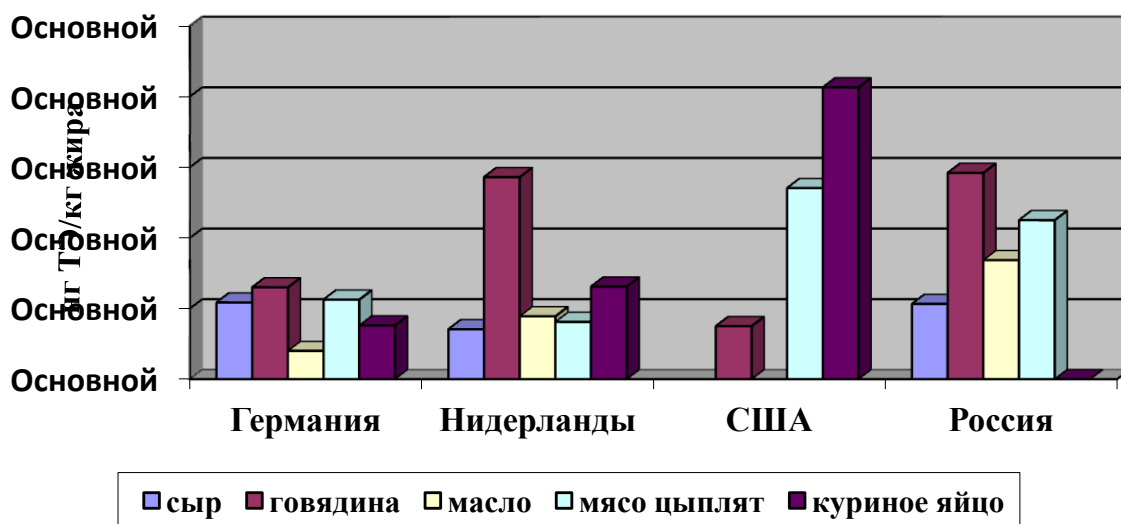


Рис. 2. Диаграмма содержания диоксинов в продуктах питания различных странах мира, 2021 г.

Из диаграммы (рис. 2) видно, что лидирующее место по содержанию диоксинов занимает говядина независимо от страны производителя. На основании диаграммы рис. 2. можно сделать вывод, что диоксины содержатся также в мясе цыплят и куриных яйцах. В этой категории лидером является США и Россия. Причём в России в куриных яйцах диоксин не обнаружен, так как, вероятно, корм куриц-несушек отличается по качеству от корма цыплят-бройлеров по содержанию диоксина.

Первым признаком и легкого, и тяжелого отравления хлорорганическими соединениями часто является заболевание хлоракне – тяжелая форма профессиональных угрей. Помимо поражения кожи, в клинической картине наблюдаются поражения печени, желудочно-кишечного тракта и нервной системы. Хлоракне характеризуется комедонами в виде черных точек, закупоривающих устья фолликулов, и роговыми кистами до 10 мм в диаметре. Хлоракне - это признак не только местного, кожного, но и системного поражения организма. Средняя продолжительность наблюдения хлоракне составляет 26 лет. Попадая в организм человека и животного, диоксины вызывают аномалии в работе генетического аппарата. Первичные эффекты воздействия связывают с их высокой специфичностью к цитозольному Ah-рецептору, контролирующему активацию генов на 15-й хромосоме человека и накоплению неспецифических ферментов P-450A1 и P-450A2, подавлением гена на 16-й хромосоме человека.

Во всех случаях диоксиновых отравлений обнаруживаются порфирии - нарушение порфиринового обмена. Порфирия проявляется в повышенной фоточувствительности кожи: она становится хрупкой, покрывается многочисленными микропузырьками и пигментными пятнами. При хроническом отравлении диоксином развиваются также различные

заболевания, связанные с поражениями печени, иммунных систем и центральной нервной системы. При поздней кожной порфирии кожа становится более ранимой, наблюдаются эритематозные и буллезные высыпания, гиперпигментация кожи, гипертрихоз. При сильном отравлении наблюдается быстрое, прогрессирующее исхудание, а также инволюция тимуса (атрофия вилочковой железы). При клинико-лабораторном обследовании крови возможно обнаружение панцитопении (снижение количества красных и белых кровяных телец, а также тромбоцитов), а при исследовании мочи – порфиринурии (цвет мочи становится темным, оранжево-красным).

В организм человека диоксины проникают с водой и пищей через желудочно-кишечный тракт, также с воздухом и пылью через лёгкие и кожу. Эти вещества циркулируют в крови, откладываясь в жировой ткани и липидах всех без исключения клеток организма. Через плаценту и с грудным молоком они передаются плоду и ребёнку.

При остром отравлении человека и животных наблюдаются признаки общетоксического действия диоксина: потеря аппетита, физическая и половая слабость, хроническая усталость, депрессия и катастрофическая потеря веса. К летальному исходу он приводит через несколько дней и даже через несколько десятков дней, в зависимости от дозы яда, скорости его поступления в организм. Все эти признаки общетоксического действия проявляются на фоне резкой активации диоксином (в десятки и сотни раз) важного железосодержащего фермента - цитохрома Р-448. Особенно сильно активируется этот фермент в плаценте и в плоде, в связи с чем диоксин даже в ничтожных количествах подавляет жизнеспособность, нарушает процессы формирования и развития нового организма, иными словами, оказывает эмбриотоксическое и тератогенное действие [2, с.120].

Диоксинами могут поражаться практически все органы и системы с различной симптоматикой. Специфичным и обязательным при любых проявлениях для клиники поражения диоксинами является наличие хлоракне, на фоне которого развиваются вегетососудистая дистония по гипертоническому типу, умеренная цитопеническая реакция крови, нарушение липидного обмена, снижение Т- и В-лимфоцитов, иммунной реактивности [4, с.44].

Диоксины обладают сильно выраженным канцерогенным эффектом, вызывают рак органов пищеварения (49,9%) в основном желудка и пищевода, бронхов (28,5%), крови (14,3%), почек (7,3%). Латентный период клинического проявления рака составляет 12-13 лет после контакта с диоксинами [3, с.61].

Токсическое действие диоксинов зависит от числа атомов хлора и их положения в молекуле. Наибольшей токсичностью обладает 2,3,7,8-тетрахлордibenзодиоксин (ТХДД) и 1,2,3,7,8 - пентахлордibenзодиоксин (ПХДД). В организме теплокровных диоксин первоначально попадает в жировые ткани, а затем перераспределяется, накапливаясь преимущественно в печени, затем в тимусе и других органах. Его разрушение в организме незначительно: он выводится в основном неизменным, в виде комплексов неуставленной пока природы. Период полувыведения в организме человека колеблется от 7-10 лет.

Существуют различные мероприятия по профилактике действия канцерогенных факторов и предупреждению развития онкологических заболеваний. Надлежащее сжигание загрязненных материалов является наилучшим доступным методом профилактики и контроля воздействия диоксинов. С помощью этого метода можно также уничтожать отработанные масла на основе ПХБ. В процессе сжигания требуются высокие температуры – свыше 850°C. Для уничтожения больших количеств загрязненных материалов необходимы еще более высокие температуры – 1000° и выше.

Наилучшим путем предотвращения или снижения уровня воздействия диоксинов на людей является принятие мер, ориентированных на источник, например, строгий контроль промышленных процессов для максимально возможного снижения уровня выделяемых диоксинов. Санитарно-гигиенические мероприятия направлены главным образом на выявление производственных канцерогенных факторов с помощью экспериментальных и

эпидемиологических исследований, а также путем выявления загрязнений окружающей среды. Для более быстрого отбора проб необходимо использовать экспресс-тесты на мутагенность.

Важным профилактическим мероприятием является регламентирование канцерогенов. Медицинская профилактика включает предварительные при приеме на работу и периодические медицинские осмотры рабочих, а также диспансеризацию населения, направленные на выявление и лечение фоновых и предопухолевых заболеваний. Медицинский персонал, проводящий медосмотры, должен проявлять онкологическую настороженность. Предприятия, на которых проводится работа с канцерогенными веществами должно иметь по законодательству РФ паспорт канцерогенно опасного предприятия и проходить периодические проверки Роспотребнадзора.

С точки зрения обывателя, поскольку диоксины накапливаются преимущественно в липидосодержащих тканях, удаление с мяса жира животных и переход на потребление молочных продуктов с низким содержанием жира помогает снизить поступление в организм диоксинов.

Таким образом, на основании результатов исследования можно сделать вывод, что диоксин является сильнейшим канцерогеном, который обладает мутагенным, тератогенным и эмбриотоксическим действием.

Список использованных источников:

1. Андерсон Д.М. *Экология и наука об окружающей среде*. М., 2007. – 384 с.
2. Одум Ю. *Экология / Пер. с англ. Т. 1–2*. — М.: Мир, 2006. – 450 с.
3. Башарова Г.Р. //Диоксины и здоровье // Г.Р. Башарова, Л.М. Карамова / Медицина труда и экология человека – 2015– № 4 – URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/dioksiny-i-zdorovie> (дата обращения: 24.01.2023).
4. Башарова Г.Р./ Основные результаты исследований по республиканской программе «Диоксин»// Г.Р. Башарова, Л.М. Карамова / Медицина труда и экология человека – 2022 – № 3 – URL:<https://http://uniimtech.ru/Archive/2022/2022.3/04.pdf> (дата обращения: 24.01.2023).
5. Галкин А. //Диоксины в кормах. Риски для человека//А. Галкин, П. Бениш /Комбикорма – 2011 – № 2 – URL:https://stylab.ru/netcat_files/userfiles/64-67.pdf (дата обращения: 26.01.2023).

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ**

*Мурадян Александра Сергеевна,
Цеева Жаннета Аскарбиевна
Руководитель: Демченко Ольга Павловна
ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Рост числа людей, зараженных вирусом иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) и увеличение доли женщин среди них, а также ежегодный рост числа родов у ВИЧ-инфицированных женщин, определяют чрезвычайную актуальность профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

ВИЧ-инфекция – это медленно прогрессирующее, хроническое заболевание, вызываемое ВИЧ, которое характеризуется поражением клеток иммунной системы, имеющих на своей поверхности рецептор-белок CD4⁺ – это Т-лимфоциты (хелперы), моноциты, макрофаги и др. В результате чего формируется синдром приобретенного иммунодефицита, что приводит инфицированного ВИЧ к гибели.

Стремительный рост количества инфицированных ВИЧ, особенно среди молодого населения, приводит к увеличению смертности, снижению рождаемости, сокращению продолжительности жизни населения в целом [1].

Клинические проявления ВИЧ-инфекции крайне разнообразны, что обусловлено, как прямым действием вируса на организм, так и вторичными изменениями, связанными с развившимся под влиянием вируса нарушениями иммунной системы. Клинически выраженной ВИЧ-инфекции предшествуют инкубационный и продромальный периоды. Среди наиболее частых неспецифических симптомов в продромальном периоде отмечаются: лихорадка неясного генеза, лимфаденопатия, диарея, слабость, кожные высыпания, повышенная ночная потливость и др [3]. В дальнейшем, развиваются поражение внутренних органов и периферической нервной системы, отмечается локализованная саркома Капоши.

Касаемо женщин, как инфицированных, так и не инфицированных функции иммунной системы в период беременности значительно подавляются.

В начальный период беременности происходит понижение уровня иммуноглобулина и комплемента, в течение всей беременности происходит значительное ослабление клеточного иммунитета. Эти изменения, естественные при беременности, приводят к тому, что у ВИЧ-инфицированных женщин беременность может ускорить развитие инфекции. Однако, многочисленные наблюдения за состоянием ВИЧ-инфицированных женщин во время беременности и после родов, как правило, не выявили особой разницы в прогрессировании заболевания по сравнению с небеременными ВИЧ-инфицированными женщинами [4].

По сравнению с неинфицированными, наблюдается более высокий уровень внематочных беременностей, что может быть связано с влиянием сопутствующих инфекций, передаваемых половым путем.

Чаще отмечаются преждевременные роды, согласно некоторым отчетам, примерно в два раза чаще, чем у неинфицированных.

Риск передачи ВИЧ от матери ребенку составляет от 20 до 45%, если не применять никаких мер профилактики. Применение необходимых профилактических мер, позволяет снизить риск передачи ВИЧ-инфекции вертикальным путём до 1-2%.

Единственным источником ВИЧ является инфицированный человек и риск передачи ВИЧ-инфекции зависит от количества вирусов, содержащихся в биологической жидкости ВИЧ-инфицированного, с которой контактирует здоровый человек. Концентрация вируса неодинакова в разных жидкостях организма ВИЧ инфицированного в различные периоды развития ВИЧ-инфекции. Как показывает исследования наибольшее количество вирусов находится в сперме, крови, вагинальном секрете

В настоящее время для лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции используют различные методы обнаружения антигенов и генетического материала ВИЧ, а также методы обнаружения антител к ВИЧ, это молекулярно-генетические – ПЦР (PCR – polymerase chain reaction) и иммунологические: ИФА, иммунный блотт и другие методы [5].

Стандартной и наиболее доступной процедурой является выявление антител к ВИЧ в ИФА, с последующим подтверждением специфичности антител в реакции иммунного блоттинга [2].

Полимеразная цепная реакция – метод получения множества копий определенных фрагментов ДНК (генов) в биологическом образце. Достоинства метода ПЦР:

1. Высокая чувствительность исследования, которая позволяет амплифицировать в ПЦР и выявить целевую последовательность можно даже в том случае, если она встречается однажды в образце из 10^5 клеток.

2. Высокая специфичность полимеразной цепной реакции, позволяет выявлять ДНК конкретного инфекционного агента в присутствии ДНК других микроорганизмов и ДНК организма-хозяина, а также проводить генотипирование.

3. Универсальность метода ПЦР-диагностики инфекционных заболеваний, а также наследственных заболеваний человека, заключается в использовании одного и того же оборудования, однотипных наборов реактивов, универсальной процедуре подготовки образцов (проб) и техники постановки анализа.

Экономия времени в ПЦР определяется отсутствием стадий культуральной микробиологической работы.

Приблизительно треть детей получают вирус от ВИЧ-инфицированной матери. Выявление нуклеиновых кислот ВИЧ молекулярно-генетическим методом в первые 48 часов жизни свидетельствуют о внутриутробном инфицировании.

При использовании ПЦР диагностики ВИЧ-инфекция выявляется у большинства инфицированных детей к 2-х месячному возрасту и практически у всех в возрасте 4-6 месяцев [6].

Чтобы обезопасить ребенка от заражения ВИЧ-инфекцией через грудное молоко, необходимо применять только искусственное вскармливание. В настоящее время, смеси для замены грудного молока полностью адаптированы к потребностям младенца и гарантируют его отличный рост и развитие, что позволяет снизить риск инфицирования ребенка до 2% и менее.

Выявление ВИЧ-инфекции у беременной женщины является показанием к проведению профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

Максимальная эффективность профилактических мероприятий, направленных на предотвращение передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, достигается снижением вирусной нагрузки в крови матери до неопределяемого уровня во время беременности и родов, а так же предотвращением контакта ребенка с биологическими жидкостями матери во время и после родов: кровь, вагинальное отделяемое, грудное молоко.

Применение медикаментозной профилактики во время беременности и родов, при отказе от последующего грудного вскармливания, позволяет снизить риск инфицирования ребенка до 2% и менее. Медикаментозная профилактика включает:

- АРВ-терапия во время беременности;
- АРВ-терапия во время родов;
- АРВ профилактика у новорожденного.

Наиболее успешные результаты получаются при проведении всех трех этапов медикаментозной профилактики, однако, если какой-либо из этапов провести не удастся, это не является основанием для отказа от следующего этапа.

Если профилактика антиретровирусными препаратами по каким-либо причинам не проводилась или была неэффективна, то женщинам, инфицированными ВИЧ, рекомендуют плановое кесарево сечение. Проведение этой операции позволяет избежать дополнительного контакта с кровью при естественных родах и снизить возможный риск заражения ребенка. Окончательное решение о необходимости кесарева сечения принимается акушером-гинекологом индивидуально.

На сегодняшний день, передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, является чрезвычайно актуальной проблемой. Внедрение в лабораторную диагностику современных, высокотехнологичных методов диагностики ВИЧ имеет принципиальное значение как в плане максимально раннего выявления ВИЧ (в том числе у беременных женщин), так и профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Список использованных источников:

1. Беляев, С.А. Микробиология: Учебное пособие / С.А. Беляев. - СПб.: Лань П, 2016. - 496 с.
2. Волина, Е.Г. Частная микробиология: Учебное пособие / Е.Г. Волина, Л.Е. Саруханова. - М.: РУДН, 2016. - 222 с.
3. Глэдвин М., Трэттлер В., Мэхэн С. Медицинская микробиология: проще не бывает. 2019, 6-е издание, с.25

4. Долгушин И.И., Гизингер О., Шишков Ю.С. «ВИЧ-инфекция этиология, патогенез, лабораторная диагностика», 2015г.
5. Богословская Е.В., Творогова М.Г., Киреев Д.Е., Куевда Д.А., Шипулин Г.А., Анисимова Н.С., Шемиура А.Б., Сандырева Т.П., Нешумаев Д.А. Покровский В.В. Ассоциация специалистов и организаций лабораторной службы «Федерация лабораторной медицины», Молекулярно-биологическое исследование «определение концентрации РНК ВИЧ в плазме крови»// Москва, 2014г.
6. Зайцева Н.Н., Ефимов Е.И., Носов Н.Н., Парфенова О.В., Пекшиева О.Ю. Современные молекулярно-генетические методы исследования в эпидемиологическом надзоре за ВИЧ-инфекцией., (Аналитический обзор), МедиАль, Н-Новгород, 2015, 13 с.

ВЛИЯНИЕ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВЫСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА НА РАЗВИТИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ

Мурадян Александра Сергеевна

Руководитель: Базелюк Маргарита Альфредовна

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Вирус папилломы человека (далее – ВПЧ) представляет собой группу вирусов, чрезвычайно широко распространенных во всем мире. В настоящее время довольно высока инфицированность населения вирусом папилломы человека. В акушерстве и гинекологии заболевания, связанные с данным вирусом, остаются одной из важнейших проблем, так как из-за наступления ранней половой жизни и не 100% эффективностью средств контрацепции возрастает вероятность заражения инфекциями, передаваемых половым путем. Это связано и с резким ростом инфицированности именно женского населения данным возбудителем: так, за последнее время число инфицированных женщин в мире увеличилось более чем в 10 раз.

По данным ВОЗ, ВПЧ является иницирующим фактором в генезе рака шейки матки, а также дистрофических, злокачественных процессов вульвы и влагалища [1, с. 112].

Все новообразования делят по онкологической опасности, локализации и форме кожных наростов [1, с. 113].

1. От генотипа вируса зависит его онкогенный потенциал, то есть возможность вызывать онкологические перерождения зараженных тканей. Генотипирование выделяет такие типы инфекции по риску онкогенности:

– низкого риска – 6, 11, 42, 43, 44, 53, 54, 55: имеют низкие шансы вызвать раковые изменения, но отвечают за появление наростов на разных участках тела, вызывая тем самым эстетический дискомфорт.

– высокого риска – 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59: интегрируют свой геном в здоровые клетки и тиражируются при каждой репликации клетки-хозяина.

2. Локализация инфекции:

– альфа – поражает слизистые оболочки половых органов у мужчин и женщин, проявляется кондиломами.

– бета – поражает поверхностные слои эпидермиса, проявляется на поверхностных слоях эпидермиса классическими бородавками.

3. Формы кожных новообразований. Папилломы делят на пять основных категорий.

– *простые* – самый распространенный вид наростов, формируются в виде ороговевающего бугорка светлого цвета;

– *плоские* – имеют темный цвет и проявляются небольшими скоплениями на коже, появляются на верхней части туловища, реже на половых органах;

– *остроконечные* – кондиломы поражают слизистые оболочки и входят в категорию онкогенного риска, характеризуются быстрым разрастанием;

– *нитевидные* – акрохорда или старческие папилломы возникают у людей среднего и пожилого возраста, имеют ножки, поддерживающие родинку.

– *внутренние родинки, или кондиломы* – локализуются на внутренних органах: на стенках желудка и прямой кишке, наросты в ротовой полости и мочевом пузыре.

ВПЧ поражает клетки базального слоя эпителия, проникая через микроскопические повреждения кожи и слизистых. Вирусная ДНК освобождается от капсида при участии белка L2 и поступает в ядро клетки. Клетка остаётся жизнеспособной, однако в ней происходит репликация вирусной ДНК. Клеточная пролиферация и дифференцировка сопровождается репликацией вирусного генома, транскрипцией и трансляцией вирусных белков, сборкой вирионов, морфологически проявляются в виде койлоцитоза и появления визуально наблюдаемых папиллом и кондилом. Именно эти участки кожи опасны в отношении контактного заражения. Инфекционные вирусные частицы попадают в окружающую среду по мере слущивания клеток поверхностных слоев эпителия.

Наибольшую потенциальную опасность представляет персистенция ВПЧ высокого канцерогенного риска (далее – ВКР), которая приводит к повреждению плоского и железистого эпителия (особенно в зоне трансформации) шейки матки.

Заражение ВПЧ происходит после контакта с больным человеком, а также вирусоносителем, не имеющим клинических проявлений. Воротами для вируса служат мелкие дефекты кожи и слизистых оболочек. Традиционными органами-мишенями для ВПЧ являются кожные покровы и слизистые оболочки аноурогенитальной области и верхних дыхательных путей.

У одного больного может быть несколько типов ВПЧ одновременно – инфицирование может происходить как одним, так и несколькими типами этого вируса. Папилломавирусная инфекция гениталий часто бывает многоочаговой и ассоциированной более чем с одним типом вируса папилломы человека. Кроме того, среди инфицированных ВПЧ статистически значимо чаще выявляются различные ИППП.

Инкубационный период при генитальной ВПЧ-инфекции обычно варьирует от нескольких месяцев до нескольких лет. Проявлениям папилломавирусной инфекции аногенитальной локализации нередко в течение нескольких месяцев предшествуют не генитальные формы папиллом. Прогрессия инфекции высокого онкогенного риска в кожную дисплазию и рак обычно происходит в сроки от 5 до 30 лет, и редко в сроки, не превышающие 1 года. В большинстве случаев генитальная ВПЧ инфекция остается нераспознанной.

В Российской Федерации рак шейки матки (далее – РШМ) занимает пятое место в структуре всех онкологических заболеваний и второе место в структуре смертности женщин от рака, уступая место раку эндометрия [2, с. 42].

Смертность от РШМ в Краснодарском крае значительно выше, чем по Российской Федерации в целом: 9,5 на 100 тыс. женского населения в крае против 7,9 по России. Смертность от рака шейки матки составляет 5,1% в структуре онкологической смертности женского населения Кубани. Ежегодно более 250 женщин умирают от прогрессирования данного заболевания.

Результаты исследования. Исследование проводилось на базе лабораторного центра г. Краснодара на приборе «Амплификатор детектирующий ДТлайт» производства компании «ДНК-Технология» в режиме реального времени с использованием набора реагентов HPV КВАНТ. На ВПЧ ВКР обследованы пациенты, имеющие в анамнезе различные изменения слизистой уrogenитального тракта, среди них – 79 женщин и 12 мужчин (диаграмма 1).

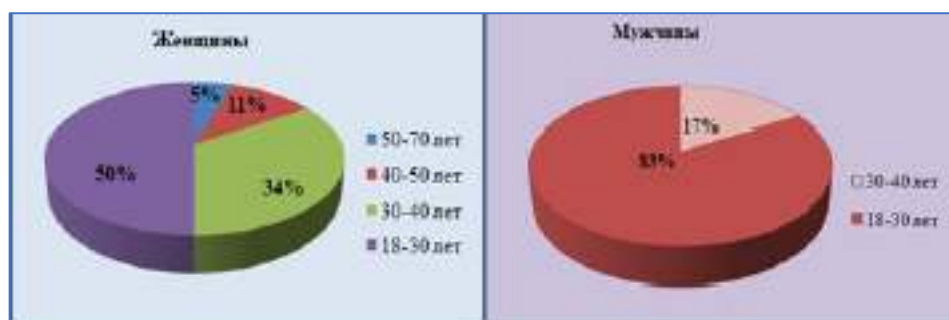


Диаграмма 1. Гендерный состав пациентов.

В качестве биоматериала использовались соскобы эпителиальных клеток: из цервикального канала у женщин, секрет предстательной железы и из уретры у мужчин. ПЦР-исследование включает три этапа: выделение, амплификация и детекция. Амплификация и детекция проходит в режиме реального времени, программное обеспечение фиксирует только клинически значимую концентрацию вируса (более 10^3 копий ДНК HPV на 10^5 клеток человека), которая характеризует высокий уровень инфекции, что может привести к неоплазии шейки матки. Для образцов с меньшей концентрацией программа фиксирует отрицательный результат, так как расценивается транзиторной инфекцией и самопроизвольно элиминируется из организма в 80% случаев.

У 22 (39%) женщин был обнаружен ВПЧ ВКР, причём у 6 человек обнаружено по одному генотипу инфекции, у 16 человек обнаружена микст-инфекция, что повышает риск возникновения новообразования (диаграмма 2). Среди обнаруженных генотипов встречаются генотипы повышенного риска, такие как 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58, что указывает на необходимость регулярного цитологического обследования для выбора дальнейшей лечебной тактики. Среди мужчин только у одного человека (9%) была выявлена микст-инфекция.

Выводы

1. Папилломавирусная инфекция уrogenитального тракта – одна из наиболее часто встречающихся инфекций, передающихся преимущественно половым путём.

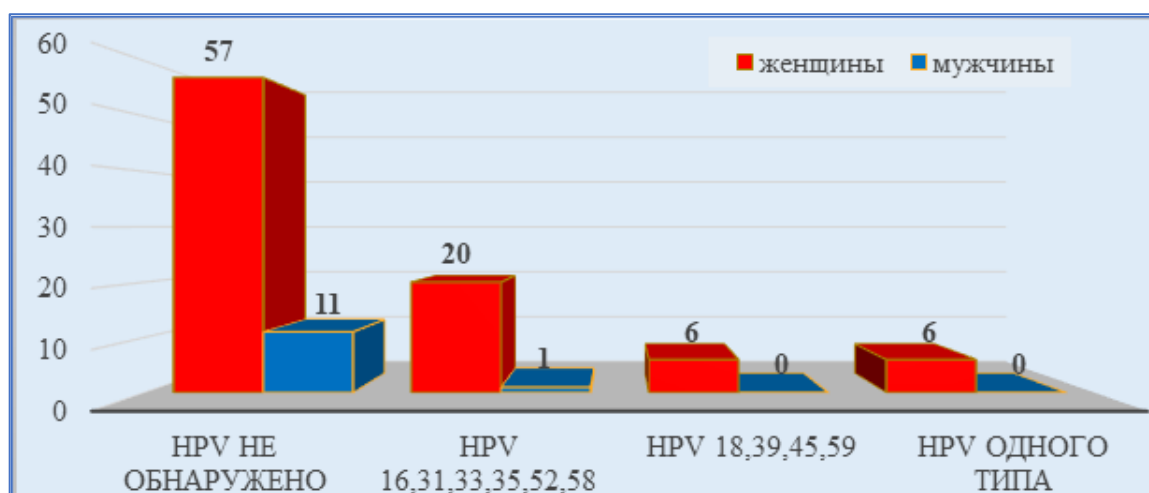


Диаграмма 2. Количество пациентов с положительным и отрицательным HPV.

2. Выявленные высокоонкогенные типы (16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) ассоциированы с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями, наиболее эпидемиологически значимыми являются неопластическая трансформация шейки матки.

3. Пациенты, имеющие клинически значимую концентрацию вируса (более 10^3 копий ДНК HPV на 10^5 клеток человека), значительно повышающая риск злокачественного

перерождения, нуждаются в регулярном цитологическом наблюдении на предмет диспластических изменений и коррекции лечения.

4. Для санитарно-профилактической работы разработана памятка для использования как раздаточный материал пациентам клиники.

Список использованных источников:

1. Булатова И.А., Шевлюкова Т.П., Ненашева О.Ю., Щекотова А.П., Спирина А.Б. Оценка инфицированности высоко канцерогенными типами вируса папилломы человека по данным скрининга // *Акушерство и Гинекология*. – 2021, №10, с.112-117. <https://dx.doi.org/10.18565/aig>.
2. Зыкова Т.А., Неродо Г.А., Богомоллова О.А. Распространенность, вирусная нагрузка и типовое разнообразие ВПЧ высокого онкогенного риска среди больных с воспалительными и опухолевыми заболеваниями. // *Медицинский вестник Юга России*. – 2018, №9, с.42-50. <https://doi.org/10.21886/2219-8075-2018-9-1-42-50>.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ В ОРГАНИЗАЦИИ И ОБЕСПЕЧЕНИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Чеботарева Наталья Сергеевна

Шаркова Наталия Викторовна

Руководители: Агаджанова Майя Сергеевна

Потапова Юлия Васильевна

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Хроническая сердечная недостаточность (далее – ХСН) – это синдром, развивающийся в результате нарушения способности сердца к наполнению и/или опорожнению, сопровождающийся недостаточным кровообращением органов и систем, проявляющийся жалобами на одышку, слабость и повышенную утомляемость [1, с. 200].

ХСН, являясь конечной стадией развития и прогрессирования различных заболеваний, ассоциируется с высокой заболеваемостью, заметным ухудшением качества жизни и неблагоприятным прогнозом, большим риском повторных госпитализаций и летальных исходов. В мире сегодня 60 миллионов пациентов с ХСН, в развитых странах страдает 1–2% населения.

В Российской Федерации, по данным эпидемиологических исследований, встречаемость ХСН в общей популяции составляет 8%, Каждый четвертый больной сердечной недостаточностью в России — моложе 60 лет. Общее количество людей, у которых диагностирована ХСН, — 7,9 млн, но реальные показатели значительно выше — около 12,5 млн человек [3, с. 29]. Смертность составляет около 80% от всех летальных исходов, вызванных сердечно-сосудистыми заболеваниями, уносящими сегодня жизни 47% россиян.

ХСН молодеет: 35% пациентов младше 60 лет, то есть трудоспособного возраста, случаи заболевания выявляются уже у мужчин 45 лет.

Актуальность исследовательской работы заключается в том, что хроническая сердечная недостаточность является одной из основных причин смертности больных с сердечно - сосудистыми заболеваниями, а показатель заболеваемости растет с возрастом. ХСН в последние годы поражает людей активного трудоспособного возраста, приводя к утрате трудоспособности, ранней инвалидизации и сокращению продолжительности жизни. Своевременная диагностика, лечение и сестринская помощь существенно повышают качество жизни пациентов с ХСН. [2, с. 9].

Область исследования: хроническая сердечная недостаточность.

Объект исследования: теоретические и практические аспекты в организации и обеспечении сестринской помощи пациентам при хронической сердечной недостаточности.

Предмет исследования: нормативная документация, должностные инструкции, регламентирующие деятельность медицинской сестры, статистические данные по распространенности ХСН в РФ и Краснодарском крае, амбулаторные карты пациентов, результаты анкетирования пациентов.

Гипотеза исследования: организация и обеспечение сестринской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью способствуют предупреждению развития осложнений и повышению качества их жизни.

Цель работы: исследование роли медицинской сестры в организации и обеспечении помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью на примере поликлиники города Краснодара.

Задачи исследования:

1. Проанализировать нормативную документацию, литературу по теме исследования.
2. Выполнить анализ статистических данных по распространенности ХСН в Российской Федерации и Краснодарском крае.
3. Определить и ранжировать факторы риска развития ХСН по данным анамнеза пациентов.
4. Разработать и реализовать план сестринского ухода и наблюдения за конкретным пациентом с ХСН с учетом комплекса лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.
5. Определить удовлетворенность пациентов с ХСН качеством оказания медицинских услуг.
6. Разработать материалы для санитарно-просветительной работы медицинской сестры по повышению информированности пациентов с ХСН о заболевании.

Методы исследования:

- метод теоретического анализа литературных источников и нормативной документации;
- метод социологического опроса (анкетирование);
- метод научного исследования (анализ амбулаторных карт больных);
- статистический метод (вычисление процентных соотношений).

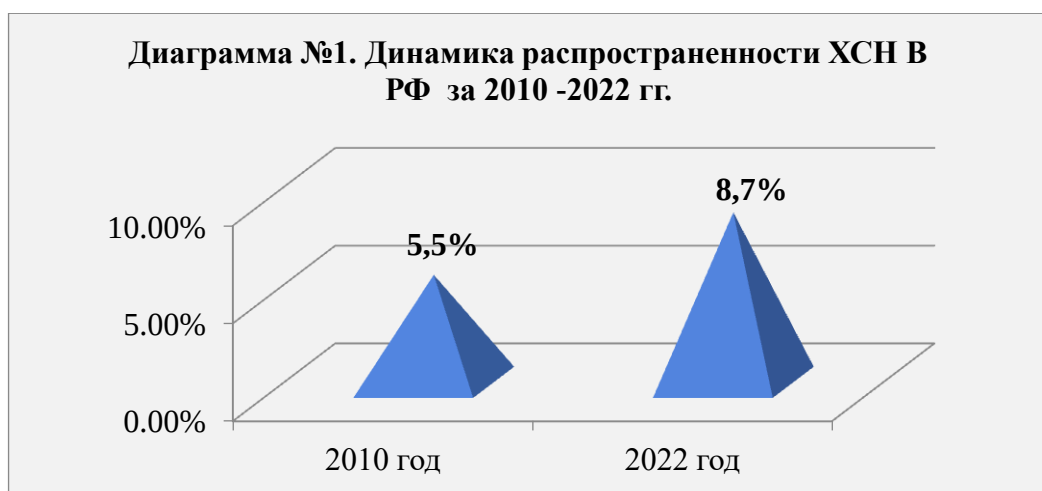
Практическая значимость работы: в ходе выполнения работы закрепились, расширились, углублены и систематизированы знания по вопросам организации работы и обеспечения сестринской помощи пациентам при хронической сердечной недостаточности.

Подтверждено освоение видов деятельности, ОК, ПК в соответствии с ФГОС СПО по специальности 34.02.01. Сестринское дело.

Разработан и реализован план сестринского процесса по уходу и наблюдению за пациентами с ХСН на конкретном клиническом примере с учетом комплекса лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

Разработана памятка для пациентов с хронической сердечной недостаточностью, которая используется в качестве раздаточного материала при выполнении медицинской сестрой санитарно - просветительной работы.

Для подтверждения актуальности темы исследования выполнен анализ статистических данных по распространенности ХСН в РФ за период 2010-2022 гг. В 2010 заболеваемость составила 5,5% , а в 2022 – 8,7%, что показывает рост на 3,2% (диагр.1). Большое влияние на данные показатели повлияла пандемия новой коронавирусной инфекции.

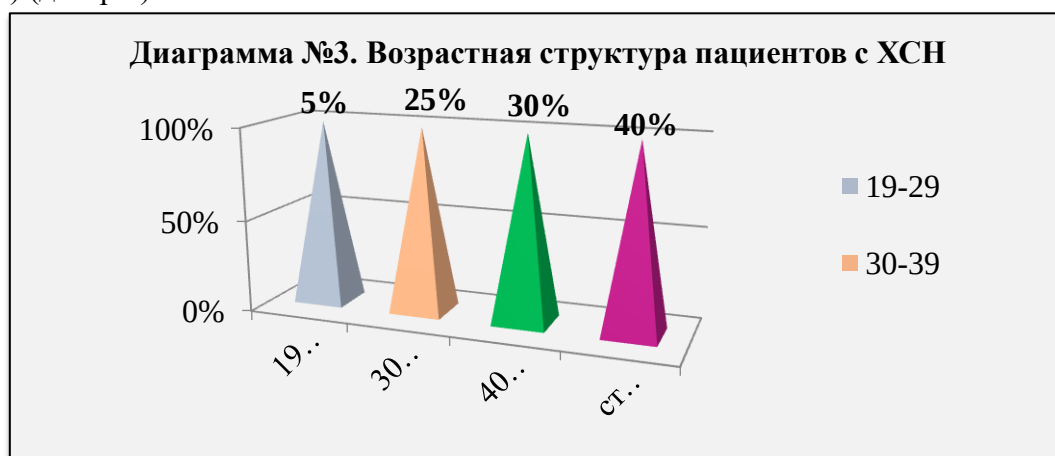


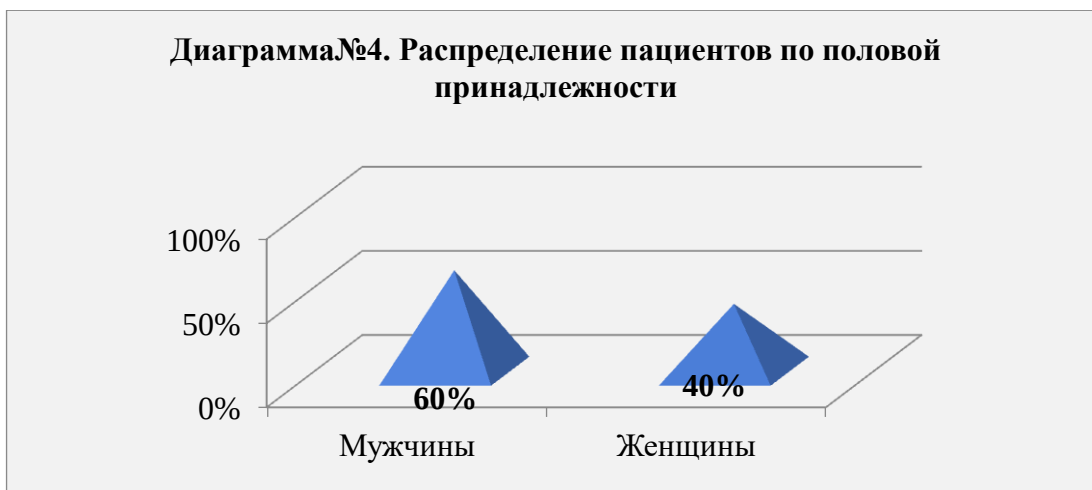
В Краснодарском крае статистика заболеваемости ХСН такая же, как и в стране. Хотя в период с 2014–2018 гг. отмечалась тенденция к снижению заболеваемости и смертности (диагр.2).



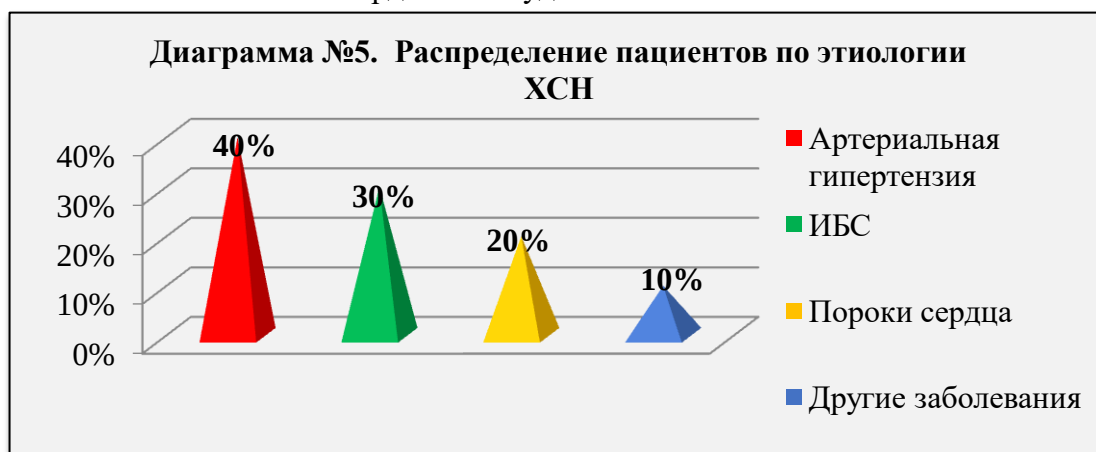
Для ранжирования факторов риска развития ХСН были проанализированы данные амбулаторных карт 20 пациентов с данной патологией. Пациенты по возрасту распределились следующим образом: 19 – 29 лет – 1 человек, 30 – 39 лет – 5 человек, 40 – 59 лет – 6 человек, старше 60 лет – 8 человек (диагр.3).

В исследуемой группе мужчины составили 60%, (12 человек) а женщины 40% (10 человек) (диагр.4).





Анализ амбулаторных карт пациентов выявил основные причины развития ХСН: артериальная гипертензия – 40%, ИБС – 30%, пороки сердца – 20% и другие заболевания – 10% (диагр.5). Также у большинства пациентов (65%) в анамнезе отмечалась отягощенная наследственность по патологии сердечно-сосудистой системы.



С целью определения удовлетворенности пациентов с ХСН качеством оказания медицинских услуг в условиях поликлиники была разработана анкета и проведено анкетирование 20 пациентов, которое показало, что большинство из них удовлетворены организацией и обеспечением сестринской помощи.

Вывод: ХСН – тяжелый синдром, сопровождающий большинство заболеваний сердечно-сосудистой системы, имеющий тенденцию к омоложению и к росту. Основными факторами риска являются мужской пол, активный трудоспособный возраст, наследственность, наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы. Сестринский уход и наблюдение за пациентами с ХСН являются важной составляющей эффективности лечебного процесса, предупреждения осложнений, улучшения качества жизни и положительного прогноза заболевания.

Список использованных источников:

1. Смолева, Э.В. Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи / Э.В. Смолева; под ред. к.м.н. Б.В. Карабухина. – Изд. 4-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2019. – 473с.
2. Сестринская помощь при патологии сердечно-сосудистой системы: учебник, Р. Г. Сединкина, Е. Р. Демидова, ГЭОТАР-Медиа, 2018 г. - 656 с.
3. Здоровоохранение в России. 2021: Стат.сб. / Росстат. - М., 2021. – 171 с.

МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА И РОЗНИЧНЫХ ПРОДАЖ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В АПТЕКЕ ГОРОДА КРАСНОДАРА

Верест Ангелина Михайловна

Трофименко Анна Сергеевна

Руководители: Панжинская Наталья Николаевна

Панжинская Наталья Ивановна

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

Проблема лечения грибковых инфекций в настоящее время достаточно остро стоит во всем мире, являясь актуальной в современной медицине. Поэтому хорошие знания фармацевтом фармакологии, ассортимента и продвижения противогрибковых лекарственных средств является важной составляющей его профессионализма. Это и определило актуальность темы исследования.

Область исследования: фармацевтический маркетинг.

Объект исследования: ассортимент и розничных продажи противогрибковых лекарственных средств в аптеке города Краснодара.

Предмет исследования: нормативная документация, регламентирующая фармацевтическую деятельность, статистические данные по грибковым заболеваниям в мире и Российской Федерации, результаты анкетирования пациентов, товарно-транспортные накладные, товарные отчеты.

Гипотеза исследования: ассортимент противогрибковых лекарственных средств в аптеке г. Краснодара достаточно широк и разнообразен, что позволяет полностью удовлетворить потребительский спрос.

Цель работы: маркетинговый анализ ассортимента и розничных продаж противогрибковых лекарственных средств в аптеке города Краснодара.

Задачи исследования:

1. Выполнить анализ литературных источников по теме исследования.
2. Проанализировать статистические данные по грибковым заболеваниям в мире и Российской Федерации.
3. Дать характеристику российскому фармацевтическому рынку противогрибковых лекарственных средств.
5. Проанализировать структуру ассортимента и розничных продаж противогрибковых лекарственных средств в аптеке, определить их долю в общем ассортименте аптеки.
6. Определить и ранжировать факторы, определяющие покупательский спрос на противогрибковые лекарственные средства по результатам анкетирования потребителей.
7. Выполнить маркетинговый анализ аптечного ассортимента и розничных продаж противогрибковых лекарственных препаратов.

Методы исследования: теоретический, социологический (анкетирование), логический (анализ и синтез), статистический (вычисление процентных соотношений) методы.

Анализ статистических данных по грибковым заболеваниям в мире и Российской Федерации показал, что в настоящее время более 30 % людей на планете болеет микозами, а 90 % людей хотя бы один раз сталкивались с грибковым заболеванием.

Исследование рынка лекарственных средств необходимо для решения задач планирования и прогнозирования потребления противогрибковых лекарственных препаратов с целью оптимизации аптечного ассортимента и повышения качества лекарственного обеспечения пациентов с различными микозами.

В настоящее время на российском фармацевтическом рынке зарегистрировано около 3000 лекарственных противогрибковых препаратов; торговых названий – 196; действующих веществ – 34.

Аптечном ассортименте имеются противогрибковые лекарственные средства различного механизма фармакологические действия: фунгицидный – 38%, фунгистатический – 33%, противобактериальный – 29%.

По виду лекарственной формы преобладают: твердые лекарственные формы – 38 %, жидкие лекарственные формы – 31 %, мягкие лекарственные формы – 31 %. Углубленный анализ ассортимента по видам лекарственной формы показал: таблетки составляют 22 %, капсулы – 17 %, кремы – 21 %, суппозитории – 9 %, лаки для ногтей – 9 %, растворы – 8 %, шампуни – 6 %, спреи – 4 %, гели, мази – по 3 % ассортимента.

При анализе аптечного ассортимента лекарственных средств по химической структуре, установлено, что: имидазолы составляют 32%, аллиламины – 28 %, триазолы – 25 %, полиены – 11 %, производные ундециленовой кислоты, пиримидины, морфолины занимают 4 % от всего ассортимента. По производственному признаку в ассортименте аптеки зарубежные лекарственные средства составляют 58%, отечественные лекарственные средства 42 %

Анализ ассортимента в разрезе стран-производителей показал, что на аптечном рынке присутствуют препараты 15 государств, среди которых по количеству торговых наименований среди иностранных поставщиков-изготовителей лидирует Индия – 16 противогрибковых лекарственных средств (далее – ЛС) – 12%, далее Венгрия – 12 ЛС (8%), Франция с 9 ЛС (7%), Швейцария – с 8 ЛС (6 %). Помимо перечисленных государств противогрибковые препараты производятся такими странами как: Нидерланды – 5%, Польша – 4%, Австрия – 3 % и др.

При анализе аптечного ассортимента противомикотических лекарственных средств установлено, что монокомпонентные препараты составляют 72%, комбинированные препараты – соответственно 28%, лекарственные формы для наружного применения – 53% ассортимента, для внутреннего применения – 27%, вагинальные лекарственные формы – 20 %, без рецептов отпускается 69%, 31% – по рецепту врача.

Далее выполнена сравнительная характеристика стоимости противогрибковых лекарственных средств различных производителей, представленных в ассортименте аптеки, со средней стоимостью на эти же препараты в других аптеках города. Установлено, что средняя цена на препараты для лечения грибковых заболеваний, представленные в аптеке, не превышает значения средних цен по городу Краснодару.

В структуре аптечного ассортимента противогрибковых лекарственных средств 29% из них представлено низкой ценовой категорией от 150 до 250 руб., 48% – ценами средней ценовой категории от 300 до 600 руб.; 18 % препаратов с ценами выше среднего (от 600 до 1000 руб). В продаже имеются также препараты стоимостью от 1000 до 2000 рублей и выше – 5%.

Анализ розничных продаж противогрибковых лекарственных средств проводился по данным товарных отчетов за период январь-май 2022 года. Установлено, что за этот период розничные продажи противогрибковых лекарственных средств по виду лекарственной формы распределились следующим образом: твердые (таблетки, капсулы) – 52%, мягкие (кремы, мази, вагинальные суппозитории, мази – 34%, жидкие (растворы, лаки) – 14%.

Среди наиболее продаваемых лекарственных противогрибковых лекарственных препаратов оказались лекарственные средства импортного производства: Низорал – 24%; Ламизил – 19%; Дифлюкан – 17%; Батрафен – 15%; Микасист – 14%; Экзодерил – 11%.

На реализацию противогрибковых лекарственных препаратов влияет сезонность развития заболеваемости микозами. В аптеке противогрибковые препараты пользуются большим спросом в летний период, чем в зимний. За период с января по май 2022 года объемы продаж противогрибковых лекарственных средств ежемесячно возрастали. Это объясняется повышением температуры и влажности, усилением потоотделения, ношением одежды из синтетических тканей, что затрудняет испарение пота на коже создается благоприятная среда для развития микозов. Открытие пляжного сезона – купание в водоемах

и бассейнах играет огромную роль в развитии грибковых инфекций, так как много инфицированных частиц скапливается в воде у засорившегося истока. Летом особенно стоит опасаться укусов блох, клопов, комаров, мошек, которые так же являются переносчиками инфекций и могут вызывать развитие различных микозов и дерматозов.

Далее выполнено определение и ранжирование факторов, влияющих на потребительский спрос на противогрибковые лекарственные средства. Для этого разработана анкета и выполнено анкетирование посетителей аптеки. Анкета содержала вопросы, касающиеся пола, возраста, имеются ли грибковые заболевания у респондента или его родственниками, обращались ли они по этому поводу к врачу, какими лекарственными средствами пользовались и другие вопросы, позволившие нам определить и ранжировать факторы, влияющие на потребительский спрос на противогрибковые лекарственные средства.

В опросе приняли участие 40 посетителей аптеки разного пола и возраста.

Установлено, что у врача-миколога по поводу имеющихся грибковых инфекций наблюдаются всего 27% опрошенных, а остальные 73% посетителей лечатся в аптеке, а к врачу микологу не обращаются. Далее мы определили причины, по которым 73% посетителей аптеки, страдающие грибковыми заболеваниями, не обращаются к врачам-микологам.

Оказалось, что причины следующие: не хватает времени для посещения врача – 52%; не считают грибковое заболевание «серьезным» заболеванием – 24%; стесняются обращаться к врачу – 16%; пользуются советами родственников, друзей, соседей 8%.

По результатам опроса посетителей аптеки определены и ранжированы факторы, влияющие на выбор противогрибковых лекарственных средств: рекомендации врача – 46%; рекомендации фармацевтического работника – 31%; реклама в средствах массовой информации: телевидение, радио, популярные газеты, журналы – 10%; рекомендации друзей, знакомых – 8%; другое (аннотации на препараты, специализированные справочники, медицинская литература и т.д.) – 5%. А при выборе аптеки для приобретения противогрибковых лекарственных средств для потребителей основными факторами были: ценовая политика – 35%; месторасположение аптеки (близость к дому, работе) – 32%; квалификация фармацевта (возможность консультации) – 21%; качество обслуживания – 12%.

На вопрос анкеты, устраивает ли Вас в данной аптеке ассортимент противогрибковых препаратов, ответили: да, вполне устраивает – 86% респондентов, не знаю, никогда не приобретал – 9%, не устраивает – 5%. На основании этого можно утверждать, что подавляющее большинство посетителей аптеки удовлетворены ассортиментом противогрибковых лекарственных препаратов. Однако, среди посетителей аптеки имеются пациенты, которые не смогли приобрести в аптеке необходимые им противогрибковые лекарственные препараты. В таких случаях в аптеке имеется бесплатная услуга поиска лекарственного препарата в других аптеках города, которой пользуются 17% посетителей, а услугой заказа лекарственного средства со сроком исполнения до 2 дней пользуются 83%, т.е. у аптеки имеется большая группа постоянных покупателей.

Выводы. В настоящее время наблюдается значительный рост грибковых заболеваний, что связано с бесконтрольным применением в медицинской практике антибиотиков широкого спектра действия, иммунодепрессантов и других групп лекарственных средств.

Широкий ассортимент лекарственных препаратов для лечения микозов, представленный в аптеке, позволяет выбрать подходящее средство по индивидуальным, возрастным особенностям течения болезни человека, а также в соответствии с их финансовыми возможностями.

Практическая значимость. Результаты исследования могут быть полезны руководству аптеки при формировании и для оптимизации ассортимента противогрибковых

лекарственных средств, а также с целью повышения качества лекарственного обеспечения пациентов с различными микозами.

Список использованных источников:

1. Алюшин, М.Т. Грибковые заболевания и их лечение / М.Т. Алюшин, И.С. Грицаенко, В.В. Дюкова // Фармация. - 2017.- № 1. - С. 10-14.
2. Антоньев, А.П. Кандидозы кожи и слизистых оболочек / А.П. Антоньев, Л.А. Бухвахтер, Л.К. Глазкова. М.: Медицина, 2018. - 255с.
3. Апазов, А.Д. Фармацевтический рынок противогрибковых лекарственных препаратов / А.Д. Апазов, Т.Д. Кирсанова // Человек и лекарство: тез. докл. VII рос. нац. конгр., Москва 10-14 апреля 2013г. - М., 2020. - С. 573.
4. Фармакология: учеб. пособие для студентов учреждений сред. проф. образования, обучающихся по специальностям 060108.51 и 060108.52 "Фармация" по дисциплине "Фармакология" / Р. Н. Аляутдин, Н. Г. Преферанский, Н. Г. Преферанская ; под ред. Р. Н. Аляутдина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 704 с.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА
И НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ,
ВЛИЯНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ
К ЛЕЧЕНИЮ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ**

Фадеева Вероника Николаевна

Фильченко Юлия Владимировна

Руководители: Сосновская Анна Карловна,

Иванова Виктория Ивановна

*ГБПОУ "Краснодарский краевой базовый медицинский колледж"
министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар*

В практическом здравоохранении при ведении пациентов с бронхиальной астмой (далее – БА) медицинской сестре отводится важная роль.

Основными функциями медицинской сестры, работающей с больными БА, являются сестринский уход и наблюдение за их состоянием, информирование и обучение выполнению простейших диагностических и лечебных манипуляций как в индивидуальном порядке на приеме, так и при проведении занятий в астма-школе. Считается, медицинская сестра «ближе» к пациенту, поэтому может более доступно донести до него необходимую информацию.

Кроме этого, эффективность лечебного процесса при БА определяется приверженностью пациента к лечению, т.е. обязательным выполнением им назначений врача, соблюдения времени и сроков курсового приема лекарственных препаратов, других медицинских процедур. Поэтому еще одним из важных аспектов сестринской деятельности является информационно-разъяснительная работа медицинской сестры по повышению приверженности пациентов к лечению, как важной основы эффективности лечебного процесса БА. Это и определило актуальность темы исследования.

Область исследования: терапия БА.

Объект исследования: особенностей сестринского ухода и наблюдения при БА.

Предмет исследования: нормативная документация, регламентирующая сестринский уход и наблюдение при БА, должностная инструкция медицинской сестры, алгоритмы манипуляционных техник, результаты анкетирования пациентов.

Гипотеза исследования: сестринский уход и наблюдение, информационно-разъяснительная работа медицинской сестры по повышению приверженности пациентов к лечению способствуют сокращению сроков лечения, увеличивают время ремиссии

заболевания, предупреждают развитие осложнений и улучшают качество жизни пациентов с БА.

Цель работы: исследование и характеристика особенностей сестринского ухода и наблюдения при БА, анализ влияния приверженности пациентов к лечению на эффективность терапии на примере поликлиники города Краснодара.

Задачи исследования:

1. Определить и охарактеризовать особенности сестринского ухода и наблюдения при БА.

2. Определить приверженность пациентов к лечению БА и факторы, ее снижающие и повышающие, по результатам анкетирования.

3. Разработать материалы для информационной и санитарно-просветительной работы медицинской сестры с пациентами с БА в процессе лечения, реабилитации, занятий в астма-школе.

Методы исследования: теоретический (анализ литературных источников); социологический метод (анкетирование, опрос, беседа); методы научного исследования (анализ, синтез, сравнение); метод математической статистики (вычисление процентных соотношений).

Для характеристики особенностей сестринского ухода и наблюдения при БА, определения тематики и содержания информации, которую может предоставить пациенту с БА медицинская сестра поликлиники, нами разработана анкета и выполнен опрос медицинских сестер терапевтического и пульмонологического кабинетов.

Анализ результатов опроса показал, что чаще всего медицинские сестры дают пациентам с БА следующую информацию:

- Основные понятия о механизмах развития БА (аллергическая воспалительная природа заболевания, бронхоспазм, отек бронхов, повышенное количество слизи в бронхиальном дереве, тучные клетки, эозинофилы).
- Понятие об аллергенах и противоаллергическом режиме (группы аллергенов, сезонность, мероприятия по снижению концентрации аллергенов).
- Основные лекарственные препараты и механизмы их действия (бронхолитики как средства скорой помощи, бронхолитики длительного действия, глюкокортикостероиды и кромоны как базисные препараты, названия наиболее распространенных лекарств).
- Ингаляционная техника и устройства (дозированные аэрозольные ингаляторы, порошковые ингаляторы, небулайзерная терапия).
- Общеукрепляющие мероприятия и режим (физическая активность, гимнастика, питание, отказ от курения).

Кроме этого, в соответствии с должностной инструкцией, прямой обязанностью медицинской сестры пульмонологического кабинета является наблюдение за состоянием пациента и предварительная оценка его статуса перед врачебным приемом. В обязанности медицинской сестры входит первичный опрос о самочувствии, проведение пикфлоуметрии (или спирометрии), пульсоксиметрии, проверка техники ингаляции, заполнение кратких вопросников (например, тест по контролю БА). В результате врач к моменту начала приема пациента будет знать базовую информацию о нем, что сократит время приема и улучшит лечебно-диагностический процесс.

Еще медицинская сестра самостоятельно обучает пациента и его родственников правильному использованию ингаляционных препаратов и устройств (оптимизаторы, спейсеры, небулайзеры), а также контролирует технику ингаляции в динамике, т.к. неправильная техника ингалирования может быть причиной снижения терапевтического эффекта лекарственного препарата, используемого в форме ингалятора, увеличению его дозы, что иногда может быть небезопасным для пациента.

Как известно, современный многоступенчатый подход к терапии БА и профилактике ее осложнений диктует необходимость назначения каждому пациенту нескольких

лекарственных средств. Неудивительно поэтому, что пациенты с БА считают соблюдение терапевтических рекомендаций очень трудным и часто нарушают назначения врача, тем самым снижая эффективность лечебного процесса за счет низкой приверженности к лечению (комплаентности).

Анализ результатов опроса пациентов с БА показал: соблюдают назначения врача на протяжении всего курса лечения (высокая степень комплаентности) – 42% пациентов; соблюдают назначения врача частично, т.е. только до улучшения самочувствия – 56%; не соблюдают назначения врача, принимают лекарственные средства только при ухудшении состояния – 2% пациентов. При анализе факторов, снижающих приверженность пациентов с БА к лечению, нами отмечены факторы, связанные с лечебным процессом. Установлено, что наиболее снижает комплаентность длительность фармакотерапии – 22%; количество принимаемых лекарственных средств – 19%; стоимость лечения – 17%; кратность приема лекарственных средств – 16%; побочное действие лекарственных средств – 15%; форма выпуска лекарственного средства – 11%. Далее мы определили факторы, влияющие на уровень комплаентности к лечению пациентов с БА, связанные с контактами врач – пациент и медицинская сестра – пациент. И здесь на первом месте находится такой фактор как доступность медицинской помощи – 32%. Под доступностью медицинской помощи пациенты понимали длительность ожидания приема у участкового врача даже при наличии записи по интернету, а также месячного или даже более ожидания приема у врачей узких специальностей, в данном случае аллерголога/пульмонолога, невролога, эндокринолога и других.

По результатам опроса пациентов, с которыми медицинской сестрой проводилась информационно-разъяснительная работа, определены и ранжированы факторы, повышающие приверженность пациентов с БА к лечению:

- снижение кратности приема лекарственного препарата при сохранении его эффективности (использование пролонгированных форм) – 32%;
- использование одного устройства для доставки ингаляционных препаратов – 29%;
- использование комбинированных лекарственных препаратов, в состав которых входят компоненты, усиливающие действия друг друга – 25%;
- использование методики для исключения пропусков в приеме лекарственных средств, заключающейся в рекомендации связать прием лекарственных средств с каким-либо привычным действием в режиме дня, например, чистка зубов и т.д. – 14%.

Повторный опрос пациентов с БА показал, что после проведения медицинскими сестрами комплекса информационно-разъяснительной работы, посещения пациентами занятий в астма-школе

Выводы. 1. Сестринский процесс Сестринский уход и наблюдение является важной составляющей лечебного процесса при БА, т.к. он дополняет врачебную терапию, и, помимо выполнения назначений врача, предполагает тесное взаимодействие медсестры и пациента по различным вопросам: организации и содержания обучения, повышения комплаентности к лечению и др.

2. Анализ результатов опроса пациентов с БА показал, что только 42% соблюдают назначения врача на протяжении всего курса лечения, что является основной причиной неэффективности лечебного процесса.

3. Основными факторами, повышающими приверженность пациентов с БА к лечению, являются снижение кратности приема лекарственного препарата при сохранении его эффективности (использование пролонгированных форм), использование одного устройства для доставки ингаляционных препаратов, использование комбинированных лекарственных препаратов, в состав которых входят компоненты, усиливающие действия друг друга (синергизм).

4. Информационно-разъяснительная работа медицинской сестры также оказывает положительное влияние на приверженность пациента к лечению,

повышает доверие к врачебным назначениям и профессиональной деятельности медицинской сестры.

Практическая значимость исследования. По результатам опроса пациентов с БА определены и доведены до сведения руководства поликлиники факторы, снижающие и повышающие приверженность пациентов с БА к лечению, что используется при планировании информационно-разъяснительной и санитарно-профилактической работы медицинских сестер терапевтического и пульмонологического кабинетов, организации и определении тематики работы астма-школы в поликлинике.

Разработаны раздаточные материалы, которые используются медицинскими сестрами при проведении информационно-просветительной и санитарно-профилактической работы с пациентами с БА в процессе поликлинического этапа лечения, реабилитации и занятий в астма-школе.

Список использованных источников:

1. Национальная программа «Бронхиальная астма. Стратегия лечения и профилактика» / Российское респираторное общество. 5-е изд. Москва, 2017. 159 с.
2. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи пациентам с бронхиальной астмой / под ред. А. А. Баранова. Москва, 2018. 33 с.
3. Амбулаторно-поликлиническая терапия: справочное издание / сост. А.С. Дементьев [и др.]. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 480 с. - (Стандарты медицинской помощи).
4. Баранов А.А., Балаболкин И.И. Бронхиальная астма диагностика, лечение и профилактика.- Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 260 с. : ил.
5. Вялов С.С. Нормы в терапии : справочник / С.С. Вялов. - 8-е изд., перераб. и доп. - Москва : МЕДпресс-информ, 2017. - 204 с. : ил.
6. Блохин Б.М. Пульмонология : национальное руководство - - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 960 с. : ил.
7. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма ей. Стратегия лечения и профилактика. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 280 с.: ил.

НАРУШЕНИЕ ОСАНКИ У УЧАЩИХСЯ МЛАДШИХ КЛАССОВ

Ганичева Кристина Васильевна

Руководитель: Шляхова Людмила Александровна

ГБПОО Республики Адыгея "Майкопский медицинский колледж", г. Майкоп

Когда у человека прямая спина, то осанка хорошая и походка легкая. Люди с хорошей осанкой всегда выглядят молодо! В современном мире, по данным ВОЗ 90 % страдают нарушениями опорно-двигательной системы, из них 80 % людей - нарушение осанки. В 90-95 % случаев нарушение осанки являются приобретенными [4].

Актуальность изучения данной темы не вызывает сомнений, т.к. для меня нарушение осанки является реальной проблемой с 1-го класса, поэтому я решила посвятить ей свою проектно-исследовательскую работу. Сформулировать практические рекомендации для родителей учащихся начальной школы и волонтерского отряда школы для проведения «динамических перемен».

Цель исследования: изучить влияние различных факторов на формирование осанки учащихся начальных классов.

Задачи исследования: изучить литературные источники; провести анкетный опрос учащихся 3-4 класса и их родителей; провести оценку показателя осанки учащихся 1-4 классов; проанализировать соответствие веса и других параметров портфеля учащихся как фактора, оказывающего влияние на осанку; дать рекомендации по профилактике нарушений осанки.

Объект исследования: учащиеся 1-4 классов и их портфели.

Методы исследования: литературный обзор, социологический опрос, анализ веса портфеля учащихся.

Осанка — это естественное положение тела человека при движении и в состоянии покоя. Человека с правильной осанкой можно увидеть сразу: корпус ровный, шея вытянута, голова расположена прямо, плечи немного опущены и отведены назад, живот втянут.

«Правильный» позвоночник имеет естественные физиологические изгибы - шейный и поясничный лордозы - изгибы вперёд, грудной и крестовый кифозы - изгибы назад. За счет физиологических изгибов происходит амортизация (смягчение резких колебаний тела при ходьбе, прыжках и беге [2]. Эти изгибы помогают позвоночнику выдерживать нагрузку, предохраняют связки и межпозвоночные диски от травм. Правильная осанка благоприятно влияет на работу сердечно - сосудистой, нервной и дыхательной систем, увеличивает работоспособность, повышает уверенность в себе.

Какие же признаки неправильной осанки? У человека появляется сутулость, опущена голова, плечи, выпячен живот, лопатки выпирают и находятся на разной высоте. Искривление осанки может вызвать боли в спине, грудном отделе, повышенную утомляемость, нарушение работы внутренних органов.

Существуют следующие типы осанки (по Штофелю): сутулость, круглая спина, кругло-вогнутая спина, плоская спина, плоско-вогнутая спина [1].

Причинами нарушения осанки могут приобретённые и врожденные. Наиболее распространены приобретённые нарушения. Они связаны, со слабыми мышцами корсета или отдельных групп мышц.

Причинами нарушения осанки у обучающихся могут быть: неправильное сидение за учебным столом- низкий наклон над столом, поворот тела в одну или другую сторону; поджата под себя нога; носит тяжелую сумку или портфель в одной руке или на одном плече, что приводит к развитию определенных мышц и ослаблению других, а это в свою очередь- к разному давлению на группы позвонков, и, как следствие- их деформации и искривлению туловища в одну сторону. Также причинами нарушения осанки маленьких детей и подростков могут быть: малоподвижный образ жизни, отсутствие физических нагрузок, неправильный режим отдыха и труда, отсутствие в рационе кальция содержащих продуктов.

Практическая часть

В исследовании нарушений осанки среди учащихся начальной школы приняли участие ученики 1-4-го классов МБОУ «Средняя школа № 16» г. Майкопа в количестве 112 человек, а в анкетировании принимали участие также и их родители в количестве 58 человек.

Для определения параметров портфеля использовались весы и сантиметровая лента. Определяли: вес портфеля с комплектом школьных принадлежностей, длину и ширину лямок.

Результаты оценки правильности осанки среди учащихся 1-4 классов показали, что большинство учеников имеют те или иные нарушения осанки.

Для определения правильности осанки рассчитывался показатель правильности осанки по формуле: $A = \text{ширина плеч} / \text{величина дуги спины} \times 100\%$.

В норме показатель состояния осанки колеблется в пределах 100–110%. Если он меньше 90 или больше 120 %, то это свидетельствует о выраженном нарушении осанки. Незначительные отклонения имеют от 28% до 68% учащихся, а выраженные отклонения зафиксированы у 19% первоклассников, 37% второклассников, 70% третьеклассников и 26% учащихся 4 класса.

Налицо явное прогрессирующее ухудшение состояния опорно-двигательного аппарата младших школьников в ходе учебной деятельности, т.е. очевидна негативная роль так называемых «школьных» факторов риска. К ним относятся: информационные

перегрузки, несовершенная организация учебной деятельности, недостаточная двигательная активность, низкий уровень валеологической компетентности родителей.

Для формирования правильной осанки большое значение имеет соблюдение режима дня, физическая нагрузка, адекватная возрасту, рациональное питание, и другие факторы. С целью определения выше названных показателей нами разработана анкета для учащихся начальных классов и их родителей.

Анализ тест-анкеты для детей «Самоконтроль за состоянием здоровья», проведенной в 3-4 классах показал, что 30 % детей признают, что они часто сидят, сгорбившись или с искривленной спиной.

В целях профилактики нарушений осанки нужно учить детей сидеть прямо, с опорой на обе ноги и ягодицы, тело должно быть почти вплотную приближено к столу, локти располагать симметрично и опирать их на стол, тетрадь нужно повернуть на 30°, чтобы ребенку не поворачивать туловище при письме; наклон головы должен быть минимальным.

Нужно следить за тем, чтобы у ребенка не было привычки сидя класть ногу на ногу, подворачивать одну ногу под себя, убирать на колени или свешивать нерабочую руку и т.д. В современном мире люди, как правило, ведут сидячий образ жизни, и выработка привычки сидеть правильно очень необходима.

Для формирования правильной осанки, нельзя носить сумку на плече, т.к. оно находится в поднятом состоянии. Нельзя носить сумку (портфель) в одной и той же руке. Ремень сумки необходимо перекидывать через шею, а еще лучше носить ранец или рюкзак. Однако, результаты опроса показывают, что именно сумку носят 64% обучающихся. Есть привычка сутулиться у 32% учащихся 3-4 классов. Чувствуют недостаток в двигательной активности 20% респондентов.

Большинство детей (84%) не занимаются оздоровительной гимнастикой, зарядкой и не посещают спортивные секции. Тогда как известно, что правильно организованный двигательный режим - основа профилактики нарушений осанки, сколиозов и других дефектов опорно-двигательного аппарата. Для выработки правильной осанки и профилактики ее нарушений необходимо систематически, не менее 3-х раз в неделю тренировать мышцы спины и живота. Упражнения можно включать в комплекс утренней гигиенической гимнастики, оздоровительной гимнастики, в урок физкультуры в школе и т.д.

С целью профилактики нарушения осанки необходимо следить за правильным развитием костно-мышечной системы ребенка. Одно из условий- правильное питание. Растущий организм нуждается в белке и кальции – строительные материалы для мускулатуры и костей. Основным источником ионов кальция — это молочные продукты, которые также содержат витамин А. Продукты, богатые белком (мясо, рыба, яйца) способствуют правильному формированию мышечного скелета. Однако, практически четверть опрошенных учащихся (23%) признались, что они питаются нерегулярно, «кое-как».

Достаточно большой процент учащихся младших классов (72%) жалуются на головные боли или боли в спине. Согласно медицинской статистике, такие боли – это первый признак нарушения осанки. Так как довольно часто головные боли сочетаются с патологией шейного отдела позвоночника, а также нарушением осанки, связанным с плоскостопием, разницей в длине ног и т. д.

На вопрос как правильно нужно сидеть за партой без ошибок ответили только 26% учащихся. Большинство дали или неполный ответ (41%), или допускали ошибки (10). А 23% опрошенных вообще затруднились с ответом.

Правильно сидеть очень важно! Важно, чтобы ребенок сидел ровно, голова немного наклонена вперед, ноги должны упираться в пол всей стопой и согнуты в суставах под прямыми углами, спина - опирается на спинку стула, а бедра лежат на двух третях сиденья. Нельзя сидеть, положив ногу на ногу или убирать ноги под сиденье стула, так как крупные кровеносные сосуды пережимаются.

Тем не менее, анкетирование родителей показало, что большинство детей (67%) имеет привычку сидеть, лежать в неправильных позах, причем у 17% - этот признак явно выражен и проявляется постоянно.

По мнению родителей, учащиеся в большинстве находятся в группе риска по возникновению различных нарушений осанки.

Важное значение имеет не только знание вопроса поддержания правильной осанки, но и собственный пример. Однако, 60% родителей признались, что их дети не делают утреннюю гимнастику, 68% не обращают внимание на положение тела своего ребенка во время ходьбы, стояния, сидения.

Итак, мы выяснили, что равномерная нагрузка на позвоночник при ношении рюкзака, портфеля способствует выработке хорошей осанки. Однако, как показывает практика именно портфель, его вес, форма и способ ношения зачастую является причиной нарушений осанки.

Согласно принятым рекомендациям, вес ранца без учебников для учащихся 1 - 4 классов должен быть не более 700 г. При этом ранец должен иметь широкие лямки (4 - 4,5 см) длиной 60-70 см и достаточную формоустойчивость, обеспечивающую его плотное прилегание к спине обучающегося и равномерное распределение веса. Вес ежедневного комплекта учебников и письменных принадлежностей не должен превышать: для учащихся 1 - 2-х классов - более 1,5 кг, 3 - 4-х классов - более 2 кг [3].

Результаты нашего исследования показали, что среди учащихся 4 класса преобладающим типом портфеля является ранец. Его носят 61,9 % учащихся, 38% предпочитают носить рюкзак. Однако, у большинства четвероклассников - 60 % - масса полного портфеля не соответствует норме. В 4 классе масса портфеля превышает норму у 50% школьников. К сожалению, только 40% учеников 4 класса носят портфели массой не более 10% от своего веса. При этом необходимо отметить, что самое большое давление школьного портфеля испытывают ученики, имеющие сумки с узкими лячками и лячками, не соответствующей длины. И если ширина лямок в основном соответствуют существующим нормативам, то длина не соответствует необходимым размерам у 80% обучающихся.

Заключение

1. Большинство учеников имеют те или иные нарушения осанки. Выраженные отклонения зафиксированы у 19% учащихся 1 кл., 37% - 2 кл., 70% - 3 кл. и 26% - 4 кл.

2. Результаты анкетирования учащихся и их родителей показали, что большинство обучающихся находятся в группе риска по возникновению различных нарушений осанки.

3. Большинство учащихся носит не соответствующие нормативам чрезмерно тяжелые портфели со школьными принадлежностями. Это указывает на реальную возможность нарушения осанки уже в начале школьного обучения.

4. Были разработаны и даны рекомендации по воспитанию и формированию правильной рабочей позы у обучающихся родителям и учителям [3], составлен комплекс игр для обучающихся, которые проводят волонтеры школьного отряда «Тимуровцы».

Список использованных источников:

1. Горбачев, М.С. Осанка младших школьников / М.С. Горбачев // *Физическая культура в школе*, 2005. – 8. с 25 – 28.
2. Коршунов, А.В. Правильная осанка – залог здоровья позвоночника [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.spinnet.ru>
3. СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях» - Режим доступа: <https://rg.ru/documents/2011/03/16/sanpin-dok.html>
4. Хомякова, Н. Правильная осанка - залог здоровья / Н. Хомякова // *Навигатор*. - 2003. - № 45.

В ФОРМИРОВАНИИ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кулыгина Дарья Сергеевна

Руководитель: Акимова Наталия Георгиевна

Михайловский филиал ГАПОУ

"Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка

Основной целью здравоохранения на современном этапе является повышение доступности и качества медицинской помощи. Современная концепция здоровья считает необходимым привлечение пациента к решению его собственных проблем.

Бронхиальная астма – это серьезная проблема современной медицины. Люди всех возрастов во всем мире подвержены этому хроническому заболеванию дыхательных путей, которое может быть тяжелым и подчас даже смертельным. У половины больных бронхиальная астма развивается в возрасте до 10 лет, еще у трети - до 40 лет. В настоящее время число больных бронхиальной астмой во всем мире достигло 339 миллионов человек. В большинстве регионов продолжается рост заболеваемости и к 2025 году увеличится на 100-150 млн. В каждой из 250 смертей в мире повинна бронхиальная астма, причем, большую часть из которых можно было бы предотвратить.

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.

Многие случаи недостаточно эффективного лечения больных бронхиальной астмой связаны с непониманием пациентами сущности заболевания, которое приводит к неправильному выполнению предписаний врача. В нашей стране отмечается низкий уровень знаний пациентов о заболевании. Неосведомленность больных о своей патологии, отсутствие навыков самоконтроля, неумение правильно пользоваться лекарствами являются серьезными препятствиями для успешного преодоления болезни, что выражается в учащении обострений, госпитализаций, вызовов скорой помощи и приводит к снижению качества жизни и удорожанию лечения. Одним из наиболее перспективных направлений в профилактике и лечении неинфекционных заболеваний для достижения контроля над основными проявлениями заболеваний и предупреждения осложнений является обучение пациентов в Школах здоровья. Большая роль при этом отводится медицинской сестре. В этом мы видим актуальность темы исследования.

Объект исследования: организация Школы здоровья для пациентов с бронхиальной астмой с целью формирования знаний и умений пациентов.

Предмет исследования: деятельность медицинской сестры в формировании знаний и умений пациентов в рамках Школы здоровья для пациентов с бронхиальной астмой.

Цель исследования: изучить роль медицинской сестры в формировании знаний и умений пациентов в рамках Школы здоровья для пациентов с бронхиальной астмой.

Задачи исследования:

1. Изучить научную и медицинскую литературу по данному заболеванию.
2. Охарактеризовать деятельность медицинской сестры в формировании знаний и умений пациентов в рамках Школы здоровья с бронхиальной астмой.
3. Провести анкетирование пациентов на определение качества и объема полученных знаний и умений.
4. Разработать практические рекомендации для повышения эффективности деятельности медицинской сестры в формировании знаний и умений в рамках Школы здоровья для пациентов с бронхиальной астмой.

Гипотеза: обучение в Школе здоровья для пациентов, страдающих бронхиальной астмой, позволяет понизить приступы обострения и повысить качество жизни пациентов.

Методы исследования: теоретические (метод изучения научной и методической литературы, изучение медицинской и другой документации), эмпирический, статистический метод; социологический: анкетирование; дополнительные методы исследования: организационный (сравнительный, комплексный).

В теоретической части исследовательской работы мы рассмотрели теоретические основы бронхиальной астмы: этиологию, классификацию, клиническую картину, принципы лечения и ухода при данном заболевании, а также цели и задачи Школы здоровья для пациентов с бронхиальной астмой.

В практической части нами была разработана анкета, состоящая из 9 вопросов и проведено анкетирование пациентов на базе ГБУЗ «Михайловская ЦРБ» (отделение профилактики). Анкетирование проводилось на начальном, а затем на завершающем этапе курсовых занятий в Школе здоровья для пациентов с бронхиальной астмой. Обязательным условием для всех пациентов исследуемой группы являлось регулярное посещение всех занятий согласно расписанию, а также четкое и неукоснительное соблюдение всех рекомендаций врача и медицинской сестры.

В ходе исследования мы выяснили, что среди учащихся в Школе здоровья для пациентов с бронхиальной астмой женщины составляют 80% (женщин 8 человек, мужчин – 2).

Половина опрошенных старше 65 лет, 40% - в возрасте от 56 до 65 лет и только 1 человек в возрасте от 18 до 25 лет, что составляет 10%. На вопрос: «Из каких источников Вы узнали про Школу здоровья для пациентов с бронхиальной астмой?» 7 человек – 70% опрошенных - ответили «от медицинских работников», 2 человека – 20% - «от друзей, знакомых», только 1 человек – 10 % опрошенных - отметил «из книг, интернета». На вопрос: «Каков уровень Ваших знаний о заболевании?» 9 человек – 90% опрошенных - ответили «низкий», только 1 человек выбрал «средний». Можно сделать вывод о том, что у большинства пациентов низкий уровень базисных знаний о заболевании.

С целью повышения информированности пациентов, нами была разработана памятка для пациентов «Бронхиальная астма» и проведены беседы.

После посещения занятий Школы здоровья для пациентов с бронхиальной астмой 90% опрошенных (9 человек) узнали о заболевании более подробно.

На вопрос: «Что предусматривает диета при бронхиальной астме?» все пациенты выбрали правильный ответ - «исключение цитрусовых, рыбы, яиц, орехов, шоколада, пряностей». В результате, после посещения Школы здоровья, все пациенты стали знать принципы гипоаллергенной диеты.

Большинство пациентов (9 человек – 90% опрошенных) после посещения Школы здоровья ознакомились с пикфлоуметрией. Все пациенты после занятий правильно пользуются препаратами для профилактики приступов бронхиальной астмы.

На вопрос: «Как изменилось Ваше отношение к питанию?» 8 человек – 80% опрошенных ответили - «стараюсь придерживаться диеты, но не всегда получается», 1 человек выбрал «стал/а придерживаться диеты», только 1 человек отметил «не придерживаюсь диеты».

У большинства пациентов (7 человек – 70% опрошенных) после посещения занятий в Школе здоровья увеличилась длительность сроков ремиссии до 3-х месяцев, у остальных 3 человек сроки ремиссии остались по-прежнему 1-2 месяца.

На последний вопрос: «Каков уровень Ваших знаний о заболевании?» 8 человек – 80% опрошенных ответили «высокий», только 2 человека выбрали «средний». Следовательно, у основной части пациентов после посещения Школы здоровья повысился уровень знаний о заболевании.

Исходя из анализа анкеты, предложенной пациентам исследуемой группы в конце обучения, можно сделать вывод, что в ходе проведенных занятий значительно изменилось в лучшую сторону отношение пациентов к своему здоровью, поскольку они получили от

медицинского персонала Школы здоровья исчерпывающую информацию относительно самого заболевания, его осложнений, правил самоконтроля и самопомощи, методов профилактики возможных осложнений. Следовательно, роль медицинской сестры в формировании знаний и умений пациентов в рамках Школы здоровья для пациентов с бронхиальной астмой велика и значима.

Задачи медицинской сестры в Школе здоровья разнообразны. Это проведение бесед с пациентами, помощь во время каких-либо затруднений или вопросов, знакомство с особенностями заболевания, побуждение пациентов к соблюдению гипоаллергенной диеты, базисной терапии. Медицинская сестра должна больше внимания оказывать психологическому состоянию пациенту, его переживаниям. То есть кроме своих непосредственных полномочий, помогать пациентам и давать рекомендации не общие, а индивидуально каждому.

Все вышеперечисленное позволяет уменьшить риск обострений заболевания, частоту вызовов скорой помощи и госпитализаций, а также снизить затраты на лечение. Таким образом, в ходе написания исследовательской работы, подтверждается выдвинутая нами гипотеза о том, что обучение в Школе здоровья для пациентов, страдающих бронхиальной астмой, позволяет понизить приступы обострения и повысить качество жизни пациентов.

Список использованных источников:

1. Васютин, А. М. Бронхиальная астма. Психологическая профилактика. / А. М. Васютин – Ростов н/Д: Феникс, 2015. – 94 с.
2. Маколкин, В. И. Внутренние болезни: учебник /В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов - 6-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 768 с. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441572.html> (дата обращения: 10.01.2023).
3. Моисеев, В. С. Внутренние болезни: Том 1: учебник: в 2 т. / од ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 960 с. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453148.html> (дата обращения: 10.01.2023).
4. Смолева, Э. В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / Э. В. Смолева - Ростов н/Д: Феникс, 2016. - 473 с.

КУРЕНИЕ - КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР РИСКА

*Тележникова Екатерина Вадимовна
Норинова Алина Олимджоновна
Руководитель: Кунина Любовь Александровна
Михайловский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка*

Тема курения как фактора риска, очень актуальна в наше время. По данным многочисленных социологических опросов, с каждым годом все больше становится курящих людей и подростков в том числе. Среди множества факторов, подрывающих здоровье человека, курение табака занимает одно из первых мест.

Вред курения для организма человека заключается в его способности стимулировать развитие тяжелых системных заболеваний. Многие из них имеют смертельный исход. Коротко и красноречиво о вреде, который причиняет организму курение, свидетельствуют данные медицинской статистики. Ежегодно в мире от табака умирает примерно 5 миллионов человек. Ежедневно только в России никотин уносит около 1 тысячи жизней. Примерно 90% смертей от рака легких вызваны употреблением табака. Доказано, что жизнь человека с никотиновой зависимостью на 9 лет короче, чем у его некурящего сверстника. Рак легких у людей, употребляющих табак, встречается в 10 раз чаще

Студенты медицинского колледжа должны знать влияние различных факторов риска на организм человека. Изучение данного материала на специальности Сестринское дело

происходит на ПМ 01 Проведение профилактических мероприятий. Факторы риска рассматриваются на двух междисциплинарных курсах данного модуля 01.02 Основы профилактики и 01.03 Сестринское дело в первичной медико-санитарной помощи населению. Вопросы по выявлению факторов риска и методов их исключения затрагиваются также на учебной практике по данным МДК.

Одной из целей данных занятий является воспитание среди населения принципов здорового образа жизни. Главным из принципов сохранения здоровья и продления активного долголетия является отказ от вредных привычек. Для медицинского работника важно не только сообщить пациенту о их негативном влиянии на организм, но и рассказать о способах предотвращения появления и методах избавления от разных видов зависимостей, если они имеются. По итогам практических занятий мы должны научиться составлять анкеты для выявления факторов риска, научиться анализировать полученные результаты и составлять рекомендации на основании полученных данных.

Одним из видов самостоятельных работ является проведение исследования по выбранной теме. В 2022 году на занятиях по МДК 01.03 студентами третьего курса была выбранная тема «Курение - как основной фактор риска». Задачами исследования стало: 1. выявление особенностей отношения подростков к проблеме курения. 2. выявление наличия никотиновой зависимости. 3. Проведение акции среди студентов первого курса «Жизнь без табака», в основе которой данное исследование.

Нами была составлена анкета для анонимного анкетирования. Анкета состояла из 13 вопросов и была условно разбита на два блока: первый блок из девяти вопросов был обязателен для всех респондентов, четыре вопроса были представлены для респондентов, которые имеют никотиновую зависимость.

В исследование приняло участие 75 человек, возраст анкетировемых колебался от 15 до 35 лет, 61% опрошенных – это подростки до 18 лет.

Так из опрошенных 40% респондентов курит, причём их курящих 55% - это подростки до 18 лет, 45% – старше 18 лет. Около 68% опрошенных пробовали курить, самым распространённым возрастом в котором респонденты попробовали свою первую сигарету был возраст от 12 до 18 лет.

Вопрос о причинах начала курения позволял выбрать один или несколько ответов, на основании этого был составлен рейтинг самых частых мотивов начала курения. Анкетировемые выделили, что наиболее часто мотивами курения среди подростков является: снятие стресса (41 ответ), ради удовольствия (22 ответа), преследование моде (22 ответа), за компанию (21 ответ). Отсюда можно сделать вывод, что молодые люди не знакомые со способами снятия стресса, которые не вредят организму, а наоборот позволяют укреплять его, адаптируясь к условиям изменяющейся окружающей среды. Курение за компанию оказалось не самым распространённым ответом, но у 80% подростков в его окружении курят именно друзья.

С большинством опрошенных проводились беседы о вреде курения, чаще всего эту информацию получили в учебных заведениях и от родителей. Но, возможно, не все аспекты курения были освещены. Так, 27% опрошенных не знают о том, что такое пассивное курение и как оно влияет на здоровье. Следовательно, они не будут избегать мест курения. Опасность пассивного курения обусловлена тем, что 80% всех вредных веществ распространяется в воздухе и только 20% попадает в легкие курильщика. Именно в пассивном дыме содержится наибольшее количество химических канцерогенов – окись и двуокись углерода, аммиак, ацетон, цианистый водород, фенол. При этом самыми опасными являются окись и двуокись углерода.

Анализ блока для анкетировемых с вредной привычкой позволил сделать следующие выводы:

1. Распространённость курения среди девушек и юношей примерно одинаково и составляет 45%, 55% соответственно.

2. Большинство из них курит электронные сигареты (парят), причём восемь человек из этих людей не считают электронные сигареты курением. Они уверены, что электронные сигареты способствуют снижению стресса.
3. Кратность курения сигарет в день различно. Но наиболее частым ответом было от 5 до 10 раз в сутки.
4. Стаж курения опрошенных составляет от полугода до 6 лет.
5. Нами был задан вопрос о том, где покупают (берут) сигареты, особенно тщательно были проанализированы ответы несовершеннолетних респондентов. Анализ данного вопроса показал, что четыре несовершеннолетних подростка покупают простые и электронные сигареты самостоятельно. Следовательно, продавцы торговых точек, в которых это происходит нарушают правовую базу и должны быть наказаны.

Проанализировав все полученные данные, мы пришли к выводу, что проблема курения как фактора риска в молодёжной среде весьма актуальна. Именно в период формирования организма оно может нанести наибольший вред для его дальнейшего развития и сохранение здоровья в будущем. Подростки недостаточно просвещены о вреде курения, им необходимо рассказать негативные последствия от пассивного курения. Также современные молодые люди мало знают о методах борьбы со стрессом которые положительно бы сказывались на организм (такие как занятия спортом, арт-терапия, ароматерапия, музыкатерапия, посещение различных кружков и секций).

На современной этапе развития общества многие подростки считают электронные сигареты (вейпы) менее вредные, чем обычные. В акции «Жизнь без табака» им нужно предоставить достоверную информацию. Производители утверждают, что в сигаретах используется совершенно безопасное вещество, аналогичное чистому водяному пару. Но это не так. Исследования показали, что аэрозоль содержит никотин (не всегда), глицерин, ароматизирующие компоненты, пропиленгликоль, ацетальдегид, формальдегид и другие канцерогенные (провоцирующие образование злокачественных опухолей) вещества. Пропиленгликоль используется при производстве продуктов бытовой химии. Попадая в организм, он поражает почки и головной мозг, нарушая их функционирование. Природный никотин в вейпах заменен химическим, что представляет еще большую опасность организму. Ароматизаторы, содержащиеся в аэрозоле, проникают в легкие и повреждают их на клеточном уровне. Воздействие оказывает накопительный эффект и со временем провоцирует развитие пневмонии, астмы, застойной сердечно-сосудистой недостаточности. К тому же даже чистый пар, постоянно воздействуя на слизистые оболочки, наносит им выраженный вред.

Вывод: по результатам исследования проведена акция «Жизнь без никотина» среди студентов 1, 3 курсов. Данная акция позволила подросткам расширить знания о вреде пассивного курения, о способах снятия стресса, о негативном влиянии на организм электронных сигарет.

Список использованных источников:

1. Саламатов, В. Вредные привычки и зависимости. Нервно-психическое здоровье / В. Саламатов. - М.: Амфора, 2019. - 768 с.
2. Киянова, И. В. Божья аптека. Против вредных привычек. Алкоголизм, наркомания, курение, игромания, компьютерная зависимость / И.В. Киянова. - М.: Издательство Православного братства святого апостола Иоанна Богослова, 2019. - 196 с.

**АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКОГО ЛАБОРАТОРНОГО ТЕХНИКА
ПО ПРИГОТОВЛЕНИЮ ПРЕПАРАТОВ
РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

Соединительная ткань служит основой для органов, кожи, стенок сосудов, формирует скелет [5]. Поэтому, нарушение структуры и функции соединительной ткани играет огромную роль как в развитии патологии опорно-двигательной системы, так и в патогенезе хронических заболеваний внутренних органов [4].

Многообразие патологических изменений органов и систем при поражении соединительных тканей, объясняет тот факт, что в лабораторию ПАО поступает материал, кардинально отличающийся по своим свойствам и, соответственно, требующий различных подходов к процессу приготовления гистологических препаратов [2,5].

Поэтому **целью** нашего исследования является изучение особенностей деятельности медицинского лабораторного техника по приготовлению препаратов различных видов соединительных тканей.

Как показывает анализ данных литературы, соединительная ткань имеет мезенхимальное происхождение, что и обеспечивает общие свойства для всех ее разновидностей: преобладание межклеточного вещества и большое разнообразие клеток. Межклеточное вещество состоит из волокон и аморфного матрикса. Волокна могут быть коллагеновыми, эластическими и ретикулярными, а матрикс содержит гликозаминогликаны и протеоглики, способные связываться с молекулами воды. Поэтому межклеточное вещество соединительной ткани может иметь консистенцию золя или геля. А в костных тканях оно минерализовано [4,5].

В зависимости от наличия указанных компонентов и от соотношения между ними выделяют не менее 15 разновидностей соединительных тканей. Она встречается практически во всех органах и системах нашего организма и составляет более 50% массы тела человека (Рисунок 1).

Особый интерес для исследования имеет рыхлая неоформленная соединительная ткань, которая не только формирует слои трубчатых, строму и интерстиций паренхиматозных органов, но и служит «ареной», на которой протекают как обменные, так

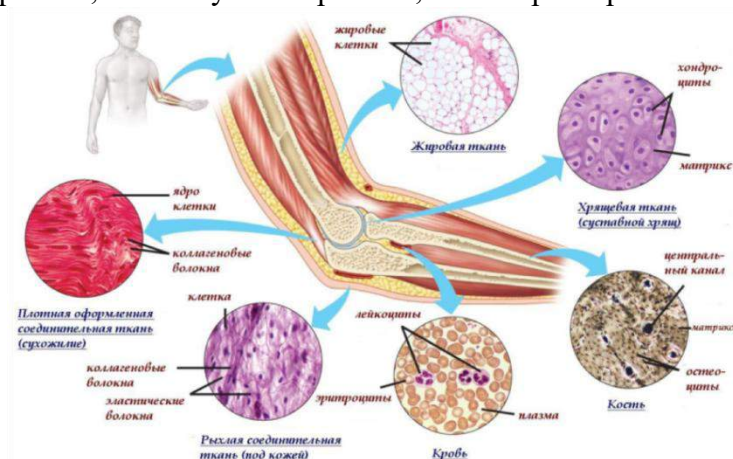


Рисунок 1 – Взаимодействие различных видов соединительных тканей при формировании опорно-двигательного аппарата.

Особый интерес для исследования имеет рыхлая неоформленная соединительная ткань, которая не только формирует слои трубчатых, строму и интерстиций паренхиматозных органов, но и служит «ареной», на которой протекают как обменные, так и воспалительные процессы, развиваются отеки [5]. Поражение волокнистых соединительных тканей лежит в основе развития системной красной волчанки, синдрома

Шегрена, системной склеродермии, полимиозита, дерматомиозита, смешанных заболеваний соединительной ткани [4].

Приготовление препаратов волокнистой соединительной ткани (в составе внутренних органов), как правило, проводится по классической схеме [1,3,6]. Однако при этом для выявления состояния межклеточного вещества используется широкий спектр гистологических красителей [10]. Наиболее часто препараты окрашивают пикрофуксином по Ван Гизону, азаном по Гейденгайну, резорцинфуксином по Вейгерту, трихромной окраской по Маллори (Рисунок 2).

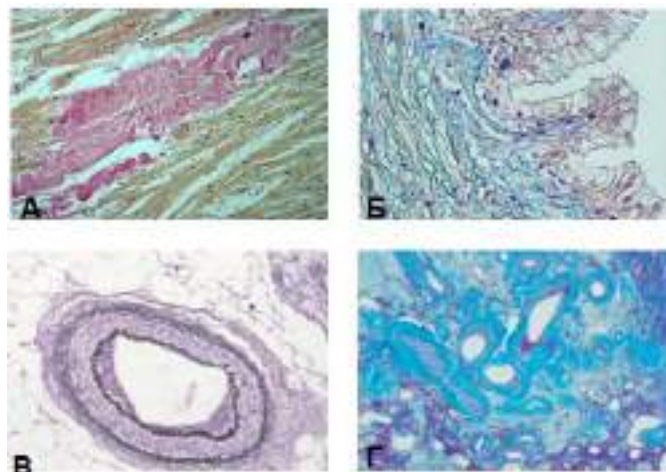


Рисунок 2 – Результаты окраски компонентов волокнистой соединительной ткани:
А) по Ван Гизону, Б) по Маллори, В) по Вейгерту, Г) по Гейденгайну.

ВОЗ объявило первое десятилетие XXI века «Декадой костей и суставов». Это свидетельствует о том, что группа болезней опорно-двигательного аппарата занимает лидирующие позиции по распространенности среди всех слоев населения, ведет к высокой инвалидизации и значимому снижению качества жизни [7].

Костные образцы считаются одними из трудных объектов для гистологического исследования вследствие высокой минерализации межклеточного вещества [2,8]. К особенностям обработки костного материала относят:

- необходимость во время вырезки выпиливать кусочек с учетом последующей подрезки материала.
- проведение дополнительного этапа обработки ткани – декальцинации. При этом лаборант должен:
 - О убедиться в полном завершении фиксации перед тем, как приступить к декальцинации костной ткани.
 - О правильно выбрать декальцинирующий раствор с учетом последующих методов исследования
 - О точно определить время завершения этого процесса, так как избыточное действие декальцинирующих растворов снижают качество препаратов.
 - О провести подрезку (моделирование) кусочка ткани для удаления налета жира и «крошек» костной ткани после декальцинации.
- использование при микротомии костной ткани специальных одноразовых лезвий N35. Но даже при этом толщина срезов костной ткани будет не меньше до 5—6 мкм.
- Монтировать такие срезы лаборант должен на новые стекла с заводским адгезивным покрытием. Это предупредит отклеивание срезов в процессе окрашивания. Совершенно иные методы необходимы для приготовления препаратов богатых жировой тканью. Использование классических алгоритмов проводки, депарафинирования и заключения препаратов при работе с жировой тканью, вызывает растворение липидов. В результате под микроскопом видны пустоты в клетках, что дает искажение результата

исследования. Поэтому из жировой ткани готовят криостатные (замороженные) срезы [9], которые окрашивают Суданом III, для заключения препаратов используют водорастворимые среды.

Таким образом, анализ данных литературы показал, что разнообразие видов соединительных тканей (от рыхлой до костной, от жировой до ретикулярной) обуславливает необходимость использования различных способов обработки материала при гистологическом исследовании. Особенности обработки материала, содержащего различные виды соединительной ткани представлены в Таблице.

Таблица - Сравнительная характеристика этапов приготовления препаратов из различных видов соединительной ткани

Этапы Вид ткани					Изготовление срезов		Депарфизирование	Окраска		Заключение	
	Фиксация	Декальцинация	Проводка	Заливка	Микротомия	Криотомия		Гематоксилин/эозиновые специальные методы	Судан III	Бесцветная среда	Водная среда
Волокнистая	+		+	+	+		+	+		+	
Костная	+	+	+	+	+		+	+		+	
Жировая						+			+		+

Медицинский лабораторный техник в своей работе должен учитывать особенности поступающего в лабораторию материала и четко выполнять все требования стандартных операционных процедур. Именно от его работы в значительной мере зависит качество приготовленного препарата, а следовательно, и точность постановки диагноза.

Список использованных источников:

1. Приказ Минздрава России от 24.03.2016 N 179н (ред. от 25.03.2019) "О Правилах проведения патолого-анатомических исследований" (Зарегистрировано в Минюсте России 14.04.2016 N 41799)
2. Мальков П.Г. Стандартные технологические процедуры при проведении патологоанатомических исследований: клинические рекомендации /П.Г.Мальков, Г.А.Франк, М.А.Пальцев; Российское общество патологоанатомов. - Москва: Практическая медицина, 2017.- 135 с.
3. Морфологическая диагностика: подготовка материала для гистологического исследования и электронной микроскопии: руководство / под ред. Д. Э.Коржевского. – СПб.: СпецЛит, 2013. - 127 с.
4. Пауков В.С., Литвицкий П.Ф. Основы клинической патологии. Учебник.- М.:ГОЭТАР-Медиа, 2019.- 336 с.
5. Функциональная морфология тканей: учебно-методическое пособие в таблицах для студентов медицинских вузов / С.Ю. Виноградов, С.В. Диндяев, В.В. Криштон, И.Ю. Торшилова / Под общей редакцией профессора С.Ю. Виноградов / Иваново, 2011 - 85 с.
6. Артемьева А.С. Гистологическое исследование: методы, виды, особенности патоморфологического исследования. [Электронный ресурс]/ А.С. Артемьева// nii-onco.ru – URL: <https://nii-onco.ru/diagnostika/kak-provoditsya-gistologicheskoe-issledovanie-vidy-metody-osobennosti/> (
7. ВОЗ Информационный бюллетень от 17 мая 2017. URL: <https://minzdrav.gov.ru/special/news/2017/05/22/5469-informatsionnyy-byulleten-70-y-vsemirnoy-assamblei-zdravoohraneniya>

8. Власова А. Вебинар «Практические советы лаборанту гистологу: декальцинация» /А.Власова // histitechnjlggy.ru- URL: https://vk.com/video/@histoclub?z=video-64887952_456239133%2Fclub64887952%2Fpl_-64887952_-2
9. Власова А. Вебинар «Практические советы лаборанту гистологу: криотомия» /А.Власова // histitechnjlggy.ru - URL: https://vk.com/video-64887952_456239128
10. Воловик К., Вебинар «Специальные методы окраски в гистологии» /К.Воловик // histitechnjlggy.ru - URL: https://vk.com/video/@histoclub?z=video-64887952_456239064%2Fclub64887952%2Fpl_-64887952_-2

БАДАН ТОЛСТОЛИСТНЫЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

*Копеева Анна Андреевна,
Руководитель: Багрянцева Наталья Михайловна
ГАПОУ Мурманской области
"Мурманский медицинский колледж", г. Мурманск*

Актуальность

Растения издавна применялись для лечения различных заболеваний человека. Из них готовили отвары, настои, примочки, лечебные ванны, снадобья. Не смотря на развитие современной медицины, лекарственные растения и вещества, содержащиеся в их частях, остаются основой для создания современных лекарственных препаратов.

Популярность лечения лекарственными растениями и использование препаратов на их основе растет с каждым годом. Это даёт толчок и причину для поиска новых и изучения уже известных растений и получения нового лекарственного сырья из тех морфологических частей, которые ранее не рассматривались в качестве лекарственного.

Одним из таких растений является Бадан толстолистный, применяемый для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта и в гинекологии.

Цель исследования

1. Изучить ботаническое описание, химический состав Бадана толстолистного;
2. Определить химическим исследованием концентрацию дубильных веществ в корневище (образец 1), свежесобранных (образец 2), опавших и почерневших (образец 3) листьях, собранных в ботаническом саду города Кировск Мурманской области.

Задачи исследования

1. Проанализировать литературные и электронные источники информации по указанной теме.
2. Провести качественный и количественный анализ исследуемых образцов сырья бадана.
3. Сравнить содержание дубильных веществ в образцах 1, 2, 3, 4.

Объект исследования корневище, свежесобранные и опавшие листья из ботанического сада города Кировск Мурманской области.

Для анализа было использовано сырье Бадана толстолистного, которое было собрано на территории Полярно-альпийского ботанического сада-института им. Н.А. Аврорина Кольского научного центра Российской академии наук в городе Кировск Мурманской области. Сырье представляет собой корневища и листья – свежесобранные и опавшие. Также для сравнения использован заводской растительный лекарственный препарат – Бадана толстолистного корневище в фильтр-пакетах. Исследование проводилось в лаборатории контроля качества лекарственных средств Мурманского медицинского колледжа в целях изучения накопления растениями, произрастающих в суровых условиях северного климата

биологически активных веществ (танин), по просьбе Полярно-альпийского ботанического сада-института им. Н.А. Аврорина.

Бадан толстолистный—*Bergeniocrassifolia* (L.) Fritsch.

Семейство камнеломковые - *Saxifragaceae*.

Бадан толстолистный – это многолетнее травянистое растение высотой 10-50 см. Корневище мясистое, ползучее с многочисленными тонкими придаточными корнями. Листья цельные, голые, кожистые, зимующие, собраны в прикорневую розетку. Листовая пластинка широкоэллиптическая, верхушка округлая, основание сердцевидное или округлое, край с крупными тупыми зубцами. Длина листовой пластинки 10-35 см (обычно превышает длину черешка), ширина 9-30 см. Цветки с венчиком лилово-розового цвета собраны на верхушке безлистного цветоноса в густое метельчато-щитковидное соцветие. Плод - коробочка. Цветет в мае-июле, до появления молодых листьев, плоды созревают в июле-начале августа. [4, С.101]

Произрастает на юге Сибири: на Алтае, в Кузнецком Алатау, в Западных и Восточных Саянах, в Тувинской республике, Прибайкалье и Забайкалье.

Бадан встречается в лесном, субальпийском и альпийском поясах на высоте от 300 до 2000 м над уровнем моря на хорошо дренированных каменистых почвах. Обильно произрастает в темнохвойных лесах, где часто образует сплошные заросли. [4, С.101]

В качестве лекарственного растительного сырья в России используется корневище Бадана (Государственная фармакопея XIV издания, ФС.2.5.0004.15).

В качестве основных веществ Корневище содержат дубильные вещества (25-27%). Также содержат арбутин, катехин, катехингаллат, изокумаринбергенин, фенольные кислоты и их производные, крахмал и т.д.

Бадан толстолистный применяют как вяжущее, гемостатическое, противовоспалительное и противомикробное средство при колитах, энтероколитах, стоматитах, гингивитах и эрозии шейки матки.

Количественное определение заключается в определении дубильных веществ в пересчете на танин. Качественным считается сырье, в котором дубильных веществ содержится не менее 20%.

Количественный анализ проводится в соответствии с общей фармакопейной статьей «Определение содержания дубильных веществ в лекарственном растительном сырье и лекарственных растительных препаратах» ФС.1.5.3.0008.18.

Определение содержания дубильных веществ в лекарственном растительном сырье и лекарственных растительных препаратах проводят титриметрическим и/или спектрофотометрическим методами [3, С.2365]. Титриметрический метод заключается в определении суммы дубильных веществ в пересчете на танин (метод 1), а спектрофотометрический метод позволяет определять сумму дубильных веществ в пересчете на пирогаллол (метод 2).

Количественное определение содержания дубильных веществ проводилось титриметрическим методом согласно ФС «Бадана толстолистного корневища» по методу №1.

Регламентируемое содержание дубильных веществ в соответствие с ФС должно составлять не менее 20%.

Содержание суммы дубильных веществ в пересчете на танин в абсолютно сухом сырье в процентах (X) вычисляют по формуле:

$$X = \frac{(V - V_1) \times 0,004157 \times 250 \times 100 \times 100}{a \times 25 \times (100 - W)}$$

V – объем калия перманганата раствора 0,02 М, израсходованного на титрование водного извлечения, мл;

V_1 — объем калия перманганата раствора 0,02 М, израсходованного на титрование в контрольном опыте, мл;

0,004157 – количество дубильных веществ, соответствующее 1 мл калия перманганата раствора 0,02 М (в пересчете на танин), г;

a – навеска сырья или лекарственного растительного препарата, г;

W – влажность лекарственного растительного сырья или лекарственного растительного препарата, %;

250 – общий объем водного извлечения, мл;

25 – объем водного извлечения, взятого для титрования, мл. [3, С.2366]

СОДЕРЖАНИЕ

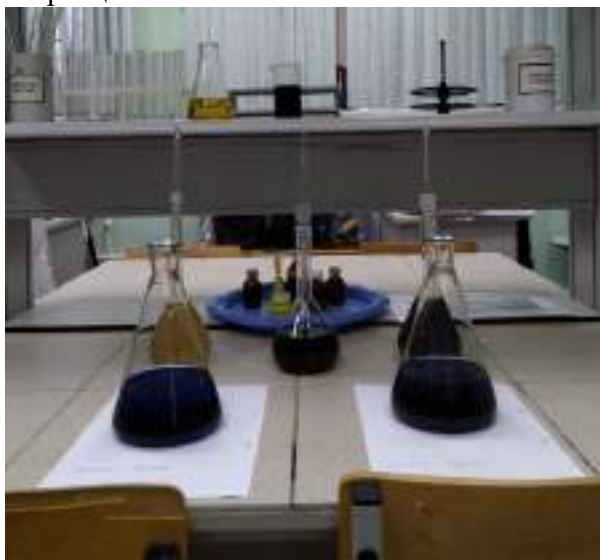
Для анализа было приготовлено 4 водных извлечения (ВИ) (1,0 сырья и 500 мл воды очищенной):

- Водное извлечение корневища (образец 1);
- Водное извлечение листьев (образец 2);
- Водное извлечение опавших листьев (образец 3);
- Водное извлечение корневища лекарственного растительного препарата (образец 4).

В соответствии с требованиями фармакопейной статьи были приготовлены реактивы – раствор индигосульфокислоты 1 литр; титрант – раствор калия перманганата 0,02М 1 литр; раствор для контрольного опыта (25 мл и 500 мл воды очищенной, 25 мл раствора индигосульфокислоты).

Из полученных ВИ мы приготовили растворы (4) для титрования (25 мл ВИ, 500 мл воды очищенной и 25 мл раствора индигосульфокислоты).

Растворы для анализа образцов 1 и 3



На титрование раствора для контрольного опыта пошло 0,9 мл раствора калия перманганата.

Анализ ВИ корневища (образец 1).

W= 9,18%

На титрование раствора из водного извлечения корневища раствором калия перманганата пошло 7 мл.

$$X = \frac{(7 - 0,9) \times 0,004157 \times 250 \times 100 \times 100}{1,0 \times 25,0 \times (100 - 9,18)} = 27,92\%$$

Следовательно, в корневище, собранном в ботаническом саду г.Кировск, содержится 27,92% дубильных веществ.

Анализ ВИ листьев (образец 2).

W=4,03%

На титрование раствора из данного водного извлечения пошло 4,85 мл калия перманганата.

$$X = \frac{(4,85 - 0,9) \times 0,004157 \times 250 \times 100 \times 100}{1,0 \times 25,0 \times (100 - 4,03)} = 17,11\%$$

Следовательно, в здоровых листьях, собранных в ботаническом саду, содержится 17,11% дубильных веществ.

Анализ ВИ опавших листьев (образец 3).

W=10,3%

На титрование раствора из данного водного извлечения пошло 4 мл калия перманганата.

$$X = \frac{(4 - 0,9) \times 0,004157 \times 250 \times 100 \times 100}{1,0 \times 25,0 \times (100 - 10,3)} = 14,37\%$$

Следовательно, в опавших листьях, собранных в ботаническом саду, содержится 14,37% дубильных веществ.

Анализ ВИ из корневища заводского изготовления (образец 4).

W=8,3%

На титрование раствора из данного водного извлечения пошло 7,4 мл калия перманганата.

$$X = \frac{(7,4 - 0,9) \times 0,004157 \times 250 \times 100 \times 100}{1,0 \times 25,0 \times (100 - 8,3)} = 29,013\%$$

Следовательно, корневище, которое использовали в качестве сырья для изготовления фильтр-пакетов лекарственного растительного препарата «Бадана толстолистного корневища», содержит 29,013% дубильных веществ. Данный результат говорит о том, что лекарственный растительный препарат является качественным.

Все результаты опытов были занесены в таблицу.

Общие результаты количественного анализа

	Водное извлечение 1	Водное извлечение 2	Водное извлечение 3	Водное извлечение 4	Контрольный опыт
Навеска водного извлечения, мл	25	25	25	25	-
Объем воды очищенной, мл	500	500	500	500	25 500
Объем индигосульфокислоты, мл	25	25	25	25	25
Объем Р-ра калия перманганата 0,02М, мл	7	4,85	4	7,4	0,9
Содержание дубильных веществ, %	27,92	17,11	14,37	29,013	-

Вывод

После проведенных анализов водных извлечений из нескольких видов растительного сырья можно сделать несколько выводов:

Первое – Бадан толстолистный (*Bergeniocrassifolia*), выращенный на Крайнем Севере накапливает такое количество дубильных веществ, которое фармакопейная статья государственной фармакопеи XIV издания считает необходимым;

Второе – листья Бадана также накапливают в своих клетках дубильные вещества, следовательно, их можно рассматривать как лекарственное растительное сырье;

Третье – опавшие и почерневшие листья содержат в своих клетках значительно меньше дубильных веществ, чем свежесобранные листья. Данный факт можно объяснить малой стойкостью дубильных веществ.

По результатам химического исследования концентрации содержания дубильных веществ в пересчете на танин, как основного действующего вещества, определяющего фармакологические свойства лекарственного растительного сырья бадана толстолистного (*Bergenia crassifolia*), было доказано, что в свежесобранных листьях концентрация веществ выше, чем в опавших и почерневших листьях: 17,11% и 14,39% соответственно. Это может быть связано с процессами разложения дубильных веществ в листьях.

Кроме того, проведенное исследование является доказательством, что растения, произрастающие в условиях сурового заполярного климата, накапливают требуемый государственной фармакопеей процент биологически активных веществ, как те же виды, вырастающие в более благоприятных условиях.

Список использованных источников:

1. НПА: Государственная фармакопея XIV издания (утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2018 г. № 749);
2. ФС.2.5.0004.15 Бадана толстолистного корневища – С. 5875-5880;
3. ОФС.1.5.3.0008.18 Определение содержания дубильных веществ в лекарственном растительном сырье и лекарственных растительных препаратах – С. 2365-2369;
4. Е.В. Жохова, М.Ю. Гончаров, М.Н. Повыдыш, С.В. Деренчук, «Фармакогнозия», учебник для фармацевтических колледжей и техникумов, 2012 год – С. 101-102;
5. Электронные источники: Энциклопедия лекарственных растений; url: <https://lektrava.ru/encyclopedia/>.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Мардыкина Виктория Юрьевна
Руководитель: Кудрина Анна Юрьевна
ГАПОУ Мурманской области
"Мурманский медицинский колледж", г. Мурманск*

Аннотация в работе рассматривается проблема заболевания молочных желез – рак молочной железы (далее, как РМЖ). Исследовательская часть работы позволила сделать выводы, на основе которых сформированы практические рекомендации и обозначена роль медицинской сестры в первичной профилактике РМЖ, что акцентирует практическую значимость работы.

Ключевые слова: молочная железа, рак, опухоль, профилактика.

Актуальность темы

Рак молочной железы- это злокачественная опухоль, возникающая из ткани молочной железы, характеризующаяся довольно агрессивным ростом и способностью к активному метастазированию. Рак молочной железы является одним из самых распространенных злокачественных процессов у женщин

В большей степени результат лечения зависят от своевременного выявления и дифференциальной диагностики образований молочной железы, обязательная диспансеризация играет не малую роль в диагностике онкологических заболеваний на ранних стадиях, что значительно увеличивает шансы на излечение и повышение уровня жизни населения. Таким образом, медсестре должна быть отведена ключевая роль в медико-профилактической помощи населению, санитарном просвещении, организации образовательных программ, пропаганде здорового образа жизни. Медицинские сестры должны быть достаточно подготовлены к проведению санитарно-просветительной работы, пропаганды прохождения своевременной диспансеризации и скрининговых программ.

Цель исследования – выявление роли медицинской сестры в профилактике рака молочной железы.

Предмет исследования: рак молочной железы.

Объект исследования: учащиеся и педагогический состав ГАПОУ МО «ММК»

Методы исследования: изучение дополнительной литературы, сравнительный анализ, субъективный метод исследования (анкетирование)

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Изучить теоретические вопросы по рассматриваемой проблеме.
2. Провести исследование, по результатам которого определить роль медицинской сестры в первичной профилактике заболевания.
3. Разработать памятку для женщин на примере рекомендаций по профилактике РМЖ.

Место проведение исследования: информационно-телекоммуникационная сеть «Интернет» (с использованием сервиса Google Формы).

Результаты и выводы. В анонимном опросе приняло участие 115 человек. Респондентам было предложено ответить на вопросы анкеты (Приложение 1). По окончании анкетирования ответы проанализированы и получены следующие результаты.

В анкетировании приняли участие респонденты разных возрастных категорий:

- I категория – лица до 25 лет;
- II категория – лица 25-45 лет;
- III категория – лица старше 45 лет.

В результате проведенного исследования было установлено, что:

- Большинство женщин (98,3%) знают о таком заболевании как РМЖ;
- 3,5% респондентов считают, что РМЖ заразен;
- 4,3% респондентов уверены, что РМЖ не излечим;
- 70,4% респондентов думают, что РМЖ передается по наследству;
- 11,3% респондентов полагают, что доброкачественные опухоли всегда переходят в злокачественные;
- 2,6% респондентов считают, что РМЖ можно вылечить народными средствами
- 72,2% респондентов предполагают, что есть взаимосвязь между вредными привычками и риском развития РМЖ;
- 84,3% респондентов подвержены стрессовым ситуациям;
- У 47,8% респондентов есть вредные привычки;
- 47,8% респондентов состоят в браке;
- У 53% респондентов есть дети;
- 46,9% респондентов кормили детей грудью;
- У 21,7% респондентов есть профессиональные вредности на работе;
- Всего 53,5% респондентов проводят самообследование груди;
- 84,2% респондентов обращались 1 раз в год к гинекологу в целях профилактического осмотра;
- 24,8% респондентов были выявлены заболевания молочных желез;
- 0,9% респондентов не знают, что такое маммография;
- Лишь 46,1% респондентов проходят маммографические исследования
- 83,5% респондентов считают, что маммографические обследования нужно проходить 1 раз в год.
- 41,2% респондентов думают, что возраст не влияет на развитие РМЖ.

- 80% респондентов предполагают, что главной причиной развития РМЖ является наследственность.
- 85,8% респондентов обсуждают проблемы своего здоровья с врачом.
- У 18,3% респондентов были родственники с онкологическими заболеваниями молочных желез.

Выводы

В результате проведенного исследования установлено, что большинство женщин имеют представления о таком заболевании, как рак молочной железы – 98,3%. Но большинство пациенток не умеют, и не знают правила самообследования молочных желез, лишь 53,5% респондентов проводят самообследования молочных желез. При этом только 46,1% респондентов проходили маммографические обследования. Хотя у 24,8% респондентов имелись проблемы с молочной железой.

Можно сделать вывод, что женщины не владеют полной информацией о профилактических мерах или в силу нехватки времени не уделяют внимания здоровью. Поэтому задача медицинской сестры обратить внимание пациенток на экологическим и социальные факторы, которые могут способствовать развитию заболевания. Это можно осуществить путем проведения вебинаров, мастер-классов, специальных занятий в Школах здоровья. Такие меры способствуют формированию здорового образа жизни и устранению факторов риска рака молочной железы. Помимо повышения информированности женщин репродуктивного возраста о возможной злокачественной патологии необходимо внедрять методы самообследования, а также инструментальное обследование молочных желез.

По итогам исследования была создана памятка, которую распространили среди студентов (Приложение 2). В памятке содержатся самые важные сведения и информация, которыми может руководствоваться любая женщина.

Список использованных источников:

1. Злокачественные новообразования как медико-социальная проблема. Профилактика [Электронный ресурс]. https://studopedia.ru/9_81818_zlokachestvennie-novoobrazovaniya-kak-mediko-sotsialnaya-problema-profilaktika.html (Дата обращения: 10.11.2022).
2. Кнышова Л.П. Злокачественные новообразования как медико –социальная проблема фундаментальных исследований. – 2020 – № 5-4. – с. 671-672.
3. Рассказова Е.А., Рожкова Н.И., Скрининг для ранней диагностики рака молочной железы//Научно-практический журнал исследования и практика в медицине. – 2019.- Т.1. - №1. - С.45-51.
4. Статистика рака молочных желез в мире и России [Электронный ресурс]. -Режим доступа: [rak-molochnykh-zhelez-v-mire-i-rossii.html](https://studopedia.ru/9_81818_zlokachestvennie-novoobrazovaniya-kak-mediko-sotsialnaya-problema-profilaktika.html) (Дата обращения: 03.11.2022).
5. Ланик С.В. Востребованность бакалавров сестринского дела на региональном рынке труда // Университетская медицина Урала -Т. 4 -№34 (15) –2018 - С. 18-21.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Анкета

Уважаемые респонденты! Анкетирование анонимное.

1. Укажите Ваш возраст
 - До 25 лет
 - 26-45 лет
 - Старше 45 лет
2. Знаете ли Вы о таком заболевании как рак молочной железы?
 - Да
 - Нет
3. Считаете ли Вы, что рак молочной железы заразен?
 - Да

- Нет
4. Считаете ли Вы, что рак молочной железы излечим?
 - Да
 - Нет
 5. Как вы считаете, может ли рак молочной железы передаваться по наследству?
 - Да
 - Нет
 - Затрудняюсь ответить
 6. Как вы считаете, всегда ли доброкачественные опухоли переходят в злокачественные?
 - Да
 - Нет
 - Затрудняюсь ответить
 7. Как вы считаете, может ли рак молочной железы вылечить народными средствами?
 - Да
 - Нет
 - Затрудняюсь ответить
 8. Как вы считаете, есть ли взаимосвязь между вредными привычками и риском развития рака молочной железы?
 - Да
 - Нет
 - Затрудняюсь ответить
 9. Подвержены ли Вы стрессовым ситуациям?
 - Да
 - Нет
 10. Есть ли у вас вредные привычки?
 - Да
 - Нет
 11. Состоите ли Вы в браке?
 - Да
 - Нет
 12. Есть ли у Вас дети?
 - Да
 - Нет
 13. Кормили ли вы детей грудью?
 - Да
 - Нет
 14. Есть ли у Вас профессиональные вредности на работе, например, такие как воздействие радиации, физические факторы (электромагнитные колебания и т.п.), химические факторы?
 - Да
 - Нет
 - Затрудняюсь ответить
 15. Проводите ли Вы самообследование груди?
 - Да
 - Нет
 - Затрудняюсь ответить
 16. Обращались ли Вы хотя бы 1 раз в год к гинекологу в целях профилактического осмотра?



- Да
- Нет

17. Были ли у Вас ранее выявлены заболевания молочных желез?

- Да
- Нет

18. Знаете ли Вы что такое маммография?

- Да
- Нет

19. Проходили ли Вы маммографические обследования?

- Да

20. Как Вы считаете, как часто надо проходить маммографические обследования?

- 1 раз в год
- 2 раза в год
- 1 раз в пять лет

21. Как Вы считаете влияет ли возраст на развитие рака молочной железы?

- Да
- Нет

22. Как Вы считаете какие причины могут привести к раку молочной железы?

- Травмы молочной железы
- Наследственность
- Вредные условия труда
- Стрессовые ситуации

23. С кем предпочитаете обсуждать проблемы своего здоровья?

- С подругой
- С мужем
- С Интернетом
- С врачом
- С родителями или родственниками

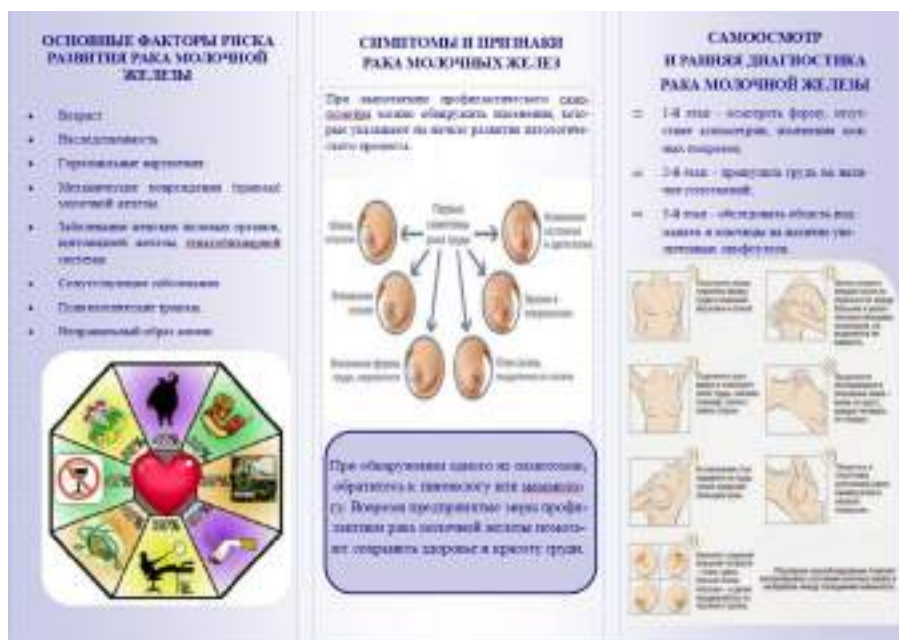
24. Было ли у Ваших родственников онкологические заболевания?

- Да

- Нет
- Затрудняюсь

ответить

ПРИЛОЖЕНИЕ 2



**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ
ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Д В ДИАДЕ «МАТЬ-ДИТЯ»
В ПРИАРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ РФ НА БАЗЕ
ГБОУЗ МОКМЦ ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ №3**

*Синюкова Наталья Андреевна
Руководитель: Кудрина Анна Юрьевна
ГАПОУ Мурманской области
"Мурманский медицинский колледж", г. Мурманск*

Аннотация: в научно-исследовательской работе обосновывается актуальность профилактики дефицита витамина Д, к которой следует относиться как к непрерывной мере, особенно среди женского населения.

Ключевые слова: беременность, дефицит витамина Д, профилактика.

Актуальность

Современное понимание глобального значения дефицита витамина Д в развитии различных патологических состояний диктует необходимость не только активного изучения процессов, связанных с дефицитом витамина Д, но и разработки рекомендаций по профилактике и лечению гиповитаминоза Д в различных группах населения [2, с.158].

Дефицит витамина Д оказывает влияние и на процессы, определяющие здоровье в долгосрочной перспективе: патологии опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, хронические неинфекционные заболевания, аутоиммунные заболевания, осложнения беременности, нарушения памяти и внимания, психические расстройства, аллергические заболевания, повышенная заболеваемость острыми респираторными заболеваниями, ожирение, онкологические заболевания и др. [3, с.12]. Исходя из представленного выше, можно однозначно сказать, что обеспечение витамином Д беременных женщин является актуальной проблемой современного акушерства.

Цель исследования: определение обеспеченности витамином Д в диаде «Мать-дитя» в приарктической зоне Российской Федерации.

Задачи исследования:

1. Исследовать современные литературные источники по выбранной теме;
2. Проанализировать эффективность профилактических мер дефицита витамина Д на базе ГБОУЗ МОКМЦ Женская консультация №3.

Гипотеза: заключается в том, что проводить работу по внедрению методов профилактики дефицита витамина Д следует не только среди населения, но и среди специалистов, которые работают непосредственно с беременными женщинами.

Объект исследования: дефицит витамина Д.

Предмет исследования: профилактика дефицита витамина Д.

Методы исследования: эмпирический, математический.

Для определения эффективности профилактических мер дефицита витамина Д среди беременных женщин приарктической зоны Российской Федерации было проведено анонимное анкетирование 107 женщин, состоящих на учете по беременности на базе Женской консультации №3. Анкета включала оценку осведомленности женщин касательно витамина Д, данные о приеме витамина Д, данные об источниках информации. Кроме этого, было проведено анонимное анкетирование акушеров и врачей акушеров-гинекологов Женской консультации №3. Анкета включала оценку информационной доступности, актуальности знаний специалистов, их роль в обеспеченности витамином Д беременных женщин.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного исследования было установлено, что большинство женщин (84%) осведомлено о функциях витамина Д (рис. 1). Однако оценка женщинами своих знаний является субъективной, что не позволяет оценить актуальность и достоверность имеющихся у них знаний.

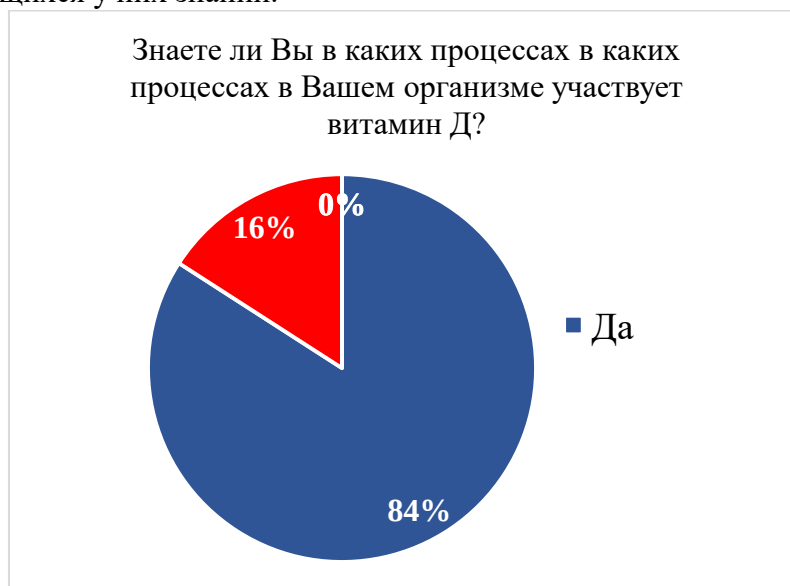


Рисунок 1. Осведомленность о функциях витамина Д

Дефицит знаний подтверждает тот факт, что 67% опрошенных не имеют представления об анализе уровня витамина Д в крови.

Несмотря на то, что 33% женщин знают о 25(ОН)D анализе, из всех опрошенных только 8% владеют данными уровня витамина Д в своем организме.

При этом больше половины респонденток (55%) принимают препараты витамина Д (рис. 4).

Из этих данных можно сделать вывод, что женщины самостоятельно бесконтрольно назначают себе препараты витамина Д, без учета уровня 25-гидроксиколекальциферола, что приводит к неверно подобранной дозировке и препарат не оказывает должного действия.

Далее были определены источники информации, которыми женщины пользовались при подборе витаминотерапии. Полученные данные свидетельствуют о том, что на выбор больше половины женщин (55%) влияет Интернет, что является не надежным источником информации. В то время, как врачи женских консультаций и поликлиник с большим отрывом находятся на втором (14%) и третьем (10%) местах соответственно.



Рисунок 2. Прием препаратов витамина Д

Таким образом, данные анкетирования беременных женщин на базе Женской консультации №3 показывают, что спрос на получение информации о витамине Д от врачей женских консультаций значительно выше предложения.

В связи с этим было принято решение о проведении анонимного анкетирования среди акушеров и врачей акушеров-гинекологов Женской консультации №3 с целью оценки доступности информации о профилактике дефицита витамина Д для специалистов в сфере акушерства и гинекологии.

Опрос показал, что большую часть информации (38%) специалисты получают в общении друг с другом. Для 26% опрошенных источником информации являются представители фармакологических организаций. По 12% у семинаров, научных журналов и институтов (рис. 3). Первые два источника хоть и являются самыми распространенными, однако их нельзя назвать абсолютно достоверными. Коллеги не всегда владеют актуальной информацией, а представители фармакологических организаций являются заинтересованными лицами, и, как показывает практика, зачастую не имеют медицинского образования.



Рисунок 3. Источники информации для специалистов

В ходе опроса выяснилось, что половина специалистов (50%) не оказывают информационную поддержку женщинам в профилактике дефицита витамина Д. Однако больше половины специалистов назначают препараты витамина Д женщинам. Из них 37% во время прегравидарной подготовки и при беременности, 25% только во время беременности, 13% по назначению врача. Четверть специалистов (25%) не назначают витамин Д женщинам репродуктивного возраста (рис. 4).



Рисунок 4. Назначение препаратов витамина Д

Выводы

При сопоставлении результатов анкетирования беременных женщин и специалистов в сфере акушерства и гинекологии была выявлена цепь причин недостаточной обеспеченности витамином Д в диаде «Мать-дитя». Специалисты не получают актуальную информацию, от этого не могут донести эту информацию до беременных женщин, витамин Д зачастую назначается в некорректных дозировках, либо не назначается вовсе. Неэффективная работа по профилактике дефицита витамина Д среди беременных женщин приводит к тому, что женщины в поиске информации прибегают к Интернету и самостоятельно назначают себе препараты витамина Д без анализа уровня 25(ОН)D, без учета возраста, региона проживания и других факторов. Неверно подобранная дозировка в витаминотерапии приводит к дефициту витамина Д, что является, как описано в теоретической части, причиной патологического течения беременности, родов и послеродового периода [4, с.48].

Со всей определенностью можно утверждать, что проводить работу по внедрению методов профилактики дефицита витамина Д следует начинать со специалистов, которые работают непосредственно с беременными женщинами. Необходима разработка рекомендаций и протоколов для работников сферы акушерства и гинекологии, где будут содержаться сведения о рисках при беременности в условиях дефицита витамина Д, методах диагностики уровня 25(ОН)D в сыворотке крови, о естественных источниках витамина Д, подборе необходимой дозировки в профилактических целях и коррективке уровня холекальциферола при наличии результатов анализа.

Целесообразна будет и разработка информационных брошюр для женщин с указанием функций витамина Д в организме, краткосрочных и долгосрочных последствий дефицита витамина, его естественных источников, профилактических доз в условиях приарктической зоны, а также с рекомендацией обратиться к врачу за консультацией по подбору необходимого препарата.

Список использованных источников:

1. Акушерство: учебник / В.Е. Радзинский. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; 514-524с.
2. Бухалко М.А., Скрипченко Н.В., Скрипченко Е.Ю., Имянитов Е.Н. Значение полиморфизма гена рецептора витамина Д в патологии человека. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2017; 23-24с.

3. Громова О.А., Торшин И.Ю., Тетруашвили Н.К. Витамины и микроэлементы в профилактике малых пороков развития. *Акушерство и гинекология*. 2017; 8: 10-20
4. Доброхотова Ю.Э., Боровкова Е.И., Залеская С.А., Скальная В.С., Боровков И.М., Зайдиева З.С. Витамин D3 и здоровье женщины. *Гинекология*. 2019; 44-51с.
5. Еремкина А.К., Мокрышева Н.Г., Пигарова Е.А., Мирная С.С. Витамин D: влияние на течение и исходы беременности, развитие плода и здоровье детей в постнатальном периоде. *Терапевтический архив*. 2018; 10: 115-127 с.
6. Кузнецова И.В. Лечебные и профилактические эффекты витамина D при гинекологических заболеваниях, связанных с избыточной пролиферацией. *Акушерство и гинекология*. 2018; 4: 138-143с.

СТАРЕНИЕ КОЖИ КАК НЕОБРАТИМЫЙ ПРОЦЕСС

*Зента Татьяна Николаевна
Данилова Карина Владимировна
Руководитель: Шишкина Елена Владимировна
ГАПОУ НСО "Новосибирский медицинский колледж", г. Новосибирск*

Старение организма, которое начинается со старения соединительных тканей, невозможно рассматривать без изучения различных факторов, влияющих на процессы синтеза и распада коллагеновых структур дермы.

Эпидермальный барьер кожи – уникальное с точки зрения морфологии и физиологии эволюционное приобретение, позволившее человеку в полной мере адаптироваться к особенностям окружающей среды.

Кожа является тем органом, на котором наиболее наглядно прослеживаются процессы старения организма в целом. Совершенно очевидно, что свойства и функции кожных покровов с возрастом ухудшаются, что проявляется в постепенной деградации тканей. Причины этих негативных процессов напрямую связывают со множеством разнообразных, в том числе генетических и эпигенетических факторов. Эти факторы в целом приводят к изменению структурных связей в межклеточном матриксе, что отрицательно сказывается на способности фибробластов нормально функционировать в дерме и производить коллаген и эластин. В совокупности это приводит к нарушению кожного гомеостаза и как следствие снижение тонуса кожных покровов. Конечными наглядными результатами являются атрофия, провисание, дряблость кожи, появление всё более заметных морщин.

Возможно, самое широко известное объяснение старения – это митохондриальная (свободнорадикальная) теория, впервые опубликованная Денхамом Харманом в 1972 году. Свободные радикалы имеют естественное происхождение; это побочный эффект метаболизма, особенно метаболизма, происходящего в наших митохондриях. Митохондрии – это «энергетические станции» клеток. Митохондрии вырабатывают большое количество энергии, но при этом возникает немало отходов, так называемых свободных радикалов, которые нарушают работу других молекул

К счастью, подавляющее большинство свободных радикалов создаются внутри митохондрий и остаются там, вдали от важнейших молекул наших клеток и еще дальше от ДНК и наших генов, надежно спрятанных в ядре клетки. Но вот свободные радикалы, которым удастся вырваться из митохондрий, повреждают сложные биологические молекулы в наших клетках – ДНК, мембранные липиды и важнейшие ферменты.

Как же мы подвергаемся свободным радикалам? Стресс, нерациональное питание, вредные привычки - курение, алкоголизм, наркомания, все это убивает здоровые клетки в нашем организме. Свободные радикалы провоцируют процесс окисления, атакуя обычные клетки, пытаясь отнять у них энергию. Затронутая клетка сама становится свободным

радикалом, распространяя окислительную реакцию на прилегающие клетки, или разрушается.

Есть распространенное мнение, что старение кожи — это чисто косметическое явление. У этого мнения два источника. Во-первых, мы видим, как родственники и знакомые умирают от инфарктов, инсультов, рака или болезни Альцгеймера, но вот о смертях от «старой кожи» ничего не знаем. Во-вторых, перенасыщение рекламы разнообразных чудо-средств для кожи лица, которые «сотрут следы морщин» и «сделают кожу снова молодой», патологически действуют на нашу нервную систему, так как мы разочаровываемся в их действии, а именно бездействии. Нет, конечно, на рынке косметической индустрии есть множество замечательных средств по уходу за кожей, которые на самом деле помогают справиться с различными проблемами, к примеру сегодня вышедшая на рынок инъекционная терапия, мезотерапия, ргп терапия, биоревитализация - однозначно лучшие для качества кожи методики, различные методы аппаратной косметологии, клеточной терапии в конечном итоге направлены на стимуляцию синтеза коллагена, восстановление структурных элементов межклеточного матрикса и нормализацию обменных процессов в дерме, подвергнутой регрессивному изменению в результате хронологического и фотостарения. Но сколько бы мы не делали данные процедуры и не наносили эпидермально кремы, старение - не остановить.

Вы, наверное, удивитесь, но люди, действительно иногда умирают от «старой кожи». У очень сильно постаревшей кожи уже нет надежного барьера от инфекций. Кожа становится не только менее надежным барьером, но еще и лишается поддержки - адекватного кровоснабжения и иммунного ответа. Старая кожа не является ни эффективным физическим барьером, ни тепловым изолятором, так что организму приходится тратить больше энергии, чтобы поддерживать нормальную температуру. Способность кожи заживать травмы и реагировать с помощью иммунитета - уменьшается. Эти и другие перемены в стареющей коже приводят к резкому росту нагрузки на стареющий организм, подвергая стрессу и другие системы, которые тоже стареют и теряют компетентность.

Кожа состоит из двух фундаментальных типов клеток: фиброцитов и кератиноцитов. В нормальной коже на самом деле встречается десятки других типов клеток, в том числе те, из которых состоят специализированные структуры вроде волосных фолликул и сальных желез. Есть клетки, которые приходят в кожу извне, к примеру, из кровеносных сосудов, или нервов. Из кератиноцитов состоит внешний слой кожи- эпидермис, они постоянно делятся и отшелушиваются. Таким образом их теломеры постоянно меняются. Теломеры — это последние несколько тысяч пар оснований (нуклеотидов) на концах хромосом. В старых клетках теломеры короткие, повреждения генов заметно возрастают, функциональность клетки ухудшается. Именно так и развиваются возрастные заболевания у людей.

Внутренний слой — дерма - более сложен. Он состоит как из фиксированных клеток- например, фибробластов, так и из блуждающих - макрофагов, моноцитов, лимфоцитов, плазматических клеток, эозинофилов, и тучных клеток. обычно выполняющих иммунные функции. Фиброцит — это ключевая клетка в дерме. Эти клетки делятся, формируя фибробласты и жировые клетки. Фибробласты создают и поддерживают внеклеточный матрикс из коллагеновых и эластиновых волокон, связывающих весь слой воедино. Жировые клетки - адипоциты чаще встречаются в молодой коже, они защищают тело, служат одновременно физической «подушкой» и термоизолятором. И фибробласты и адипоциты вырастают в результате деления фиброцитов. Когда эти клетки погибают фиброциты делятся и заменяют их новыми фибробластами и адипоцитами, но постепенно теряют длину теломер, и в каждой ткани опять-таки начинаются возрастные изменения.

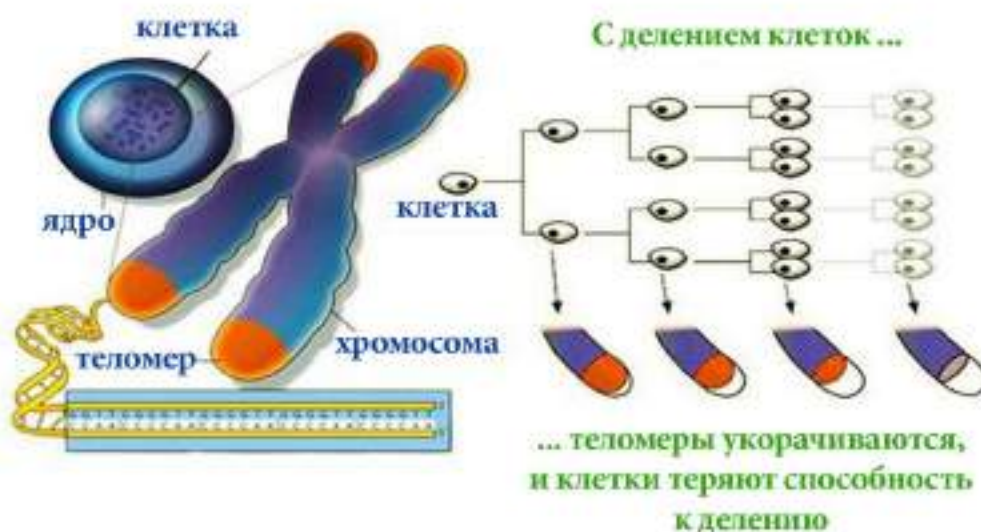


Рис. 1 - Укорачивание теломеры с процессом клеточного деления.

Эти возрастные изменения очевидны и визуально и на ощупь. Старая кожа медленнее заживает, потому что клетки делятся уже не так быстро. Она легко рвется, потому что коллагеновые волокна уже не так прочны, как в молодой коже. Когда мы оттягиваем кожу, эластиновые волокна уже не могут быстро подтянуть ее обратно (или не могут подтянуть вообще) и она начинает висеть мешком. После потери жировых клеток в дерме кожа, лишившись смягчающей «подушки», чаще травмируется, даже от малейших ударов и царапин, и на ней чаще возникают гематомы. Из-за потери жира тело быстрее теряет тепло, так что мы быстрее мерзнем, а это подвергает стрессу наш обмен веществ - ему требуется больше калорий, чтобы поддерживать нормальную температуру тела. Впрочем, одно из самых распространенных изменений происходит не в эпидермисе, не в дерме, а на границе между двумя слоями. В молодой коже дермо-эпидермальное соединение является интердигитационным: два слоя соединены, как переплетены пальцы, и благодаря этой сильно механической связи эпидермис практически невозможно оторвать от дермы. Молодая кожа прочна. В стареющей, однако, интердигитация постепенно теряется, и соединение становится уже не переплетённым, а практически плоским, а в местах, где слои, вообще не соприкасаются, возникают кармашки с жидкостью (микробуллы). В результате у пожилых людей кожа отшелушивается даже при самом лёгком трении. Если старик, например, споткнётся и упадёт, то задев в падении рукой стул, сдерет себе большой кусок кожи, непрочный как салфетка. Старая кожа очень нежная, легко рвется, а сшить ее обратно практически невозможно. Стареющая кожа становится тонкой, слабой, особенно там, где постоянно освещается солнцем.

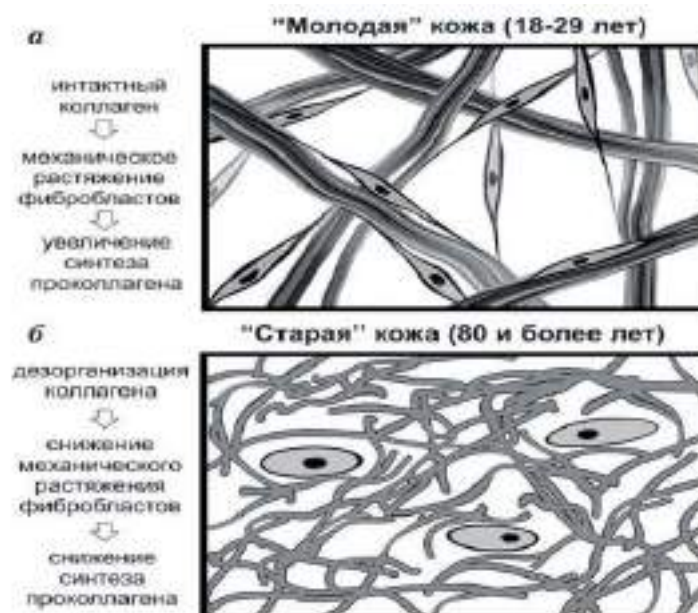


Рис 2. Взаиморасположение фибробластов и коллагеновых волокон в дерме в «молодой» коже (18-29 лет) и в «старой» коже (80 и более лет).

Мы видим морщины и возрастные пигментные пятна, кожа теряет контроль над пигментными клетками, и на ней появляются тёмные участки с неровными краями. Причина морщин и «сухости кожи» - не потеря влаги, а потеря кожных клеток, и повреждение внеклеточного матрикса. Когда клетки кожи перестают восстанавливать повреждения, в областях частых микротравм, где мышцы постоянно натягивают кожу - например, на лице, в областях, использующихся для мимики, - становятся заметными постоянные изменения, видимые нам как морщины. Такой же эффект, но менее заметный наблюдается на всей остальной коже, например, на тыльной стороне ладони и предплечья: когда кожа теряет эластичность и популяцию клеток, на ней возникают тысячи маленьких параллельных морщинок.

Старение - биологический процесс, у которого нет конкретного возраста наступления, никто не может предугадать, когда вы состаритесь. Скорость старения у каждого человека своя, и да, она зависит далеко не только от генетики, в основном от нашего образа жизни, это уже давно научный факт.

Невозможно сказать, что процесс старения объяснен, до тех пор, пока с помощью этого объяснения не получится предсказать, какие митохондрии, клетки и организмы будут стареть, а какие – не будут. Митохондриальная (свободнорадикальная) теория старения отлично исполняет описательную функцию, но вот предсказательной не является.

Само по себе старение не вызывает болезней, но оно повышает вероятность того, что проявится, например, генетически унаследованный риск сердечных заболеваний, который приведет к патологии или даже смерти. Старость не вызывает сердечных приступов, но делает их более вероятными.

Старение – динамичный, сложный каскад событий. У него нет единственной отправной точки или события, которое можно назвать главной причиной.

Список использованных источников:

1. Зорина А.И., Зорин В.Л., Черкасов В.Р. Старение кожи и SPRS-терапия, журнал «Медицинская косметология» Косметика и медицина 4/2011 г. авт. Журнал Эстетическая медицина, Т. XI, № 1, 2012. – 25 с.
2. Зорина А.И., Зорин В.Л., Черкасов В.Р. Дермальные фибробласты: разнообразие фенотипов и физиологических функций, роль старения кожи//Эстетическая медицина. 2012. Т. XI, №1. – 212-218с.
3. Майкл Ф. «Теломераза. Как сохранить молодость, укрепить здоровье, и увеличить продолжительность жизни.», «ЭКМО», 2015. – 21-23 с.
4. Майкл Ф. «Теломераза. Как сохранить молодость, укрепить здоровье, и увеличить продолжительность жизни.», «ЭКМО», 2015. – 45-46 с.
5. Хабаров В.Н. Коллаген в косметической дерматологии / Хабаров В. Н. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 116-131 с.
6. Хлебникова А.Н., Петрунин Д.Д., Молочков А.В. Липиды человеческого эпидермиса (фундаментальные сведения и клиническая имплементация): Учебно-методическое пособие. М.: МОНИКИ; 2015. – 4-8 с.
7. Хертель Б. Молекулярные и клеточные механизмы естественного старения и фотостарения (стрессорные факторы, защитный механизм). Косметика и медицина, 2000, №4. – 5-17с.
8. Юцковская Я.А., Тарасенкова М.С., Еременко И.Е. Патогенетическое обоснование эффективности современных наружных препаратов для ухода за кожей при возрастном ксерозе // Клин. дерматология и венерология. № 5, 2010. 59–65 с.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Гасратова Камилла Пашиевна

Руководители: Михайлова Анна Вячеславовна

Соловьева Елена Сергеевна

ГАПОУ Саратовской области

"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Саратов

Онкогинекология – клиническая дисциплина на стыке гинекологии и онкологии, изучает: этиологию и факторы риска, клинические проявления, методы диагностики, методы лечения, меры профилактики злокачественных новообразований женских половых органов.

Актуальность проблемы онкогинекологии определяют три основных фактора:

- большая частота злокачественных опухолей;
- поздняя диагностика;
- высокая летальность.

Онкологический диагноз в России имеет каждая пятая пациентка гинеколога. Опасность доброкачественных и злокачественных опухолей в их непредсказуемости. Причины возникновения патологии установить сложно, а рост новообразования может быть быстрым и бессимптомным. Результат запущенного заболевания – бесплодие, инвалидность и даже гибель.

Структура рака женских половых органов в России: на первом месте – рак тела матки, на втором - рак шейки матки, на третьем - рак яичников, на четвертом - рак влагалища и вульвы (5%), на пятом - рак маточных труб (самая редкая локализация).

Хориокарцинома составляет не более 2% от всех случаев злокачественных опухолей женских половых органов.

Причины появления опухолей у женщин различны. Ведущую роль в развитии новообразований половых органов отводят гормональным нарушениям. Большинство опухолей матки и яичников гормонозависимы.

Другие причины:

- наследственная предрасположенность;
- заражение онкогенными штаммами вируса папилломы человека;
- поликистоз яичников;
- травмы половых органов;
- инфекции, передающиеся половым путем;
- ослабленный иммунитет;
- раннее половое созревание;
- поздний климакс;
- курение, наркомания, алкоголизм;
- беспорядочная половая жизнь;
- воздействие радиации;
- стресс.

Гормональные опухоли бывают доброкачественными и злокачественными.

В зависимости от типа опухоли, пик заболеваемости приходится на разные возрастные группы. Так, рак шейки матки чаще встречается у молодых женщин, а онкология яичников обычно у пациенток в период менопаузы.

Гинекологические опухоли почти всегда развиваются бессимптомно. Особенно это опасно в случае злокачественного новообразования. От момента возникновения первой злокачественной клетки до появления первого признака проходит 5-10 лет. Если новообразование диагностировать в это время – шанс излечения очень велик.

Рак органов репродуктивной системы – самая распространенная форма онкологии у женщин. Злокачественные опухолевые болезни часто выявляются на поздних стадиях, когда уже начался процесс метастазирования. Это приводит к высокой летальности.

Чтобы диагностировать опухоли женской репродуктивной системы, одного осмотра на гинекологическом кресле недостаточно. Симптомы и признаки, вызывающие опасения у женщины, тоже не являются поводом для постановки диагноза. Обязательно назначается ряд дополнительных исследований:

- ✓ РАР – тест (мазок по Папаниколау);
- ✓ биопсия;
- ✓ кольпоскопия;
- ✓ УЗИ.

Для подтверждения диагноза женщина направляется на обследование – пункция заднего свода влагалища, выскабливание слизистой матки, компьютерная томография и ультразвуковое исследование брюшного пространства. Только после уточнения диагноза и получения оценки опухоли женской репродуктивной системы начнется разрабатываться тактика лечения.

Оптимальным методом лечения рака женской репродуктивной системы считается удаление опухоли и последующая медикаментозная терапия (химиотерапия, лучевая терапия, иммунотерапия). Она необходима для уничтожения оставшихся атипичных клеток и предупреждение рецидива заболевания.

Паллиативное лечение назначается, когда рак был диагностирован на поздних стадиях развития и даже хирургическое удаление опухоли не дает положительных результатов. В таком случае подбирают лечение, направленное на облегчение состояния женщины – симптомы и признаки становятся маловыраженными. Но такая терапия не приостанавливает рост новообразования.

Эффективность лечения рака женской репродуктивной системы напрямую зависит от своевременной диагностики заболевания. Оно считается излечимым, рак давно перестал быть приговором – современные методы позволяют не только полностью избавиться от злокачественной опухоли, но и в большинстве случаев сохранить функции женской репродуктивной системы.

Берегите свою и чужую жизнь, ведь жизнь прекрасна!

Список использованных источников:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323 - ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №541н от 23 июля 2010г. «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. №1193н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки 0-IV стадии (обследование в целях установления диагноза заболевания и подготовки к противоопухолевому лечению)».
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ №83н от 10 февраля 2016 года «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием».
5. Баисова Б.И. Гинекология: Учебное пособие / Б.И. Баисова - М.: ГЭОТАР - медиа, 2016. - 432 с.
6. Гилязутдинова З.Ш. Онкогинекология: Руководство для врачей / З.Ш. Гилязутдинова, М.К. Михайлова. - М.: МЕДпресс - информ, 2016. - 384с.
7. Кулаков В.И. Гинекология: учебник для студентов медицинских вузов / В.И. Кулаков, В.Н. Серов, А.С. Гаспаров - М.: Медицинское информационное агентство, 2015. - 616 с.

ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - «РОЗОВАЯ ЛЕНТОЧКА»

Нурмуханова Лейла Сагинбековна

Руководители: Агушева Наталья Александровна

Михайлова Анна Вячеславовна

ГАПОУ Саратовской области

"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Саратов

В октябре по всему миру проводят мероприятие, направленное на борьбу с раком молочной железы (РМЖ) – это самое распространенное онкологическое заболевание среди женщин. РМЖ занимает второе место по распространённости среди онкологических заболеваний и является наиболее распространенным онкологическим заболеванием у женщин.

Дорогие девушки, женщины, будущие и состоявшиеся мамы! Мы обращаемся к вам: «Сохраните свою красоту, свое здоровье»

В октябре этого года исполняется ровно 29 лет с тех пор, как стартовала самая первая компания против рака груди. В 1992 году ее запустила Эвелин Лаудер. Лаудер создала розовую ленточку - международный женский символ борьбы с раком груди. Эвелин в свое время потряс факт, что четверть всех женщин, у которых диагностированы онкологические заболевания, страдают именно от рака груди и решила сплотить женщин в борьбе с тяжелым недугом.

Всемирной организацией здравоохранения октябрь объявлен международным месяцем борьбы против рака груди, и за четверть века легендарная кампания объединила людей более чем в 70 странах мира. Каждый год присоединяются новые страны.

Ежегодно средства массовой информации по всему миру публикуют просветительские материалы о тяжелом недуге, призывая пройти обследование женщин и позаботиться о здоровье. Во многом благодаря активной поддержке медиа женщины обращают внимание на проблему, что позволяет сделать раннюю диагностику, которая в большинстве случаев спасает жизнь.

25 фактов о раке молочной железы, которые должен знать каждый:

- Каждые 2 минуты у женщин диагностируют рак груди.
- На протяжении жизни обнаруживают это заболевание у каждой восьмой женщины
- Чем от любого другого вида онкологии, не считая рака легких, женщины умирают от него чаще.
- Рак кожи, оно является наиболее часто диагностируемым среди женщин и по прогнозам в 2021 году, по оценкам ученых, около 30% случаев заболевания раком составит рак молочной железы.
- Насчитывается более трех миллионов человек, перенесших это заболевание.
- С 1990 года смертность снизилась на 39%. Снижение показателей смертности, говорит о положительных результатах лечения, ранней диагностики рака груди и повышении сведений о заболевании.
- На сегодняшний день выявлена большая распространенность заболевания у женщин в возрасте до 45 лет.
- Риск заболевания увеличивается с возрастом. Всего лишь у 5 процентов женщин младше 40 лет оно было диагностировано.
- Рак молочной железы - распространенная разновидность онкологии. По оценкам мировой медико-санитарной статистики, более полумиллиона женщин умерли в 2011 году от этого вида рака.
- Это заболевание является вторым раком по распространенности среди женщин во всем мире. В 2019 году оно составило около 13 процентов всех новых заболеваний раком.
- Наличие данного заболевания у одного из родственниц по женской линии (мать, сестра, дочь) удваивает риск заболевания.
- Заболевание встречается около 85% случаев у женщин без генетической предрасположенности. Он возникает вследствие старения организма, а не наследственности.
- Начало менструального периода до 12 лет и менопаузы после 50 лет приводит к повышенному развитию заболевания. Женщины, родившие первого ребенка после 35 лет или не имеющие детей, находятся в зоне повышенного риска.
- Инвазивный рак всего лишь один из восьми случаев обнаруживается у женщин младше 45 лет, в то время как две трети случаев этого заболевания диагностируют у женщин старше 55 лет.
- Предположительно, от 5% до 10% случаев заболевания раком груди обусловлены генетической предрасположенностью.
- Наиболее значимым фактором риска развития рака молочной железы является возраст.
- Избыточный вес может увеличить риск рецидива рака молочной железы. Высокая степень риска связана со способностью жировых клеток производить эстроген: чрезмерное количество жировых клеток приводят к повышению уровня эстрогена в организме, что может способствовать развитию рака.
- Новые случаи возникают на 24% чаще у курильщиков и на 13% чаще у бывших курильщиков, чем у некурящих. Отказ от курения может снизить риск заболевания
- Выявилась связь между регулярными физическими тренировками общей продолжительностью 4 - 7 часов в неделю и более низким риском развития заболевания.

Физические упражнения позволяют контролировать уровень сахара в крови и удерживать инсулин в крови на допустимом уровне.

- Риск заболевания раком груди выше, чем у непьющих.
- От 30 до 40 процентов риска развития рака зависит от питания. Никакая еда не сможет вылечить рак груди, однако питательные вещества, содержащиеся во фруктах, овощах, бобовых и цельнозерновых, дают телу энергию, необходимую для поддержания здоровья груди.

Возрастной порог заболеваемости раком груди с каждым годом повышается. Причин тому немало: неблагоприятная экология, постоянные стрессы, отказ современных молодых женщин от материнства, отсутствие у молодежи культуры здорового образа жизни и т. д. Вот почему так важно призвать девушек тщательно следить за здоровьем груди с юных лет, чтобы это стало привычкой, полезной для будущего.

Российские женщины чаще всего просто боятся обращаться к врачам. Наша задача не напугать молодое поколение, а убедить в том, что только тщательная забота о собственном здоровье и регулярные обследования являются фактором снижения риска развития маммологических заболеваний. Девушки должны понять, что они – будущие матери и их здоровье – это здоровье их детей».

Основная цель волонтерского движения «Онкопатруль» – убедить девушек, женщин в необходимости следить за здоровьем груди.

Мы вместе ради жизни!

Список использованных источников:

1. Комова, Д. В. Диагностика рака молочной железы / Под редакцией В.А. Хайленко, Д.В. Комова, В. Н.Богатырева. - М.: Медицинское информационное агентство, 2005. - 240 с.
2. Левшин, В. Ф. Как не заболеть раком молочной железы / В.Ф. Левшин. - М.: Владом, 1997. - 227 с.
3. Левшин, В.Ф. Как не заболеть раком молочной железы / В.Ф. Левшин. - М.: Влад. МО, 1995. - 345 с.
4. Методика ультразвукового исследования в диагностике рака молочной железы / А.Н. Сенча и др. - М.: Видар-М, 2011. - 152 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Парахневич Софья Сергеевна

Руководитель: Тютюник Ирина Августовна

ГАПОУ Саратовской области

"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Саратов

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) – это заболевания, развивающиеся у пациентов во время их пребывания в стационаре (медицинской организации) через 48 ч после поступления или вскоре после выписки (также в течение 48 ч), а также у медицинских работников, занимающихся лечением больных и уходом за ними. Такие инфекции утяжеляют течение основного заболевания, увеличивают длительность лечения в 1,5 раза, а количество летальных исходов - в 5 раз.

Проблема инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи актуальна во всем мире, России и на региональном уровне. Частота их возникновения в развитых странах колеблется от 8 до 40 %, а в развивающихся — в 20 раз больше. По данным ВОЗ, ежегодно от внутрибольничных инфекций погибает 44000—98000 пациентов в США, более 5000 в Великобритании.

В Государственном докладе «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2021 году» приводятся данные по медицинским учреждениям. В 2021 году продолжает наблюдаться подъем заболеваемости инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (97 138 случаев). Однако по сравнению с 2020 годом (130 803 случая) количество зарегистрированных случаев уменьшилось на 26%. У персонала медицинских организаций в 2021 году зарегистрировано 63 225 случаев ИСМП, из них 63 199 случаев COVID-19.

Проблема ИСМП неразрывно связана с формированием и широким распространением госпитальных штаммов возбудителей инфекций, обладающих резистентностью к антибиотикам и дезинфицирующим средствам, что существенным образом влияет на эффективность профилактических мероприятий. При этом, как правило, случаи ИСМП связаны с нарушениями требований санитарных правил и нормативов.

Медицинские сестры являются одним из ключевых звеньев в профилактике ИСМП, на их плечах лежит безопасность здоровья пациентов и всего медицинского персонала. Несоблюдение медсестрами правил противоэпидемического режима может создать угрозу для здоровья и жизни, как пациента, так и самого медицинского работника.

Задачей сестринского персонала является предотвращение возникновения и передачи инфекций.

ИСМП возникает только при наличии трех звеньев инфекционного процесса:

- возбудителя - источник инфекции;
- средства передачи микроорганизма;
- восприимчивого к инфекции человека.

Возбудителями ИСМП являются микроорганизмы. Они делятся на патогенные – способные вызывать заболевания, непатогенные – не способные вызывать заболевания у человека и условно-патогенные – вызывают заболевания только при определенных обстоятельствах. Чаще всего возбудителями ИСМП являются условно-патогенные микроорганизмы. Они всегда окружают нас в обычной жизни, а под влиянием определенных факторов внешней среды подвергаются изменениям и приобретают способность вызывать заболевания.

Примером возбудителей являются:

- Бактерии (стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка, грамотрицательные бактерии и их токсины);
- Грибки;
- Вирусы (гепатиты В и С, СПИД);
- Простейшие и многоклеточные паразиты;

Второе звено инфекционного процесса составляют пути передачи. Они могут быть разнообразными, и зависят от особенностей возбудителя заболевания, условий, в которых находится пациент или медицинский персонал.

Путь передачи — это совокупность механизмов и факторов передачи, обеспечивающих перемещение возбудителя во внешней среде между источником и восприимчивым организмом человека.

Различают такие пути передачи:

- 1) контактный: прямой и не прямой, косвенный
- 2) трансмиссивный (через переносчика);
- 3) фекально-оральный;
- 4) аэрогенный (воздушно-капельный, воздушно-пылевой);
- 5) вертикальный (от матери к ребенку).
- 6) искусственный (искусственный или медицинский путь передачи)

Третье звено инфекционного процесса - восприимчивый организм.

Восприимчивость организма к ИСМП зависит от различных причин, таких как:

- возраст;

- неправильное питание;
- неблагоприятная окружающая среда;
- ослабленный иммунитет;
- наличие хронических заболеваний;
- травматические повреждения, высокая степень ожогов и отморожений;
- химио- или лучевая терапия;

Но при некоторых факторах восприимчивость человеческого организма увеличивается. Например:

- открытых ранах;
- инвазивных устройствах;
- иммунодефиците, хроническом заболевании;
- определённом терапевтическом вмешательстве.

Так как главную роль в профилактике ИСМП играет медицинская сестра, то правильность ее действий зависит от знаний и навыков. Ее осмысленное отношение к работе позволит снизить количество ИСМП и предотвратить профессиональную заболеваемость.

В своей деятельности медицинская сестра обязана следовать многим условиям. Основным является соблюдение требований действующих документов по профилактике ИСМП.

Так же медицинская сестра должна:

1. Строго соблюдать стандартные меры предосторожности. А это значит:
 - Правильно обрабатывать руки.
 - Надевать перчатки, маску, фартук, очки (экран) при выполнении манипуляций, угрожающих разбрызгиванием биологических жидкостей и при работе с гнойно-септическими процессами. При необходимости желательно использовать одноразовые средства индивидуальной защиты (СИЗ). Использование СИЗ снижает риск передачи микроорганизмов от медицинских работников к пациентам..
2. Следить за личной гигиеной.
3. Обеззараживать воздух (бактерицидные лампы и воздухоочистители) в кабинетах, палатах и т.д.
4. Использовать: одноразовые шприцы, иглы, пробирки, материалы и т.д.; одноразовые средства ухода за пациентом; специальные герметичные контейнеры для транспортировки биологических жидкостей;
5. Строго соблюдать при приготовлении дезинфицирующие средства рекомендованную процентную концентрацию дезинфицирующие средства и экспозицию.
6. Проводить обеззараживание использованного манипуляционного столика, стоек штативов для капельного введения лекарств, инструментария, игл, шприцев, материала, биологических жидкостей пациента.
7. При загрязнении специальной одежды биологическими жидкостями пациента обеззараживать место загрязнения, снимать специальную одежду, не прикасаясь к её наружной поверхности.
8. Проводить мероприятия по профилактике пролежней, развития педикулеза.
9. Следить за гигиеной пациентов, своевременно проводить смену белья.
10. Проводить дезинфекцию белья, столовой посуды, выделений и посуды из-под них.
11. В палатах, кабинетах, коридорах и др. помещениях любого медицинского учреждения проводить только влажную уборку с использованием моющих и дезинфицирующих средств.
12. Для уборки помещений использовать только промаркированный уборочный инвентарь.

Подводя итог, можно сделать вывод, что благодаря вышеупомянутым правилам и соблюдению противоэпидемического режима медицинскими работниками, в первую очередь медицинскими сестрами, возникновение новых случаев ИСМП можно предотвратить. Медсестрам необходимо осознавать, какую ответственность они несут.

Список использованных источников:

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2021 году»
2. Обуховец, Т.П., Сестринское дело и сестринский уход.: учебное пособие / Т.П. Обуховец. — Москва: КноРус, 2022. — 680 с.
3. СанПиН 2.1.3684-21 "Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий".
4. СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней".
5. Внутрибольничная инфекция и средства борьбы с ней // Поликлиника. — 2018 — № 6/1. — С. 26—28.
6. Меры профилактики и защиты медицинского персонала от инфекций. Гепатиты, приложение №2 (14) к журналу «Сестринское дело», 2020.
7. Хараева, З.Ф. Особенности внутрибольничных штаммов *Staphylococcus aureus* // З.Ф. Хараева, Б.О. Балахова, Р.Р. Белимготова [и др.] // Фундаментальные исследования. — 2019 — № 11 — С. 1316-1318.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Зорина Кристина Ситраковна
Руководитель: Тютюник Ирина Августовна
ГАПОУ Саратовской области

"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Саратов

Проблема коронавирусной инфекции по сей день остаётся актуальной. Новые случаи заражения COVID-19 выявляются по всему миру ежедневно.

По данным отчета Объединенных программ Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу изоляция и другие ограничения в результате COVID-19 негативно повлияли на исследования ВИЧ-инфекции: снизилось число доказанных случаев заболевания. Например, в Квазулу-Натале, Южной Африке, количество проб на ВИЧ сократилось на 48% с момента введения первого национального локдауна в апреле 2020 года. Это произошло, когда 28 000 медицинских работников, работающих с ВИЧ, перешли на выявление симптомов COVID-19 [7].

По оценке Национальной программы профилактики ВИЧ, финансирование на это заболевание уменьшилось, так, например, в 2020 году было подтверждено 1 228 142 ВИЧ-положительных тестов, а в 2019 году – 2 301 669 [6].

ВИЧ-инфицированные подвержены большему риску заражения коронавирусной инфекцией. ВИЧ-инфекция приводит к истощению психологических процессов и COVID-19 оказывает негативное влияние на психологическое здоровье больного. Более 70% пациентов с ВИЧ имеют несколько психологических расстройств, у 20% больных COVID-19 усугубляет имеющиеся проблемы. Вот почему жизненно важно для людей, живущих с ВИЧ, иметь психологическую помощь [2, с. 183].

Психологический стресс, объединенный с ВИЧ/СПИДом, может оказаться итогом понимания больного того, что у него смертельная болезнь или быть итогом психосоциального стрессора, связанного с болезнью. Психологические расстройства могут возникать в итоге неврологических повреждений в центральной нервной системе из-за пагубного действия ВИЧ-инфекции. Систематически выявляются многие причины стресса, воздействующие на психологическое состояние носителя ВИЧ, среди которых принятие личного ВИЧ-статуса, повышенное развитие тяжёлого течения COVID-19, подбор медикаментов, терапия, репродуктивные проблемы, семейные неприятности и неудобства в отношениях.

Высокая распространенность повышенной личностной тревожности у 60% ВИЧ-инфицированных обусловлена тем, что больные склонны воспринимать большинство ситуаций как угрожающие и реагировать на них тревогой. Тревога представляет собой негативное эмоциональное состояние, включающее в себя чувства напряжения, страха и беспокойства. У большинства ВИЧ-инфицированных в структуре психологического состояния отмечается снижение на фоне настроения уровня активности, работоспособности, определяются мотивы и способность к адекватному эмоциональному реагированию, сопровождающееся переживанием недостаточной самооценки; пессимистическая оценка мировоззрения, психастенические трудности в ситуациях принятия решений и межличностных взаимодействиях. В силу своей самостоятельности, зависимости и привязанности к группе больные ВИЧ-инфекцией нуждаются в постоянной поддержке со стороны окружения, поскольку им не хватает инициативы и смелости для выбора собственной линии поведения [5, с. 73].

Депрессия является наиболее распространенным психологическим нарушением у больных, пораженных ВИЧ, из-за которого страдают примерно 60% пациентов. Расстройство проявляется утратой удовольствия от деятельности, которая ранее приносила удовлетворение, депрессивной грустью, угрызениями совести и ненавистью к себе. Состояние часто связано с дефицитом социальной поддержки. Необходимо заметить, что многие антиретровирусные препараты обладают седативным действием и могут усугублять уже существующие проблемы пациента [5, с. 72]. На стадии СПИДа депрессия возникает у 30% лиц. Это состояние вызвано оппортунистическими или другими инфекционными заболеваниями, такими как хронический гепатит В или С.

Другими эмоциональными и поведенческими ответами могут быть гнев, отчуждение (отдаление от близких, потеря интереса к общению с людьми), вина (что болезнь является наказанием за гомосексуальность или употребление наркотиков), отрицание (апатия, которая может привести к несоблюдению лечения), страх (смерти, потери способностей к умственной и физической активности, заражение COVID-19 и т.д.), отчаяние. Результаты положительного ВИЧ-тестирования могут вызывать суицидальные мысли или попытки, а также действия, которые могут привести к травмам или летальному исходу. При отсутствии должного вмешательства острые стрессовые реакции могут длиться до нескольких недель. Статистически установлено, что эти проявления могут быть обнаружены у 90% людей, которые недавно были зарегистрированы как ВИЧ-позитивные [9, с. 34].

Психоэмоциональное состояние ВИЧ-инфицированных мужчин отличается от такового у ВИЧ-инфицированных женщин и проявляется негативным эмоциональным фоном, пониженным настроением, тревожностью по отношению к большинству событий, снижением эмоциональной устойчивости. Социально-психологические характеристики ВИЧ-инфицированных проявляются общественной незаинтересованностью, отчуждённостью, конфликтностью, враждебностью, повышенной степенью личной и ситуативной тревожности, переживанием из-за заниженной самооценки. Это вызывает высокий уровень напряжения и повышает риск нарушения психологической адаптации и социализации [4, с. 38].

Для решения психологических проблем ВИЧ-инфицированных в условиях пандемии считаю целесообразным использовать модель «непрерывного ухода», которую разработали ВОЗ и Организация Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС):

- 1) Повышение вовлеченности ВИЧ-инфицированных во время лечения. Это достигается посредством стратегии снижения стигмы, нацеленной на увеличение осведомленности о ВИЧ-инфекции, изменение позиции к лицам, живущим с ВИЧ, и минимизацию барьеров для получения медицинской помощи.
- 2) Выявление ВИЧ-положительных среди пациентов с психологическими проблемами, что достигается посредством целевого скрининга на ВИЧ у лиц с психологическими расстройствами.
- 3) Увеличение социальной поддержки в восприятии больного и повышение его приверженности лечению. Достигается посредством организация групп поддержки после тестирования, которые оказывают психологическую поддержку и поощряют перемены в поведении путем мобилизации ресурсов сообщества.
- 4) Повышение психологической поддержки за счет проведения индивидуального, семейного или группового консультирования, курсов профилактики по преодолению стрессовых ситуаций, тренингов, групп самопомощи и др.

Проведенная исследовательская деятельность позволила сделать выводы:

- В условиях пандемии коронавирусной инфекции рекомендации для людей с ВИЧ аналогичны, как и населению в целом: частое мытьё рук, соблюдение дистанции, ношение масок, обращение за медицинской помощью при появлении симптомов, самоизоляция в случае появления признаков или контакта с человеком с COVID-19, а также другие меры, принимаемые правительством;
- ВИЧ-инфицированным целесообразно своевременно вакцинироваться;
- Для людей с ВИЧ важно иметь запас антиретровирусных препаратов и других основных лекарств, для лечения и профилактики сопутствующих заболеваний [3].

Список использованных источников:

1. Белоусова, Дунайцева: *Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии*. Учебник. 2020. – 210 с.
2. Беляева Валентина. *ВИЧ-инфекция как биопсихосоциальный феномен: ограничения и возможности эффективного противодействия эпидемии*. Медицинский журнал Логос · Том 31 · #1 · 2021. – 178-185 с.
3. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения: 20.01.2023).
4. Карвасарский Б.Д. *Клиническая психология: Учебник*. Санкт-Петербург, 2019. – 723 с.
5. Мурыванова Н.Н., Горбунов В.И., Ткаченко Т.Н., Буланьков Ю.И., Улюкин И.М. *Психологические особенности ВИЧ-инфицированных больных*. Журнал инфектологии. Том 7, №2, 2017.– 72, 73 с.
6. Национальная ассоциация специалистов в области ВИЧ/СПИДа (НацВИЧ) – URL: <http://rushiv.ru/> (дата обращения: 19.01.2023)
7. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS) – URL: www.unaids.org/ru (дата обращения: 20.01.2023)
8. Покровский В.В. *Лекции по ВИЧ-инфекции*. Учебник, 2018.– 428,429 с.
9. Шаболтас А.В., Боголюбова О.Н., Скочилов Р.В., Батлук Ю.В. *ВИЧ-инфекция: психологические и социальные основы исследований и превенции*. Учебное пособие. Санкт-Петербургский государственный университет, 2018. – 34-42 с.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Фомичев Андрей Михайлович

Устинова Анна Владимировна

Руководители: Алексеева Галина Васильевна

Кочеткова Яна Вадимовна

СПБ ГБПОУ "Медицинский колледж

имени В.М. Бехтерева", г. Санкт-Петербург

Социально значимые заболевания относятся к числу наиболее актуальных проблем современного здравоохранения. Сегодня в мире отмечается эпидемия заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция) с развитием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). Эпидемия ВИЧ/СПИД продолжает распространяться по странам тревожными темпами; её особенностью является большое количество коморбидных и тяжелых форм заболевания [6]. На протяжении многих лет Северо-Запад России ассоциируется с определенными особенностями по распространению ВИЧ-инфекции: увеличивается число тяжелых форм ВИЧ-инфекции, за 15 лет их доля возросла с 11,3% до 63,1%. По данным информационного бюллетеня «ВИЧ-инфекция в Санкт-Петербурге» за 2021 год, в городе выявлено 2561 новых случаев ВИЧ-инфекции [4].

Эпидемиологические исследования показывают, что присоединение любой другой инфекции является пагубным фактором, часто определяющим неблагоприятный исход основного заболевания. Многие инфекции, способные вызывать эпидемию, стали распространяться как сочетанные заболевания в виде коморбидных состояний [3].

Вспышка новой коронавирусной инфекции, вызванный SARS-Cov-2, была признана чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения. Отличительными особенностями вируса являются повышенная контагиозность, усиленная способность связываться с рецепторами клеток легких и потенциальная устойчивость к терапии моноклональными антителами [8].

В Российской Федерации (РФ) в 2021 году смертность от новой коронавирусной инфекции составила 172,3 на 100 тысяч населения. В сравнительном аспекте Северо-Западный федеральный округ (СЗФО) относится к регионам с большой заболеваемостью и смертностью по РФ. В 2021 году на территориях СЗФО было зарегистрировано 1273967 случаев новой коронавирусной инфекции, где вирус был идентифицирован и подтвержден лабораторным тестированием в зависимости от тяжести клинических признаков и симптомов. Показатель заболеваемости COVID-19 в СЗФО составил 9108,6 (в 2020 году – 3502,8) случаев на 100 тысяч населения, что существенно превышает данные по РФ (5022,0). Самые высокие показатели по заболеваемости отмечались в Ненецком автономном округе, Псковской области, Санкт-Петербурге. Показатель смертности в 2021 году выше среднего по СЗФО округу (249,3 на 100 тысяч населения) наблюдался в Санкт-Петербурге (337,8 на 100 тысяч населения) и в Мурманской области (289,7). По состоянию на 31.12.2021 года показатель летальности по СЗФО составлял 2,7%, (в РФ 3,4%). Летальность выше среднего значения по региону наблюдалась в Мурманской области (3,8%), Вологодской (3,3%) областях, в Санкт-Петербурге (3,3%) и Ленинградской области (3,1%) [2].

Известно, что новая коронавирусная инфекция имеет особенности течения в зависимости от возраста, сопутствующих заболеваний, в частности, наличия иммунодефицита, в том числе вызванного ВИЧ-инфекцией. В СЗФО в 2020 году наблюдалось снижение таких показателей, как заболеваемость и смертность (рассчитанных на 100 тысяч населения) от ВИЧ-инфекции; снижение уровня показателей в 2020 году скорее

всего связано с уменьшением объема тестирования на данную инфекцию, поскольку сократилось обращаемость пациентов за медицинской помощью в стационар в период противоэпидемиологических мероприятий по COVID-19. Это привело к вынужденному снижению качества оказания медицинской помощи и должно было отразиться на показателях здоровья пациентов в целом, однако в ряде крупных исследований не было получено достоверных данных о более высокой заболеваемости и смертности при наличии коронавирусной инфекции у больных с ВИЧ. Симптомы практически не отличались от таковых у ВИЧ-негативных больных. У пациентов с тяжелой ВИЧ-обусловленной с иммуносупрессией отмечали более тяжелое течение COVID-19 и более высокую летальность, как и при других коморбидных состояниях, таких как сахарный диабет, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания. Капустин Д. В. с соавт. в своем исследовании установили, что у больных с тяжелым иммунодефицитом развивалось комбинированное с COVID-19 поражение легких, что привело к быстрому прогрессированию дыхательной недостаточности к летальному исходу [5]. Анализ протоколов вскрытий с одновременной диагностикой ВИЧ-инфекции и COVID-19 показал, что возможны различные варианты формулировки патологоанатомического диагноза. Среди вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции в сочетании с новой коронавирусной инфекцией не выявлено существенной разницы в сравнении с моноинфекцией ВИЧ. Со стороны COVID-19 не выявлено взаимосвязи течения инфекции с проявлениями вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции [1].

Пандемия COVID-19 наслочилась на уже существующую неблагоприятную эпидемиологическую обстановку по ВИЧ, что заставило привлечь внимание к оказанию помощи больным новой коронавирусной инфекцией все имеющиеся профессиональные и материальные ресурсы, в том числе из контингента медицинского персонала, осуществляющего лечение и наблюдение за пациентами с ВИЧ-инфекцией. Часть сотрудников были привлечены к работе в «красной зоне» перепрофилированных стационаров; многие представители клинических специальностей и лабораторной диагностики заболели и временно не смогли выполнять свои основные функции в центрах СПИД [9]. Снижение лабораторной диагностики соотносилось с уменьшением выявляемости новых случаев инфекции. Следовательно, отсроченная диагностика может привести к позднему выявлению ВИЧ-инфекции. В настоящее время мировое клиническое сообщество сходится во мнении, что прогрессирующая иммуносупрессия и высокий показатель вирусной нагрузки у ВИЧ-пациентов, существенно повышает риск наступления смерти от COVID-19 и других инфекций [7].

В Санкт-Петербурге также диагностируется случаи инфицирования COVID-19 среди медиков. В Детской городской клинической больнице №5 им. Филатова и Клинической инфекционной больнице им. С. П. Боткина установлены памятные доски сотрудникам, погибшим от новой коронавирусной инфекции.

Эпидемиологические особенности новой инфекции и значительная летальность мобилизовали системы здравоохранения многих стран. В РФ в рекордно короткие сроки было построено 16 инфекционных центров, оснащенных современным оборудованием. Особый акцент был сделан на массовой переподготовке медицинских кадров для работы с пациентами, инфицированными COVID-19 [9].

Эпидемия стала проверкой таких личностных качеств медицинских работников, как человечность, терпеливость, понимание, сочувствие. К работе с пациентами, инфицированными COVID-19, были привлечены на добровольной основе и студенты нашего колледжа. Условия работы в инфекционных стационарах требовали от студентов освоения новых знаний, умений и навыков, выхода на новый профессиональный уровень. Работа наших студентов в инфекционных стационарах была оценена на высоком уровне и отмечена благодарственными письмами.

Список использованных источников:

- 1)Белашов Е.А., Исаков А.И., Цинзерлинг В.А. « Сочетание новой коронавирусной инфекции и ВИЧ- инфекции. ВИЧ –инфекция и иммуносупрессия» 2022 г Т.14№1 С. 7-12.
- 2)Беляков Н.А., Боева Е.В., Симакина О.Е. и др. « Пандемия COVID-19 и ее влияние на течение других инфекций на Северо-западе России . ВИЧ инфекция и иммуносупрессия. 2022 г. Т.14, №1 с. 7-24.
- 3) Беляков Н.А., Россихин В.В. « ВИЧ- инфекция и коморбидные состояния» монография. СПб: Балтийский медицинский образовательный центр, 2020 г, 680 с.
- 4) Иевков С.А., Булыгин М.А., Кушнир А.В. и др. « ВИЧ-инфекция у бездомных людей в Санкт-Петербурге. ВИЧ –инфекция и иммуносупрессия» 2022 г Т.14 №3 С. 86-93.
- 5) Капустин Д.В., Краснова Е.И., Хохлова Н.И., Шишкова О.М., Ульянова Я.С., Тырышкин А.И. «Течение COVID -19 у больных с ВИЧ инфекцией и морфологические изменения в легких при сочетанном поражении SARS-Cov-2 и вторичными инфекциями. ВИЧ –инфекция и иммуносупрессия» 2022 г Т.14№1 С. 107-114
- 6) Курчанова Т.Ю., Мельникова Т.И., Ковалев И.Ю., Огурцова С.В., Симакина О.Е., Загдын З.М., Беляков Н.А. «Эпидемия трех ко-инфекций: ВИЧ, Вирусного гепатита и туберкулеза в Волгоградской области как модель развития инфекций в Северо-Западном Федеральном округе. ВИЧ –инфекция и иммуносупрессия» 2022 г Т.12 №1 С. 7-16.
- 7) Мишина А.В., Мишин В.Ю., Собкин А.Л, Сергеева И.В., Осадчая О.А., Пилиненко С.В., Епишин И.А. «Коморбидность новой коронавирусной инфекции, туберкулеза и ВИЧ-инфекции с иммунодефицитом. Вестник Центрального научно-исследовательского института туберкулеза. 2021 г, №1 с. 28-37.
- 8) Малинникова Е.Ю. «Новая коронавирусная инфекция. Сегодняшний взгляд на пандемию XXI – века. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение 2020 г. Т.9, № 2 , с.18-32.
- 9) Ступак В.С., Зубко А.В., Манюшкина Е.М. и др. Здоровоохранение России в период пандемии COVID-19: вызовы, системные проблемы и решения первоочередных задач. Профилактическая медицина 2022 г, Т. 25, №11, с. 21-27.

БОЛЕЗНЬ КРЕЙТЦФЕЛЬДА-ЯКОБА: ЧТО ДАЛЬШЕ? ПРОФИЛАКТИКА ПРИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Чурина Полина Павловна
Руководители: Новикова Алена Игоревна
Ивановская Екатерина Владимировна
СПБ ГБПОУ "Медицинский колледж
имени В.М. Бехтерева", г. Санкт-Петербург

Болезнь Крейтцфельда-Якоба (БКЯ), также известная как подострая губчатая энцефалопатия, является смертельным дегенеративным заболеванием мозга, относящееся к группе прионных болезней. Среди всех прионных энцефалопатий человека болезнь Крейтцфельда-Якоба составляет около 85%. Даже несмотря на свою крайне редкую распространенность (0,5-1,5 случая на 1 млн населения), это заболевание чрезвычайно опасно. Болезнь поражает людей всех национальностей и рас, мужчин и женщин, взрослых и детей. На сегодняшний день эффективного лечения болезни Крейтцфельда-Якоба пока не найдено, летальный исход наступает в 100 % случаев, а продолжительность жизни большинства больных не превышает 1 год с момента начала клинических проявлений. Также БКЯ тяжело диагностировать, что связано с редкостью заболевания, несовершенством используемых диагностических критериев, клиническим полиморфизмом проявлений и недостаточной информированностью врачей. Все люди подвержены риску заражения болезнью Крейтцфельда-Якоба, поэтому необходимо, что бы как можно больше людей знало о профилактике прионных болезней, ведь это единственный способ защититься от них.

1.1. Этиология и эпидемиология болезни Крейтцфельдта-Якоба

Причиной всех форм заболевания является белок прион, который не имеет в своем составе ДНК или РНК. Заболевание начинается при появлении в организме измененной формы данного протеина. В таком виде он способствует разрушению клетки и накапливается в организме, вызывая каскад болезненных реакций, а иммунная система его игнорирует.

Авторы среди причин развития заболевания выделяют спонтанную трансформацию собственного белка человека в патологический у людей с генетической предрасположенностью и попадание из внешней среды: через пищеварительный тракт при поедании пищи животного происхождения (мясо, мозг, кровь и селезёнка забитых коров). Описаны экзотичные случаи заражения при ритуальном каннибализме; также при трансплантации органов; использование лекарственных препаратов из животной ткани (сыворотки крови крупного рогатого скота или на основе гипофиза животных); возможна передача заболевания медицинскому персоналу и родственникам больного через биологические жидкости больного человека при нарушении целостности кожных покровов [2].

Спонтанная трансформация собственного белка человека в патологический у людей без явных причин. Чаще всего у больных БКЯ причины возникновения не известны [1].

1.2. Клиническая картина болезни Крейтцфельдта-Якоба

Выделяют три стадии болезни Крейтцфельдта-Якоба: продромальная, развернутых клинических проявлений и терминальная (финальная) стадия.

В продромальной стадии отсутствует какая-либо специфическая клиническая картина. Выделяют вегетативные и астенические нарушения: слабость, быструю утомляемость, проблемы со сном и нарушение аппетита, снижение веса, сексуальную дисфункцию. Наблюдаются нарушения зрения: отсутствие чёткости и двоение в глазах, сужение полей зрения, нарушение узнавания зрительных образов, затруднение пространственной ориентации. Могут отмечаться снижение памяти и внимания, ухудшение мышления. Возможно появление безучастности, апатии, бредовых идей (вплоть до психоза), галлюцинаций, стартл-реакций [5].

К основным симптомам в развернутой стадии БКЯ относят быстро прогрессирующее слабоумие, подёргивания мышц, атаксию, эпилептические припадки [9].

На финальной стадии заболевания отмечается выраженное слабоумие. Больной не разговаривает и не способен к целенаправленным движениям, наблюдаются параличи или некоординированные насильственные движения. Распространены мышечные сокращения, прогрессируют нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Чаще всего смерть наступает от дыхательной недостаточности [5].

1.3. Диагностика болезни Крейтцфельдта-Якоба

Ранняя диагностика заболевания затруднена. Постановка диагноза остается сложной проблемой, так как при БКЯ отсутствуют какие-либо специфические изменения, они не являются определяющими и встречаются при других патологиях. В течение последних лет были предложены новые диагностические тесты, что повысило эффективность диагностики.

Лабораторные методы:

- 1) У болезни отсутствуют изменения в общем и биохимическом анализах крови.
- 2) Неспецифические биомаркеры ЦСЖ (нейронспецифическая энолаза (NSE), общий таупротейн (t-tau) обладают лучшими диагностическими характеристиками в настоящее время (хотя и являются дополнительными), позволяя дифференцировать БКЯ и отличать от болезни Альцгеймера.
- 3) При подозрении на семейную форму БКЯ проходят генетический анализ.

Инструментальные методы:

В настоящее время наибольшее значение в прижизненной диагностике заболевания придается МРТ головного мозга. Данные ЭЭГ сейчас рассматриваются как менее значимые.

Еще одним методом диагностики является определение состава спинномозговой жидкости, где при длительном течении заболевания обнаруживается специфичный белок, по которому можно предположить именно болезнь Крейтцфельда-Якоба.

Окончательный диагноз ставится на основании посмертной биопсии или аутопсии [3].

Результаты исследования, кроме биопсии, рассматриваются только в совокупности с клиническими проявлениями, что затрудняет раннюю диагностику БКЯ.

1.4. Лечение болезни Крейтцфельда-Якоба

На данный момент эффективного лечения причин прионных заболеваний не разработано. Известные иммунокорегулирующие средства не показали значимого влияния на прогноз. Используется только симптоматическое лечение, которое направлено на повышение уровня жизни и облегчение симптомов заболевания: антиконвульсанты — для уменьшения проявления эпилептических припадков; антидепрессанты для лечения эмоциональных и поведенческих нарушений; антибактериальные препараты при развитии вторичных инфекционных заболеваний; лечебные мероприятия, направленные на продление жизни в условиях реанимационного отделения: оксигенотерапия, ИВЛ, препараты для стимуляции дыхательной и сердечно-сосудистой системы [7].

1.5. Профилактика прионных болезней

Изучение прионов и вызываемых ими заболеваний является сравнительно новой и быстро развивающейся областью биомедицинских исследований. Все возрастающий интерес к ПЗ обусловлен, с одной стороны, тем, что прионы представляют собой совершенно новый тип инфекционных агентов, считают Н.Н. Заваденко, Г.Ш. Хондкарян с авторами [10].

Сегодня обсуждается ряд перспективных направлений профилактики прионных болезней, из которых целесообразно выделить:

- 1) Предупреждение заражения лиц из групп населения повышенного риска. К ним относятся ветеринарные и медицинские хирурги, патологоанатомы, ветсанэксперты, работники мясоперерабатывающих отраслей. Для этого необходимо обеспечить медицинские учреждения стерильным материалом и оборудованием для манипуляций.
- 2) Защита пищевых продуктов человека и кормов для животных. Известно, что никакие приемы обработки пищевого сырья и приготовления пищевых продуктов не гарантируют обезвреживания инфекционного приона. Крайне важной остается задача недопущения попадания в пищевую цепь сырья от инфицированных животных. С этой целью в европейских странах уже введена жесткая система маркировки и идентификации перерабатываемых животных, ветеринарной экспертизы, сертификации продуктов животного происхождения.
- 3) Защита продукции медицинского назначения, парфюмерных и косметических средств. Сегодня серьезную опасность инфицирования прионами представляют инъекции препаратов, приготовленных из мозга или лимфоидной ткани. Продукция парфюмерной и косметической отрасли также может играть важную роль в распространении инфекции. Гарантией предупреждения попадания в лекарственные препараты, парфюмерные и косметические изделия инфекционных прионов может быть только строгое использование тех видов сырья животного происхождения, которые поступают из страны-поставщика, где уже реализована система ветеринарного и санитарно-эпидемиологического надзора за прионными инфекциями [6].
- 4) Повышение уровня знаний по профилактике прионных заболеваний.
- 5) Считается, что прионы присутствуют в моче, слюне и других биологических жидкостях и тканях организма, а также могут долго сохраняться в окружающей среде в почве и останках животных. Поэтому важно строгое соблюдение правил ЛОХР и СЭР при контакте с биологическими жидкостями пациентов, вероятно зараженных БКЯ. Исключить повторное использование игольчатых электродов для ЭЭГ, хирургических и других медицинских инструментов, если они уже использовались для проведения манипуляций у

больного с прионным заболеванием, ввиду того что обычные процедуры стерилизации являются неэффективными по отношению к патогенным прионам [8].

1.6. Заключение

Рассмотренные данные позволяют сделать заключение, что современная обстановка в мире по прионным болезням должна оцениваться как угрожающая. Причины развития заболевания не до конца изучены, что затрудняет выявление новых методов профилактики. Несмотря на развитие некоторых методов диагностики, прижизненная диагностика БКЯ остаётся проблемой, не существует достоверного метода, который бы прижизненно позволил поставить диагноз, если у пациента не имеется клинических проявлений. Эффективного лечения до сих пор не найдено, из-за чего люди скорострительно погибают. Методы профилактики соблюдаются не во всех странах, что увеличивает распространение заболевания. Для снижения смертности от БКЯ, снижения темпов распространения необходимо дальнейшее изучение прионных болезней, разработка новейших методов диагностики, лечения и профилактики. Проблема БКЯ должна стать обсуждаемой, необходимо обращать на нее внимание, проводить санитарно-просветительскую работу среди населения, а особенно среди групп населения с повышенным риском. Только так болезнь Крейтцфельда-Якоба может стать менее угрожающей для человечества.

Список использованных источников:

1. Брутян, А.Г. Роль электроэнцефалографии в диагностике болезни Крейтцфельда-Якоба / А.Г. Брутян А.Г., О.С. Корепина, А.А. Абрамова, А.И. Белякова-Бодина // *Нервные болезни*. — 2019. — №4. — С. 24-31.
2. Завалишина, И.А. Хронические нейроинфекции / И.А. Завалишина, Н.Н. Спирина, А.Н. Бойко. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 560 с.
3. Мазуренко, Е.В. Болезнь Крейтцфельда - Якоба: роль современных методов обследования в прижизненной диагностике заболевания / Е.В. Мазуренко, Н.В. Соловей, Л.С. Данилкович. // *Медицинские новости*. — 2019. — №4. — 295 с.
4. Полякова, Т.А. Сколько в России пациентов с болезнью Крейтцфельда-Якоба? / Т.А. Полякова // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2017. — №117. — С. 41-43.
5. Прионные инфекции (эпидемиология, клиника и диагностика) : учебно-методическое пособие / Р.Р. Ахмерова, А.В. Буркин, А.Е. Спиренкова [и др.]. — Астрахань : АГМА, 2009. — 99 с.
6. Федоров, Э.И. Распространенность прионных инфекций и основные направления их профилактики / Э.И. Федоров, И.С. Кратенко, А.П. Подаваленко // *Международный медицинский журнал*. — 2005. — №1. — С. 129-132.
7. Футц, А. Диагностическое и прогностическое значение обнаружения прионов человека в спинномозговой жидкости : национальная медицинская библиотека / А. Футц, Б. Эпплби, К. Хэмлин. // *Энн Нейрол*. — 2017. — №81. — С. 79-92.
8. Шнайдер, Н.А. Болезнь Крейтцфельда-Якоба: новый взгляд на старую проблему (клиника, диагностика, прогноз, лечение) / Н.А. Шнайдер // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2013. — №113. — С. 61-69.
9. Губенко, И.А. Болезнь Крейтцфельда-Якоба Красота и медицина / И.А. Губенко [Электронный ресурс]. — 2021. — URL: https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya_neurology/creutzfeldt-jakob (дата обращения: 29.01.2023).
10. Н.Н. Заваденко, Г.Ш. Хондкарян, Р.Ц. Бембеева, А.А. Холин, Е.Н. Саверская. Прионные заболевания человека: современные аспекты

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЦИСТИТЕ

Гузеева Эмилия Николаевна
Руководитель: Стрилец Марина Владиславовна
ГБПОУ Ставропольского края
"Ставропольский базовый медицинский колледж", г. Ставрополь

К наиболее частым бактериальным инфекциям мочевыводящих путей относятся острый цистит и пиелонефрит. Частыми случаями обращений в аптеку являются просьбы посетителей подобрать оптимальный препарат для облегчения симптомов острого цистита. В таком случае необходимо предложить безрецептурные препараты, а также сообщить о необходимости обязательного обращения к врачу за постановкой диагноза и получения комплексного лечения. В этой связи весьма актуальным является исследование имеющегося ассортимента и реализуемых средств, сопоставление их для выявления группы наиболее востребованных и эффективных препаратов; разработка на их основе алгоритмов консультирования.

Цель исследования: провести анализ ассортимента, номенклатуры, фармакологических свойств, особенности применения и направления фармацевтического консультирования группы лекарственных средств, применяемых при цистите.

Для реализации поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Изучить классификацию цистита, этиологию, патогенез по МКБ-11.
2. Сформулировать этиологическое лечение цистита лекарственными препаратами.
3. Провести анализ ассортимента лекарственных препаратов для терапии цистита.
4. Анализ направлений консультирования посетителей при цистите.

Острый цистит – это острое воспаление инфекционного характера, которое поражает стенки мочевого пузыря. На первом месте среди причин, из-за которых возникает острый цистит, стоит попадание болезнетворных микроорганизмов в мочевой пузырь. При этом в 70 - 90% случаев в качестве возбудителя воспалительного процесса выступает кишечная палочка *Escherichia Coli*.

Лечение цистита напрямую зависит от его этиологии, и включает в себя этиотропную и симптоматическую терапию. Для симптоматического лечения для купирования болевого синдрома используются спазмолитики (Но-шпа, Дротаверин), нестероидные противовоспалительные препараты (такие как, Ибупрофен, Фаспик, Ибуклин). Кроме этого, терапия дополняется мочегонными средствами, пробиотиками (например, Хилак Форте, РиоФлора иммуно, РиоФлора Баланс). [4, с. 133].

Антибактериальная терапия имеет большое значение в лечении любой формы цистита. Средние ее сроки варьируют от 3-10 дней, как для взрослых, так и для детей, однако есть случаи, когда необходим более длительный прием антибиотиков. [5, с. 253].

Согласно рекомендациям Международного комитета урологов острый неосложненный цистит, имеющий наиболее выраженную симптоматику, следует лечить следующими антибиотиками:

1. Препараты первого ряда - фосфомицин (Монурал, Урофосцин, Фосфорал) - однократно (одна доза, одна таблетка), нитрофурантоин макрокристаллический (Увамин Ретард) или макрокристаллический (Фурадонин, Фурадонин Лект) - курсом 5-7 дней (схема и режим дозирования лекарств подробно представлены в таблице 2). Возможен также прием фуразидина (Фурамаг) в течение 5-7 дней.

2. Альтернативными являются левофлоксацин (торговые названия: Таваник, Элефлокс, Флорацид), офлоксацин (Заноцин) - курс лечения длится не менее 3 дней.

3. Цефалоспорины 3 поколения - цефтибутен, цефиксим, цефподоксим относятся к альтернативным антибиотикам. Курс лечения ими не менее 5-7 дней.

4. При известной чувствительности к триметоприму возможно его назначение общим курсом не менее 3-5 дней.

В ходе анализа было выявлено преобладание в ассортименте аптеки синтетических лекарственных средств, что вполне закономерно, так как лечение острого цистита без применения антибиотиков невозможно

Основная часть препаратов применяется внутрь, действуя системно на весь организм, небольшая доля препаратов из имеющегося ассортимента применяется наружно и парентерально

Анализ аптечного ассортимента препаратов, применяемых при цистите, показал, что основная часть лекарственных средств имеет твердую консистенцию, малые доли представлены жидкими и мягкими лекарственными формами представлены результаты анализа аптечного ассортимента ЛП, применяемых для лечения заболеваний мочеполовой системы, в соответствии с формой выпуска. [4, с. 43].

В последние десятилетия возрождается значительный интерес к фитотерапии как компоненту комплексной терапии циститов. Лечебные свойства растений были хорошо известны врачам древности, народная медицина практически всех народов и стран использует их для лечения различных заболеваний. Действие фитопрепаратов в рамках современных исследований представляется нам в новом свете, прежде всего, с точки зрения преодоления антибиотикорезистентности и способности разрушать микробную биопленку на слизистой оболочке мочевых путей.

В комплексной терапии циститов применяются фитопрепараты, обладающие противовоспалительным, мочегонным, а также кровоостанавливающим действием, что важно при развитии гематурии.

Растительные препараты можно применять в качестве отдельных настоев или травяных сборов. Компоненты различных растений входят также в состав фабричных лекарственных препаратов. [5, с. 233]).

Применение таких фитопрепаратов оправдано как с точки зрения доступности всем слоям населения за счет относительно невысокой стоимости, так и с точки зрения эффективности и отсутствия побочных эффектов.

Альтернативой противомикробному лечению или дополнением, повышающим его эффективность, является применение современных инновационных фитопрепаратов. Поэтому посетителю с просьбой посоветовать препарат от цистита можно предложить безрецептурные растительные препараты с доказанной эффективностью и хорошей переносимостью. К таким средствам относятся «Канефрон», «Цистон» и «Цистерол». Например, Цистерол содержит экстракты клюквы, толокнянки и хвоща, за счет чего обладает комплексным антисептическим, противовоспалительным и мочегонным действием.

В ходе работы проведено исследование направлений консультирования посетителей аптеки по препаратам, применяемым при цистите.

На этапе сбора информации посетителей аптеки, страдающих циститом, необходимо уточнить имеется ли назначение врача. При наличии рецепта на антибиотики отпускается выписанный врачом препарат, с уточнением правил и дозировок приема, предоставляется информация об условиях хранения в домашних условиях. [4, с. 23].

Если в аптеку обращается посетитель без назначения врача, то уточняются имеющиеся симптомы, подтверждающие заболевание, отсутствие угрожающих симптомов, для чего задаются вопросы:

1. Каковы симптомы заболевания?
2. Как долго беспокоят эти симптомы?

3. Уточнить особые характеристики посетителя аптеки (принадлежность к группе риска по применению ЛП): аллергия или хронические заболевания.

4. Спросить об одновременно назначенных других ЛП.

Далее следует предоставить посетителю аптеки выбор ЛП и предложить дополнительно спазмолитик (Но-шпа), НПВС (ибуклин), пробиотик (Линекс), БАД «Монурель» и объяснить для каких целей следует их принимать при остром цистите. Спазмолит и НПВС для снятия для болевого неприятного ощущения, пробиотик, чтобы воспалительный процесс не коснулся других органов мочеполовой системы, а также как профилактика дисбактериоза при приеме антибиотиков, БАД для профилактики рецидивов заболевания.

Процесс консультирования и отпуске лекарственного препарата при цистите, посетителя информируют:

- о правилах приема и дозах приема приобретаемого ЛП;
- о взаимодействии с пищей;
- о правилах хранения приобретаемого ЛП в домашних условиях;
- о побочных эффектах

Предупредить о необходимости посещения врача при сохранении симптомов.

По результатам изученной литературы и проведенных исследований был сделан ряд выводов:

■ Цистит - воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря. Основным моментом в лечении данного заболевания является выявление и устранение микробного фактора, повлекшего за собой развитие воспалительного процесса.

■ Лечение цистита включает комплексную терапию, состоящую из антибиотиков, спазмолитиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, пробиотиков и т.д. Подбор препаратов, дозировок, длительности лечения проводит врач.

■ Фитопрепараты более безопасны и безвредны, чем синтетические препараты, но могут применяться только при начальных неосложненных и хронических формах заболевания или в комплексной терапии.

■ Консультирование посетителей аптеки при по препаратам, применяемым при цистите, зависит от того имеется ли назначение врача, если его нет, то консультирование проводится по предложенному алгоритму.

Список использованных источников:

1. Государственный реестр лекарственных средств. 2020.//[Электронный ресурс] Режим доступа: <http://grls.rosminzdrav.ru> (дата обращения 05.12.2022)
2. Журнал "Российские аптеки" №4, 2019//[Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://rosapteki.ru/> (дата обращения 05.12.2022)
3. Компендиум 2020 Справочник лекарственных препаратов/ //[Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://compendium.com>. (дата обращения 05.12.22)
4. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Мумладзе Э.Б.. Протокол диагностики и лечения цистита. -- 2019, - 72 с.
5. Лебедев, А. А. Фармакология почек./ А. А. Лебедев. — Самара: ГОУВПО «СамГМУ», ООО «Содружество Плюс», 2019. — 103 с.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Александрова Марина Владимировна
Руководитель: Ивонина Татьяна Викторовна
Урюпинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск*

По определению экспертов всемирной организации здравоохранения ишемическая болезнь сердца - представляет собой острую или хроническую дисфункцию, возникающую в результате абсолютного или относительного уменьшения снабжения миокарда артериальной кровью. Такая дисфункция чаще всего связана с патологическим процессом в системе коронарных артерий. Поражение коронарных артерий бывает органическим (необратимым) и функциональным (преходящим). Главная причина их органического поражения — стенозирующий атеросклероз.

Распространенность ИБС в мире чрезвычайно велика. В 2020 году смертность от него достигла 8,9 миллионов от 55,4 миллионов случаев смертности населения.

Согласно данным ВОЗ за 2020 год к неинфекционным заболеваниям относились семь из десяти основных причин смерти. ИБС находится на первом месте: 8,9 миллионов из 31,85 миллионов случаев.

В Российской Федерации сердечно-сосудистые заболевания составляют 57,1% от общей заболеваемости, причем, на долю ИБС выпадает более половины всех случаев - 28,9%, что в абсолютных цифрах составляет 385,6 человек на 100 тысяч человек населения в год.

В структуре общей заболеваемости взрослого населения Волгоградской области, болезни системы кровообращения занимают 1 место среди неинфекционных заболеваний с удельным весом 21,2%. Значительный удельный вес в структуре заболеваемости болезнями системы кровообращения у взрослых имеют: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением – 36,4%, ИБС - 37,7%, цереброваскулярные болезни – 26,1%.

В Урюпинске и Урюпинском районе за период 2019 - 2021 гг. число людей страдающих ИБС в 2019 г. составляло 2453 человек. В 2020 г. число людей, страдающих от ИБС уменьшилось: 2374 человек, но к сожалению в 2021 г. заболеваемость возросла: 2499 человек на 60372 человек населения.

Таким образом, сердечно - сосудистая патология в целом продолжает оставаться проблемой номер один в здравоохранении. Это связано в первую очередь с ее преобладанием в структуре смертности и возрастающим удельным весом в структуре заболеваемости населения, широким распространением и огромной социально-экономической значимостью. В данном случае, немаловажную роль играют Школы здоровья для пациентов с ишемической болезнью сердца. Этим обусловлена *актуальность* выбранной нами темы выпускной квалификационной работы.

Проблема исследования заключается в том, что большинство пациентов практически не задумываются о том, что от их собственного отношения к своему состоянию и обучению в Школах здоровья зависит качество их жизни.

Цель исследования: обосновать роль медицинской сестры в формировании знаний и умений пациентов с ИБС в рамках Школы здоровья.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Изучить факторы, влияющие на возникновение ИБС, клиническую картину, осложнения, принципы лечения ишемической болезни сердца, а также диетотерапию.;
2. Раскрыть принципы организации Школ здоровья для пациентов с ИБС;
3. Изучить и проанализировать деятельность медицинской сестры, работающей в Школе здоровья для пациентов с ИБС;
4. Составить рекомендации для пациентов с ИБС, посещающих Школу здоровья.

Объектом исследования является профилактическая работа в рамках организации и проведения Школ здоровья для пациентов с ИБС.

Предметом исследования является деятельность медицинской сестры по формированию знаний и умений пациентов с ИБС в рамках Школы здоровья.

Гипотеза исследования: если грамотно организовать деятельность медицинской сестры по формированию знаний и умений пациентов и повысить их ответственность по отношению к собственному здоровью, то можно добиться снижения заболеваемости и улучшения качества жизни пациентов.

В результате написания выпускной квалификационной работы мы изучили факторы, влияющие на возникновение ИБС, клиническую картину, осложнения, принципы лечения ишемической болезни сердца, а также диетотерапию. При этом мы выяснили, что определённую роль в возникновении ИБС играют модифицируемые и немодифицируемые факторы риска, которые, в свою очередь, не только указывают на наличие болезни, но и могут привести к осложнениям. Несомненно, ИБС заслуживает самого серьёзного внимания, особенно потому, что ведёт к сильному понижению, а иногда и к потере умственной и физической работоспособности в зрелом возрасте, когда человек может принести максимальную пользу обществу.

Так же, мы раскрыли принципы организации Школ здоровья для пациентов с ишемической болезнью сердца. Цель организации Школ – оптимизация, совершенствование и повышение охвата, доступности и качества медицинской профилактической помощи населению, в частности пациентам с ИБС:

- повышение информированности пациентов с ИБС о заболевании и его факторах риска;
- повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья;
- формирование рационального и активного отношения пациента к заболеванию, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача;
- формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья, оказанию первой доврачебной помощи в случаях неотложных состояний;
- формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на их здоровье поведенческих факторов риска (питание, двигательная активность, управление стрессом, отказ от вредных привычек);
- формирование у пациентов практических навыков по анализу причин, факторов, влияющих на здоровье и обучение пациентов составлению плана индивидуального оздоровления.
- понимание пациентом того, что происходит в организме – первый шаг на пути успешного лечения. Только обладая некоторыми знаниями об ИБС, пациент вместе с лечащим врачом сможет более сознательно, а значит и эффективно бороться с этим заболеванием.

Роль медицинской сестры в формировании знаний и умений пациентов в рамках Школы здоровья для пациентов с ишемической болезнью сердца состоит в следующем:

1. информирование пациента об имеющихся у него факторах риска, методах их самоконтроля, необходимости выполнения рекомендации по оздоровлению поведенческих привычек, влияющих на риск заболевания, и других врачебных назначений;

2. мотивирование пациента и побуждение к принятию с его стороны активных действий по отказу от вредных привычек, оздоровлению образа жизни и соблюдению других врачебных рекомендаций;

3. обучение пациента практическим навыкам с использованием советов и активных форм их обсуждения с пациентом, что важно при обучении взрослых.

Функции медицинской сестры, работающей в Школе здоровья, направлены на:

- выявление потребности в обучении у пациента или его близких;
- мотивацию обучения;
- передачу знаний пациенту или его близким;
- выработку умений у пациента;
- формирование у пациента устойчивых навыков.

Вместе с тем, *медицинская сестра в процессе обучения должна:*

- соотносить свое профессиональное поведение и заболевание пациента;
- учитывать индивидуальные особенности пациента и его семьи;
- проявлять сочувствие к пациенту;
- осознавать потребности пациента;
- учитывать эмоциональное состояние пациента, его представления о заболевании и лечении;
- помогать пациентам управлять своим образом жизни;
- оценивать процесс обучения и предоставлять необходимую информацию.

Крайне важно разумно организовать обучение: продумать его содержание, выбрать место и время обучения, создать благоприятную обстановку, использовать разнообразные педагогические приемы и, наконец, оценить качество обучения. С помощью проводимых практических занятий, где пациент пробует и использует оснащение той или иной программы, демонстрируя это, как эпизод из жизненных ситуаций, медицинская сестра формирует у пациентов навыки и умения по снижению неблагоприятного влияния на их здоровье поведенческих факторов риска, формирует у пациентов практические навыки, и одновременно осуществляет контроль, было ли эффективно обучение для каждого пациента в целом, прорабатывает также способы контроля знаний, такие как анкетирование и вопросные листы, что помогает оценить не только проделанную работу специалистов, и конечно качество деятельности организации.

При работе над практической частью нами была подготовлена и проведена беседа с пациентами кардиологического отделения ГБУЗ Урюпинская ЦРБ с диагнозом ИБС (5 человек) на тему "Физическая активность при ишемической болезни сердца". В ходе беседы мы подробно рассмотрели следующие вопросы: роль и значение физической активности для здоровья; методы повышают физическую активность; правила безопасного проведения занятий; методы контроля интенсивности физической активности. Помимо этого, мы оценили тренированность каждого пациента, проведя пробу Мартине. Результат оказался следующим: у трёх из пяти пациентов уровень тренированности удовлетворительный, у двух – неудовлетворительный.

Для повышения качества проводимых занятий и улучшения усвоения материала немаловажным является использование мультимедийных презентаций, позволяющих пациентам более наглядно представить основные моменты темы. С этой целью мы подготовили мультимедийное сопровождение беседы на тему: «Физическая активность при ишемической болезни сердца»

Так же, мы составили рекомендации для пациентов с ишемической болезнью сердца, посещающих Школу здоровья, по темам:

- информационный материал Школы здоровья для пациентов с ИБС «Что надо знать об ишемической болезни сердца»;

- информационный материал Школы здоровья для пациентов с ИБС «Физическая активность при ишемической болезни сердца»;
- вопросы для интервьюирования на тему: «Стресс и здоровье»;
- буклет на тему «Ишемическая болезнь сердца»;
- мультимедийное сопровождение беседы на тему: «Физическая активность при ишемической болезни сердца».

Таким образом, мы подтвердили *гипотезу исследования*: если грамотно организовать деятельность медицинской сестры по формированию знаний и умений пациентов и повысить их ответственность по отношению к собственному здоровью, то можно добиться снижения заболеваемости и улучшения качества жизни пациентов.

Помимо этого, накопленный методический материал, беседы, вопросы для интервьюирования, презентацию и буклет мы сможем использовать в своей дальнейшей профессиональной деятельности.

Список использованных источников:

1. Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон РФ N 323-ФЗ: [принят Гос. Думой 1 ноября 2011 г.; одобрено Советом Федерации 9 ноября 2011 г.] – Санкт-Петербург : Кодекс, 2021.-124 с.- ISBN 842-4-143-52362-4. – Текст : непосредственный.
2. Горбачев, В.В. Ишемическая болезнь сердца: учебное пособие / В.В. Горбаев. – Москва: Медицина, 2018. - 255 с.– ISBN 5-85178-020-7.– Текст : непосредственный.
3. Гороховский, Б. И. Ишемическая болезнь сердца: учебное пособие / Б. И. Гороховский. – Москва: Миклош, 2019. - 640 с.- ISBN978-5-91746-005-5. – Текст: непосредственный.
4. Емельянова, И. А. Ишемическая болезнь сердца. Современный взгляд на лечение и профилактику: учебник / И. А. Емельянова. – Москва: Весь, 2021. - 36 с.- ISBN978-5-9573-0478-4. - Текст: непосредственный.
5. Мовсесян А. Г. Профилактика возрастзависимых заболеваний: учебник / А. Г. Мовсесян. - Москва :Центрполиграф, 2018. 480 с.- ISBN 978-5-227-08072-1. - Текст: непосредственный.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Тулицына Надежда Сергеевна
Руководитель: Самохина Елена Анатольевна
Урюпинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Урюпинск

Болезни, которые мы теперь называем аллергическими, были известны давным-давно. Еще во времена Древнего Египта были описаны симптомы, которые можно рассматривать как клинические проявления аллергии. Но человечество обратило внимание на аллергию лишь в XIX веке, а разобралось в природе этого явления только к концу XX столетия. Эта болезнь является одной из наиболее распространенной на Земле. И если XX век был веком сердечно-сосудистых заболеваний, то XXI век, по прогнозам ВОЗ, станет веком аллергии. Международная статистика говорит о том, что за последние два десятилетия заболеваемость аллергией возросла в 3-4 раза, причем заболевание часто протекает в тяжелой, необычной форме, что приводит к сложностям в диагностике и лечении. Такой резкий всплеск заболеваемости связан с усилением аллергенной нагрузки на человека, с изменением его способности реагировать на эту нагрузку. Ухудшающаяся экологическая ситуация и, как следствие, повышенная проницаемость для аллергенов барьерных тканей, нерациональное питание, неадекватная лекарственная терапия, бесконтрольное использование антибиотиков, возросшие стрессовые нагрузки, малоподвижный образ жизни, изменения в климате

приводят к тому, что подверженность организма человека воздействию аллергенов, даже тех, которые существовали всегда, значительно повышается. Нас повсюду окружают синтетические материалы. Международная статистика указывает на то, что современные технологии, используемые при постройке жилищ, офисов и предприятий, их внутренняя отделка, приводят к ухудшению малой экологии и, следовательно, к повышенной чувствительности организма к аллергенам.

Актуальность темы исследования определяется тем, что по данным выполненных в различных регионах Российской Федерации эпидемиологических исследований, аллергическими заболеваниями страдают до 40 % населения. Сегодня практически в каждом доме, в каждом рабочем коллективе обязательно найдется хотя бы один человек, который либо сам страдает аллергическим заболеванием, либо болен кто-то из его родственников.

Проблема исследования состоит в том, что в научно медицинской литературе не до конца раскрыта деятельность участковой медицинской сестры в профилактике аллергических заболеваний

Объектом исследования является организация профилактической деятельности медицинской сестры, направленная на профилактику аллергических заболеваний

Предметом исследования является деятельность участковой медицинской сестры поликлиники по профилактике аллергических заболеваний

Цели исследования:

1. Определить роль участковой медицинской сестры поликлиники в профилактике аллергических заболеваний.
2. Раскрыть значение санитарно-просветительной работы участковой медицинской сестры по профилактике аллергических заболеваний

Гипотеза исследования: если участковая медицинская сестра будет проводить на должном уровне профилактическую работу по аллергическим заболеваниям, по всем направлениям профилактики, то это приведет к повышению санитарно-гигиенической культуры населения, снижению заболеваемости.

Задачи исследования:

1. Изучить современную литературу и интернет- источники по проблеме исследования.
2. Проанализировать содержание практической деятельности участковой медицинской сестры по профилактике аллергических заболеваний при работе в условиях амбулаторно-поликлинической службы.
3. Составить рекомендации беседы и памятки для населения по профилактике аллергических заболеваний.

Методы исследования:

1. Теоретический анализ источников.
2. Эмпирические: анкетирование, сравнение, анализ полученных статистических данных.

Нами были проанализированы статистические данные по аллергическим заболеваниям государственного бюджетного учреждения Урюпинской центральной районной больницы имени В.Ф. Жогова, а также было проведено исследование с помощью анкетирования среди респондентов, с целью планирования профилактической деятельности медицинской сестры и повышения качества жизни пациента, были выявлены факторы риска и составлены профилактические беседы о аллергических заболеваниях.

Таблица 1

Структура аллергической заболеваемости за 2020 и 2021 года населения

Нозологические группы аллергических заболеваний	2020		2021	
	%	Абс.	%	Абс.
Кожи и подкожной клетчатки, всего:	56.1	1567	60.4	2135

-атопический дерматит	12,7	19	51,7	1495
-контактный дерматит	47.8	1452	59.2	2107
-экземы	1,1	9	1,2	83

Анализируя статистические данные государственного бюджетного учреждения здравоохранения Урюпинской центральной районной больницы имени В.Ф Жогова, мы замечаем тенденцию роста в 2021 по сравнению с 2020. В ходе исследования было проведено анкетирование посредством мессенджеров и добровольцев населения, количестве 50 респондентов. Средний возраст опрошенных от 16 до 55 лет.

Были выявлены факторы риска аллергических заболеваний, проблемы пациентов и нарушенные потребности в работе, отдыхе, что приводит к снижению качества жизни. Медицинской сестре необходимо проводить беседы по гипоаллергенному питанию, избеганию известных аллергенов, проводить беседу по здоровому образу жизни, снижению стрессов и т.д.

Учитывая выше сказанное, мы видим, какая большая ответственность возложена на работников среднего медицинского звена по профилактике аллергических заболеваний, сохранению и укреплению здоровья. Истина “Болезнь легче предупредить, чем лечить!” Гиппократ. Следует уделять внимание не только информированности населения по профилактике аллергических заболеваний, но и активно сотрудничать с образовательными учреждениями всех ступеней, общественными организациями по формированию осознанного отношения к собственному здоровью и гигиенических навыков, ответственности за выбранный образ жизни, повышению санитарно-гигиенической культуры населения, приобщая к проведению мероприятий по снижению заболеваемости аллергии.

Практическим выходом данного исследования стала совместная работа со старшей медицинской сестрой поликлиники для взрослых: нами составлены рекомендации, памятки, буклеты для пациентов по профилактике аллергических заболеваний, проведены профилактические беседы с населением, обучающие занятия, организовано совместное участие в акции по профилактике аллергических заболеваний.

Список использованных источников:

1. *Федеральный закон РФ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” № 323-ФЗ [от 21.11.2011] года, в ред. Федерального закона от № 317-ФЗ; [25.11.2013] Алесина, И.Л. Программа гигиенического просвещения населения /И.Л. Алесина/ Снижения заболевания. 2017. - № 4. - С. 10-12.*
2. *Булычёва, Е.С. Проблема аллергических заболеваний у населения/ Е. С. Булычёва /Проблемы заболевания. 2017. - № 2. - С. 30-32. – Текст: непосредственный.*
3. *Воронцов И.М. Диагностика и диетотерапия пищевой аллергии у детей И.М. Воронцов, О.А. Маталыгина. - СПб.: Знание, 2019. -С. 275.*
4. *Долженко, И.С. Аллергические заболевания как показатель здоровья /И. С. Долженко/Аллергия и население. 2020. - № 2. - С. 28-29.*
5. *Кира Е.Ф. Аллергия и качество жизни /Е. Ф. Кира /Аллергия и население. 2019. - № 2. - С. 21-24.*
6. *Попов, А.А. Аллергия населения в России / А.А. Попов, А. В. Лукина /Здравоохран. Рос. Федерации. 2018. № 1.- С. 25-30.*
7. *Пигулевская, Ирина Аллергия. Простые и эффективные методы держать аллергию под контролем / Ирина Пигулевская. - М.: Центрполиграф, 2017. - 160 с.*
8. *Таенкова, И.О. Методические рекомендации для работы с населением по сохранению здоровья. И. О. Таенкова. М., 2017 - 27 с..*

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА с 2021 г. по 2022 г. в г. УРЮПИНСК

*Горемыкина Алина Руслановна
Суворов Роман Владимирович
Руководитель: Огладанов Алексей Геннадьевич
Урюпинский филиал ГАПОУ
“Волгоградский медицинский колледж”, г. Урюпинск*

Ключевые слова: инфаркт миокарда, смертность, догоспитальная и госпитальная смертность.

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из наиболее распространенных терапевтических проблем. По данным ВОЗ она получила почти эпидемическое распространение в современном обществе. Вероятность умереть от ИБС в России среди мужчин в 2,4 раза, а среди женщин в 1,7 раза выше, чем в экономически развитых странах [1]. Инфаркт миокарда (ИМ) является причиной смерти 4,2 % населения России. Общей закономерностью в показателях летальности при ИМ является тот факт, что каждый третий-четвертый заболевший погибает на догоспитальном этапе и доля этих лиц от всех умерших при этом диагнозе в течение первого месяца составляет 65-85% [2]. Госпитальная летальность данных пациентов приближается к 20 %. В настоящее время проблема летальности больных ИМ имеет большое социально-экономическое значение.

Цель исследования. Выявить распространение инфаркта миокарда с 2021 по 2022 гг. в г. Урюпинске. Для достижения следующей цели нам необходимо выполнить следующие задачи:

1. Изучить причины, влияющие на развитие инфаркта миокарда.
2. Научиться выявлять факторы, способствующие развитию инфаркта миокарда у взрослых.
3. Провести анонимное анкетирование среди лиц поступивших в больницу с данным заболеванием.
4. Проанализировать результаты
5. Дать рекомендации

Научная гипотеза. Предполагаем, что проведение первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний снизит смертность населения при данном заболевании.

Мужчины болеют инфарктом миокарда значительно чаще (примерно в 5 раз), чем женщины. Эта закономерность особенно выражена в молодом и среднем возрасте. Инфаркты у женщин случаются в среднем на 10-15 лет позже по сравнению с мужчинами. Заболеваемость инфарктом миокарда значительно увеличивается с возрастом.

Факторы риска развития инфаркта миокарда можно разделить на три группы:

1. Факторы, которые можно **скорректировать или устранить**: курение, высокий уровень холестерина липопротеинов низкой плотности в крови, артериальная гипертензия.
2. Факторы, которые **хуже поддаются коррекции**: сахарный диабет, снижение уровня липопротеинов высокой плотности (иначе их называют "хорошим холестерином"), ожирение, менопауза и постменопауза, употребление алкоголя, стресс, питание с

избыточной калорийностью и высоким содержанием животных жиров, высокое содержание в крови липопротеина (А), высокий уровень гомоцистеина.

3. Факторы, которые **нельзя скорректировать или устранить**: пожилой возраст, мужской пол, наследственность — раннее развитие инфаркта миокарда у родителей или кровных родственников до 55 лет.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Урюпинской центральной районной больницы имени В. Ф. Жогова, г. Урюпинска Волгоградской области. Проанализированы истории болезней всех пациентов поступивших в больницу за период 2021-2022 гг. Выборочно провели анкетирование больных для определения основных факторов риска развития заболевания. Статистическая обработка данных: сравнение средних показателей при помощи пакета программ для обработки данных Excel.

Результаты исследования. Всего за период 2021-2022 гг. в больницу поступил 181 пациент с диагнозом ИМ. В 2021 г., в больницу поступило 83 больных (46%), из них 56 мужчин (67%) и 27 женщин (33%). В 2022 г. наблюдали увеличение числа пациентов 98 больных (54%), при этом половое соотношение сохранилось, как в 2021 г. Всего за 2 года в больницу с ИМ поступило 122 ч, мужчины (68%) в возрасте от 25 до 65 лет и 59 женщин (32%) в возрасте от 30 до 60 лет. из них 87% проживают в г. Урюпинск. Наиболее часто поступали в больницу в 2021 г. мужчины в возрасте 40-45 лет (37%), 35-40 лет (15%), и 50-55 лет (10%), женщины в возрасте 55-60 лет (38%). В 2022 г. преобладали мужчины в возрасте 50-55 лет (32%) и 60-65 лет (22%), у женщин наиболее часто встречающийся возраст остался как в 2022 г. (55-60 лет, 46%). Полученные данные совпадают с результатами других исследований [3].

Нами было отмечено, что наиболее часто встречающийся вид деятельности у больных мужчин связан со строительством (52,5%). Наиболее часто встречающаяся профессия у женщин — домохозяйка (57,5%) и бухгалтер (17%).

В 2021 г. умерло 10 мужчин (12% от пациентов за 2021 г.) на догоспитальном этапе, смертельных случаев на госпитальном этапе не наблюдали. В 2022 г., число летальных случаев увеличилось до 19%. Общее число умерших от заболевания составило 19 человек, из них 15 мужчин и 4 женщины. На догоспитальном этапе смерть наступила у 4 мужчин (21%), на госпитальном этапе у 4 мужчин (21%) и 4 женщин (21%) и после выписки из больницы у 7 мужчин (37%). Основные причины смерти после завершения лечения — не соблюдение рекомендаций врачей [4].

Выводы. Значительного роста больных с диагнозом ИМ за период 2021-2022 гг. не обнаружено. Наиболее часто болеют ИМ мужчины (67%) в возрасте от 40 до 55 лет (51%). У женщин ИМ отмечают в возрасте 55-60 лет (54%). Более высокий показатель летальности у мужчин (86%). Проведение первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, выполнение рекомендаций врачей может снизить смертность населения.

Список использованных источников:

1. Бокерия, Л.А. *Здоровье России: Атлас*. / Л.А. Бокерия. - М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2016. - 376 с.
2. Гафуров, В.В. *Программы ВОЗ «Регистры острого инфаркта миокарда», «Monica»: треть века (1987-2017 гг) эпидемиологических исследований миокарда в популяции высокого риска*. / В.В. Гафуров, А.В. Гафарова // *Терапевтический архив*. - 2016. - #1. - С. 38-45
3. *Догоспитальная летальность от острого инфаркта миокарда и возможные пути её снижения*. / А.А. Гарганеева, С.А. Округин, К.Н. Борель // *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. - 2017. - #2. - С. 28-32.
4. Behavioral mechanisms, elevated depressive symptoms, and the risk for myocardial infarction or death in individuals with coronary heart disease / S. Ye, P. Muntner, D. Shimbo [et al.] // *Journal of the American College of Cardiology*. 2017. - Vol. 61, N 6. - P. 622-630. www.clinicalkey.com

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

*Суворов Роман Владимирович
Горемыкина Алина Руслановна
Руководитель: Огдданов Алексей Геннадьевич
Урюпинский филиал ГАПОУ
“Волгоградский медицинский колледж”, г. Урюпинск*

Ключевые слова: ожирение у детей, информированность, профилактика.

Актуальность: По данным ВОЗ у 30 млн детей и подростков имеется избыточная масса тела и у 15 млн — ожирение. Так по данным Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ количество детей от 0 до 14 лет у которых впервые было диагностировано ожирение, в 2015 году составляло 69188 человек, а в 2022 году - уже 108190 человек. В ВО в 2015 году впервые было выявлено ожирение у 2070 детей, а в 2022 году – у 3686 детей. По оценке ВОЗ во всем мире лишний вес имеют более миллиарда человек. Проблема ожирения актуальна даже для стран которых большая часть населения голодает, а в промышленных странах она давно уже стала серьезным аспектом общественного здоровья. Тема диагностики и лечения ожирения детей составляет отдельные разделы различных отраслей медицины, так как наличие избыточного веса приводит к серьезным проблемам со здоровьем. В связи, с чем возрастает роль медицинского персонала, особенно медицинской сестры в профилактике, лечении и реабилитации детей с ожирением.

Гипотеза: дети и их родители недостаточно информированы об ожирении и его осложнениях.

Цель исследования: изучить роль медицинской сестры в профилактике и реабилитации детей разного возраста с избыточной массой тела. Для достижения поставленной цели нам необходимо выполнить следующие **задачи:**

1. Изучить причины, влияющие на набор веса у детей младшего школьного возраста;
2. Научится выявлять факторы, способствующие появлению лишнего веса у детей младшего школьного возраста;
3. Провести анонимное анкетирование детей младшего школьного возраста и их родителей;
4. Проанализировать результаты;
5. Дать рекомендации.

Материалы и методы: Анализ научной литературы, сравнительный анализ, анализ диспансерных и амбулаторных карт, статистическая обработка данных, анкетирование.

Базой для исследования послужили МАОУ «Гимназия №1» г. Урюпинск и ГБУЗ Урюпинская детская поликлиника г. Урюпинск. Общее число респондентов составило 148 (поровну школьников и родителей). Были изучены статистические данные Центра здоровья «Урюпинской детской поликлиники», с 2018 по 2022 год и медицинские карты 30 детей посещавших «Школу здоровья для детей и подростков с избыточным весом» в июне 2022 года, а также проведен опрос сотрудников поликлиники, работавших с этими детьми.

В 1997 году Всемирная организация здравоохранения забила тревогу, официально квалифицировав ожирение как одно из главных бедствий, с которым столкнулось человечество в наши дни.

На протяжении долгих лет считалось, что эта проблема существовала только в индустриальных странах, в частности в США, где более трети населения страдает ожирением. Сегодня в большей или меньшей степени эта беда затронула все страны мира, независимо от уровня их развития. Россия не стала исключением.

Но особенно тревожит то, что лишний вес все чаще отмечается у детей. Частота избыточного веса и ожирения у российских детей и подростков растет и достигает сейчас по самым скромным оценкам где-то 15-20%. А еще 30 лет назад она не превышала и десяти. Тенденции эти пугают, так как ожирение в детском возрасте, это почти наверняка ожирение на всю жизнь со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Ожирение у детей - хроническое нарушение обмена веществ, сопровождающееся избыточным отложением жировой ткани в организме. Существуют три основные причины, ведущие к ожирению:

- алиментарная, обусловленная поступлением с пищей большего количества калорий, чем расходует организм.

- эндокринная, обусловленная недостаточной активностью желез внутренней секреции

- церебральная, обусловленная нарушением регуляции центров голода и аппетита

Существует 4 степени ожирения и 2 стадии этого заболевания:

I степень ожирения:

- избыточная масса тела превышает идеальную, или нормальную на 10-29%.

II степень ожирения:

- избыточная масса тела превышает идеальную, или нормальную на 30-49%.

III степень ожирения:

- избыточная масса тела превышает идеальную, или нормальную на 50-99%.

IV степень ожирения:

- избыточная масса тела превышает идеальную, или нормальную более чем на 100%.

Стадии ожирения:

- прогрессирующая, при которой масса тела постоянно растет,

- стабильную, когда избыток веса есть, но он не увеличивается.

Результаты: Сформировано представление о здоровом образе жизни и питании среди учащихся начальных классов составляет -36%, 5-9 классов - 43%, 10-11 классов - 54%. Несформированное представление о здоровом образе жизни и питании: у 1-4 классов - 64%, 5-9 классов 57%, 10-11 классов - 46%. Только 15% родителей, по мнению детей имеющих избыточную массу тела понимают и предлагают свою помощь в решении проблем, касающихся внешнего вида и фигуры ребенка. Лишь в одной из десяти семей родители регулярно занимаются физкультурой, 80% опрошенных не занимаются спортом, либо делают это очень редко. При этом 87% хотели бы получать информацию о профилактике избыточного веса у детей и 91% источником информации предпочли медработника.

Также по результатам исследования было выявлено, что с 1.06.18г. по 31.12.22г. в Центре здоровья детской поликлиники из обследованных 9646 детей – 4408(57,4%) – здоровы, 5200 (42,6%) – имеют различные функциональные нарушения, в числе которых 1355 детей - имеют избыточную массу тела, что составляет 19% от числа обследованных и 40,7% от всех функциональных нарушений. Небольшой процент снижения массы тела у детей зависел от отсутствия мотивации и помощи своим детям в их старании снизить вес со стороны родителей, а также низкой мотивации у самих детей, участвующих в программе и не соблюдении ими рекомендаций диетолога.

Выводы:

1.Профилактика и лечение лишнего веса и ожирения у детей является одним из основополагающих принципов оздоровления общества и именно на медицинских сестер ложится ответственность за обучение и мотивацию пациентов в поддержании их стремления в борьбе с лишним весом.

2.Роль медицинской сестры в профилактике и реабилитации детей с избыточной массой тела заключается в проведении бесед и разъяснений о сбалансированном питании, обучении и мотивации детей и их родителей в поддержании стремления в борьбе с избыточным весом, ведении школы здоровья.

Список использованных источников:

1. Всемирная организация здравоохранения. Ожирение и избыточный вес. Информационный бюллетень. Январь 2017г. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/>.-20.01.2017.

2. Заболеваемость детского населения России (0 –14 лет) в 2016 году. / Александрова Г.А., Поликарпов А.В., Огрызко Е.В. и др. // Статистические материалы Министерства здравоохранения Российской Федерации

Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России.

– М., 2016.– 145 с.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Пантелеева Елена Александровна

Руководитель: Огладанов Алексей Геннадиевич

Урюпинский филиал ГАПОУ

“Волгоградский медицинский колледж”, г. Урюпинск

Ключевые слова: профессиональное выгорание, медицинский работник, синдром выгорания.

Актуальность исследования и научная новизна. К профессиональному эмоциональному выгоранию больше всего склонны представители профессий, связанных с коммуникацией, в том числе медработники, поэтому данная тема не теряет своей актуальности.[1] Не достаточно грамотно организованная работа с коллегами и клиентами забирающая больше сил и времени, рано или поздно начинает сказываться на работоспособности. И люди начинают «перегорать» как лампочки. И тогда наступает состояние эмоционального, психического, физического истощения в результате неразрешенного стресса на рабочем месте. Люди, находящиеся в постоянном стрессе, тревоге, не могут эффективно трудиться, могут наступать дисфункциональные следствия, когда выгорание отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности, таким образом, изучение проблемы эмоционального выгорания является востребованной и необходимой для дальнейшего исследования.[2]

Научная гипотеза. Постоянное нахождение в сложной профессиональной обстановке может приводить к появлению профессионального выгорания и к появлению психосоматических заболеваний у медицинских работников. Возникновение, формирование и протекание синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников обусловлено целым комплексом факторов, среди которых определяющими внутренними факторами являются личностные особенности медработников, а внешние факторы связаны с

характеристиками их профессиональной деятельности (условиями, образованием и опытом работы, профессиональным статусом).

Цель исследования. Изучение особенностей эмоционального выгорания у медицинских работников для определения основных путей психопрофилактической работы, а также принципов и способов психологической помощи медицинским работникам, страдающим от синдрома эмоционального выгорания.

Для достижения указанной цели нами были поставлены следующие исследовательские **методы**:

А) теоретические:

- теоретический анализ;

Б) эмпирические:

- методика эмоционального выгорания В.В. Бойко;

В) обрабатывающие:

- математико-статистический анализ.

Материалы и методы. Анализ научной литературы, сравнительный анализ, статистическая обработка данных, анкетирование.

Базой нашего исследования являлись: Детская поликлиника Урюпинская Центральная Районная Больница имени Жогова и Поликлиника для взрослых Урюпинская Центральная Районная Больница имени Жогова, Станция Скорой Медицинской Помощи Урюпинская Центральная Районная Больница имени Жогова.

Результаты. В исследовании приняло участие 100 человек (врачи, медицинские сестра и младший медицинский персонал) в возрасте от 20-60 лет. При этом обращалось внимание на продолжительность профессиональной деятельности (медицинский стаж), другие объективные факторы, которые могли послужить причинами эмоционального выгорания. Выборку составили: мужчины - 20 человек в возрасте от 25 до 60 лет, стаж от 0 до 35 лет; женщины - 80 человека в возрасте от 20 до 55 лет, стаж работы от 0 до 35 лет.

Методика «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко представляет собой опросник, предназначенный для диагностики такого психологического феномена как «синдром эмоционального выгорания», возникающего у человека в процессе выполнения различных видов деятельности, связанных с длительным воздействием ряда неблагоприятных стресс факторов. Стимульный материал теста состоит из ряда утверждений, к которым испытуемый должен выразить свое отношение в виде однозначных ответов «да» или «нет». Предложенная методика дает подробную картину синдрома «эмоционального выгорания». Прежде всего, надо обратить внимание на отдельно взятые симптомы. Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов. Методика позволяет увидеть ведущие симптомы «выгорания». Существенно важно отметить, к какой фазе формирования синдрома относятся доминирующие симптомы и в какой фазе их наибольшее.

Характеристики работников медицинских служб с разной степенью эмоционального «выгорания»

Характеристики	Работники медицинских служб с разной степенью выраженности выгорания		
	Отсутствие «выгорания»	«Выгорание» в стадии формирования	Сложившийся синдром «выгорания»
Возраст			
От 20 до 35 лет	5%	35%	20%
От 35 до 60 лет	10%	15%	15%
Семейное положение			
Состоит в браке	15%	15%	15%
Не состоит в браке	15%	25%	15%
Должность			

Медицинская сестра	20%	25%	20%
врачи	10%	10%	15%
Стаж профессиональной деятельности			
От 0 до 5 лет	15%	10%	5%
От 5 до 10 лет	5%	15%	20%
Свыше 10 лет	5%	15%	10%

Как видно из таблицы, сформированный синдром «эмоционального выгорания» свойственен в большей степени группе в возрасте от 20 до 35 лет, «выгорание» отсутствует в возрастной группе от 35 до 60 лет. Специалисты с начальной стадией формирования «выгорания» имеют стаж профессиональной деятельности от 0 до 5 лет. В группу специалистов с отсутствием «выгорания» вошло со стажем работы по специальности от 5 до 10 лет. Группу специалистов со сложившимся «выгоранием» составили, те, у кого стаж превышает 10 лет.

Этот факт можно объяснить тем, что у специалиста в зрелом возрасте уже пройден этап профессионального становления и адаптации к профессии, определены конкретные цели, сформированы профессиональные интересы, выработаны механизмы профессионального самосохранения. [3] Таким образом, можно сделать вывод, что у молодых специалистов в медицинской деятельности больше риск возникновения эмоционального «выгорания».

Вывод. Профессиональное и эмоциональное выгорание – это проблема, с которой сталкиваются практически все медицинские работники. Постоянные стрессы, неизлечимые болезни и смерть пациентов, высокая рабочая нагрузка запускают защитные механизмы в организме, под воздействием которых человек становится равнодушным и безынициативным. Постепенно происходит профессиональная деформация, при которой меняется характер и повадки человека в повседневной жизни.[4]

Профессиональное выгорание у специалистов, работающих в сфере здравоохранения проявляется в виде нарастающего безразличия к своим обязанностям, к происходящему на работе, дегуманизации в форме растущего негативизма по отношению, как к пациентам, так и к сотрудникам, ощущении собственной профессиональной несостоятельности, ощущении неудовлетворенности работой, а в конечном итоге в резком ухудшении качества жизни. В дальнейшем могут развиваться невротические расстройства и психосоматические заболевания

Список использованных источников:

1. Бакумов П.А., Волчанский М.Е., Зернюкова Е.А.. Синдром эмоционального выгорания у медицинских работников и профессиональная деформация личности. Вестник ВолгГМУ-2017 – №3(51). – С. 108 – 110.
2. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика : практ. пособие / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018.
3. Постнов, В. Профессиональные личностные деформации у медицинских работников [Электронный ресурс] / В. Постнов. – Режим доступа: <http://www.narcom.ru/publ/info/779>. – 20.01.2023.
4. Решетов Д.Н. Синдром эмоционального выгорания у медицинских работников: проблемы и перспективы развития / Д.Н. Решетов, А.А. Бельтюкова // Экономика и социум: современные модели развития. – 2018. - №11. – С. 86 – 92

ВЛИЯНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Ключевые слова: студенты, дистанционное обучение (ДО), здоровье, пандемия COVID-19, психологическое состояние.

Актуальность исследования. Начиная с 2020 года, большинство студентов-медиков столкнулись с понятием дистанционного обучения, которое было введено с целью обезопасить учащихся от распространения COVID-19. Дистанционное образование, активно обсуждаемое в России в течение последних 15–20 лет, стало реальностью с марта 2020 г. Дистанционное обучение – это образовательный процесс с применением совокупности телекоммуникационных технологий, имеющих целью предоставление возможности обучаемым освоить основной объём требуемой им информации без непосредственного контакта обучаемых и преподавателей в ходе обучения. Сегодняшнее поколение студентов можно смело называть «цифровым поколением», они выросли в интернете, свободно владеют компьютерными технологиями.

Но в отличие от обучения другим специальностям, медицинская сфера не предусматривает возможности заочного обучения, так как помимо освоения теоретического материала включает необходимость отработки практических навыков и постоянного общения с пациентами, которые в условиях дистанционной формы обучения реализовать на данный момент не представляется возможным. А также влияние такого обучения на самочувствие студентов, в особенности студентов-медиков, не до конца изучено. Проблемы со здоровьем и психологическим состоянием в период дистанционного обучения (ДО) уже выявлены у школьников [1, 2], поэтому требуется внимание к данной проблеме у студентов.

Научная гипотеза: ДО влияет на здоровье и психологическое состояние студентов СУЗа.

Цель исследования. Оценить, как именно удаленное обучение влияет на здоровье и психологическое состояние студентов по их мнению.

Материалы и методы. Данное исследование проводилось среди студентов Урюпинского филиала ГАПОУ «Волгоградского медицинского колледжа». В опросе приняли участие 112 студентов. Исследование направлено на изучение изменения здоровья и образа жизни, связанного с переходом на дистанционную форму обучения. Исследование проводилось в три этапа:

- На первом этапе (декабрь-январь 2023 года) проводилось изучение научной литературы по проблеме исследования.
- На втором этапе (январь-февраль 2023 года) осуществлялось анкетирование.
- На третьем этапе (февраль 2023 года) выполнялась статистическая обработка данных, проводились анализ и интерпретация полученных результатов исследования, уточнялись выводы.

Результаты исследования. Исследование, проводившееся среди 112 студентов колледжа, позволило узнать об изменениях нагрузки во время дистанционного обучения.

79 (70,6%) студентам успешно удалось адаптироваться к новым условиям дистанционного обучения, но у 33 (29,4%) человек возникли с этим сложности. Абсолютное большинство, 94 (83,9%) опрошенных студентов-медиков считает, что обучаться в дистанционной форме достаточно удобно, не говоря уже о том, что 22 (19,6%) студента совмещают обучение с работой, 20 (17,9%) - с готовкой, 24 (21,4%) – с развлечениями, а 10 (8,9%) параллельно основному медицинскому получают ещё одно образование. Конечно, значительная часть (35,7%) студентов-медиков учёбу ни с чем не совмещают. У 67 (59,8%) опрошенных дистант никак не повлиял на мотивацию к обучению, у 31 (27,7%) студента

мотивация уменьшилась, а меньшая часть учащихся - 14 (12,5%), напротив, отметила, что дистант оказал положительное влияние и уровень мотивации только возрос.

У 72 (64,3%) опрошенных студентов дистанционное обучение никак не повлияло на объём социальных контактов, в отличие от 22 (19,6%), которые стали больше общаться. Для 18 (16,1%) студентов дистанционный формат обучения оказался преградой, и количество общения уменьшилось.

Характеризуя режим дня, а в особенности продолжительность сна, важно отметить, что дистанционное обучение никак не повлияло на сон у 63 (56,3%) студентов. У 24 (21,4%) количество сна уменьшилось, а у 25 (22,3%), наоборот, увеличилось. Необходимо отметить, что половина из опрошенных респондентов (52,7%) спали меньше положенной нормы: 17% указали, что спят менее 6 часов, 35,7% – 6-7 часов. Остальные студенты (47,3%), принявшие участие в исследовании, спали от 8 часов и более. Половина из опрошенных (50%) отметили, что всегда соблюдали режим питания, и 18,9% студентов начали правильно питаться на дистанционном обучении, 9,4% указали, что никогда не соблюдали режим питания, а 21,7% утверждают, что переставали правильно питаться только во время дистанционного процесса.

В период дистанционного обучения студенты столкнулись со сложностями: нехватка общения с одноклассниками (44,6%) и преподавателями (21,4%), а также отсутствие движений (30,4%). Некоторым студентам-медикам не хватало самоорганизации (12,5%) и чувства стабильности (17%). Для части студентов (6,3%) были важны сами поездки в колледж.

Отмечая появившиеся вредные привычки во время дистанционного обучения, 8,9% опрошенных студентов указали, что не имеют ни одной из перечисленных.

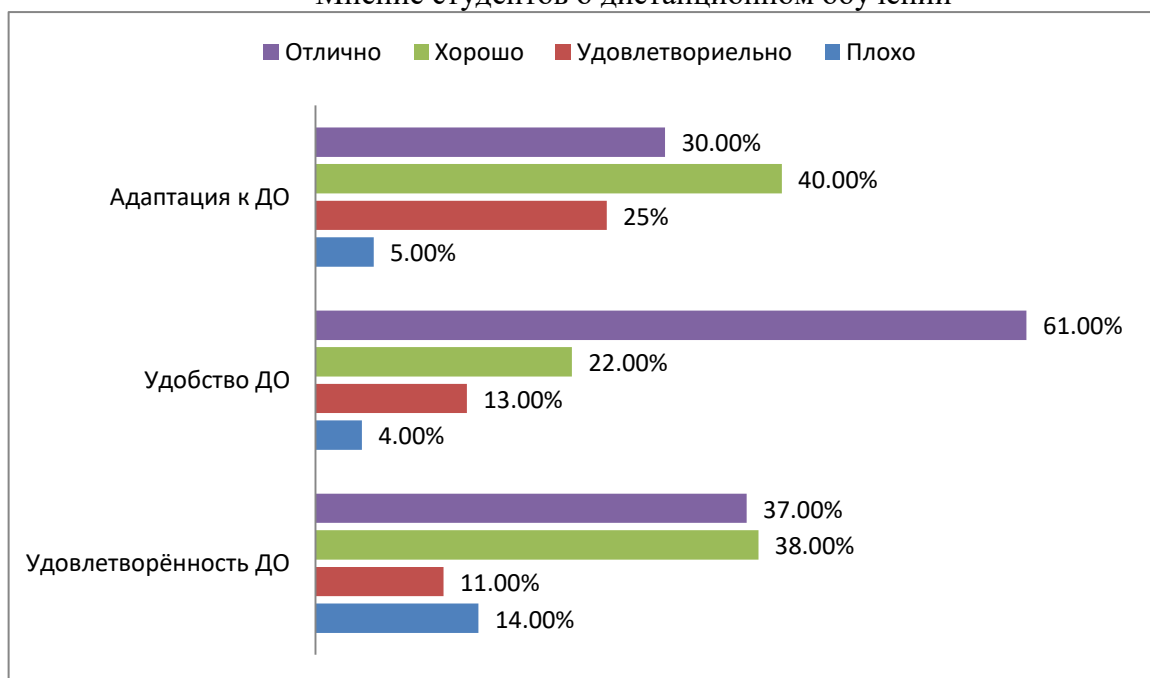
Характеризуя появившиеся проблемы со здоровьем в процессе дистанционного обучения, 35,7% указали, что у них не появилось никаких значимых проблем.

Важно отметить, что основными проблемами со здоровьем, возникшими у студентов во время дистанционного обучения, являются: боли в спине (34,8%), повышенная утомляемость (31,3%) и головные боли (24,1%). Также 16,1% опрошенных студентов отметили ухудшение зрения, и 3,6% указали, что у них появились проблемы с пищеварением.

Почти треть всех опрошенных (34,8%) указали, что дистанционное обучение достаточно сложное по тем или иным причинам. 30,4% студентов пережили стрессовое состояние из-за новой формы обучения.

Несмотря на все трудности и проблемы, возникшие во время дистанционного обучения, подавляющее большинство (75,9%) опрошенных студентов удовлетворены данной формой учёбы и меньшая часть - 24,1% не удовлетворены процессом обучения в дистанционной форме.

Мнение студентов о дистанционном обучении



Выводы. Подводя итоги по результатам анкетирования, мы оценили, как именно дистанционное обучение влияет на здоровье и психологическое состояние студентов по их мнению.

В данной форме обучения, как и в любой другой, есть свои преимущества, но и также значительные недостатки. Причем они очень сильно сказываются на состоянии здоровья и самочувствия студентов-медиков, но с помощью небольших усилий и желания можно минимизировать урон. По результатам анкетирования наименьшее влияние дистанционное обучение оказало на психологическое состояние студентов.

Стоит отметить, что во время пандемии COVID-19 дистанционное обучение стало весьма выгодным решением.

Список использованных источников:

1. Шурухина, Т. Н. Анализ первых результатов перехода российского образования на дистанционные форматы в период мировой пандемии COVID-19 / Т. Н. Шурухина, Г. В. Довгаль, Е. В. Глухих, Д. А. Ключников // *Современные проблемы науки и образования*. – 2020. – № 6. – URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=30265> (дата обращения: 19.01.2023).
2. Якобчук, Л. И. Изучение влияния дистанционной формы обучения во время пандемии на результаты обучения / Л. И. Якобчук // *МНКО*. – 2020. – №5 (84). – С. 179-181. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/izuchenie-vliyaniya-distantsionnoy-formy-obucheniya-vo-vremya-pandemii-na-rezultaty-obucheniya> (дата обращения: 19.01.2023).

ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА УРЮПИНСК

Чернышова Карина Алексеевна
Руководитель: Огладанов Алексей Геннадьевич
Урюпинский филиал ГАПОУ
“Волгоградский медицинский колледж”, г. Урюпинск

Ключевые слова: школьники, заболеваемость, учебный процесс.

Актуальность исследования. Заболеваемость детей школьного возраста является актуальной медикосоциальной проблемой в педиатрии. Данные о заболеваемости детей могут дать реальную и более полную картину состояния здоровья населения, увидеть распространенность заболевания, помогут предпринять меры профилактики и улучшения здоровья населения как локально, так и на общегосударственном уровне [1]. В последнее время в России наблюдается пугающая тенденция уменьшения количества здоровых детей и увеличения доли детей с хроническими патологиями, все большее количество детей страдает острыми респираторными вирусными инфекциями, острыми респираторными заболеваниями. Об ухудшении состояния здоровья детей и подростков говорят данные официальной статистики и результаты выборочных научных исследований [2]. По результатам мониторинга состояния здоровья детей видно, что на дошкольном этапе численность здоровых детей не превышает 5-10%, у 70% детей наблюдаются функциональные нарушения, а уже в младшем школьном возрасте эти цифры повышаются из-за возросшей нагрузки [3].

Научная гипотеза. Структура заболеваемости школьников города Урюпинск мало отличается от ситуации по России.

Цель исследования. Изучение структуры заболеваемости детей школьного возраста города Урюпинск.

Материалы и методы. были использованы данные 800 медицинских карт больных ГБУЗ «Урюпинская центральная районная больница имени В.Ф. Жогова» детской поликлиники в возрасте от 6 до 17 лет, 350 из которых мальчики, что составляет 44%, 450 – девочки, что составляет 56%. Для статистической обработки результатов была использована таблица Microsoft Excel 2013, информация учитывалась в процентах по обращаемости. Для сравнения заболеваемости школьников города Урюпинск с ситуацией по России использовался статистический сборник Здравоохранения РФ за 2021 год [4].

Результаты исследования. По результатам проведенного исследования 200 (25 %) из 800 детей не имели заболеваний в анамнезе.

Чуть больше половины школьников, 542 человека (67,75 %) имели заболевания органов дыхания. У 165 детей (20,6 %) диагностированы неврологические патологии. 195 человек (24,4 %) обращались в больницу по поводу офтальмологических заболеваний, что является результатом неконтролируемого использования гаджетов. У 138 школьников (17,25 %) выявлены оториноларингологические патологии.

У 72 девочек (16 %) диагностированы гинекологические патологии. Практически поровну детей в группах с заболеваниями желудочно-кишечного тракта – 110 (13,8 %) и болезнями сердца, выявленными у 123 детей (15,4 %). С болезнями костно-мышечной системы – 173 ребёнка (21,63 %). Возникновение вышеуказанных патологий напрямую зависит от образа жизни. Вероятными причинами, вызывающими эти нарушения, являются неправильный режим сна и отдыха, несбалансированное питание и снижение двигательной активности – активному отдыху на свежем воздухе дети школьного возраста предпочитают просмотр телевизора или видеоигры.

11,3 % детей имели в анамнезе хирургические патологии (90 детей обследованы). Заболевания мочевыделительной, эндокринной систем и нарушения иммунитета 6,1 %, 6,4 % и 6,5 % соответственно.

Выводы. Доминирующее положение в структуре заболеваемости по обращаемости школьников Урюпинска, как и в среднем по стране, занимают заболевания органов дыхания. На втором месте стоят офтальмологические заболевания, связанные со снижением зрения школьников. Третью позицию занимают патологии костно-мышечной системы, к ним относятся заболевания суставов и позвоночника, нарушение осанки, сколиоз, плоскостопие. Четвёртое место – неврологические патологии. И пятая по обращаемости область – это оториноларингологические заболевания. Полученные статистические данные заболеваемости школьников города Урюпинск соответствуют средним показателям по РФ.

Необходимо добиваться улучшения ситуации путём усиленной профилактической работы в школах, гигиенического обучения и воспитания, совершенствовать мероприятия диспансеризации для раннего выявления нарушения здоровья и предотвращения хронизации заболеваний.

Список использованных источников:

1. Кулакова, Е. В. Заболеваемость детей школьного возраста по данным обращаемости в условиях крупного города / Е.В. Кулакова, Е.С. Богомолова, Т.В. Бадеева, Ю.Г. Кузмичев. // Медицинский альманах. – 2016. – №2 (37). – С. 74-76. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zabolevaemost-detey-shkolnogo-vozrasta-po-dannym-obraschaemosti-v-usloviyah-krupnogo-goroda> (дата обращения: 15.01.2023).
2. Намазова-Баранова, Л. С. Заболеваемость детей в возрасте от 5 до 15 лет в Российской Федерации / Л.С. Намазова-Баранова, В.Р. Кучма, А.Г. Ильин Л. М. Сухарева, И. К. Рапопорт // Медицинский совет. – 2016. – №1. – С. 6-10. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zabolevaemost-detey-v-vozraste-ot-5-do-15-let-v-rossiyskoy-federatsii> (дата обращения: 15.01.2023).
3. Статистические и информационные материалы: статистический сборник Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2017 год : сайт / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Москва, 2018. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskii-sbornik-2017-god> (дата обращения: 15.01.2023).
4. Шавалиев Р. Ф. Итоги профилактических осмотров детей 0-17 лет в Республике Татарстан за 2015-2017 гг. / Р. Ф. Шавалиев, О.В. Куликов, И.В. Самолина, Г.М. Фархутдинова // Практическая медицина. – 2016. – №7 (99). – С. 119-122. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/itogi-profilakticheskikh-osmotrov-detey-0-17-let-v-respublike-tatarstan-za-2013-2015-gg> (дата обращения: 15.01.2023).

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ

Сербина Ева Валерьевна
Руководитель: Огдланов Алексей Геннадьевич
Урюпинский филиал ГАПОУ
“Волгоградский медицинский колледж”, г. Урюпинск

Ключевые слова. Инфаркт миокарда, гендерство.

Актуальность. Инфаркт миокарда (ИМ)-одна из самых распространенных болезней современности. Проблема инфаркта миокарда приобретает большое социальное значение в связи с возрастанием заболеваемости за последние годы, поражением населения в наиболее активном возрасте от 45 до 60 лет с ранней инвалидизацией, высокой летальностью (от 17 до 30%).[1] В последние годы все большее место в клинической кардиологии занимает изучение роли хронобиологических факторов, связанных с различными периодами индивидуального года, длящегося от одного дня рождения человека до следующего.[2] Индивидуальный год делится на 4 периода, каждый из которых состоит из 3-х месяцев (триместр). Имеются данные что XII, I, II, месяца индивидуального года значительно растут риск развития опасных аритмий и других осложнений инфаркта миокарда.

Научная гипотеза. Предполагаем, что дальнейшие исследования хронобиологических аспектов развития, течения, исхода позволят оптимизировать вторичную профилактику ИБС.

Цель исследования. Изучение влияния хронобиологических факторов (сезон заболевания, сезон рождения и триместр индивидуального года) на частоту возникновения и тяжесть течения инфаркта миокарда.

Материалы и методы. Одномоментно нами было изучено 157 историй, среди них было отобрано 35 историй больных инфарктом миокарда, находящихся на госпитальном лечении в кардиологическом отделении ГБУЗ Урюпинская ЦРБ имени В.Ф. Жогова в 2022г. Среди них было: мужчин-22 человека (62,9%) и женщин-13 человек (37,1%). Средний возраст составил: 59.6 ± 14.1 лет у мужчин и 74.1 ± 9.4 года у женщин. Чтобы упростить подсчет, мы распределили больных ИМ на группы, в соответствии с классификацией возрастной периодичности 1965 года. Имея данные о триместрах индивидуального года, датах рождения и заболевания инфарктом миокарда распределение больных таковое: среди мужчин большее количество составляют заболевшие в I (38%) и IV (36.4%) триместрах индивидуального года, а среди женщин-во II триместре (38.5%). Наибольшее количество больных родились весной и осенью (40% и 28.6% соответственно), а наименьшее-летом и зимой (11.4% и 20% соответственно). У больных инфарктом миокарда максимальное число осложнений (кардиогенный шок, отек легких) отмечено как среди мужчин, так и среди женщин, родившихся весной и осенью (22.8%). Также, нами была изучена взаимосвязь между локализацией инфаркта миокарда и полом. [рис.1] и [рис.2]



рис.1

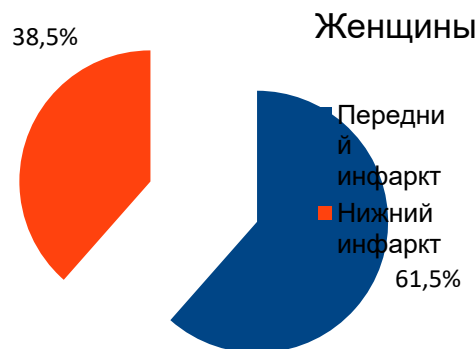


рис.2

Среди мужчин преобладает передний инфаркт миокарда (72.3%), оставшиеся (27.7%) приходятся на нижнюю и верхушечную локализацию. У женщин также преимущественно отмечается инфаркт миокарда передней стенки (61.5%), оставшиеся (38.5%) приходятся на нижний инфаркт.

При изучении сопутствующий патологии было выявлено, что преобладающим заболеванием среди всех возрастных групп является артериальная гипертензия (АГ)-75 %,на втором месте - сахарный диабет (СД)-17%,хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает третье место-5%,оставшиеся 2%-другие заболевания. [3]

Вывод. Таким образом, в структуре заболеваемости инфарктом миокарда преобладающими среди мужчин являются I и IV триместры индивидуального года, а среди женщин - II триместр, что можно трактовать как "периоды повышенного риска" развития сердечных катастроф. Оставшиеся триместры можно считать периодами «относительного благополучия». Результаты дальнейших исследований хронобиологических аспектов развития, течения, исхода инфаркта миокарда в зависимости от гендерных различий позволят оптимизировать вторичную профилактику ишемической болезни сердца и станут одним из шагов перехода в области профилактической кардиологии «от гипотез к практике».[4]

Список использованных источников:

1. Желтова И.Н., Сукманова И.А. Гендерные особенности факторов риска и клинико-гемодинамические характеристики у пациентов с инфарктом миокарда пожилого возраста // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – № 2-1. - URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=17483> (дата обращения: 26.01.2023).
2. Мураталиев Т.М., Звенцова В.К., Неклюдова Ю.Н., Раджапова З.Т., Мухтаренко С.Ю. Гендерные особенности течения острого инфаркта миокарда // *Клиницист*. – 2016. - №3. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gendernye-osobennosti-techeniya-ostrogo-infarkta-miokarda> (дата обращения: 26.01.2023).
3. Фадеев, П.А. Инфаркт миокарда \ П.А. Фадеев — М.: Оникс ,2017.- С.5.
4. Шевченко, О.П. Ишемическая болезнь сердца/ О.П. Шевченко, О.Д. Мишинёв. – М.: Реафарм, 2017. – С.16 .

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ КАК ФАКТОР УСПЕШНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ НЕЗРЯЧИХ ЛЮДЕЙ

Арацкая Олеся Юрьевна

Сурин Денис Вячеславович

Руководитель: Лунина Юлия Владимировна

*КГБПОУ "Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С. Макарова
министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск*

Приоритетной проблемой различных индустриальных и развивающихся стран, во многом детерминирующей здоровье населения, являются социально значимые заболевания глаза. Актуальность темы исследования заключается в том, что медико-социальное значение данных заболеваний определяется высокой распространённостью и выступают ведущими причинами частичной потери зрения и полной слепоты, приводящей к существенному снижению качества жизни, социальной дезадаптации, длительному лечению и выраженной зависимости в посторонней помощи со стороны окружающих или членов семьи [4]. Патология органа зрения составляет особую медико-социальную проблему, которая является актуальной во всех странах мира.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время в мире насчитывается 135 млн людей которые страдают различными дефектами зрения и 39 млн слепых [5].

По данным Global Burden of Disease, в 2020 году полностью лишены зрения 43,3 млн людей по всему миру, из них 23,9 млн (55%) – женщины. Еще 295 млн имеют умеренные или тяжелые нарушения зрения, 258 млн – легкие. У 510 млн человек зрение нарушено вследствие пресбиопии (возрастных изменений), которая не корректировалась. Исследователи прогнозируют, что к 2050 году численность слепых людей достигнет 61 млн, с нарушениями зрения – 474 млн, легкими нарушениями зрения – 360 млн, с пресбиопией – 866 млн [5].

По статистике Минздрава Российской Федерации, сейчас 20,7 млн россиян страдают болезнями глаз (каждый седьмой житель страны), 15 лет назад таких людей было в полтора раза меньше – 13,7 млн человек (динамика представлена на рисунке 1). В настоящее время в России количество незрячих и слабовидящих превышает 210 тысяч человек. Ежегодно примерно 45 тысяч человек становятся инвалидами из-за проблем со зрением. Из них более половины – дети и подростки в возрасте до 18 лет. Из этого количества 22% составляет молодежь трудоспособного возраста, т.е. практически каждый пятый из всех слепых и слабовидящих [3]. Данный прогноз говорит о том, что формирование доступной среды, технологий реабилитации, занятости инвалидов, защиты их прав и др. вопросы остаются социально-актуальными.

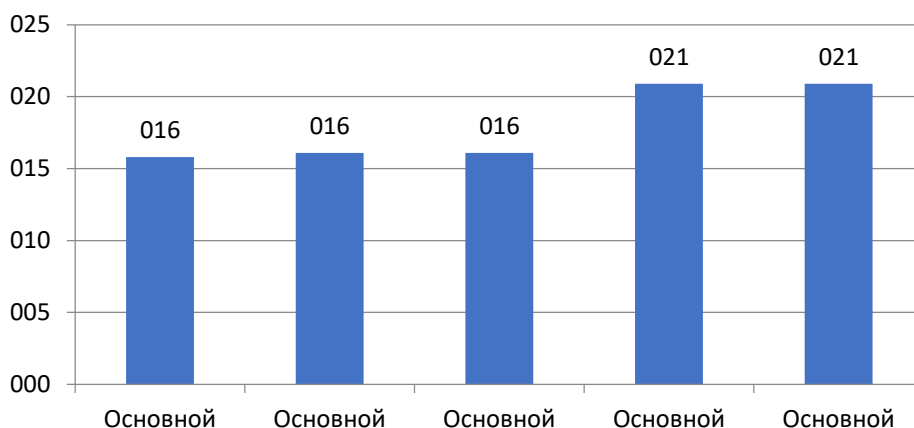


Рисунок 1 — Численность россиян с заболеванием глаз (млн. чел)

Глазные заболевания, которые могут привести к нарушениям зрения и полной его потере (слепоте), включают в себя дегенерацию сетчатки, альбинизм, катаракты, глаукомы, мышечные проблемы, расстройства роговицы, диабетическую ретинопатию, врождённые пороки и инфекции. Нарушения зрения также могут быть вызваны расстройствами мозга и нервной системы, в этом случае их, как правило, называют кортикальными нарушениями зрения.

Среди факторов риска развития патологии зрения выделяют следующие:

- демографический рост в сочетании со старением населения, которое приводит к значительному увеличению общего числа людей с глазными заболеваниями и нарушениями зрения, поскольку распространенность заболеваний растет с возрастом пациентов;
- миопия (близорукость): слишком много времени, проводимого в помещении, и большие зрительные нагрузки, связанные с взаимодействием с близко расположенными предметами, приводят к развитию близорукости.
- диабетическая ретинопатия: все больше людей живет с диабетом, особенно диабетом 2-го типа, который без диагностики и лечения приводит к нарушению зрения.
- несвоевременная диагностика: в условиях низкого качества или недостаточно комплексного характера офтальмологической помощи многие люди не имеют возможности регулярно проходить проверки зрения, позволяющие выявлять нарушения зрения и назначать соответствующую профилактическую помощь или лечение [1].

Все перечисленные факторы риска приводят к ограничению возможностей человека, инвалиды по зрению сталкиваются с различными проблемами: оказываются изолированными от жизни в обществе, депривированы от возможности выполнения социальных ролей, отличных от роли нищих, одиноких, дефектных. Им свойственны такие проблемы, как одиночество, дезадаптация и как следствие конфликтность и склонность к агрессивному поведению.

Инвалидность приводит к тому, что человек лишается всяких статусных и властных преимуществ, по сравнению со здоровыми людьми, и это в свою очередь приводит к катастрофическому ухудшению уровня и качества жизни инвалидов. Чтобы компенсировать последствия инвалидности для личности, семьи и общества необходима правовая, социальная защита, а также возможность интегрировать данную категорию людей в социум.

В нашей стране правовое обеспечение социальной защиты занимает одно из важных направлений в реализации социальных прав инвалидов. Существующая нормативно-правовая база обширна и направлена на повышение уровня социальной поддержки инвалидов, предусматривает достаточно полную реализацию ими своих прав, гарантий и льгот.

Авторы считают, что наиболее актуальной задачей социальной политики в отношении инвалидов является обеспечение им равных возможностей в реализации прав и свобод, устранение ограничений в их жизнедеятельности, создание благоприятных условий, позволяющих инвалидам вести полноценный образ жизни, активно участвовать в экономической, социальной и политической жизни общества, выполнять свои гражданские обязанности.

Современный процесс социальной адаптации инвалидов по зрению предусматривает: восстановление социально-приемлемого статуса инвалида по зрению в обществе через трудоустройство и включение в позитивно-ориентированные группы, коллективы людей, психокоррекционную и психосоциальную адаптационную работу, обеспечение приемлемого материального и жилищного положения, восстановление позитивных межличностных связей и отношений человека с другими людьми и в семье, повышение активности и самостоятельности человека на микро-, мезо- и макроуровнях социотехнологий, адаптационных программ для инвалидов по зрению [6].

По мнению авторов, все люди, страдающие слепотой и неизлечимыми серьезными нарушениями зрения, могут быть автономными в повседневной жизни, если им предоставляется соответствующая техническая реабилитационная помощь (ТСР), в том числе ТСР с использованием информационных технологий. Представим некоторые из них и проведем анализ их полезности.

- компьютеры с дисплеем Брайля и речевым синтезатором;
- планшет и сотовый телефон для слепых людей, генерирующий сообщения в азбуке Брайля;
- фотоаппараты с дисплеем Брайля вместо жидкокристаллического экрана;
- кредитная карточка, идентифицирующая хозяина по отпечатку пальца;
- умные очки со светодиодами, камерами и карманным компьютером;
- говорящие термометры, глюкометры и тонометры. Они позволяют слепым и слабовидящим гражданам следить за своим здоровьем в домашних условиях [3].

С появлением компьютеров стало развиваться направление специальных возможностей в различных операционных системах. Стали развиваться программы чтения с экрана, преобразующие текстовую информацию в звук и воспроизводящие её через колонки или наушники. Примером программ экранного доступа под управлением windows могут быть такие программы как JAWS от компании Freedom Scientific, NVDA от компании NV Access. При помощи этих программ незрячие пользователи могут взаимодействовать не только с операционной системой, но и с прикладным программным обеспечением. Доступной становится вся работа, от первоначальной настройки операционной системы до поиска информации в сети интернет. Также существуют программы, облегчающие чтение электронных документов. Одним из примеров такого программного обеспечения является бесплатная программа Балаболка от отечественного разработчика Ильи Морозова. Данная программа позволяет читать книги любых текстовых форматов, преобразовывать эти книги в звуковые файлы форматов MP3 или wave. Так же для комфортной работы с отсканированными документами используется программа FineReader от компании ABBYY.

В операционной системе Linux в качестве программы экранного доступа используется Orko screenreader, в Mac OS и Ios VoiceOver.

Помимо компьютеров незрячим людям доступны смартфоны. Эра смартфонов начиналась с устройств под управлением операционных систем Symbian и windows mobile. В качестве программ экранного доступа в этих системах использовались инструменты talks и mobile speak. Время шло и на смену пришли аппараты от apple под управлением IOS и аппараты на базе android. В качестве инструментов чтения с экрана используют теперь VoiceOver и talkback. Смартфон тоже может быть не плохим помощником незрячему. Разработано много инструментов для распознавания номинала денежных купюр,

определения цвета, чтения электронных книг, документов, прослушивания аудио книг и многое другое. Так же любой смартфон может заменить спутниковый навигатор.

Завершая обзор гаджетов для незрячих людей, стоит упомянуть очки локаторы и электронные трости гау. Эти инструменты указывают препятствия на улице. Минус этих устройств в недоработанном искусственном интеллекте. Эти устройства могут увидеть только большие препятствия: такие как здания, машины, киоски, но не покажут открытые люки, рельсы, бордюры.

Для прослушивания аудиокниг используют не только программы, устанавливаемые на смартфон или компьютер, но и специальные тифлофлешплееры. Это устройства, которые воспроизводят аудиокниги с электронных SD или USB-носителей. Также у современных плееров есть возможность подключения к электронным библиотекам через интернет по средствам wi-fi.

Современные информационные технологии стали неотъемлемой частью в жизни общества и незрячих людей в том числе. Благодаря им, люди с ограниченными возможностями по зрению успешнее проходят процесс адаптации, ТСП с применением информационных технологий устраняют ограничения в жизнедеятельности инвалидов, создают благоприятные условия, позволяющие вести полноценный образ жизни, активно участвовать в экономической, социальной и политической жизни общества, выполнять свои гражданские обязанности.

Список использованных источников:

1. ВОЗ публикует первый Всемирный доклад о проблемах зрения [Электронный ресурс]// URL <https://www.who.int/ru/news/item/08-10-2019-who-launches-first-world-report-on-vision> (дата обращения 10.01.2023г.)
2. Россияне слепнут. Двадцать миллионов человек имеют проблемы с глазами [Электронный ресурс]// URL // <https://life.ru/p/1011094> (дата обращения 12.01.2023г.)
3. Статистика слепых и инвалидов по зрению в России, СНГ и мире//[Электронный ресурс]// URL <https://tiflocentre.ru/stati/kolichestvo-slepyh-i-invalidov-po-zreniju-v-Rossii.php> (дата обращения 12.01.2023г.)
4. Коняев Д.А., Попова Е.В., Титов А.А., Агарков Н.М., Яблоков М.М., Аксёнов В.В. Распространённость заболеваний глаза у пожилых - глобальная проблема современности *Здравоохранение Российской Федерации Научный журнал на тему: Медицинские науки и общественное здравоохранение* //2021, том 4// [Электронный ресурс]// URL <https://cyberleninka.ru/article/n/rasprostranyonnost-zabolevaniy-glaza-u-pozhilyh-globalnaya-problema-sovremennosti> (дата обращения 15.01.2023г.)
5. Представлен глобальный анализ распространенности слепоты и нарушений зрения//[Электронный ресурс]// URL <https://medvestnik.ru/content/news/Predstavlen-globalnyi-analiz-rasprostranennosti-slepoty-i-narushenii-zreniya.html> (дата обращения 15.01.2023г.)
6. Тринадцатко А.А. Трудовая занятость как фактор социальной мобильности и интеграции инвалидов по зрению // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук // [Электронный ресурс]// URL <https://pnu.edu.ru/media/disser/referat-trinadcadko.pdf> (дата обращения 15.01.2023г.)

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА КАК ФАКТОР СОЗДАНИЯ КОЛЛЕКТИВНОГО ИММУНИТЕТА ОТ ДИФТЕРИИ В РОССИИ

Иноземцева Алена Олеговна
Руководитель: Новик Елена Станиславовна
КГБПОУ "Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С. Макарова
министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск

Одним из наиболее значимых инфекционных заболеваний, относящихся к группе аэрозольных антропонозов в современных условиях, является дифтерия.

Дифтерия – острое инфекционное заболевание, характеризующееся особым воспалением оболочек рото- и носоглотки, гортани (с образованием плотных налётов в виде плёнок), а также явлениями общей интоксикации организма и поражением сердечно-сосудистой, нервной и выделительной систем. Повреждающее действие на органы и ткани обусловлено токсином, выделяемым возбудителем заболевания (дифтерийной палочкой) в месте внедрения.

Возбудителем дифтерии является дифтерийная палочка, вырабатывающая токсин. Эта бактерия устойчива к высоким и низким температурам, может долго сохраняться на предметах, которыми пользовался больной. Палочка быстро погибает при кипячении и воздействии дезинфицирующих средств.

Источником инфекции является больной человек и «здоровые» носители дифтерийной палочки. Наибольшую опасность представляют больные. Путь передачи – воздушно-капельный. Микробы дифтерии выделяются больными и носителями со слюной при разговоре, чихании, кашле. Возбудитель чаще всего внедряется в слизистые оболочки зева, реже бывает другая локализация (глаз, ухо, рана и др.). Заболевание начинается со слабости, недомогания, нарушения аппетита. В процессе размножения в тканях дифтерийная палочка вырабатывает токсин. Токсин попадает в кровь и распространяется по организму, вызывая явления общей интоксикации и поражение сердечно-сосудистой и нервной систем.

Осложнения дифтерии обусловлены действием на организм дифтерийного токсина – миокардит, паралич мышцы сердца, паралич дыхательных мышц и диафрагмы, невриты.

Важными социальными факторами, влияющими на распространение дифтерии и бактерионосительства, являются условия общения в коллективах. Занос дифтерии в коллективы возможен при их формировании из детей и взрослых, прибывающих из различных местностей. Распространению и накоплению возбудителя дифтерии способствуют скученность в тесных помещениях, низкая санитарно-гигиеническая культура [1].

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что несмотря на единичные случаи заболевания дифтерией в России в настоящее время, эпидемическая ситуация в отношении этой инфекции требует строго контроля в связи с высоким уровнем летальности данного заболевания.

Представим статистическую информацию о заболевании в нашей стране. В России дифтерия известна со второй половины 19 века. Ежегодно от этой инфекции умирали тысячи людей. По данным Управления главного врачебного инспектора в течение 25 лет (с 1886 по 1910 гг.) было зарегистрировано 5 787 263 случая дифтерии. До конца 19-го столетия смертность от дифтерии в России нередко превышала 50%.

С 1977 г. в мире вступила в силу расширенная программа иммунизации, предложенная Всемирной организацией здравоохранения, цель которой – резко снизить или искоренить дифтерию, полиомиелит, коклюш, столбняк, корь, туберкулез (6 инфекций). Прививки против этих инфекций являются обязательными для населения многих развитых стран, в том числе и Российской Федерации.

В результате плановой специфической вакцинопрофилактики на территории Российской Федерации в 60-70-е годы удалось снизить заболеваемость дифтерией до спорадических случаев. Ее показатель в те годы составлял 0,2 - 0,003 на 100 тыс. населения, а уровень привитости детей достигал 90-95%. Во многих городах и на значительных административных территориях нашей страны эта инфекция вовсе не регистрировалась.

В конце 80-х - начале 90-х гг. в результате снижения профилактической работы уровень привитости детей достиг критической отметки – 50% и ниже, что стало причиной быстрого подъема заболеваемости. Развитию эпидемии способствовали снижение уровня защиты детского населения и низкий уровень иммунитета у лиц 30-50 лет, который не

стимулировался ни ревакцинацией, ни контактом с естественной инфекцией в период низкой заболеваемости. При резком ухудшении эпидемиологической ситуации по дифтерии, отмеченном в 1990-е годы, число больных дифтерией ежегодно увеличивалось вдвое. По сравнению с 1989 г. заболеваемость возросла в 6,3 раза. В 1992 г. дифтерией заболело 3897 человек, из них 1069 детей, и показатели заболеваемости составили 2,6 и 2,98 соответственно [2, 3, 4]. Помимо перечисленных факторов, способствующих эпидемии, можно отметить еще некоторые:

1) Повышенная восприимчивость к инфекции у взрослых. Несмотря на то, что рост заболеваемости отмечался во всех возрастных группах населения, наблюдалось преобладание лиц старше 15 лет. Результаты сероэпидемиологических исследований показали, что восприимчивость к болезни повышается по мере увеличения возраста.

2) Более тяжелое течение заболевания и более высокие показатели летальности у невакцинированных людей. Так, например, все летальные исходы в Москве и Санкт-Петербурге наблюдались только среди невакцинированных больных.

3) Низкий уровень и несвоевременный охват вакцинацией. Так, среди заболевших были ранее вакцинированы 70% больных взрослых и 33% детей.

4) Высокий уровень заболеваемости фиксировался на территориях с наиболее высокой плотностью населения.

5) Дифтерия нередко диагностировалась с большим опозданием или диагноз ставился ошибочно.

6) Контингенты риска – это, как правило, работники медицинских учреждений, транспорта, общественного питания; высокие показатели заболеваемости отмечены также среди лиц без определенного места жительства и алкоголиков [2].

В 1993 г. на территории России дифтерией переболело около 14 тыс. детей и более 26 тыс. взрослых. Показатель заболеваемости на 100 тыс. составил 26,8. Среди заболевших токсическими формами 80% приходилось на непривитых детей в возрасте до 3-х лет. Общая летальность от дифтерии среди детей составила в 1993 г. 2,2, а среди непривитых — 8,4 случаев.

Начиная с 1994 г., охват вакцинацией против дифтерии стал увеличиваться и к 1995 году достиг 88,1%, что сопровождалось быстрым снижением заболеваемости, показатель которой в 1996 году составил 9,3 случаев на 100 тыс. населения [2].

Число больных сократилось на 10 %, в 1996 г. – на 62 %, в 1997 г. – на 66 %, причём снижение заболеваемости отмечается на всех административных территориях страны. На 44-х территориях регистрировалось от 1 до 6 случаев заболеваний, на 33-х территориях дифтерией не заболел ни один ребенок.

Дети в нашей стране не болеют дифтерией с 2011 г. (1 случай заболевания – в 2012 г. и 1 случай заболевания – 2015 г.), подростки с 2009 г. (1 случай – в 2013 г.). С 2013 по 2016 гг. зафиксировано по 1 – 2 случая заболевания в год. Общая смертность не регистрируется с 2009 г., у детей – с 2007 г. и у подростков – с 2006 г. Среди заболевших в основном был выделен токсигенный биовар *gravis*. Параллельно со снижением заболеваемости снижалось и носительство с 0,35 до 0,001 – в 350 раз к показателям 2016 г.

Таких результатов удалось добиться при осуществлении комплекса противоэпидемических мероприятий, в первую очередь профилактических прививок. В рамках федеральной целевой программы «Вакцинопрофилактика» на 1999-2000 годы и на период до 2005 года были проведены комплексные мероприятия, которые позволили увеличить охват профилактическими прививками детей первых трёх лет жизни и взрослого населения. В результате этих действий заболеваемость дифтерией снизилась.

В 2017 г. случаев заболеваемости дифтерией в России не зарегистрировано, было 2 случая носительства. В 2018 г. было зарегистрировано 4 случая заболевания дифтерией и 3 случая носительства токсигенной коринебактерии. Из них 2 случая заболевания и 3 носителя выявлены в Хаты-Мансийском автономном округе (г. Нижневартовск, выделен штамм *C. diphtheriae mitis* (сиквенс-тип ST67), 1 случай заболевания в Новосибирской области (*C. diphtheriae gravis* (сиквенс-тип ST25) и 1 случай заболевания в Республике Северная Осетия (г. Владикавказ, *C. diphtheriae gravis*). В 2019 году случаев заболевания дифтерией в России зарегистрировано не было.

Эпидемические подъемы дифтерии в мире регистрируются в среднем каждые 25 лет [5]. Проводя данное исследование, авторы выяснили, что в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок в 2014 году прошел 10-летний интервал с момента последней массовой иммунизации взрослого населения нашей страны против дифтерии. Таким образом, возможны новые вспышки заболевания. Чтобы этого не происходило, необходимо:

- усилить профилактические мероприятия, обучить медицинский персонал по вопросам профилактики дифтерии;
- проводить беседы с населением о важной роли профилактических прививок;
- при любых подозрениях на дифтерию сразу проводить противоэпидемические мероприятия;
- выявлять бактерионосителей и госпитализировать в стационар для санации.

Вакцинопрофилактика остаётся основным способом контроля дифтерии. Схема иммунизации детей предусматривает иммунизацию вакциной АКДС, начиная с 3 месяцев жизни (вакцинируют троекратно с интервалом 30 - 40 дней). Ревакцинацию проводят через 9 -12 месяцев после законченной вакцинации. Для ревакцинации в 6-7, 11-12 и 16-17 лет применяют АДС-М. В отдельных случаях, например при противопоказаниях к коклюшному компоненту АКДС, АДС-М применяют и для вакцинации. В современной эпидемиологической ситуации особую значимость приобрела иммунизация взрослых.

Среди взрослых в первую очередь прививают лиц из групп повышенного риска:

- лиц, проживающих в общежитии;
- работников сферы обслуживания;
- медицинских работников;
- обучающихся школ, студентов и преподавателей;
- работников детских дошкольных учреждений и др.

Для прививок взрослых применяют АДС-М в форме плановой иммунизации каждые 10 лет до 56 лет включительно. Лица, переболевшие дифтерией, также подлежат прививкам. Заболевание дифтерией любой формы у непривитых детей и подростков расценивают как первую вакцинацию, у получивших до заболевания одну прививку – как вторую вакцинацию. Дальнейшие прививки проводят согласно действующему календарю прививок. Дети и подростки, привитые против дифтерии (получившие законченную вакцинацию, одну или несколько ревакцинаций) и переболевшие лёгкой формой дифтерии без осложнений, не подлежат дополнительной прививке после заболевания. Очередную возрастную ревакцинацию им проводят в соответствии с интервалами, предусмотренными действующим календарём прививок.

Авторы считают, что нельзя поддаваться мнимому чувству благополучия и помнить о той неоценимой пользе, которую вакцины продолжают оказывать человечеству сегодня. Интенсивность циркуляции возбудителя дифтерии в человеческой популяции уменьшается при успешном осуществлении иммунопрофилактики и создании коллективного иммунитета от этого опасного заболевания.

Список использованных источников:

1. *Официальный сайт управления федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Амурской области // Что нужно знать про*

дифтерию? [Электронный ресурс]// URL <http://www.28.rospotrebnadzor.ru/activity/?p=4202> (дата обращения 15.01.2023)

2. Борисова И.Э., Батаева С.Е., Шабалина С.В. Эпидемиологическая ситуация по дифтерии на современном этапе// Журнал Эпидемиология и вакцинопрофилактика, 2008[Электронный ресурс]// URL <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologicheskaya-situatsiya-po-difterii-na-sovremennom-etape> (дата обращения 15.01.2023)

3. Наркевич М.И., Тымчаковская И.М. Особенности распространения дифтерии в России на фоне массовой иммунизации детей // ЖМЭИ 1996. № 2. С. 25 - 29.

4. Онищенко Г.Г. Эпидемиологический надзор за дифтерийной инфекцией. Метод. указания МЗ РФ. - 2001.

5. Е. Г. Фокина Забытая болезнь «дифтерия» Lvrach.ru Медицинский научно-практический портал// [Электронный ресурс]// URL <https://www.lvrach.ru/2016/11/15436597> (дата обращения 10.01.2023)

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ АКУШЕРКИ

Строкина Ульяна Сергеевна

Руководитель: Маслова Татьяна Михайловна

*КГБПОУ "Хабаровский государственный медицинский колледж" имени Г.С. Макарова
министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск*

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

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

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

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

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

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

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

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

Как видно из рисунка 1 уровни физического состояния (ФУС) студентов первого и третьего курсов значительно отличаются друг от друга, так, на первом году обучения, были студенты, чей уровень физического состояния был низким, что составило 12%.

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

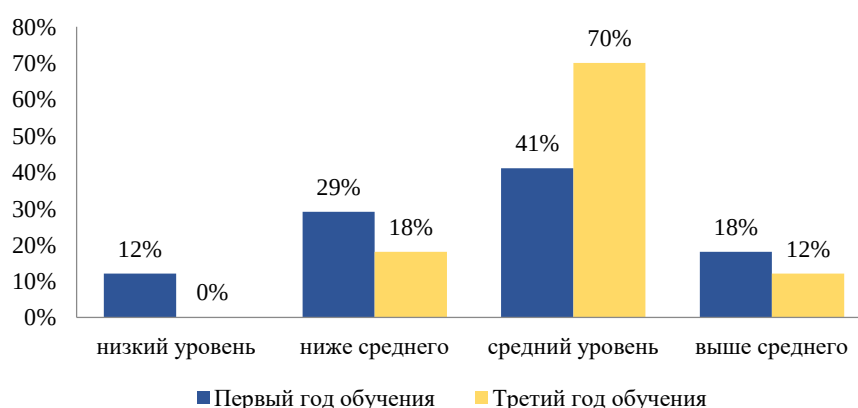


Рисунок 1 — Изменение уровня физического состояния у студентов 1 и 3 курсов

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

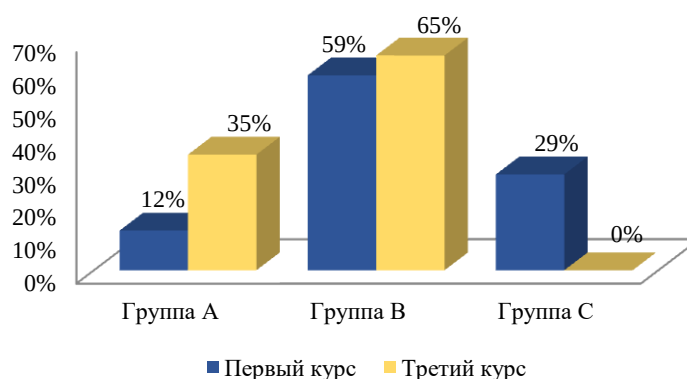


Рисунок 2 — Состав групп студентов по уровню сформированности потребности студентов в здоровом образе жизни на первом и третьем курсе

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

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

Исходя из результатов анкетирования и определения уровня физического состояния на первом и третьем курсах, можно выделить следующее: для студентов первого курса характерно противоречивое отношение к своему здоровью: при осознанном и личностно значимом понимании важности здоровья для адекватной жизнедеятельности человека, студенты, к сожалению, не всегда на должном уровне заботятся о своем психическом и физическом здоровье, не всегда последовательны и регулярны в реализации различных способов поддержания и сохранения ЗОЖ.

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

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

1) использование индивидуально-дифференцированного подхода при организации деятельности студентов колледжа по формированию их потребности в здоровом образе жизни;

2) реализация деятельности преподавателей колледжа по формированию потребности студентов в здоровом образе жизни;

3) диагностирование результативности формирования потребности студентов колледжа в здоровом образе жизни.

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

Список использованных источников:

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

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ КОНСТИТУЦИОННО – ВАЛЕОЛОГИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ

*Андропова Анна Алексеевна
Руководитель: Прихунова Елена Николаевна
ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж", г. Чайковский, Пермский край*

***Правильно распознав различные конституционные
типы и поняв их физиологические различия,
мы поможем благополучно пройти через
все превратности жизни.
1881 г. Бенеке***

Одним из подходов к прогнозированию здоровья является оценка конституционных особенностей. Учение о конституции человека (фенотипической, гормонально-половой, психологической, дерматоглифической и др.) имеет многовековую историю.

Тело – это мудрый учитель, который владеет многими тайнами нашей судьбы. Никто не мешает нам прислушаться к его урокам и постичь его тайны.

Цель работы - показать, что одним из подходов к прогнозированию здоровья является оценка конституционных особенностей человека.

Задачи:

1. Изучить литературные источники по выбранным темам.
2. Познакомиться с различными методами исследования.
3. Показать, что существует тесная связь кожи и ее производных с внутренними органами.

Объектами исследования стали пациенты терапевтического и кардиологического отделений Чайковской городской больницы и студенты Чайковского медицинского колледжа.

В исследованиях мы использовали истории болезни, проводили обследование формы ногтей и волос, а также проводили анкетирование.

Для исследования мы решили взять внешний, информативный орган – кожу и ее производные – волосы и ногти. В итоге работа велась в трех направлениях и имеет три раздела: «На карте тела человека», «Коса-девичья краса», «Пальцы веером».

«На карте тела человека»

Организм человека – единое целое, и всякое заболевание, независимо от локализации, является не местным процессом, а болезнью всего организма. Патологический процесс вызывает рефлекторные изменения в различных тканях и зонах тела человека.

Связь внутренних органов с нервной системой, а через нее с кожей обеспечивается вращением элементов нервной системы в развивающиеся органы.

Для медицины важное практическое значение имеет установление закономерностей иннервации всех видов тканей. Наиболее изучены связи нервной системы, а именно спинного мозга с кожными зонами.

В этих зонах выделяют интенсивно-болезненные точки- точки «тревоги», которые позволяют предположить о существовании патологического процесса в определенных органах, что помогает поставить диагноз.

Обычно при заболеваниях печени или желчного пузыря отмечаются кожные боли в правом подреберье, в центре эпигастрия и в области пупка. Боль может иррадиировать в правую подключичную ямку, правое надплечье, правую руку.

Сердечная рефлекторная кожная боль может отмечаться на передне-внутренней части левого 4-го межреберья, также может иррадиировать в левую руку, локоть, левый край предплечья.

Мы решили утвердиться в данных постулатах.

Материалом для настоящей работы послужили истории болезни 50 пациентов – терапевтического и кардиологического отделений ЧЦБ.

Из 25 человек, страдающих патологией желчного пузыря (хронический холецистит и желчекаменная болезнь) все предъявляли жалобы на боли в правом подреберье. Половина пациентов при этом отмечали боли в центре эпигастрия, а другая половина отмечали боли в области пупка. 75% исследуемых отметили боли в правой подключичной ямке. Меньше жаловались на проявление боли в надплечье и правой руке.

Было исследовано 25 историй болезни, людей, страдающих ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда. Все пациенты жаловались на боли за грудиной, боли в левом локте и руке испытывали 85%, но были пациенты, которые предъявляли нехарактерные жалобы.

В целом можно сказать, что в 80% случаях жалобы подтверждены.

«Пальцы веером»

К производным кожи человека относят волосы и ногти. На ногте, как в карточке пациента, организм четко и зримо фиксирует все перенесенные им заболевания.

Сегодня специалисты хорошо знают, что подобные изменения можно наблюдать у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, врожденными пороками сердца, эндокардитом, хроническим туберкулезом легких, раком легких. На всю жизнь оставляет зарубку на ногтях и перенесенная пневмония тяжелой формы.

Опытный врач, наблюдая больного с циррозом печени, всегда обратит внимание на руки пациента. Нередко ногтевые пластинки становятся плоскими, их испещряют продольные борозды, нарушается пигментация - они белеют (напоминают камень опал) или приобретают цвет матового стекла.

«Коса – девичья краса»

Волосы – это роговые образования кожи, покрывающие всю поверхность тела (за исключением ладоней и подошв). Они способны накапливать различные вещества: микроэлементы, остатки лекарственных веществ, соли тяжелых металлов. В составе волос можно обнаружить практически всю таблицу Менделеева.

Это свойство волос позволяет врачам проводить точную диагностику при дефиците или избытке тех или иных микроэлементов в организме пациента. Благодаря этому же свойству волос используется как идентификатор, например в криминалистике.

Нами были исследованы и опрошены 100 студентов разных курсов медицинского колледжа. Полученные данные занесли в таблицу

Кол-во опрошенных	Цвет волос	Форма ногтей	Хронические заболевания
20 человек 20 человек	Русые волосы (вьются) Русые волосы (прямые)	Круглая Овальные	ОРВИ, цистит Хр. Заболеваний нет
20 человек 10 человек	Тёмно – русые волосы (прямые) Тёмно – русые волосы (вьются)	Овально – прямоугольной Овально - круглой	Хр. Заболеваний нет Бронхит, ЖКТ
20 человек	Светло – русые волосы (прямые)	Овальные Круглая	Бронхит Хр. Заболеваний нет
10 человек	Светло – русые волосы (вьются)	Круглая	Хр. Заболеваний нет

Выводы и предложения:

На основе сопоставленных данных литературных источников, простейшей математической обработки, подтверждаем мысль о том, что в человеческом организме всё очень тесно переплетено и взаимосвязано.

Мы убедились, что результаты исследования полностью подтверждают выкладку литературных источников.

Наиболее вероятно искать истоки возникновения заболеваний на твёрдой почве биологии человека.

Исходя из данных антропоскопии, опроса и других методов исследования можно проводить профилактическую работу и совершенствовать профессионализм в клинической диагностике.

Список использованных источников:

1. Васичкин В. И. Большой справочник по массажу / В. И. Васичкин — «АСТ», 2013
2. Кожа : (Строение, функция, общ. патология и терапия) / [А. М. Чернух, И. Н. Михайлов, Е. В. Виноградова и др.]; Под ред. А. М. Чернуха, Е. П. Фролова. - Москва : Медицина, 1982. - 336 с. : ил.; 22 см.; ISBN В пер. (В пер.) : 1 р. 90 к.
3. Сандригайло Л. И. Анатомо-клинический атлас по невропатологии / Сандригайло Л. И. – М.: Книга по Требованию, 2013. – 270 с.
4. Трухан Д. И., Викторова И. А., Багшиева Н. В. Изменения кожи при соматических заболеваниях // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 8-5. – С. 736-740;

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЛИЧНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ГБУЗ ПК «ЧАЙКОВСКАЯ ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Германова Екатерина Алексеевна

Руководитель: Кузнецова Вера Вячеславовна

ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж", г. Чайковский, Пермский край

Синдром эмоционального выгорания – это сложный психологический феномен, который часто затрагивает профессиональную деятельность специалистов, работа которых, так или иначе, требует вовлечения в непрерывный прямой контакт с людьми и оказание им психологической поддержки.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что работа медицинских сестер, как правило, эмоционально насыщена. Медицинская сестра с одной стороны испытывает на себе все реальные проблемы современной жизни, с другой – призвана смягчать эти проблемы в процессе контакта населения с системой здравоохранения. Таким образом, медицинские сестры, находясь в кругу, как своих собственных проблем, так и проблем своих пациентов, несет при этом двойную социально – психологическую нагрузку.

Целью данной работы является изучение синдрома эмоционального выгорания и его влияние на личность медицинских сестер.

Для достижения цели были определены следующие задачи:

1. Изучить теоретические аспекты эмоционального выгорания.
2. Рассмотреть особенности эмоционального выгорания и его влияние на личность медицинских сестер на примере ГБУЗ ПК «Чайковская детская городская больница».

Предмет исследования: влияние эмоционального выгорания на личность медицинских сестер ГБУЗ ПК «Чайковская детская городская больница».

Методы исследования: изучение литературных и интернет-источников, посвященных проблемам эмоционального выгорания у медицинских сестер, наблюдение, анкетирование, анализ и статистическая обработка данных

Информационная база: при написании работы использовались литературные источники, интернет ресурсы. В исследовании приняло участие 20 медицинских сестер в возрасте 20–60 лет. При этом обращалось внимание на продолжительность профессиональной деятельности (медицинский стаж), другие объективные факторы, которые могли послужить причинами эмоционального выгорания.

Наблюдение служило основным методом, с помощью которого определялось состояние психологического благополучия медицинских работников, социально-психологический климат в коллективах. Особое внимание уделялось наблюдению за поведением испытуемых в процессе профессиональной деятельности, их взаимоотношениями в трудовом коллективе, преобладающими эмоциональными реакциями.

Беседа применялась для выявления эмоционального состояния медицинских работников, их отношения к коллегам, к работе в целом, а также для определения факторов, негативно влияющих на психологическое состояние и эффективность деятельности медицинских работников. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания (В.В. Бойко) позволила диагностировать ведущие симптомы «эмоционального выгорания» и определить, к какой фазе развития стресса они относятся: «напряжения», «резистенции», «истощения».

При обработке и анализе полученных результатов мы ориентировались на то, чтобы выделить те индивидуально-психологические детерминанты, которые способствуют эмоциональному выгоранию медицинского работника. Кроме того, нами учитывались также некоторые организационные и социальные факторы, связанные со спецификой медицинского труда, и их влияние на психическое выгорание. Опираясь на смысловое содержание количественными показателями, подсчитанными для разных фаз формирования синдрома «выгорания», можно дать достаточно объемную характеристику личности и, что не менее важно, наметить индивидуальные меры профилактической и психокоррекционной работы с людьми, страдающими от эмоционального выгорания.

Согласно полученным результатам большинство обследованных специалистов группы обладают симптомами эмоционального выгорания различного уровня выраженности. Сложившийся синдром «эмоционального выгорания» выявился у 60% респондентов, в фазе формирования синдром «эмоционального выгорания» находится у 30% опрошенных, и только у 10% опрошенных отсутствует синдром «выгорания».

Интегральные показатели «выгорания» «резистенция» в доминирующей фазе у 80% испытуемых, «напряжение» и показатель «истощение» в фазе формирования у 20% испытуемых.

Исходя из полученных данных, мы можем сделать вывод, что проблема «выгорания» медицинских работников актуальна и только у 10% обследованных не выявлен синдром «выгорания», но у 30% опрошенных в сформированной стадии находятся те или иные симптомы «выгорания». У 60% работников медицинской службы, принявших участие в исследовании «выгорание» находится в стадии формирования, что говорит о необходимости профилактики и психокоррекции их эмоционального и психического состояния.

Результаты сопоставления особенностей демографических характеристик медицинских работников, участвовавших в исследовании, и выраженностью синдрома эмоционального «выгорания» представлены в таблице 1.

Таблица 1

Демографические характеристики работников медицинских служб с разной степенью эмоционального «выгорания»

Демографические характеристики	Работников медицинских служб с разной степенью выраженности выгорания		
	Отсутствие «выгорания»	«Выгорание» в стадии формирования	Сложившийся синдром «выгорания»
Возраст			
От 20 до 36 лет	3%	35%	20%
От 36 до 60 лет	7%	25%	10%
Семейное положение			
Состоит в браке	15,5%	22,5%	13,3%
Не состоит в браке	15,5%	22,2%	11,7%
Стаж профессиональной деятельности			
От 0 до 5 лет	4,4%	20,2%	18,5%
От 5 до 10 лет	3,5%	12,1%	10,8%
Свыше 10 лет	11,1%	11,7%	7,7%

Как видно из таблицы, сформированный синдром «эмоционального выгорания» свойственен в большей степени группе в возрасте от 20 до 36 лет, (35%), «выгорание» отсутствует в возрастной группе от 36 до 60 лет (25%). Специалисты с начальной стадией формирования «выгорания» имеют стаж профессиональной деятельности от 0 до 5 лет (20,2%). В группу специалистов с отсутствием «выгорания» вошло со стажем работы по специальности от 5 до 10 лет (3,5%). Группу специалистов со сложившимся «выгоранием» составили, те, у кого стаж превышает 10 лет (7,7%).

В группах медицинских работников, согласно полученным результатам имеющих семью и незамужних, нет явных различий по уровням эмоционального «выгорания». Семья, скорее всего, должна выступать в качестве фактора, снижающего влияние различных профессиональных стрессов, т.к. выполняет рекреационную и психотерапевтическую функцию, связанную с психологической поддержкой членов семьи. Но деструктивная семья, может стать стрессовым фактором, причиной усугубления синдрома эмоционального «выгорания». Также, по нашему мнению, неявные различия эмоционального «выгорания» в группе имеющих семью и незамужними, можно объяснить феноменом «двойной занятости женщин». Даже в благополучной семье женщина, с одной стороны, получающая поддержку и тепло своих близких, вынуждена нести на себе бремя бытовых и хозяйственных проблем (уборка, стирка, приготовление пищи и т.д.).

Постоянные перегрузки вызывают переутомление и в результате снижаются защитные механизмы в борьбе против «выгорания». Следовательно, можно сделать вывод, что сам факт наличия семьи не снижает риск развития «выгорания». Более важным показателем, скорее всего, является удовлетворенность семейными отношениями.

Результаты сопоставления степени удовлетворенности испытуемых различными организационными факторами профессиональной деятельности и выраженностью синдрома эмоционального «выгорания» представлены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели удовлетворенности организационными факторами медицинских работников с разной степенью эмоционального «выгорания»

Показатели удовлетворенности	Степень выраженности эмоц. выгорания		
	Отсутствие «выгорания»	«Выгорание» в стадии формирования	Сложившийся синдром «выгорания»
Удовлетворенность условия труда			
Удовлетворен	10,5%	15,2%	0%

Скорее удовлетворен, чем неудовлетворен	10,5%	11,6%	5,3%
Затруднились ответить	0%	5,4%	7,6%
Скорее не удовлетворен, чем удовлетворен	8,0%	7,1%	20,5%
Не удовлетворен	0%	4,4%	7,6%

Из таблицы 2 видно, что в группу с отсутствием «выгорания» вошли медицинские работники, удовлетворенные условиями труда (10,5%), а в группу с высоким показателем «выгорания» те, кто неудовлетворен условиями труда (20,5%). Можно сделать вывод, что неблагоприятные условия труда повышают риск развития выгорания, а благоприятные являются фактором, ослабляющим влияние профессиональных стрессов.

Профессия медицинского работника связана со значительным риском развития синдрома эмоционального выгорания. Высокий уровень нервно-психической устойчивости и саморегуляции поведения препятствует развитию эмоционального истощения, а значительный коммуникативный потенциал снижает вероятность возникновения деперсонализации.

Развитие и проявления синдрома эмоционального «выгорания» связаны с особенностями личности специалиста. Профессионалов, подверженных синдрому эмоционального выгорания, характеризует эмоциональная неустойчивость, высокий уровень тревожности, конфликтность, агрессивность, импульсивность, а также пассивность, плохая адаптивная способность к смене профессиональной обстановки, склонность к тревогам, робость, застенчивость, выраженной неустойчивость фона настроения, склонность к драматизации событий, эмоциональная чувствительность.

В то же время они отличаются чувством чрезмерной ответственности, обязательности, более беспокойны, озабочены, ранимы, впечатлительны, чувствительны к замечаниям и порицаниям, ипохондричны, чем работники, у которых отсутствует синдром выгорания.

Профилактика синдрома эмоционального выгорания лежит в позитивном и ответственном отношении не только к своей профессии, но и к себе и собственной жизни.

Профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия должны направляться на снятие производственного напряжения, повышение профессиональной мотивации, установление баланса между затраченными усилиями и получаемым результатом. Эффективным средством профилактики напряженности, предотвращения синдрома эмоционального выгорания является использование способов саморегуляции и восстановления себя. Это своего рода техника безопасности для специалистов, имеющих многочисленные и интенсивные контакты с людьми в ходе своей профессиональной деятельности. Постоянное профессиональное совершенствование может служить одним из важных аспектов стратегии борьбы против эмоционального выгорания, возникающего в процессе выполнения профессиональной деятельности.

Список использованных источников:

1. Баранов С. Синдром эмоционального выгорания: факторы риска и профилактика. 2011. URL: www.hr-portal.ru/.../sindrom-emocionalnogo-vygoraniya-factory-riska-i-profilaktika.
2. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении/В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1999. – 105 с.
3. Водопьянова Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях/Н.Е. Водопьянова//Психология здоровья/Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Издательство СПб ГУ, 2000. – С. 443–463.
4. Островская, И. В. Психология: учебник для мед.училищ и колледжей. – 2-е изд., испр. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011. – 480 с.: ил.
5. Силкина А. Синдром «эмоционального выгорания» среди врачей различных специальностей в России и за рубежом. 2014. URL: <http://medconfer.com/node/4331>.

6. Ясько, Б. А. Психология личности и труда врача: Курс лекций/ Б. А. Ясько. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 304 с. (Профессиональное мастерство).

ГМО - ЗА ИЛИ ПРОТИВ

Еремеева Наталья Алексеевна

Андреева Анастасия Алексеевна

Руководитель: Лаврушина Любовь Леонидовна

ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж", г. Чайковский, Пермский край

В настоящий момент в мире активно происходит развитие биотехнологий, в частности и генной инженерии. Генная инженерия позволяет получить растения с такими признаками, которые не могут быть получены с помощью традиционных методов. Но общественность взволновали методы получения генно - модифицированных организмов, поэтому мнения разделились на «за» и «против».

ГМО - это генетически модифицированные организмы. Их генотип с помощью генной инженерии был изменен человеком в научных или хозяйственных целях.

Вопрос о вреде и пользе ГМО остро поставлен в современном обществе, ведь люди до сих пор проводят исследования о плюсах и минусах генетически модифицированных организмов, а потребители спорят вообще о нужности данных продуктов. В первую очередь, цель создания ГМО - усовершенствование изначальных характеристик. Можно выделить такие усовершенствования, как морозостойкость, увеличение в количестве урожая, стойкость к различным вредителям. Актуальность стойкости к вредителям, а также повышение урожая всегда будет высока. Если мы будем говорить о вреде ГМО, то самый значительный минус - непредсказуемое влияние на организм человека. Действительно: ГМО может вызвать аллергические реакции, оказать негативное влияние на ЖКТ. Второй минус - нестабильность и непредсказуемость мутаций: человек меняет геном растения, поэтому невозможно предсказать, как себя при этом поведет ген. При изменении гена, цепь ДНК может поменяться и вместо одного нужного вещества, будет вырабатываться абсолютно другое

Впервые эксперимент по пересадке гена был осуществлен в недалёком 1983 году. Изучая почвенную бактерию, образующую на стволах деревьев и кустарников характерные наросты, учёные выяснили удивительную вещь: паразитируя, бактерия переносит фрагмент собственной ДНК (например, в месте ранки на растении) в ядро растительной клетки, где он встраивается в хромосому. Чужеродная ДНК распознаётся и "считывается" как своя. Таким способом бактерия заставляет растение синтезировать нужные ей питательные вещества. Собственно, с момента этого открытия и началась история генной инженерии. Учёные решили «перенять опыт» почвенной бактерии и заняться генной модификацией, вся суть которой сводится к тому, что берётся изолированный ген одного организма, встраивается в ДНК клетки другого организма, эту клетку потом внедряют обратно в модифицируемый организм и получают ГМ-продукт с улучшенными свойствами.

Генетически модифицированные растения. Это наиболее многочисленная группа по своему разнообразию и использованию. В первую очередь стоит отметить, что первая задача генной модификации - это решение проблемы с голодом во всём мире в условиях быстрорастущего населения планеты и, в особенности, голодающих в Африке и Азии. Поэтому большинство усилий биотехнологов были направлены на создание растений, способных расти практически в любых климатических зонах (в мёрзлой земле, солончаке, степи, пустыне), которые дольше хранились бы, были устойчивы к насекомым-вредителям, к действию гербицидов и пестицидов, обладали бы лучшими вкусовыми качествами и питательными веществами. Ещё в создании ГМР были заинтересованы медики, которые путём генетической модификации изменяли некоторые свойства растений, после чего они

становились источником для различных лекарственных препаратов. Разница между ГМО и его натуральными аналогами ощутима

Генетики признают, что вмешательство в геном живых организмов не может пройти бесследно, так как каждый ген в молекуле ДНК за что-то отвечает. Меняя эту совершенную структуру по своему усмотрению, человек нарушает отлаженный природой механизм. И чем это обернется в будущем предположить очень трудно, хотя наглядный пример уже имеется. Так, генетически измененный лосось, который был выведен американскими учеными, кроме огромных размеров и внушительного веса (до 250 кг) приобрел еще одну особенность - стал ядовито-зеленого цвета. Причем такой окрас распространился не только на верхние слои кожи рыбы, но и на ее внутренние органы. Так что мутаций можно ожидать и от других организмов с измененным генотипом.

В последние годы во всем мире значительно возросло количество аллергиков. Одной из причин специалисты считают употребление трансгенных продуктов. ГМО вызывают аллергию прежде всего потому, что с большинством ГМ-белков организм человека воспринимает как патогенный. Ученые заявляют, что организм не обмануть, и эти вещества токсичны и очень опасны.

Некоторые сорта трансгенных растений губительно действуют на вредителей. Однако от контакта с их пылью могут погибнуть и полезные насекомые - божьи коровки, пчелы, бабочки-монархи. Также специалисты утверждают, что возможен случай распространения чужеродного гена в природу, что может обернуться настоящей биологической катастрофой, ведь генетическое загрязнение способно нарушить природный баланс.

Объектом исследования стало информированность студентов, а предметом исследования: отношение к ГМО у студентов медицинского колледжа. Среди студентов первого курса был проведен опрос, чтобы определить информированность студентов о продуктах, содержащих ГМО и отношение к ним.

На вопрос «Знаете ли вы о генетически модифицированных продуктах?» - 66% студентов ответили, что они знакомы генно - модифицированной продукцией. На вопрос «Знаете ли вы о вреде продуктов, содержащих ГМО?» - 48% студентов ответили положительно. 57% студентов отметили положительные стороны использования ГМО человеком. Только 24% обучающихся утвердительно ответили на вопрос – «Изучаете ли вы данные о содержании ГМО на упаковке продуктов питания, когда покупаете их в магазине». 62% - отметили, что за технологиями получения ГМО будущее человечества.

Проведя небольшое исследование, пришли к следующим выводам:

- студенты первого курса нашего колледжа мало знакомы с понятием ГМО;
- мнения ребят на счет пагубного воздействия ГМО на организм человека разделились, многие даже не обращают внимания на маркировку продуктов, однако все равно бы предпочли натуральный продукт;
- подавляющее большинство видит перспективы в дальнейшем развитии генной инженерии в пищевой сфере.

ГМО стал частью нашей жизни, несмотря на возможные недостатки и недостаточное время для изучения последствий его применения оно будет все больше и больше применяться в сельском хозяйстве и пищевой промышленности, так как возможности и преимущества, которые предоставляет ГМО, слишком велики. Всё новое всегда воспринимается с особой осторожностью, но каждый раз учёные «открывают нам глаза» и развеивают все опасения, делая нашу жизнь лучше. Важно понимать влияние ГМО на человека, какие продукты содержат ГМО. Важно дать выбор каждому из нас: употреблять в пищу продукты, содержащие ГМО или нет, а для этого необходимо маркировать продукты и отслеживать состав, начиная с производства.

Список использованных источников:

- 1.<https://glavagronom.ru/articles/gmo-kultury-vyrashchivat-ili-zapreshchat>
- 2.<https://infourok.ru/issledovatel'skiy-proekt-na-temu-gmo-vred-ili-polza-3426846.html>

3.<https://ria.ru/20200729/1575091440.html>

4.<https://roscontrol.com/community/article/markirovka-pishchevoy-produktsii-izgotovlennoy-s-primeneniem-genno-modifitsirovannih-organizmov/>

5.<https://ru.cphealthgroup.com/9245-what-are-transgenic-plants-and-examples>

ЗДОРОВЫЙ СОН И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ ЧАЙКОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Никифорова Александра Денисовна

Руководитель: Рвачева Татьяна Николаевна

ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж", г. Чайковский, Пермский край

В настоящее время проблема плохого сна является наиболее актуальной в связи с современным образом жизни. По мнению ученых, многие подростки предпочитают тратить время сна на игры, прогулки, учебу. Все больше люди откладывают свой здоровый сон, тем самым ухудшая свое здоровье.

Сон дает всему организму полностью отдохнуть и придает ему заряд энергии на весь день.

Многие знают, сколько длится здоровый сон, к чему может привести недосыпание, но все равно пытаются отложить сон.

Средняя норма сна для взрослого человека 7-8 часов. Считается, что люди подвижные, энергичные и честолюбивые спят меньше средней нормы, а поспать подольше любят мужчины и женщины с пониженным интеллектом.

Проблемы со сном чаще испытывают люди умственного труда, подверженные информационным перегрузкам и эмоциональному перенапряжению. До 40% жителей развитых стран страдают от так называемых нарушений ритма сна и бодрствования.

Некоторые современные подростки недосыпают, это может повлечь серьезные побочные эффекты. Учащемуся трудно сосредоточиться в колледже, он может сидеть и дремать на парах. Это может привести к снижению производительности труда и учебы. К сожалению, это стандартная проблема подростков, особенно студентов. Многие родители, считая, что ребенок уже повзрослел, не контролируют режим сна своего ребенка, что приводит засиживанию допоздна за телевизором и компьютером подростка. Родители, да и сами подростки не представляют к чему, может привести хроническое недосыпание. Ведь в крайних случаях недосыпание может привести к немотивированной агрессии, злобному поведению и ухудшению здоровья детей.

Человек треть жизни проводит во сне. Но сожалеть об этом времени, считать его потраченным впустую, по меньшей мере, несправедливо. Ведь мы спим не только потому, что наше тело нуждается в отдыхе. Пробуждение после крепкого здорового сна можно сравнить с маленьким рождением – обновлением организма. Ведь только благодаря сну мы способны каждый день полноценно работать и активно отдыхать, ясно мыслить и чем-то увлекаться в жизни. Все функции сна до сих пор еще не выявлены, но можно утверждать, что:

1. Сон обеспечивает отдых организма и восстановление энергозатрат.

2. Сон играет важную роль в процессах метаболизма. Во время медленного сна у детей повышается выработка гормона роста. Быстрый сон: восстановление пластичности нейронов, и обогащение их кислородом; биосинтез белков и РНК нейронов. В это время также происходят восстановительные процессы и заменяются мертвые клетки.

3. Сон способствует переработке и хранению информации. Сон (особенно медленный) облегчает закрепление изученного материала, позволяет произойти переменам в мозгу, чтобы включились механизмы обучения и запоминания; быстрый сон реализует

подсознательные модели ожидаемых событий. Последнее обстоятельство может служить одной из причин феномена дежавю.

4. Сон — это приспособление организма к изменению освещенности (день-ночь).

5. Сон восстанавливает иммунитет

Цель: определить, сколько студентов Чайковского медицинского колледжа соблюдают норму здорового сна.

Объект исследования: студенты 2 курса Чайковского медицинского колледжа на базе 9 классов.

Предмет исследования: здоровый сон.

Задачи:

- Провести анализ литературы по вопросам здорового сна современных подростков.

- Составить анкету для студентов Чайковского медицинского колледжа.

- Провести диагностику и определить, сколько человек соблюдают здоровый сон.

- Провести наблюдения.

- Дать рекомендации по профилактике здорового сна современных подростков.

Для проведения анкетирования была сформирована выборка студентов второго курса Чайковского медицинского колледжа. Общее число студентов, участвующих в анкетировании, составило 78 человек.

Нашим студентам была предложена анкета:

1. Возраст.

2. Сколько часов вы спите?

3. Знаете ли вы, сколько должен длиться здоровый сон?

4. Чем вы занимаетесь перед сном?

А) Читаю книгу;

Б) Сажу за компьютером;

В) Гуляю.

Все респонденты – студенты 2 курса на базе 9 классов. Подавляющее большинство опрошенных -66% ответили, что спят 7-8 часов в сутки – это соответствует нормам сна для этого возраста. Анализируя ответы студентов, мы отметили, что наши студенты знают норму сна соблюдают её. На вопрос: «Чем вы занимаетесь перед сном?» 10% читают книгу, 13% гуляют, 77% сидят за компьютером. Таким образом, отмечено что, большинство сидят за компьютером, перед сном, но это не мешает им ложиться вовремя спать и соблюдать норму здорового сна осознавая его важность.

Сон совершенно необходим для здоровья человека. Для нормального функционирования организма человеку ежедневно нужен продолжительный и качественный сон, особенно школьникам.

Недосыпание негативно сказывается как на физическом, так и на психическом состоянии организма десятиклассника, понижает работоспособность ученика.

Состояние человека при пробуждении зависит от нескольких факторов сна:

- От продолжительности сна.

- От качества сна; от того, как согласуется режим сна и бодрствования человека с биоритмами природы.

15 советов для здорового сна или как можно уменьшить свои проблемы со сном и сделать шаг на пути к здоровому полноценному сну

1. Перестаньте пытаться контролировать свой сон.

2. Установите время, когда вам следует идти спать.

3. Принимайте перед сном горячую ванну.

4. Включите свет.

5. Избавьтесь от шума.

6. Создайте прохладу в комнате.
7. Ешьте на ночь только легкую пищу.
8. Не курите и не пейте алкоголь перед сном.
9. Комфортные подушки.
10. Выгоняйте домашних животных из своей спальни.
11. Избавьтесь от боли.
12. Избегайте кофе перед сном.
13. Правильное дыхание.
14. Сохраняйте спокойствие.
15. Не старайтесь компенсировать нехватку сна.

Список использованных источников:

1. Вейн А. М. «Патология мозга и структура ночного сна», 2001.
2. Дроздова И.В. «Удивительная биология», 2005.
3. Серия "Эрудит". Эволюция человека. - М.: ООО "ТД "Издательство Мир книги", 2007. - 192 с.
4. Популярная медицинская энциклопедия /Сост. А.Н. Бакулев, Ф.Н. Петров. - Москва.: Государственное научное издательство "Российская энциклопедия", 2001
5. http://www.mariapugacheva.ru/casualpsy/dream/sni_zdorovie/
6. <http://psychiatry.narod.ru/dream.html>
7. <http://www.igiene.ru/son/>
8. <http://medicinform.net/>
9. <http://www.psystatus.ru/>

ФАСТФУД, КАК ФАКТОР РИСКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

Судницына Вера Васильевна

Руководитель: Антипина Юлия Разифовна

ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж", г. Чайковский, Пермский край

Актуальность данной темы обусловлена тем, что в современном мире люди часто страдают заболеваниями органов пищеварения и зачастую причиной заболевания является неправильное питание. Частое употребление фастфуда приводит к ожирению, нарушению пищеварения, а это в свою очередь может вызвать появление гастрита и в последующем вызвать развитие язвы.

Цель исследования: изучить влияние фастфуда, как фактора риска при язвенной болезни желудка.

Задачи исследования:

1. Изучить этапы образования ЯБЖ.
2. Рассмотреть факторы риска развития ЯБЖ.
3. Изучить влияние фастфуда на органы пищеварения.

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основное проявление которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка, проникающего в подслизистый слой.

Язва желудка образуется при нарушении равновесия между агрессивными факторами желудочного сока (соляной кислоты и ферментов) и защитными свойствами слизистой оболочки (обновлением эпителия, выработкой слизи, адекватным кровоснабжением, выработкой гормонов простагландинов).

Вначале из-за нарушенного равновесия появляется хроническое воспаление желудка — хронический гастрит. Это состояние может длиться годами, а его проявления варьируются от отсутствия каких-либо жалоб до возникновения болей в верхних отделах живота и нарушения пищеварения. Без лечения на фоне тех же негативных факторов, клетки слизистой оболочки начинают активно погибать, что приводит к появлению поверхностных дефектов — эрозий. Организм борется с этими процессами, заполняя эрозированные участки фибрином. Но когда организм перестает с этим справляться агрессивный желудочный сок начинает поражать оставшиеся без защиты глубокие слои стенки желудка и двенадцатиперстной кишки, таким образом формируя язвенный дефект.

Постепенное углубление и расширение язвы может привести к поражению мышц желудочной стенки и эрозии стенок крупных сосудов, которое может привести к возникновению желудочно-кишечного кровотечения.

Факторы риска:

- 1) Нервно-эмоциональное перенапряжение (стрессы).
- 2) Нарушение режима дня и питания, употребление рафинированных продуктов и фастфуда.
- 3) Отягощённая наследственность.

По результатам медицинской статистики в нашей стране гастритом страдает каждый второй взрослый и один из пяти детей. Врачи считают, что виной такого распространения болезни является неправильное питание, а именно употребление фастфуда, к которым относятся чипсы, газированные напитки, шаурма, гамбургеры, чизбургеры, лапша быстрого приготовления, различные полуфабрикаты, которые можно употребить на скорую руку.

В состав фастфудов входят различные вредные добавки, красители, гормоны, стабилизаторы, приправы и много соли. Многие полуфабрикаты, используемые для приготовления быстрой еды, доставляются с самых различных мест, и проконтролировать санитарные условия, в которых происходило приготовление полуфабрикатов и какие использовались продукты, невозможно.

Фастфуд содержит большое количество насыщенных животных жиров. Вред этого жира заключается в том, что он увеличивает содержание холестерина в крови, дает большую нагрузку на печень, нарушает обмен веществ, пагубно влияет на сердечно-сосудистую систему. При повторном использовании растительных масел, в масле начинают выделяться канцерогенные вещества, которые очень вредны для организма.

Главным отрицательным влиянием фастфуда на организм человека является их быстрый способ употребления. Для желудка очень тяжело справляться с большими кусками плохо пережеванной пищи, сверху приправленной газированными напитками. Желудочный сок не может справиться с большим содержанием специй, майонеза, различных соусов, основная роль которых — скрыть настоящий вкус и запах подпорченных продуктов. Постоянные сбои желудка в связи с употреблением такой пищи ведут к заболеваниям желудочно-кишечного тракта такие как гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

Для предупреждения развития язвенной болезни рекомендуется придерживаться определенной суточной калорийности пищи: углеводы — 50 % и более, белки — 30 %, жиры — 15-20 %. При этом важно учитывать физическую активность, рост и вес. Питаться нужно часто, маленькими порциями, при этом следует ограничить употребление жирной, жареной, копченой и консервированной пищи. Также следует отказаться от употребления пищи в спешке, всухомятку и употребление жевательной резинки.

Таким образом, можно сделать вывод, что фастфуд является одним из главных факторов возникновения язвенной болезни желудка в современном мире. Для профилактики его возникновения следует отказаться от быстрых перекусов на бегу и вместо этого лучше перейти на здоровую горячую пищу, которая будет достаточно сбалансирована для человека.

Список использованных источников:

1. Гастрит и фастфуд - рядом идут. Причины развития и лечение гастрита. URL: https://meduniver.com/Medical/profilaktika/prichini_i_sovremennii_metodi_lechenia_gastrita.html.
2. Диета при язве желудка как правильно питаться если поставлен неутешительный диагноз. URL: <https://gb12-barnaul.ru/blog/dieta-pri-jazve-zheludka-kak-pravilno-pitatsja/>.
3. Научная электронная библиотека. URL: <https://monographies.ru/ru/book/section?id=9653>.
4. Фаст-фуды – вредная еда. URL: <https://science-start.ru/ru/article/view?id=373>.

ФАКТОРЫ РИСКА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Тройникова Анастасия Сергеевна

Руководитель: Полякова Виктория Владимировна

ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж", г. Чайковский, Пермский край

Одним из самых социально значимых видов трудовой деятельности является труд медицинских работников. Здоровье медицинского персонала подвергается воздействию ряду вредных факторов. Контакт с заболевшими людьми, дефицит знаний о состоянии здоровья пациентов, высокий уровень ответственности и воздействие внешних химических факторов ежедневно подвергают медицинский персонал дополнительной опасности. Во время выполнения трудовых обязанностей на медицинских работников воздействуют так же производственные факторы, которые могут оказывать негативное влияние на состояние здоровья.

Работа врачей и среднего медицинского персонала значительно различается по плотности рабочего дня, объему и характеру выполняемой работы: ночные и дневные смены, суточные дежурства, отсутствие фиксированного обеденного перерыва, высокая вероятность заражения, стрессы при экстренных ситуациях наносят значительный вред здоровью.

К основным факторам риска для медицинского персонала относятся воздействия химических веществ, облучений, радиации, стрессовые ситуации, высокий риск травматизма и инфицирования.

По статистике, средний медицинский персонал (медицинские сестры и братья) подвергаются большему влиянию вредных факторов. К вышеперечисленным факторам можно добавить перемещение тяжестей, воздействие шума, контакт с опасными отходами, нарушение санитарных правил и инструкций, обслуживание большого количества пациентов и отсутствие психологической разгрузки.

При изучении факторов риска некоторых групп медицинских работников, было выявлено, что наиболее негативное влияние на состояние здоровья первой группы оказывали такие факторы, как: химический (воздействие лекарственных средств и химических веществ), и физический (шум и вибрация, излучение и радиация). Вторая группа отметила, что наиболее негативное влияние на них оказывали следующие факторы: тяжесть и напряженность трудового процесса, а так же биологический фактор. Третья группа назвала самым негативным фактором несоответствие освещенности и микроклимата нормативным показателям. Четвертая группа обозначила такой фактор, как биологический (работа с потенциально зараженным материалом).

Таким образом, удалось выяснить, что факторами риска при работе является постоянный контакт с лекарственными веществами, среди которых нередко используются биологически высокоактивные медикаменты, обладающие не только сильным терапевтическим, но и побочным аллергенным и токсическим действием. Под влиянием биологически высокоактивных лекарственных препаратов могут возникать профессиональные заболевания.

Наиболее опасен инъекционный метод, при котором лекарственный препарат может оказаться в виде аэрозоля в зоне дыхания медработника. В органы дыхания персонала препараты могут попадать при контакте с медицинским инструментарием; при раздаче таблеток и растворов могут загрязняться кожные покровы. Клинические наблюдения за медицинскими работниками показали, что обнаруженные у них заболевания имели характерные аллергические формы.

Постоянно существует угроза заражения медицинских работников инфекционными заболеваниями, в том числе и особо опасными: ВИЧ-инфекция и вирусный гепатит. Общая инфицированность медицинских работников вирусным гепатитом В с парентеральным механизмом по Российской Федерации составляет 32,6%. Риск заражения возникает во время проведении инвазивных процедур и при попадании биологических жидкостей пациента на слизистые оболочки и поврежденную кожу медицинского работника.

Профессиональный опросник

Здравствуй, уважаемый медицинский работник, моё имя Анастасия и я являюсь студентом 4 курса Чайковского медицинского колледжа по специальности “Сестринское дело”. Данная анкета была создана мной для выявления самых распространенных факторов риска в работе медицинского персонала и написания статьи на тему “Факторы риска медицинского работника”. Прохождение данного опросника займет не более 5 минут, а его результаты окажут весомую значимость в написании статьи. Благодарю за ответы!

1. Часто ли вы контактируете с биологическими жидкостями пациентов в течение рабочего дня? (Часто/нечасто)
2. Как вы можете охарактеризовать ваше самочувствие после ночных смен? (Удовлетворительно/неудовлетворительно)
3. Вы контактируете с биологическими жидкостями пациентов? (Да/нет)
4. Как часто вы получаете травмы на рабочем месте? (Ежедневно/1-2 раза в неделю/не сталкивался с этим)
5. Какие изменения в состоянии своего здоровья вы заметили, после начала работы в медицинском учреждении? _____

По результатам анкетирования удалось выяснить, что 90% опрошенных часто контактируют с биологическими жидкостями пациентов, 82% отметили, что чувствуют себя неудовлетворительно после ночных смен, 100% участников ежедневно сталкиваются с опасными отходами, 65% ежедневно получают травмы на рабочем месте. На вопрос, “Какие изменения в состоянии своего здоровья вы заметили, после начала работы в медицинском учреждении?” были даны следующие ответы: “Начала болеть поясница”, “Появился нервный тик”, “Снизилась острота зрения”, “Ежедневный риск контакта с потенциально зараженными биоматериалами меня пугает”, “Нарушился график сна из-за ночных смен”, “Проработав несколько лет в кабинете рентгенографии, начали сыпаться волосы и ломаться ногти”.

Исходя из анкетирования, хотелось бы отметить, что медицинский персонал подвергается значительному влиянию факторов риска. Доказательством наличия неблагоприятных воздействий являются следующие факты: заболеваемость работников здравоохранения занимает одно из ведущих мест в России; смертность медицинских работников, не доживших до 50-летнего возраста, на 32% выше, чем в среднем по стране, а у хирургов - на 40%; число дней нетрудоспособности по таким заболеваниям, как гипертоническая болезнь, болезни костно-мышечной системы, ишемическая болезнь сердца, болезни печени, поджелудочной железы, у работников здравоохранения также значительно выше, чем в среднем у других профессиональных групп.

Список использованных источников:

1. Материалы для практического занятия по теме: “Факторы риска в работе медицинской сестры”. URL: <https://multiurok.ru/>
2. Факторы риска в работе медсестры. URL: <https://www.yaneuch.ru/>

ЗАЩИТА АТМОСФЕРЫ ОТ ВЫБРОСОВ АВТОТРАНСПОРТА КАК ОСНОВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДСКОГО ЖИТЕЛЯ

Хрычева Татьяна Александровна

Быкова Александра Павловна

Руководитель: Нуделева Анна Александровна

ГБПОУ "Чайковский медицинский колледж", г. Чайковский, Пермский край

Актуальность. Предотвратить загрязнение окружающей среды крайне необходимо для обеспечения здоровья и благополучия людей. Загрязнения воздуха отрицательно сказывается не только на состоянии здоровья человека, но и на животных и растениях. Основные источники загрязнения атмосферы в городах – автотранспорт и промышленные предприятия. Ежегодно происходит увеличение количества транспортных средств в городах, в том числе и в г. Чайковский.

Цель работы: исследовать изменение транспортного потока и уровня загрязнения воздуха городским транспортом на улицах г. Чайковского.

Задача: Исследовать и сравнить уровень загрязнения воздуха городским транспортом на выбранных участках дороги.

Объект исследования: интенсивность транспортного потока на улицах города.

Предмет исследования: вредные выбросы автотранспорта, которые попадают в атмосферный воздух.

Гипотеза: количество городского транспорта ежегодно увеличивается, что влечет за собой увеличение выбросов в атмосферный воздух на улицах города

Практическая значимость: предложить основные направления работы в области защиты атмосферы от загрязнения выбросов автотранспорта в г. Чайковский.

Методы: наблюдение, логический анализ и синтез.

Ход работы:

Выбрать определенный участок автодороги, расположенный вблизи жилых домов.

Подсчитать число единиц автотранспорта, проходящего по участку за 15 мин. течение одного месяца 4 раза в день (с 7 до 22 часов).

Сравнить полученные данные интенсивности транспортного потока в январе 2021 с январем 2023г.

Результаты работ внести в итоговую таблицу

Сделать выводы.

Атмосферный воздух — жизненно важный компонент окружающей природной среды, представляющий собой естественную смесь газов атмосферы, находящуюся за пределами жилых, производственных и иных помещений. Качество воздуха в городах формируется в результате сложного взаимодействия природных и антропогенных факторов. В атмосфере перемешиваются выбросы промышленных источников и различных видов автотранспорта. За последнее десятилетие вклад автомобилей в загрязнение воздуха в городах края возрос с 25-30 до 45-85 процентов.

В своей работе мы попытались определить, какую роль в загрязнении атмосферного воздуха г. Чайковский играют вредные выбросы автотранспорта и происходит ли изменение количества единиц автотранспорта на улицах города.

Были выбраны два участка автодорог в городе Чайковский (ул. Ленина, ул. К. Маркса). Подсчет машин был произведен в январе 2021г.(студентами другой группы) и январе 2023 г.

Исследования проводились на этих улицах не случайно: вблизи находятся жилые дома, садики, магазины. Подсчитано, какое количество автомобилей проехало за 1 час по данному участку дороги в разные временные промежутки. Измерения проводились в течение одного месяца 4 раза в день (с 7 до 22 часов). Обработав результаты эксперимента, получили следующие данные (Таблица 1,2):

Таблица 1. Интенсивность транспортного потока на ул. Ленина и ул. К. Маркса в январе 2021

Будние дни (ул. Ленина)					Выходные дни (ул. Ленина)				
Вид транспорта	С 7 до 8	С 12 до 13	С 17 до 18	С 21 до 22	Вид транспорта	С 7 до 8	С 12 до 13	С 17 до 18	С 21 до 22
Грузовик	10	16	9	2	Грузовик	5	7	3	0
Автобус	17	13	9	4	Автобус	5	8	6	3
Легковой автомобиль	126	247	114	78	Легковой автомобиль	52	79	56	31
Мотоцикл	0	0	1	0	Мотоцикл	0	0	0	0

Будние дни (ул. К. Маркса)					Выходные дни (ул. К. Маркса)				
Вид транспорта	С 7 до 8	С 12 до 13	С 17 до 18	С 21 до 22	Вид транспорта	С 7 до 8	С 12 до 13	С 17 до 18	С 21 до 22
Грузовик	2	4	2	1	Грузовик	2	1	3	1
Автобус	8	5	9	4	Автобус	5	5	4	3
Легковой автомобиль	31	28	42	29	Легковой автомобиль	48	51	42	30
Мотоцикл	0	0	0	0	Мотоцикл	0	0	0	0

Таблица 2. Интенсивность транспортного потока на ул. Ленина и ул. К. Маркса в январе 2023

Будние дни (ул. Ленина)					Выходные дни (ул. Ленина)				
Вид транспорта	С 7 до 8	С 12 до 13	С 17 до 18	С 21 до 22	Вид транспорта	С 7 до 8	С 12 до 13	С 17 до 18	С 21 до 22
Грузовик	11	18	9	2	Грузовик	6	7	4	0
Автобус	19	15	9	4	Автобус	6	12	7	3
Легковой автомобиль	145	293	124	93	Легковой автомобиль	56	102	70	61
Мотоцикл	0	2	1	0	Мотоцикл	0	1	0	0

Будние дни (ул. К. Маркса)					Выходные дни (ул. К. Маркса)				
Вид транспорта	С 7 до 8	С 12 до 13	С 17 до 18	С 21 до 22	Вид транспорта	С 7 до 8	С 12 до 13	С 17 до 18	С 21 до 22
Грузовик	4	7	3	1	Грузовик	2	4	5	1
Автобус	12	13	11	5	Автобус	9	11	6	2
Легковой автомобиль	56	68	65	46	Легковой автомобиль	60	89	72	38
Мотоцикл	0	1	0	0	Мотоцикл	1	0	0	0

На основании полученных данных был произведен расчет изменения интенсивности транспортного потока в январе 2021 по сравнению с в январем 2023 (Таблица 3,4)

Таблица 3. Изменение интенсивности транспортного потока на ул. Ленина.

Будние дни (ул. Ленина)					Выходные дни (ул. Ленина)				
Вид транспорта	С 7 до 8	С 12 до 13	С 17 до 18	С 21 до 22	Вид транспорта	С 7 до 8	С 12 до 13	С 17 до 18	С 21 до 22

			18	22					
Грузовик	9%	11,1%	0%	0%	Грузовик	16,6%	0%	25%	0%
Автобус	10,5%	13,3%	0%	0%	Автобус	16,6%	33%	14,3%	0%
Легковой автомобиль	13,1%	15,7%	8%	16%	Легковой автомобиль	7,1%	16,4%	20%	49%
Мотоцикл	0%	200%	0%	0%	Мотоцикл	0%	100%	0%	0%

Таблица 4. Изменение интенсивности транспортного потока на К. Маркса.

Будние дни (ул. К. Маркса)

Выходные дни (ул. К. Маркса)

Вид транспорта	С 7 до 8	С 12 до 13	С 17 до 18	С 21 до 22	Вид транспорта	С 7 до 8	С 12 до 13	С 17 до 18	С 21 до 22
Грузовик	50%	42%	33,3 %	0%	Грузовик	0%	75%	40%	0%
Автобус	33,3%	6%	18%	20%	Автобус	44,4%	54%	33,3%	0%
Легковой автомобиль	44%	58,8%	35,4 %	36,9%	Легковой автомобиль	20%	42,7 %	41,6%	21%
Мотоцикл	0%	100%	0%	0%	Мотоцикл	100%	0%	0%	0%

При увеличении интенсивности транспортного потока происходит увеличение выбросов в атмосферный воздух соответственно загрязняющих веществ. Для наглядного примера приведены сведения среднего удельного выброса загрязняющих веществ транспорта при скорости 40 км/ч.

Анализируя результаты исследований можно сделать следующие выводы:

За последние года произошло увеличение транспортного потока, а значит и увеличился вклад автотранспорта в загрязнение атмосферного воздуха города. В ходе работы было выявлено, что в рабочие дни интенсивность движения автотранспорта возрастает с 8.00 до 10.00 ч. и к вечеру после 16.30; количество грузовых машин по утрам меньше, чем днем. По выходным дням и в праздники количество легковых машин на улицах днем бывает меньше, чем в рабочие. Данные тенденции прослеживаются в двух исследуемых годах.

В связи с ростом автомобилизации обостряется проблема загрязнения автотранспортом атмосферного воздуха в г. Чайковский, что отражается на здоровье и самочувствие городских жителей.

Наиболее загрязненным участком в весенний период является район ул. Ленина, причиной этого служит то, что она является одной из центральных улиц.

Анализ данных показывает, что больше всего в атмосферу за сутки поступает соединений оксида азота и оксидов углерода. Известно, что оксид азота соединяясь в атмосферном воздухе с парами воды и кислорода, образует азотную кислоту, которая выпадает на землю в виде кислотных дождей.

Основными направлениями работ в области защиты атмосферы от загрязнения выбросов автотранспорта являются:

Необходимость разгрузить центральные дороги, за счет объездных магистралей.

Увеличить зеленую зону вдоль автодорог и вокруг домов.

Необходимо обеспечивать равномерное движение машин на улице, предотвращая заторы, задержки на перекрестках, когда автомобиль стоит, вхолостую расходуя горючее, и

загрязняет воздух отработанными газами.

Соблюдение предельной скорости 60 км/ч. При ее уменьшении и увеличении вредные выбросы увеличиваются в 2 раза.

Отказаться от использования автотранспорта при передвижении на короткие расстояния.

Контроль, за своевременным ремонтом и прохождением ТО.

Проводить экологическое просвещение населения: каждый водитель должен знать, что причина дымления автомобиля – неисправность двигателя, не отлаженность системы питания или зажигания. Только за счет правильной регулировки автодвигателей выброс вредных веществ в атмосферу можно уменьшить до 5 раз.

Вывод: гипотеза – «Количество городского транспорта ежегодно увеличивается, что влечет за собой увеличение выбросов в атмосферный воздух на улицах города» подтвердилась, а значит, возникает острая необходимость контролировать численность автопарка и реализации работ в области защиты атмосферы от загрязнения выбросами автотранспорта.

Список использованных источников:

1. Ашимхина Т.Я. Экологический мониторинг. М. 2005 - 416 с

2. Даутов Ф. Ф. Изучение здоровья населения в связи с факторами среды. – Казань: Изд-во Казан, гос. ун-та, 1990. – 117 с.

3. Луканин В.Н. «Промышленно-транспортная экология», Москва, «Транспорт», 2011

4. Макарыш Р.И., Иугин Б.И. Расчет выбросов вредных веществ в отработавших газах автомобильных двигателей. Методические указания к выполнению расчетно-практической работы. - Архангельск, АГТУ, 2004. - 18 с.

5. Новиков Ю.В. Экология, окружающая среда и человек. - М, 2007.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДОВ РОДОВ У ЖЕНЩИН С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Терентьев Илья Юрьевич

Руководитель: Прохорова Татьяна Михайловна

ГБПОУ Ростовской области "Шахтинский медицинский колледж

Имени Г.В. Кузнецовой", г. Шахты

В декабре 2019 года мир столкнулся с глобальной угрозой человечеству – новой коронавирусной инфекцией [6]. Всемирная организация здравоохранения 11 марта 2020 г. вспышку данного заболевания объявила пандемией, которая уже вошла в историю как ситуация мирового значения.

Наиболее уязвимая категория людей, наряду с лицами старшего возраста, беременные женщины. Ввиду низкой иммунной реактивности они больше других подвержены тяжелым осложнениям [2]. Неблагоприятные последствия напрямую связаны со сроком беременности, в котором произошло инфицирование.

Цель исследовательской работы – оценка особенностей течения беременности и исходов родов у женщин с COVID-19.

Задачи исследовательской работы:

- проанализировать особенности течения беременности, развития осложнений и исходов родов у женщин с подтвержденной коронавирусной инфекцией,
- провести опрос среди беременных по наиболее актуальным вопросам по коронавирусу,
- разработать листовку «Знаю ли я меры профилактики, чтобы не заразиться»,
- разработать памятку для беременных «Следует ли волноваться беременным женщинам и каковы риски для них от коронавируса?».

- распространить материалы среди пациенток женской консультации МБУЗ ГБСМП им. В. И. Ленина.

Мы с руководителем разработали 2 этапа исследования:

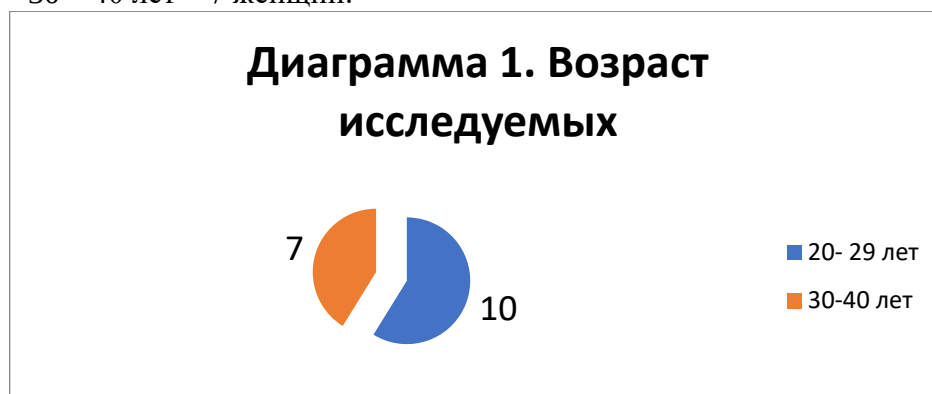
- статистический анализ индивидуальных карт и историй родов беременных с коронавирусом Перинатального центра в г. Ростов-на-Дону,
- разработка опросника и проведения анкетирования беременных женской консультации МБУЗ ГБСМП им. В.И. Ленина.

В рамках исследования оценивалось течение беременности и исходы родов у 17 рожениц. Изучались особенности клинической картины, специфическая и неспецифическая симптоматика. Наиболее значимые инструментальные исследования, вносящие наибольший удельный вес в оценку тяжести состояния и прогноза заболевания на наш взгляд – КТ, оценивающее объем поражения легочной ткани, включенной в патологический процесс, пульсоксиметрия, для определения наличия дыхательной недостаточности и оценке выраженности гипоксемии. В индивидуальных картах беременных тщательно анализировались результаты доплерометрии с исследованием кровотока в артериях пуповины и средней мозговой артерии.

Мы изучили индивидуальные карты и истории родов пациенток за период с 1.04.2022 по 1.06.2022. в Перинатальном центре г. Ростов-на-Дону.

Возраст беременных распределился следующим образом (диаграмма 1):

- 20 – 29 лет – 10 женщин,
- 30 – 40 лет – 7 женщин.



Существует еще одна проблема – правильно отифференцировать осложнения, возникшие у беременной женщины во время гестации и осложнение, сопровождающие проявления COVID-19. В исследуемой группе осложнения гестации распределились следующим образом:

- анемия сопровождала 11 беременностей, причем, чем в более раннем сроке женщина переносила коронавирусную инфекцию, тем степень анемии была более выраженной, в наших наблюдениях было два случая анемии II степени и два случая анемии III степени,
- поражение печени, вызванное беременностью – 3 пациентки,
- умеренная преэклампсия, как осложнение гестации сопровождала 7 беременностей и ни в одном случае не стала причиной утяжеления состояния пациентки и поводом к оперативному родоразрешению,
- угрозу преждевременных родов мы видели у 5 беременных, преимущественно в сроке после 25 недель, которая успешно была скорректирована прогестероном,
- илеофemorальный тромбоз, развившийся до клинического проявления и диагностики новой коронавирусной инфекции – 1 пациентка,
- ожирение, гестационный сахарный диабет осложнили 5 беременностей.

Коронавирусная инфекция проявляла себя, как правило, неспецифической симптоматикой

– повышением температуры тела у 13 беременных, исключение составили случаи бессимптомного течения заболевания.

- кашель либо сухой, либо с небольшим количеством мокроты в 10 случаях
- повышенная утомляемость, на фоне нормально протекающей беременности – 17 беременных,

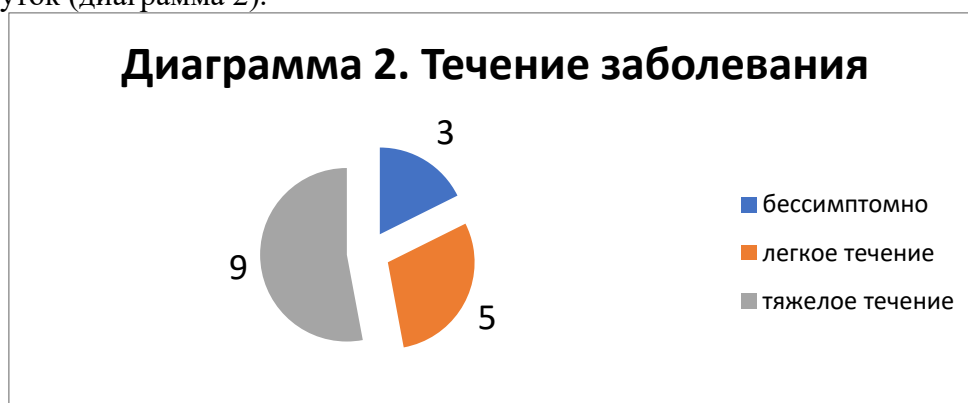
- тошнота, рвота, жидкий стул – 5 беременных,

- одышка разной степени выраженности сопровождала течение болезни у 14-ти пациенток,

- сатурация ниже 94% - 3 беременных

- потеря обоняния - в 12 случаях, проявившись к третьему дню от начала заболевания.

В своих наблюдениях мы столкнулись с 3мя случаями бессимптомного течения заболевания. Еще у 5 беременных установлено легкое течение заболевания по типу острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ), все эти женщины поступили в стационар при доношенной беременности с уже установленным диагнозом, ни у одной из них не было длительной лихорадки, упорного кашля. Симптоматика ограничивалась субфебрильной температурой, потерей обоняния, першением в горле. Выраженность симптомов ограничивалась 5-7 сутками. Субфебрильной температуры ни в одном случае не было дольше трех суток (диаграмма 2).



По результатам анализа историй родов из 17 беременных – 9 женщин рожали самостоятельно, родовая деятельность у них развивалась спонтанно, чаще роды начинались с излития околоплодных вод, у 7 рожениц роды завершились оперативным путем по причине острой гипоксии плода, диагностированная по КТГ.

В нашем исследовании, у беременных, родоразрешенных путем кесарева сечения, сразу после извлечения плода, мы видели падение сатурации.

Только в одном случае мы получили ухудшение состояния роженицы после родоразрешения. В наших наблюдениях только 1 женщина имела неблагоприятные исходы в отношении беременности. В сроке 29 недель произошла антенатальная гибель плода. Беременная до обращения в стационар болела 10 суток, жалобы на лихорадку, кашель, потерю обоняния. На момент обращения произведено КТ грудной клетки – двусторонняя полисегментарная интерстициальная пневмония. При патологоанатомическом исследовании плода и плаценты была выявлена внутриутробная пневмония плода, признаки хронической дыхательной недостаточности.

Все новорожденные расценивались как подозреваемые на инфекцию COVID-19. На первые и третьи сутки жизни им проводилось обследование на COVID-19 путем взятия мазков из ротоглотки. Коронавирусная инфекция подтвердилась у 4 из 16 новорожденных. Но заболевание протекало бессимптомно и без осложнений (диаграмма 4).

Диаграмма 4. Инфицирование новорожденных



Наиболее частым показанием к оперативным абдоминальным родам и влагалищным родоразрешающим операциям явилась острая гипоксия плода. Вагинальные роды при условии удовлетворительного состояния матери и плода имеют предпочтение перед оперативными.

Следует сказать, что частота выполнения операции кесарево сечение не увеличилась, в связи со сложной эпидемиологической ситуацией, т.к. тип родоразрешения выбирается, руководствуясь акушерской ситуацией на момент родоразрешения. Необходимо отметить, чем в более ранний срок гестации развивается патологический процесс у матери, тем более серьезные осложнения беременности мы наблюдаем – вплоть до ее потери и неблагоприятных перинатальных исходов.

Далее мы провели онлайн – опрос беременных с целью определение наиболее интересующих вопросов по профилактике коронавируса у беременных. Наиболее часто задаваемые вопросы следующие:

1. Почему беременные женщины входят в группу высокого риска?
2. Какие меры защиты мне следует предпринять, если я беременна?
3. Что мне делать, если я подозреваю, что заражена?
4. У меня повышенный риск смерти?
5. Увеличивает ли коронавирус риск выкидыша?
6. Может ли коронавирусная инфекция привести к преждевременному рождению ребенка?
7. Должна ли я кормить грудью во время эпидемии?
8. Могу ли я заразить моего ребенка до его рождения?

Определив круг актуальных вопросов, мы разработали памятку для беременных «Следует ли волноваться беременным женщинам и каковы риски для них от коронавируса?» и листовку «Знаю ли я меры профилактики, чтобы не заразиться». Данные материалы мы распространили в рамках проведения тематических бесед с беременными женской консультации МБУЗ ГБСМ им. В.И. Ленина, а также рекомендуем результаты нашей работы применять в работе акушеров с беременными в женских консультациях, ФАПах, отделениях патологии беременности.

Список использованных источников:

1. Белокрыницкая Т.Е., Фролова Н.И., Анохова Л.И. Молекулярно-генетические предикторы осложнений беременности. Новосибирск: Наука, 2020.
2. Галинова И.В. Нейроциркуляторная или вегетососудистая дистония и беременность. Уральский медицинский журнал. 2019.
3. Грызунова Е.М., Совершаева С.Л., Соловьев А.Г., и др. Состояние гемодинамики в системе «мать-плацента-плод» у беременных. Экология человека, 2019.
4. Мандельштам А. Э. Семиотика и диагностика женских болезней, Л., Медицина, 2019.
5. Савельева Г.М. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / Г.М. Савельева. М.: МИА, 2017. - С. 518-526.

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ВЫХАЖИВАНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Степанова Анастасия Васильевна,
Руководитель: Роббек Колымана Васильевна
ГБПОУ Республики Саха (Якутия)
"Якутский медицинский колледж", г. Якутск*

Аннотация: в статье проанализирована статистика рождаемости недоношенных детей в РС (Я) за 2017-2019 гг.; изучены особенности сестринского ухода за недоношенными детьми на примере ГАУ «РБ№1», ПЦ № 2 методом анкетирования среди среднего медицинского персонала, выхаживающего недоношенных детей.

Изучив особенности сестринского ухода и проанализировав статистику рождаемости недоношенных детей в РС пришли к выводу, что за последние 3 года количество недоношенных детей в РС увеличилось. Это может быть связано с тем, что с 2012 года все регионы перешли на выхаживание детей, родившихся с экстремально низкой массой тела - от 500 до 1000 граммов. К особенностям сестринского ухода за недоношенными детьми можно отнести - непрерывный контроль за состоянием ребенка и создание микроклимата (температурный режим, соблюдение стерильных условий, звукоизоляция, светоизоляция).

Ключевые слова: недоношенные дети, статистика, сестринский уход.

Введение: изучение проблемы недоношенности значительно возросло в последние годы в связи с введением в РФ новых критериев живорожденности, рекомендуемых ВОЗ (Приказ МЗ РФ № 318 от 04.12.1992 г.), новыми порядками оказания акушерско-гинекологической (Приказ МЗ РФ № 808н от 02.10.2009 г.) и неонатологической медицинской помощи (Приказ МЗ РФ № 409н от 01.06.2010 г.), а также в связи с внесением изменений в отраслевые статистические формы № 13 и № 32 (Приказ МЗ РФ № 443 от 25.08.2008 г.). В условиях сложившейся неблагоприятной демографической ситуации, ухудшения здоровья женщин фертильного возраста, особую актуальность приобретает сохранение жизни и здоровья каждого родившегося ребенка. Глубоко недоношенные младенцы являются объектом пристального внимания, так как составляют группу высокого риска по частоте заболеваемости и смертности. Особенно это значимо для детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) при рождении – 1500 г и менее и для детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении – 1000 г и менее. Их выхаживание относится к самой высокотехнологичной помощи, им требуется поддержка всех основных жизненно важных функций организма.

Целью данной работы является - изучение особенностей сестринского ухода за недоношенными детьми.

Задачи:

1. проанализировать статистические данные рождаемости недоношенных детей в РС (Я) на примере ГАУ «РБ№1» ПЦ№2
2. рассмотреть особенности сестринского ухода за недоношенными детьми;

Гипотеза исследования: исследования заключается в том, что медицинская сестра играет большую роль в выхаживании глубоконедоношенных детей, профилактике осложнений, успешного сестринского ухода.

Предмет изучения: сестринский процесс при выхаживании недоношенных детей.

Объект исследования: особенности сестринского ухода при выхаживании недоношенных детей.

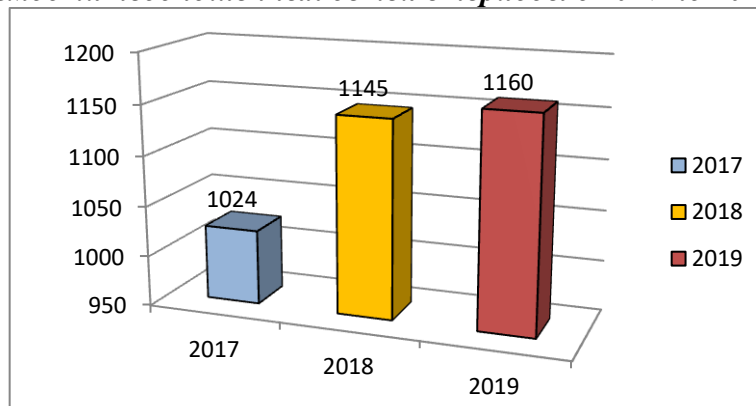
Научная работа

В Республике Саха частота рождения недоношенных детей колеблется от 4 до 16 %. Кажущийся небольшим процент недоношенных детей с массой тела при рождении менее 1500 г формирует основную часть структуры перинатальной смертности – 50–70 %. Однако среди выживших детей высок удельный вес инвалидности: детского церебрального

паралича, слепоты, глухоты, умственной недостаточности. Но исходы у таких детей определяются не только глубокой незрелостью, но и тем, насколько своевременно и адекватно им оказывалась первичная реанимационная помощь, выхаживание на первом и втором этапах, а также реабилитация на ранних сроках развития.

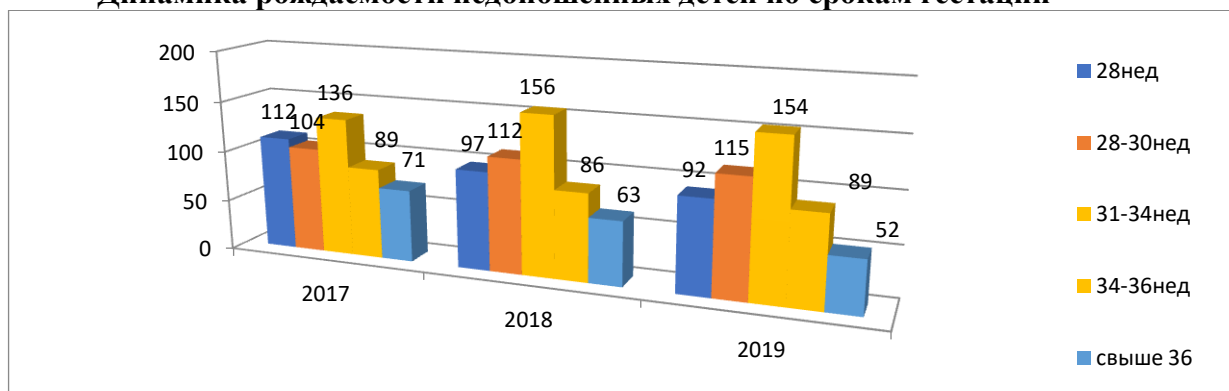
2.1. Статистика рождаемости недоношенных детей в РС(Я)

Динамика рождаемости недоношенных детей в периоды с 2017 по 2019 г. в РС (Я)



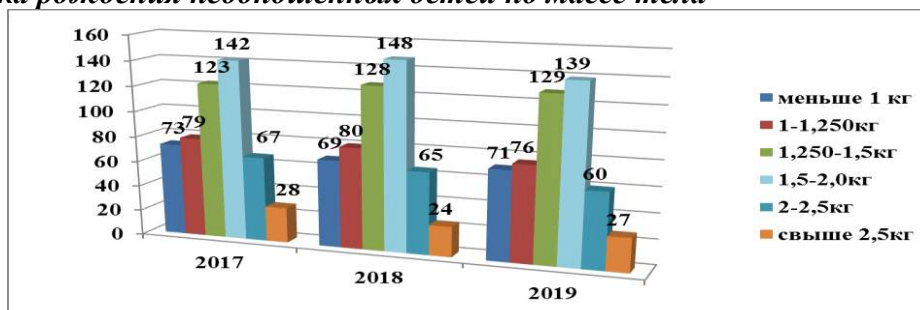
Рождение недоношенных детей последние годы увеличивается. По сравнению с 2017 годом в 2019 г. количество недоношенных детей увеличилось на 13,6 %.

Динамика рождаемости недоношенных детей по срокам гестации



На данной диаграмме мы видим, что наиболее часто недоношенные дети рождаются в период 31 недели и в более ранние сроки. В среднем показатели за 3 года остаются на достаточно высоком уровне. По сравнению с 2017 годом, в 2018 году отмечается увеличение количества детей, родившихся в сроке 31-34 недели.

Динамика рождения недоношенных детей по массе тела



На диаграмме 4 отмечаем, что чаще недоношенные дети появляются на свет с массой от 1,5 кг до 2 кг. Больше детей с такой категорией веса родилось в 2018 году, однако этот показатель, как видим по таблице, постепенно уменьшается.

Мы провели анкетирование среди среднего медперсонала Республиканского перинатального центра. В анкетировании участвовали 10 медсестер. Анкетирование

проводилось с целью выявления особенностей сестринского ухода за недоношенными детьми.

Им были заданы следующие вопросы:

1. Какие особенности есть при выхаживании недоношенных детей



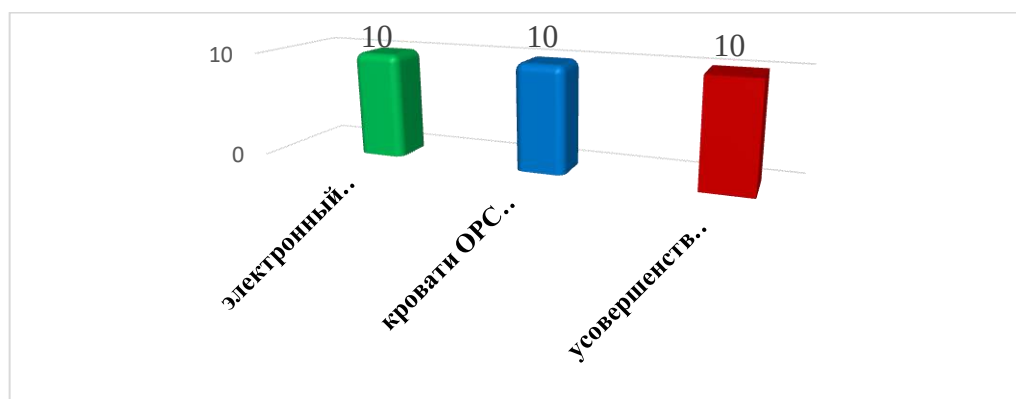
Медсестры ответили, что особенностью сестринского ухода при выхаживании недоношенных детей являются –непрерывный контроль за состоянием ребенка, строгое соблюдение температурного режима, звукоизоляции и светоизоляции.

2. Какие новые манипуляции стали применять?



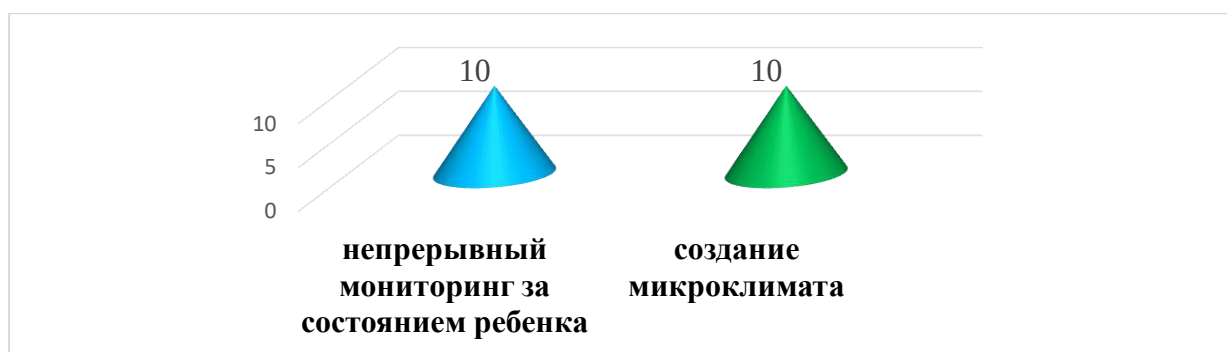
В последние годы при уходе за недоношенными детьми стали применять метод «гнездо» и кормить ребенка методом самотека.

3. Какие новые аппаратуры и аппараты стали применять?



Со слов медицинского персонала в последние годы усовершенствовались аппаратура, техника, применяемая в выхаживании недоношенных детей.

4. Какие трудности испытываете при выхаживании недоношенных детей?



Средний медперсонал отмечает, что трудностями при выхаживании за недоношенными детьми являются непрерывный мониторинг за состоянием ребенка и создание микроклимата (температурный режим, соблюдение стерильных условий, звукоизоляция, светоизоляция).

Выводы

Изучив особенности сестринского ухода и проанализировав статистику рождаемости недоношенных детей в РС пришли к выводу:

1. за последние 3 года количество недоношенных детей в РС увеличилось. Это может быть связано с тем, что с 2012 года все регионы перешли на выхаживание детей, родившихся с экстремально низкой массой тела - от 500 до 1000 граммов;
2. Особенности сестринского ухода за недоношенными детьми являются: непрерывный контроль за состоянием ребенка и создание микроклимата (температурный режим, соблюдение стерильных условий, звукоизоляция, светоизоляция).

Список использованных источников:

1. Антонов А.Г. Сидельникова В.М «Преждевременные роды. Недоношенный ребенок» 2014 г. – 45 стр.,
2. Бомбардирова Е.А., Яцык Г.В., Тресорукова О.В. статья «Выхаживание и ранняя реабилитация детей», 2019 г. – 78 стр.,
3. Боровик Т.Э. Яцык Г.В. Скворцова В.А «Вскармливание недоношенных детей» журнал 2013 г. – 112 стр.,
4. Дементьева Г.Н. Рюмина И.И., Фролова М.И. «Выхаживание глубоко недоношенных детей» 2014 г. – 223 стр.,
5. Кабрахманова О.И «Педиатрия» 2014 г. – 165 стр.,
6. Кулаков В.И «Преждевременные роды – тактика ведения с учетом срока гестации» 2014г. – 34 стр.,
7. Прокотцева Н.Л «Патология недоношенных детей» 2013г. – 82 стр.

РОЛЬ САНИТАРНОГО ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Уваровский Кирилл Александрович
Руководитель: Алексеева Евгения Петровна,
ГБПОУ Республики Саха (Якутия)
"Якутский медицинский колледж", г. Якутск

Актуальность: По данным Управления Роспотребнадзора в Российской Федерации острые кишечные инфекции (ОКИ) в структуре инфекционной заболеваемости занимают второе место после острых респираторных вирусных инфекций и гриппа, представляя масштабную проблему. На их долю приходится более 40% всех госпитализированных инфекционных больных. Доля ОКИ среди инфекционных причин в структуре младенческой

смертности в Российской Федерации колеблется от 36 до 60%, эта болезнь не имеет тенденции к снижению, исключая небольшой спад заболеваемости в отдельные годы.

Цель: Изучение роли санитарного фельдшера в профилактике кишечных инфекций.

Задачи:

1. Проанализировать статистические данные по кишечным инфекциям по Республике Саха (Якутия).
2. Рассмотреть особенности профилактики острых кишечных инфекций.
3. Рассмотреть роль санитарного фельдшера в профилактике кишечных инфекций.

По итогам 2021 года в Республике Саха (Якутия) кишечными инфекциями переболело 3669 человек, показатель заболеваемости по сумме острых кишечных инфекций составил 378,4 на 100 тысяч населения. В сравнении с предыдущим годом отмечается повышение заболеваемости по группе кишечных инфекций на 40,9%. Доля детей до 17 лет от числа всех заболевших составляет 87,8% (в 2020 году – 77,4%). Доля детей до 14 лет составляет 85,1% (в 2019 году – 73,7%).

В общей структуре инфекционной заболеваемости (без новой коронавирусной инфекции, ОРВИ и гриппа) наибольший удельный вес занимают внебольничные пневмонии (8755 случаев, 39,9%), на втором месте – кишечные инфекции (3669 случаев, 16,7%). Третье ранговое место пришлось на воздушно-капельные инфекции (3050 случаев, 13,9%) и четвертое – паразитарные болезни (2861 случай, 13,04%).

Рост заболеваемости отмечается по нозологическим формам: ротавирусной инфекции – на 9,5%, норовирусной инфекции – в 2,7 раз, ОКИ неустановленной этиологии – в 1,6 раз, аскаридозом – в 1,8 раз.

В общей структуре кишечных инфекций основную долю составляют ОКИ, вызванные неустановленными возбудителями – 57,3% (в 2020 году – 49,3%), ОКИ установленной этиологии – 37,7% (в 2020 году – 37,7%), сальмонеллезной инфекции – 4,8% (2020 году – 12,9%), дизентерии – 0,2% (в 2020 году - 0,1%).

По итогам 2021 года отмечается снижение бактериальной дизентерии в 2 раза по сравнению с показателем прошлого года. Заболеваемость регистрируется среди детей до 17 лет, показатель составил 0,38 на 100 тысяч населения (в 2020 году – 0,76). В сравнении с уровнем заболеваемости по РФ республиканский показатель ниже в 15 раз, показатель по Российской Федерации (РФ – 1,50 на 100 тысяч населения).

В 2020 всего зарегистрировано 179 случая сальмонеллезной инфекции, показатель заболеваемости составил 18,46 на 100 тысяч населения, что ниже показателя прошлого года на 46,4%, но в тоже время выше показателя по Российской Федерации в 1,3 раза (13,51 на 100 тысяч населения).

В 2021 году отмечается повышение заболеваемости ОКИ неустановленной этиологии в сравнении с предыдущим годом на 1,6 раз. Показатель заболеваемости составил 217,1 на 100 тысяч населения, что на 4,2% ниже показателя по Российской Федерации (226,62 на 100 тысяч населения). Доля детского населения среди заболевших составила 83,3%, показатель заболеваемости составил 664,5 на 100 тысяч детей данного возраста и выше, чем в 2020 году на 24,4% (в 2019 году – 337,3).

В 2021 году заболеваемость ОКИ установленной этиологии, вызванные установленными бактериальными и вирусными возбудителями составили 1384 случая, показатель составил 142,8 на 100 тысяч населения. В том числе вызванных установленными бактериальными возбудителями составили 166 случаев (12%), вызванных вирусами – 1218 (88%).

В структуре ОКИ установленной этиологии 88% приходится на вирусные инфекции. Заболеваемость вирусными кишечными инфекциями увеличилась в 1,5 раза. Всего зарегистрировано 1218 случая (125,6 на 100 тысяч населения), в 2020 году 807 случаев (83,24 на 100 тысяч населения). При этом 57,0% случаев ОКИ вирусной этиологии приходится на

ротавирусную инфекцию. Всего зарегистрировано 636 случая ротавирусной инфекции, показатель на 100 тысяч населения составил 65,60. Заболеваемость ротавирусной инфекцией в сравнении с 2020 годом увеличилась на 9,5%. Наиболее поражаемым контингентом при ротавирусной инфекции являются дети до 14 лет, удельный вес которых составляет 98%. Ротавирусная инфекция зарегистрирована в 12 территориях республики против 15 в 2020 году.

В возрастной структуре заболевших ОКИ установленной этиологии 96,6% составили дети до 17 лет (в 2020 году – 92,3%).

В 2021 году отмечено повышение заболеваемости норовирусной инфекцией в 2,7 раз. Показатель заболеваемости составил 49,51 на 100 тыс. населения против 18,57 в 2020 году. Всего зарегистрировано 480 случаев норовирусной инфекции, против 179 случаев в 2020 году. Удельный вес заболевших детей до 17 лет составил 99,1%. Традиционно высокий удельный вес заболеваемости отмечается среди детей до 14 лет – 97%.

Профилактические мероприятия при острых кишечных инфекциях проводятся по СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней".

1. Выявление, учет и регистрация. На всех этапах выявления случаев ОКИ должна проводиться дифференциальная диагностика с патологией, сопровождающейся высокими прогностическими рисками для пострадавших.

2. Лабораторная диагностика. В целях определения этиологии ОКИ применяются прямые и непрямые методы диагностики с использованием таких типов клинического материала, как образцы фекалий, ректальные мазки, рвотные массы, промывные воды желудка, кровь и других. Диагноз ОКИ устанавливается на основании клинической симптоматики заболевания, результатов лабораторного исследования и эпидемиологических данных.

3. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Противоэпидемические мероприятия в очагах ОКИ и при эпидемическом подъеме заболеваемости ОКИ должны быть направлены: на источник инфекции (изоляция, госпитализация); на прерывание путей передачи инфекции; на повышение защитных сил организма лиц, подвергшихся риску заражения. С целью выявления путей и факторов передачи возбудителя также может быть проведено лабораторное исследование объектов окружающей среды – ООС (вода, пищевая продукция и другие).

При возникновении потенциальной угрозы распространения ОКИ, в частности, на фоне экстремальных природных (резкие повышения температуры воздуха, паводки, наводнения, ливни и другие) и социальных (отключение электроснабжения населенных пунктов, эпидемически значимых объектов, нарушения работы систем водоснабжения и канализации, перемещения беженцев и другие) явлений противоэпидемические мероприятия должны быть направлены на:

1. организацию необходимых мероприятий на эпидемически значимых объектах, в первую очередь организаций пищевой промышленности, общественного питания, водопользования и других на конкретной территории с применением методов лабораторного контроля;
2. организацию санитарно-эпидемиологического контроля в пунктах временного нахождения пострадавшего населения;
3. активное выявление больных (носителей) среди лиц, относящихся к декретированным категориям;
4. проведение иммунизации по эпидемическим показаниям;
5. назначение средств экстренной профилактики лицам, подвергшимся риску заражения;
6. проведение дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных обработок эпидемически значимых объектов;
7. разъяснительную работу с населением.

В целях предупреждения возникновения и распространения ОКИ органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор,

проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия: оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития; мониторинг заболеваемости; наблюдение за циркуляцией и характеристика возбудителей ОКИ в популяции людей и в объектах окружающей среды; анализ параметров факторов среды обитания окружающей среды, которые могут послужить факторами передачи ОКИ; оценка эффективности проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий; ретроспективный и оперативный анализ динамики заболеваемости ОКИ.

4. Профилактические мероприятия (специфическая и неспецифическая профилактика).

Органы, уполномоченные проводить федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляют контроль за соблюдением требований санитарного законодательства Российской Федерации, направленных на предупреждение контаминации возбудителями ОКИ: пищевых продуктов, как в процессе их хранения и производства, так и на всех этапах реализации населению, а также на предотвращение попадания возбудителей в готовые пищевые продукты и накопления в них микроорганизмов; питьевой воды; объектов коммунального хозяйства населенных мест; предметов быта и окружающей обстановки в организованных коллективах детей и взрослых, медицинских организациях и других.

Однократному лабораторному обследованию подвергаются лица, поступающие на работу в:

- 1) предприятия по производству пищевой продукции, предприятия общественного питания и объекты торговли, реализующих пищевую продукцию, молочные кухни, молочные фермы, молочные заводы и другие, непосредственно занятые обработкой, хранением, транспортировкой продуктов питания и выдачей готовой пищи, а также ремонтом инвентаря и оборудования;
- 2) организации воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и медицинские организации, занятые непосредственным обслуживанием и питанием детей;
- 3) организации, осуществляющие эксплуатацию водопроводных сооружений, доставку и хранение питьевой воды.

5. Гигиеническое воспитание. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации об эпидемиологии ОКИ, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, неперiodической печатной и сетевой продукции и других видов коммуникаций с населением.

Роль санитарного врача в профилактике кишечных инфекций

Работники ФБУЗ «Центра Гигиены и Эпидемиологии» проводят гигиеническое воспитание и обучение граждан, профессиональной гигиенической подготовки должностных лиц и работников организаций для повышения их санитарной культуры, профилактику заболеваний и распространение знаний о здоровом образе жизни.

Также санитарные врачи проводят производственный и плановый контроль за соблюдением санитарных правил и гигиенических нормативов, выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на обеспечение санитарно - эпидемиологического благополучия, сохранение жизни и здоровья людей в процессе производства, хранения, транспортировки и реализации продукции, выполнения работ, оказания услуг. Проводят учет медицинских книжек.

Проверяют предприятия на соответствие санитарным нормам (условия труда, состояние работников, работа столовых при их наличии, санитарно-эпидемиологического режима).

Проводят лабораторное исследование проб окружающей среды, в том числе остатков пищевого продукта или блюд, сырья, воды, смывов с кухонного оборудования, инвентаря и другое.

Список использованных источников:

6. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019 — 848 с.
7. Васильев Б. Я. Острые кишечные заболевания. Ротавирусы и ротавирусная инфекция / Б.Я. Васильев, Р.И. Васильева, Ю.В. Лобзин. - М.: Лань, 2000. - 272 с.
8. Данилевич М. Г. Острые детские инфекции / М.Г. Данилевич. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2019. - 488 с.
9. Острые кишечные инфекции / Н.Д. Ющук и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 402 с.
10. Острые кишечные инфекции в практике педиатра и семейного врача. - М.: Н-Л, 2019. - 548 с.

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

*Шарина Дарина Ивановна
Руководитель: Роббек Колымана Васильевна
ГБПОУ Республики Саха (Якутия)
"Якутский медицинский колледж", г. Якутск*

Аннотация: в статье проанализирована статистика рождаемости детей с асфиксией в РС (Я) за 2019-2021 гг.; изучены особенности сестринского ухода за детьми с асфиксией на примере ГАУ «РБ№1», методом анкетирования среди среднего медицинского персонала, выхаживающего детей с асфиксией.

Новорожденному с асфиксией начиная с первых минут жизни требуется квалифицированная медицинская помощь. Чем раньше и эффективно оказывается медицинская помощь, тем быстрее ребенок восстанавливается; повышается качество его жизни.

Последние годы по статистическим данным в РБ№1 Перинатального центра рождаемость новорожденных с асфиксией снижается. Это может быть связано с эффективной работой женской консультации: раннее выявление и профилактика гипоксии плода, своевременная профилактика и лечение генитальных, экстрагенитальных заболеваний, соблюдение режима дня и правильного питания будущей матери.

Особенностями сестринского ухода за новорожденными с асфиксией является - непрерывный контроль за состоянием пациента; создание комфортных условий для ребенка; осуществление специализированного ухода за ребенком.

Ключевые слова: асфиксия, статистика, сестринский уход.

Введение: актуальностью данной темы является, что на сегодняшний день асфиксия является одним из наиболее частых заболеваний у новорожденных и часто последствия асфиксии могут привести к инвалидности ребенка. Поэтому уход новорожденных с асфиксией требует высококвалифицированной медицинской помощи.

Цель исследования: Изучение особенностей сестринского ухода и анализ рождаемости новорожденных с асфиксией в РС (Я)

ЗАДАЧИ:

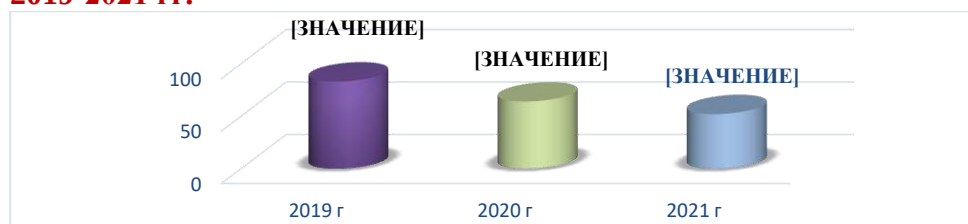
1. Рассмотреть особенности сестринского ухода при асфиксии новорожденных;
2. Провести анализ рождаемости новорожденных с асфиксией в РС (Я)

Научная работа

Асфиксия новорождённого в 75–80% случаев является продолжением внутриутробной гипоксии плода. Только у 20–25% новорожденных, у которых не обнаруживается в родах нарушения сердечной деятельности асфиксия клинически определяется только с момента их рождения. Асфиксия плода может быть обусловлена

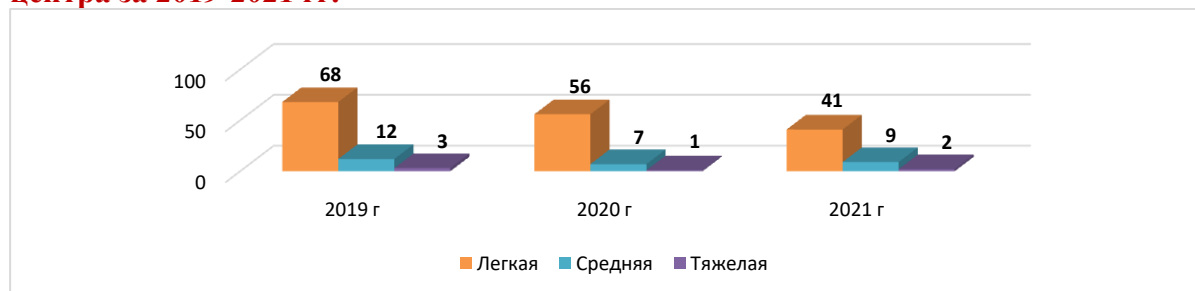
недостатком кислорода, иногда в сочетании с избытком углекислого газа, развивающимся в связи с нарушением плацентарного кровообращения (острая кровопотеря при предлежании плаценты, выраженная гипохромная анемия, лейкозы, шоковые состояния, болезни сердца, легких, интоксикация и пр.). Может быть связана также с нарушениями циркуляции крови в сосудах пуповины (истинные узлы пуповины, тугое обвитие, выпадение, сдавление пуповины, разрыв ее сосудов, преждевременная отслойка плаценты, поздние токсикозы беременных, инфекционные заболевания матери, нарушающие плацентарное кровообращение, перенашивание беременности, аномалия родовой деятельности).

Количество новорожденных с асфиксией, родившихся РБ№1 Перинатального центра за 2019-2021 гг.



По данным ЯРМИАЦ в 2019 г. в родильном отделении родилось всего 5353 новорожденных из них с асфиксией 83, 2020 г. родилось 5840 из них 64 с асфиксией, 2021 г. родилось 6282 из них 52 с асфиксией. По статистическим данным видно, что асфиксия с каждым годом снижается.

Степени тяжести асфиксии у новорожденных, родившихся в РБ№1 Перинатального центра за 2019-2021 гг.



За 2019 г. легкая степень составляет 68 новорожденных, средняя степень 12, тяжелая 3, 2020 г. легкая степень 56, средняя 7, тяжелая 1, а 2021 г. легкая степень 41, средняя 9, тяжелая 2. Если сравнить по степени то, легкая степень преобладает над средней и тяжелой степени. Тяжелая степень иногда заканчивается летальным исходом.

Основные причины асфиксии

У большинства матерей основной причиной стала преждевременная отслойка плаценты, поздние токсикозы при беременностях, высокая АД (гипертензия) и др.

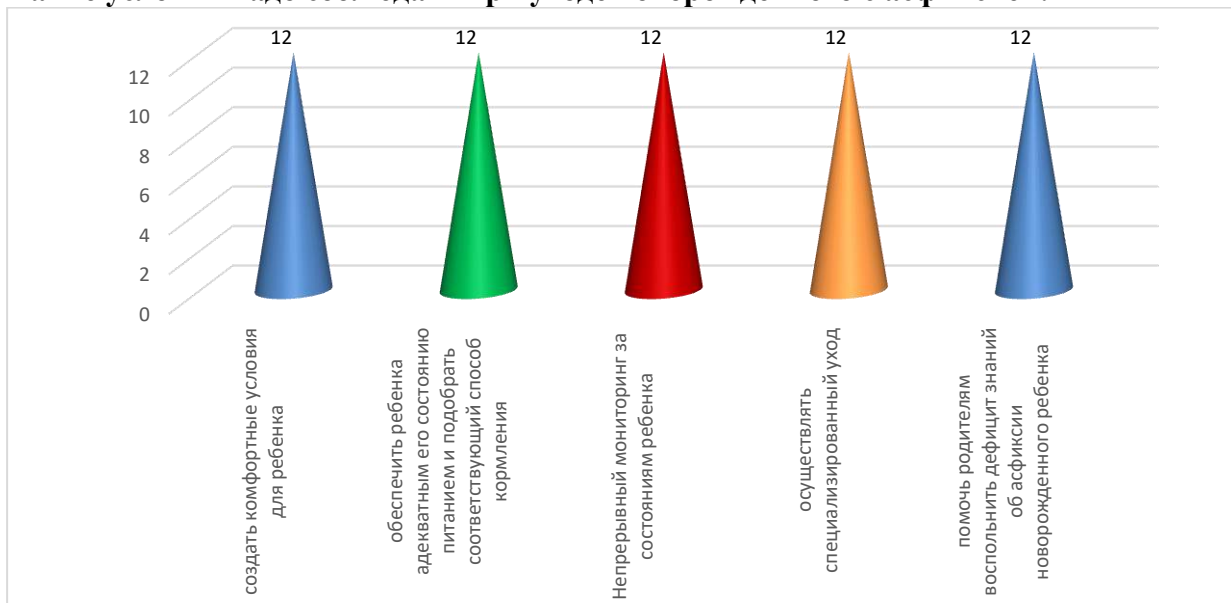


Анализ особенностей сестринского ухода за детьми с асфиксией методом анкетирования среди среднего медицинского персонала Республиканской больницы №1 Перинатального центра

Мы провели анкетирование среди среднего медперсонала ОПН Республиканского перинатального центра. В анкетировании участвовали 12 медсестер. Анкетирование проводилось с целью выявления особенностей сестринского ухода за новорожденными детьми с асфиксией.

Им были заданы следующие вопросы:

1. Какие условия надо соблюдать при уходе новорожденного с асфиксией:



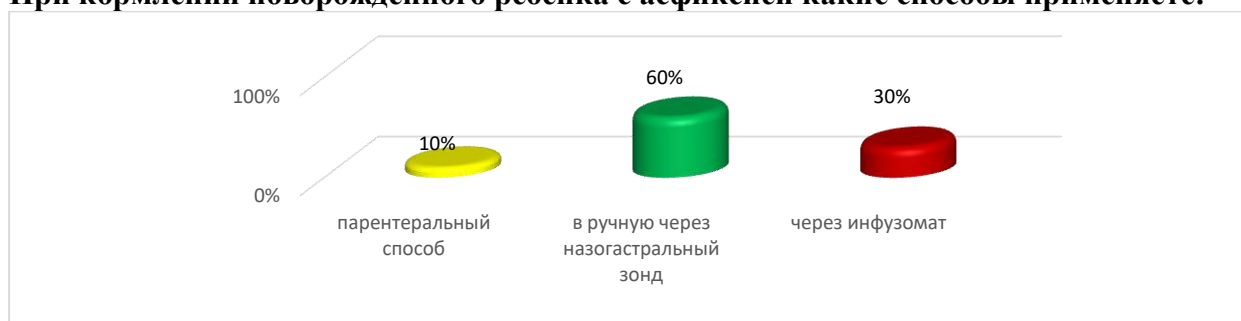
При уходе за новорожденным ребенком с асфиксией соблюдаются – непрерывный контроль за состоянием пациента; создание комфортных условий для ребенка (по возможности, перевести его в отдельный стерильный бокс), поддерживать оптимальный температурный режим, контролировать состояние ребенка: регистрировать характер дыхания, частоты сердечных сокращений, артериального давления, частоты дыхательных движений, цвет кожных покровов, отмечать наличие рефлексов, судорог, срыгивания, рвоты, анорексии, появление патологических рефлексов и неврологических симптомов; осуществлять специализированный уход за ребенком, постоянно вести учет объема и состава получаемой жидкости (питание, инфузионная терапия); своевременная санация трахеобронхиального дерева (отсасывание секрета для обеспечения свободной проходимости дыхательных путей).

2. Какие манипуляции часто применяется новорожденным с асфиксией:

Ежедневно при уходе ребенка с асфиксией применяются – смена положений ребенка для профилактики застойных явлений; оксигенотерапия по показаниям; санация верхних дыхательных путей; строго выполнять врачебные назначения; ухаживать за центральным и периферическим венозными катетерами.

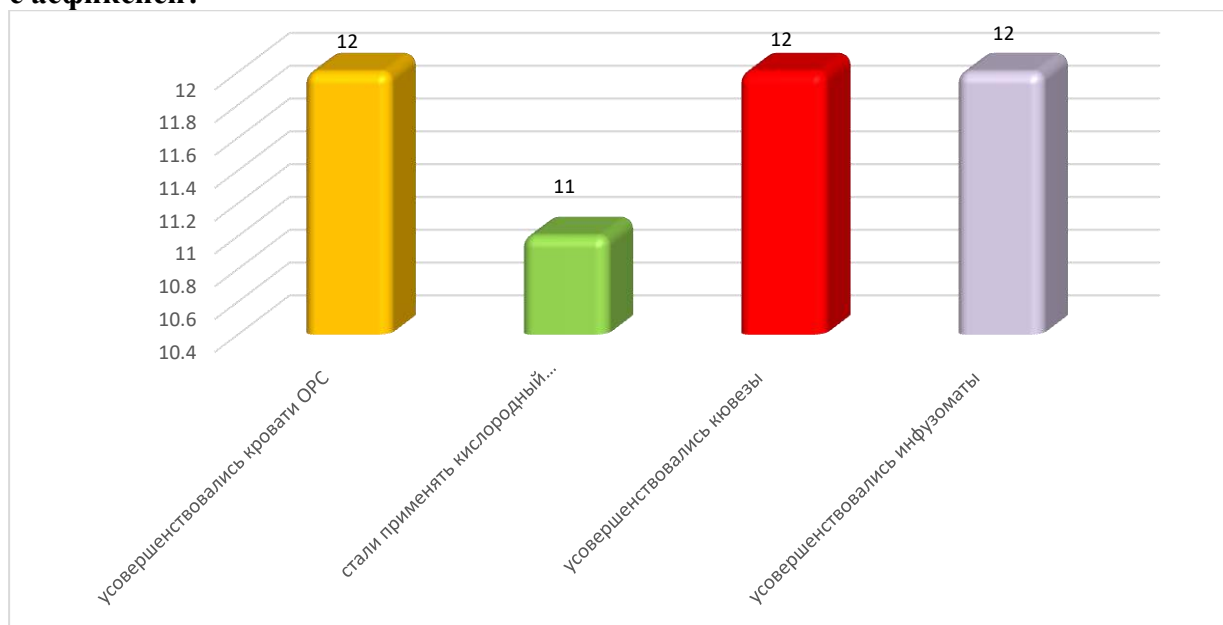


3. При кормлении новорожденного ребенка с асфиксией какие способы применяете:



Медперсонал при кормлении ребенка с асфиксией наиболее часто применяет ручной способ кормления через назогастральный зонд.

4. Какие новые аппаратуры и аппараты стали применять при уходе за больным ребенком с асфиксией?



Со слов среднего медперсонала сейчас в отделении применяются современные кюветы, кровати ОРС, инфузоматы, что облегчает уход за больными детьми с асфиксией.

ВЫВОДЫ

1. Асфиксия новорожденных является критическим состоянием, в результате которого возникает недостаток кислорода и проявляется отсутствием дыхания, что может привести к тяжелым последствиям. Асфиксия диагностируется примерно в 4 – 6% всех родов.

Новорожденному с асфиксией начиная с первых минут жизни требуется квалифицированная медицинская помощь. Чем раньше и эффективно оказывается медицинская помощь, тем быстрее ребенок восстанавливается; повышается качество его жизни.

2. Последние годы по статистическим данным в РБ№1 Перинатального центра рождаемость новорожденных с асфиксией снижается. Это может быть связано с эффективной работой женской консультации: раннее выявление и профилактика гипоксии плода, своевременная профилактика и лечение генитальных, экстрагенитальных заболеваний, соблюдение режима дня и правильного питания будущей матери.

Но смертность от асфиксии за 2019-2021 гг. в РБ№1 Перинатального центра увеличилось. Основной причиной смерти явился синдром дыхательных расстройств (СДР). Половина умерших детей были недоношенными с ЭНМТ;

3. Особенности сестринского ухода за новорожденными с асфиксией является - непрерывный контроль за состоянием пациента; создание комфортных условий для ребенка; осуществление специализированного ухода за ребенком.

Список использованных источников:

1. Ежова Н.В. Педиатрия. Минск, 2019 г. - 86 стр.
2. Неотложная помощь в педиатрии. Справочник под ред. Ю. Е. Вельтищева и Б. А. Кобринского. М.: Медицина, 2020 г. – 101 стр.
3. Сестринское дело в педиатрии. Лютикова О. К., Москва «АНМИ», 2018г. – 212 стр.
4. Цыбульский Э. К. Угрожающие состояние у детей. Экстренная врачебная помощь. Справочник. -3-е изд. Испр. И доп.-СПб.: СпецЛит. 2019 г. – 56 стр.

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В Г. САЛЕХАРД (ЯМАЛО-НЕНЕЦКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ)

Абдулаев Хусейн Исмагуллоевич

Руководитель: Ганина Марина Михайловна

ГБПОУ Ямало-Ненецкого автономного округа

"Ямальский многопрофильный колледж", г. Салехард

Ситуация с питьевой водой в России характеризуется как критическая - это прямая угроза здоровью населения. Ямало-Ненецкий автономный округ входит в десятку российских регионов с наиболее высоким показателем несоответствия проб воды по санитарно-гигиеническим требованиям. На данный момент наиболее неблагоприятная ситуация с питьевой водой складывается в том числе, и в городе Салехард. Это связано и со сложной предварительной подготовкой подземных вод для их очистки, и со старой системой водопровода, которая в Салехарде не обновлялась десятилетиями.

Цель исследования: подтвердить или опровергнуть предположение, что качество питьевой воды, отобранной из системы централизованного водоснабжения г. Салехард, соответствует требованиям нормативных документов (СанПиН, ГОСТ).

Задачи исследования:

- изучить нормативную документацию и методы определения органолептических и физико-химических показателей качества питьевой воды;
- практически исследовать воду, отобранную из системы центрального водоснабжения г. Салехард.

Объекты исследования:

- проба № 1 – проба из источника центрального водоснабжения, отобранная по адресу: ул. Совхозная, д. 14 (здание ЯМК);

- проба № 2 - проба из источника центрального водоснабжения, отобранная по адресу: ул. Павлова, д.29 (жилой дом);
- проба № 3 - проба из источника центрального водоснабжения, отобранная по адресу: ул. Обская, д. 8 (административное здание).

Определение органолептических показателей

Запах

Методика определения (СанПиН 2.1.4.1074-01, ГОСТ Р 57164-2016) [4]: запах воды определяется при обычной температуре (20°C). Пробы воды отбирали в стеклянные емкости с притертыми или плотно завинчивающимися пробками. Колбу ёмкостью 150-200 мл наполнили на 2/3 исследуемой водой. Накрыв её часовым стеклом, интенсивно встряхнули и затем, быстро открыв, определили запах воды по характеру (хлорный, землистый, гнилостный, болотный, нефтяной, аптечный, ароматический, неопределённый) и по интенсивности. Количественно запах оценили по пятибалльной шкале.

При централизованной системе водоснабжения допускается запах воды, предназначенной для питья, не более 2 баллов при 20°C (СанПиН 2.1.4.1074-01) [5]. Результаты исследования проб воды представлены в таблице 1.

Вкус

Методика определения (СанПиН 2.1.4.1074-01, ГОСТ Р 57164-2016) [4]: полость рта ополаскивали 10 мл исследуемой воды и, не проглатывая её, определяли вкус. Интенсивность привкуса также оценивается в баллах.

При централизованной системе водоснабжения допускается привкус воды, предназначенной для питья, не более 2 баллов при 20°C (СанПиН 2.1.4.1074-01) [5]. Результаты исследования проб воды представлены в таблице 1.

Определение физико-химических показателей

Водородный показатель (pH)

Методика определения (ГОСТ 31957-2012) [1]: пробы воды отбирают объемом не менее 200 см³ в чистые емкости из полимерного материала или из боросиликатного стекла. Емкости полностью заполняют водой и закрывают крышкой (пробкой) так, чтобы внутри емкости не оставалось воздуха. Пробу не консервируют и анализируют как можно скорее после отбора.

Для отбора проб воды из источника центрального водоснабжения, ее сливали в течение 2-3 минут, затем наливали в емкость. Определение проводили потенциометрическим методом с помощью pH - метра. В стакан вместимостью 100 см³ внесли 50,0 см³ анализируемой пробы воды (V), поместили его на магнитную мешалку, опустили в стакан магнитный мешатель и электроды pH-метра. Включили мешалку и перемешивали со скоростью, при которой водоворот едва заметен. Измеряли исходное значение pH анализируемой пробы воды. Результаты исследования проб воды представлены в таблице 1.

Жесткость воды

Методика определения (ГОСТ 31954-2012) [2]: пробу отбирали объемом не менее 400 см³ для анализа по методу А – комплексонометрического метода. Выполняли два определения, для чего пробу анализируемой воды разделили на две части. В колбу вместимостью 250 см³ поместили первую часть аликвоты пробы анализируемой воды объемом 100 см³, 5 см³ буферного раствора, 0,1 г сухой смеси индикатора (эриохром черный Т и натрия хлорид) и титровали раствором Трилона Б 25 ммоль/дм³ до синего окрашивания.

Вторую часть аликвоты пробы объемом 100 см³ поместили в колбу вместимостью 250 см³, добавили 5 см³ буферного раствора и 0,1 г сухой смеси индикатора, добавили раствор Трилона Б (его взяли на 0,5 см³ меньше, чем пошло на первое титрование), быстро и тщательно перемешали и дотитровали до синего окрашивания.

Жесткость воды, °Ж, рассчитывали по формуле:

$$\mathcal{K} = \frac{M \cdot F \cdot K \cdot V_{\text{ТР}}}{V_{\text{ПР}}}$$

где М - коэффициент пересчета, равный 2 С_{тр},

С_{тр} - концентрация раствора Трилона Б, моль/мл, (как правило М = 50);

F - множитель разбавления исходной пробы воды при консервировании (как правило F = 1);

К - коэффициент поправки к концентрации раствора Трилона Б;

V_{тр} - объем раствора Трилона Б, израсходованный на титрование, см³;

V_{пр} - объем пробы воды, взятой для анализа, см³.

За результат измерения принимаем среднеарифметическое значение результатов двух определений. Результаты исследования проб воды представлены в таблице 2.

Остаточный активный хлор

Методика определения (ГОСТ 18190-72) [3]: объем пробы воды для определения содержания активного хлора не должен быть менее 500 см³. Пробы воды не консервируют.

В коническую колбу внесли 0,5 мл раствора йодистого калия, затем добавили буферный раствор в количестве, приблизительно равном полуторному значению щелочности анализируемой воды, после чего добавили 250 см³ анализируемой пробы воды. Выделившийся йод оттитровали 0,005 н. раствором тиосульфата натрия из бюретки до появления светло-желтой окраски, после чего прибавили 1 см³ 0,5% раствора крахмала и раствор оттитровали до исчезновения синей окраски.

Содержание суммарного остаточного хлора (X) мг/дм³ вычисляли по формуле:

$$X = \frac{v \cdot K \cdot 0,177 \cdot 1000}{V},$$

где v - количество 0,005 н. раствора тиосульфата натрия, израсходованное на титрование, см³;

K - поправочный коэффициент нормальности раствора тиосульфата натрия;

0,177 - содержание активного хлора, соответствующее 1 см³ 0,005 н. раствора тиосульфата натрия;

V - объем пробы воды, взятый для анализа, см³.

Результаты исследования проб воды представлены в таблице 3.

Таблица 1

Результаты исследования проб воды по показателям «запах», «вкус», «рН»

№ пробы	Запах (баллы)	Вкус (баллы)	рН (единицы)
1	2	2	5,97
2	2	2	5,91
3	2	1	5,64

0 баллов – запах и привкус не ощущаются;

1 балл – запах, вкус и привкус очень слабые;

2 балла – запах и вкус определяют, если обратить на них внимание.

Таблица 2

Результаты исследования проб воды по показателю «жесткость»

№ пробы	Объем титранта (раствора Трилона Б), израсходованного на титрование проб, мл	Жесткость воды, °Ж
1	V ₁ - 6,24 V ₂ - 6,26	3,13
2	V ₁ - 6,08 V ₂ - 6,04	3,03
3	V ₁ - 7,05 V ₂ - 7,06	3,53

Таблица 3

Результаты исследования проб воды по показателю

«остаточный активный хлор»

№ пробы	Объем титранта (раствора натрия тиосульфата), израсходованного на титрование проб, мл	Остаточный активный хлор, мг/л
1	0,66	0,47
2	0,58	0,41
3	0,75	0,53

По результатам экспериментов можно сделать следующие выводы:

1. все пробы воды удовлетворяют требованиям нормативных документов для источников централизованного водоснабжения по органолептическим показателям «запах» и «вкус»;
2. Пробы воды не удовлетворяют требованиям нормативных документов по показателю «рН». Показатель меньше нормативного, вода является кислой, мягкой и коррозионной. Такая вода может:
 - содержать повышенные уровни токсичных металлов;
 - привести к преждевременному повреждению металлических труб;
 - иметь характерное «сине-зеленое» окрашивание раковины и стоков.
3. Все пробы удовлетворяют требованиям нормативных документов по показателю «жесткость», имеют низкое значение показателя. Можно сделать вывод, что при низком значении рН жесткость воды будет лежать в пределах <6°Ж, при значении рН больше 7 единиц жесткость воды лежит в пределах 6-12°Ж.
4. Все пробы удовлетворяют требованиям нормативных документов по показателю «остаточный активный хлор». Однако, пробы воды имеют значения, близкие или немного превышающие верхнюю границу нормы. Изношенность водоводов, покрытых изнутри толстым слоем многолетних отложений, являющиеся рассадниками бактерий, могут быть причиной интенсивного хлорирования питьевой воды.

Рекомендации:

1. вода из системы централизованного водоснабжения г. Салехард мягкая, для решения этой проблемы необходимо применять нейтрализатор кислотности, например кальцинированную соду для защиты труб от коррозии и попадания в воду токсичных металлов;
2. вода из системы централизованного водоснабжения г. Салехард содержит количество остаточного активного хлора, близкое к верхней границе нормы. Рекомендуем употреблять воду, прошедшую очистку с помощью бытовых фильтров (типа «Барьер», «Аквафор»).

Список использованных источников:

1. ГОСТ 31957-2012 «Вода. Методы определения щелочности и массовой концентрации карбонатов и гидрокарбонатов».
2. ГОСТ 31954-2012 «Вода питьевая. Методы определения жесткости».
3. ГОСТ 18190-72 «Вода питьевая. Методы определения содержания остаточного активного хлора».
4. ГОСТ Р 57164-2016 «Вода питьевая. Методы определения запаха, вкуса и мутности».
5. СанПиН 2.1.4.1074-01 "Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества. Гигиенические требования к обеспечению безопасности систем горячего водоснабжения" (с изменениями на 2 апреля 2018 года).

ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА ОБУЧАЮЩИХСЯ

Азаров Алексей Леонидович

Руководитель: Барышникова Наталья Борисовна

Себряковский филиал ФГБОУ ВО

"Волгоградский государственный технический университет", г. Михайловка

Повышение качества образования невозможно без трансформации существующей системы. Для развития творческого потенциала обучающихся в образовательной организации может быть использована технология наставничества.

На сегодняшний день главная роль в профессиональном самоопределении и профессиональной адаптации обучающихся в современных условиях принадлежит наставнику (рисунок).



Рисунок - Направления работы наставника

На данный момент я совместно с руководителем работаю над реализацией проекта «Наставничество как эффективный инструмент в образовательной среде».

Цель проекта – повышение качества управления в системе среднего профессионального образования на основе распространения технологических инноваций, а также разносторонняя поддержка обучающихся и адаптация к новым условиям обучения в образовательной организации.

Подросток на этапе взросления особенно нуждается в позитивном примере и ответственном влиянии. В его жизни есть, конечно, значимые люди: родители, учителя, тренеры. Они воспитывают его, являются его защитниками, советчиками и просто друзьями. Роль же наставника гораздо шире – она объединяет все эти функции, чтобы помочь подростку и поддержать его в поиске личных жизненных целей и способов их достижения [2, с. 4].

Программа наставничества помогает решению следующих задач:

- раскрытие потенциала каждого обучающегося;
- помощь в преодолении подросткового кризиса и формирование жизненных ценностей;
- адаптация студента в новом учебном учреждении;
- повышение уровня мотивации к учебной деятельности;
- создание условий для выбора индивидуальной образовательной траектории;
- формирование семейных ценностей и гражданской позиции обучающегося;
- развитие навыков, лидерских качеств;
- создание условий для самореализации;
- помощь в адаптации выпускника;
- плавный переход молодого специалиста в целом в профессию.

Наставничество становится неотъемлемым элементом современной системы образования в силу следующих причин.

Первая причина. Наставничество поможет сформировать внутри образовательного учреждения сообщество преподавателей, обучающихся и родителей – как новую плодотворную среду для раскрытия потенциала обучающегося. Создание такого сообщества станет возможным благодаря построению новых отношений с помощью технологии наставничества.

Вторая причина. Для сообщества образовательного учреждения наставничество представляет собой канал обогащения опытом. Наставничество – необходимый шаг на пути к тому, чтобы школы, учреждения дополнительного образования, профессиональные образовательные организации превращались в центр социума. То есть становились центром жизни и притяжения местного сообщества, где самые разные люди могут найти свою роль – и тем самым внести вклад в развитие образовательной среды.

По моему мнению, стоит обратить внимание именно на обучающихся старших курсов или выпускников: именно они могут стать главными наставниками для обучающихся.

В образовательном учреждении, ставшем центром социума, появятся следующие положительные результаты:

- растет вовлеченность обучающихся в жизнь своих образовательных организаций;
- растет интерес к обучению, осознание его практической значимости, связи с реальной жизнью. Вследствие этого снижается уровень стресса, апатии;
- растет подготовленность обучающихся к жизни, которая их ждет после окончания обучения;
- у обучающихся и педагогического коллектива развиваются навыки XXI века, обучающиеся преодолевают герметичность образовательного процесса и получают представление о реальном мире, своих перспективах и способах действия;
- формируется традиция наставничества.

Для обучающихся, в становлении которых участвовали выпускники и другие представители местного сообщества, культура наставничества оказывается новой нормой. Перейдя на следующую образовательную или профессиональную ступень, они сами реализуют себя в роли выпускников-наставников и несут ценности наставничества новым поколениям обучающихся.

Третья причина состоит в том, что технология наставничества поможет получать опыт, знания, навыки, компетенции и ценности быстрее, чем другие способы передачи чем через учебные пособия.

С помощью наставничества решены будут следующие проблемы обучающихся:

- низкая мотивация к учебе и саморазвитию, низкая успеваемость;
- слабая позиция, необходимая для выбора будущей самореализации;
- невозможность качественной самореализации в рамках стандартной образовательной программы;
- слабая активная гражданская позиция;
- низкая информированность о перспективах самостоятельного выбора векторов творческого развития, карьерных и иных возможностей;
- идентификации, разрушение или низкий уровень сформированности ценностных и жизненных позиций и ориентиров;
- конфликтность, неразвитые коммуникативные навыки, затрудняющие горизонтальное и вертикальное социальное движение;
- отсутствие условий для формирования метапредметных навыков и метакомпетенций;
- высокий порог вхождения в образовательные программы, программы развития талантливых школьников;

- падение эмоциональной устойчивости, психологические кризисы, связанные с общей трудностью подросткового периода на фоне отсутствия четких перспектив будущего и регулярной качественной поддержки;
- проблемы адаптации в (новом) учебном коллективе: психологические, организационные и социальные.
- коммуникационные проблемы, возникающие вследствие неприятия подростка коллективом.

Ожидаемые результаты внедрения целевой модели наставничества:

- измеримое улучшение показателей, обучающихся в образовательной, культурной, спортивной сферах и сфере дополнительного образования;
- улучшение психологического климата в образовательной организации среди обучающихся;
- рост мотивации к учебе и саморазвитию обучающихся;
- снижение показателей неуспеваемости обучающихся;
- практическая реализация концепции построения индивидуальных образовательных траекторий.

В заключении статьи мне хочется отметить, что результатом правильной организации работы наставников будет высокий уровень включенности наставляемых во все социальные, культурные и образовательные процессы организации, что окажет несомненное положительное влияние на эмоциональный фон в коллективе, общий статус организации, лояльность обучающихся и будущих выпускников к школе. Наставляемые получают необходимый в этом возрасте стимул к культурному, интеллектуальному, физическому, психологическому совершенствованию, самореализации, а также развитию необходимых компетенций.

Список использованных источников:

1. Сатарова Л.А., Строкина Ю.Ю. *Креативные технологии в работе со студентами. Проекты, сценарии, организация и оформление научно-практических конференций: учебное пособие* / Л.А. Сатарова, Ю.Ю. Строкина. – Астрахань: Издатель Сорокин Роман Васильевич, 2019. - 188 с.
2. Синягиной. Н.Ю., Райфшнайдер Т.Ю. *Наставничество в системе образования России. Практическое пособие для кураторов в образовательных организациях*— М.: Рыбаков Фонд, 2019. —153 с.

ДЕЙСТВИЕ НАД НАТУРАЛЬНЫМИ ЧИСЛАМИ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕТРАДИЦИОННЫХ ПРИЁМОВ ВЫЧИСЛЕНИЯ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ

Абубакирова Хеда Бислановна

Руководитель: Шалаева Юлия Викторовна

ГБПОУ "Дубовский педагогический колледж", г. Дубовка

В наш век высоких технологий умение быстро и правильно производить в уме достаточно сложные вычисления ни в коем случае не утратило своей актуальности. Интеллект является и всегда являлся объектом гордости.

Математика – это мир больших чисел и счёта, а современные люди считают плохо, к тому же не знают приёмы быстрого счёта, помогающие легко и правильно производить в уме достаточно сложные вычисления, необходимые человеку в учебе, в быту, в профессиональной деятельности.

Способы быстрого счёта рассчитаны на ум «обычного» человека и не требуют уникальных способностей. Главное – более или менее продолжительная тренировка.

Математик и педагог Дьёрдь Пойа говорил: «Если хотите научиться плавать, вы должны войти в воду, а если хотите уметь решать задачи, то должны начать их решать». Но для начала надо освоить азы арифметики. Научиться считать быстро, считать в уме можно только при большом желании и систематической тренировке в решении задач. Кроме того, освоение этих навыков развивает логику и память учащегося.

Школьная математика традиционно обучает приёмам устного счёта в младшем школьном возрасте. Какие же нетрадиционные приёмы быстрого счёта существуют в дополнительной литературе? Чтобы ответить на этот вопрос, было решено провести исследование и подготовить проект на тему «Быстрый счёт».

Цель проекта: подобрать нетрадиционные приёмы вычислений при выполнении арифметических действий над натуральными числами в начальной школе.

Задачи проекта:

1. изучить литературу по данному вопросу: понятие натурального числа, действие над натуральными числами, использование нетрадиционных приёмов в начальной школе;
2. показать значимость применения нетрадиционных приёмов для обучения быстрому счёту;
3. провести исследование по данной теме, организовать работу по распространению информации о нетрадиционных приёмах вычислений, подготовить раздаточный и методический материал;
4. оценить эффективность применения таких приёмов на внеурочном занятии математики.

Реализация проекта осуществляется на протяжении одного учебного года (2022 г.): подготовительный этап – сентябрь; основной этап – октябрь – март; аналитический этап – апрель.

На подготовительном этапе проведена следующая работа: формулирование темы, постановка цели и задач проекта, а также анкетирование с целью умения решать математические задачи на скорость различными методами.

Вопросы анкеты на слайде.

1. Умеете ли вы считать?
2. Любите ли вы математику? Почему?
3. Пригодилась ли вам математика в жизни? Как?
4. Считаете ли вы, что знания по математике необходимы людям любой профессии?
5. Как ты думаешь, умение быстро считать пригодится тебе в жизни?
6. При вычислениях ты используешь традиционные или нетрадиционные способы для быстрого счёта?
7. Чтобы вы хотели бы изменить на уроках математики?
8. Считаешь ли ты математику самым сложным школьным предметом?
9. Как ты думаешь, умение быстро считать пригодится тебе в жизни?
10. При вычислениях ты используешь традиционные или нетрадиционные способы для быстрого счёта?

На основном этапе организуется работа по изучению дополнительной литературы по теме, сбор информации, подготовка теоретического материала, изучение решения задач, подбор их способов решений.

Работа оказалась очень интересной.

Зарождение счёта в древности. Наши первые представления о числе и его форме относятся к эпохе – палеолита, когда люди мало понимали числовые величины и пространственные отношения.

Самым трудным этапом понятия о числе считается выделение человеком единицы из понятия «много». Виктор Викторович Бобынин такое выделение объясняет тем, что человек обычно захватывает рукой 1 предмет, а это, по его мнению, выделило единицу из множества.

Способы счёта на Руси. Распределение пищи, одежды, и орудия привели к развитию счёта. Теперь возникла необходимость заменять пересчитываемые предметы абстрактными однородными предметами или знаками. Для этого применялись камешки, узелки, ветки, зарубки. При таком счёте каждый предмет соответствовал одному из предметов в качестве орудия счёта.

Пальцевой счёт на Руси. Одним из способов счета на Руси были пальцы. С их помощью можно было считать от 1 до 10. Дальнейшее развитие счёта потребовало усложнения счётного аппарата, и человек стал применять пальцы ног. Так люди уже могли считать до 20.

Письменная нумерация у древних народов. Дальнейший рост экономических потребностей у людей вёл их по пути расширения и углубления понятия о числе. Запас чисел увеличивался постепенно. Постепенно сложилось и представление о бесконечности множества натуральных чисел.

Понятие натурального числа. Возникновение понятия «натуральное число» было важнейшим моментом в развитии математики. Появилась возможность изучать эти числа независимо от тех конкретных задач, в связи с которыми они возникли. Итак, натуральные числа – числа, которые мы используем для подсчёта чего-нибудь конкретного, осязаемого.

Вычислительные навыки в начальной школе. В век компьютерной грамотности значимость навыков быстрого счёта намного уменьшилась. Но пользоваться техникой тоже нужно уметь. Поэтому владение вычислительными навыками необходимо.

Для быстрого решения каких-либо примеров и задач используют нетрадиционные приёмы. Они намного легче и понятнее для их усвоения человеку.

Таблица умножения на 9 пальцах. Присвоим каждому пальцу номер по порядку, начиная с левого мизинца. Умножение происходит так: например, если нам нужно 4 умножить на 9, мы загибаем 4й палец – слева остаётся 3, справа – 6, значит $4 \times 9 = 36$.

Умножение двузначного числа на 11. Чтобы умножить любое двузначное число на 11, нужно между первой и второй цифрой умножаемого числа вписать сумму первой и второй цифры. Например: $72 \times 11 = \dots$ В данном случае умножаемое число это 72, значит между 7 и 2 мы должны поставить сумму этих цифр, т.е. 9 и получается 792

Умножение двузначного числа на 111. Чтобы двузначное число умножить на 111, надо мысленно раздвинуть цифры этого числа, сложить их и записать между раздвинутыми цифрами 2 раза. Например: $24 \times 111 = \dots$ Мы раздвигаем цифры умножаемого числа и ставим сумму этих цифр между ними 2 раза. Тогда получается 2664.

Умножение двузначного числа на 1111. Чтобы двузначное число умножить на 1111, надо мысленно раздвинуть цифры этого числа, сложить их и записать между раздвинутыми цифрами, но уже 3 раза. Например: $36 \times 1111 = \dots$ Мы раздвигаем цифры умножаемого числа и ставим сумму этих цифр между ними 3 раза. Тогда получается 39996.

Умножение двузначного числа на 101, 1001. Чтобы умножить двузначное число на 101, мы просто его переписываем 2 раза. Например: $56 \times 101 = 5656$. Чтобы умножить двузначное число на 1001, мы переписываем наше число, ставим 0 и переписываем это число во второй раз. Например: $78 \times 1001 = 78078$.

Умножение одинаковых двузначных чисел, оканчивающихся на 5

Чтобы умножить двузначное число, оканчивающееся на 5 на само себя, нужно:

- определить число десятков этого числа;
- определить какое число идёт в числовом ряду после него;
- умножить полученные числа друг на друга;
- к полученному числу приписать 25.

Например: $35 \times 35 = ?$

1. Число десятков здесь равно 3.
2. В числовом ряду после 3 идёт 4.
3. $3 \times 4 = 12$.

4. К 12 приписываем 25 и получается 1225.

На заключительном этапе была проведена итоговая диагностика (анкета), проанализированы результаты (выявление положительной динамики) и распространены буклеты и скринкасты.

Цель исследовательской работы была достигнута, а материал, представленный в работе, наглядно проиллюстрировал и убедительно доказал огромное влияние изучения и применения нетрадиционных приёмов вычисления для развития мышления и памяти.

Данный проект интересен своей историей, так как число – понятие древнее, прошедшее несколько стадий развития. На первых ступенях оно определялось потребностями счета и измерения, возникавшими в непосредственной практической деятельности человека. Затем число становится основным понятием математики, и дальнейшее развитие понятия числа определяется потребностями этой науки. Мир полон тайн и загадок. Современная наука встречается с величинами такой сложной природы, что для их изучения приходится изобретать все новые виды чисел.

Рассмотрев данную тему, можно сказать, что для развития вычислительных навыков, привития интереса к предмету и выбора эффективных способов запоминания отдельных случаев различных действий над натуральными числами, необходимо использовать нетрадиционные приёмы вычислений. Быстрый счёт позволяет ускорить процесс решения задач. К сожалению, такие приёмы не записаны в учебниках школьной программы, но значительно облегчают счёт в вычислениях. Казалось бы, в настоящее время открыто всё, что можно, всё самое интересное, но это не так. В мире столько всего интересного и неизученного, кто знает, какие открытия сделают в будущем.

Список использованных источников:

1. Арутюнян Е., Левитас Г. Занимательная математика. - М.: АСТ-ПРЕСС, 1999–368 с.
2. Гарднер, М. Математические чудеса и тайны. – М., 1978.
3. Глейзер Г.И. История математики в школе. – М., 1981.
4. Татарченко, Т.Д. Способы быстрого счета на занятиях кружка / «Математика в школе», 2008, №7, стр.68
5. <https://skysmart.ru/articles/mathematic/naturalnye-chisla>
6. https://otherreferats.allbest.ru/mathematics/00166822_0.html

АКТИВИЗАЦИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА УРОКЕ ГЕОМЕТРИИ ЧЕРЕЗ ИЗУЧЕНИЕ ИСТОРИИ ПОЯВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ НАУКИ

Мармоль Екатерина Ивановна

Руководитель: Шалаева Юлия Викторовна

ГБПОУ "Дубовский педагогический колледж", г. Дубовка

Программный курс по геометрии усложняется, очень часто говорят о том, что «ученик не сосуд, который нужно наполнить, а факел, который нужно зажечь». Но часто на практике мы сталкиваемся с тем, что «факелы» только тлеют, а «сосуды» упорно наполняются. Чтобы научить детей думать, открывать, изобретать, педагог должен сам очень много придумывать, изобретать и открывать. «Факелы» зажигаются только при условии активной творческой деятельности самого педагога.

С этой целью в работе необходимо подбирать те средства активизации познавательной деятельности учащихся, которые с успехом применяются на уроках и благодаря которым достигаются хорошие результаты.

Однако до сих пор большинство учащихся встречаются такие, которые не желают работать, у которых низкая познавательная мотивация, отсутствует интерес к предмету. Это и

заставляет педагогов находиться в постоянном поиске методов организации деятельности учащихся на занятиях.

Математика и история – две неразрывные области знания. Сведения из истории математики, исторические задачи сближают эти два школьных предмета. История обогащает математику гуманитарным и эстетическим содержанием, развивает образное мышление учеников. Математика, развивающая логическое и системное мышление, в свою очередь занимает достойное место в истории, помогая лучше ее понять.

Сведения из истории математики, задачи исторического характера, софизмы – лишь немногие «точки соприкосновения» этих, казалось бы, далеких, но достаточно близких наук.

Для развития интереса к предмету в них есть занимательные исторические задачи, система упражнений, исторические страницы. Читая их, узнаём о появлении и развитии математических понятий, возникновении и совершенствовании методов решения задач.

И тем не менее творчески работающему учителю тесно в рамках того исторического содержания, которое приводится в учебнике.

Сведения из истории науки расширяют кругозор учащихся, показывают диалектику предмета. Поэтому так важно, чтобы исторические мотивы искусно вплетались в ткань урока математики, заставляя детей удивляться, думать и восхищаться богатейшей историей этой многогранной науки.

Например, во время поиска ответа на вопрос «Когда возникла геометрия?», необходимо воспользоваться Интернет-источниками и пересмотреть несколько статей. Очень интересным становится тот факт, что геометрия возникла очень давно, это одна из самых древних наук. Желание украсить свои жилища и одежду, рисовать картины окружающей жизни – всё это способствовало формированию и накоплению геометрических сведений. За несколько столетий до нашей эры в Вавилоне, Китае, Египте и Греции уже существовали начальные геометрические знания, которые добывались в основном опытным путем, но они не были еще систематизированы и передавались от поколения к поколению в виде правил и рецептов, например, правил нахождения площадей фигур, объемов тел, построение прямых углов и т.д. Не было еще доказательств этих правил, и их изложение не представляло собой научной теории.

В учебнике не найти сведений о первых расчётах практических задач, таких как измерение площадей. История говорит, что измерение площадей – одна из самых первых математических задач, возникших в глубокой древности. Среди самых старых древневавилонских клинописных табличек, смысл которых удалось расшифровать, – а их возраст составляет более четырех тысяч лет, – нашлись таблички с расчетами количества зерна, которое требуется для посева в зависимости от площади поля (при заданных расстояниях между рядами и зернами в ряду). Такие расчеты тогда не казались простыми из-за громоздкого способа обозначений больших чисел, в котором особую роль играли числа 6, 10, 60 (от этой «шестидесятеричной» системы до наших дней сохранился обычай делить окружность на 360 частей и измерять углы в градусах).

Привлекая исторический материал, материал из смежных дисциплин, подчеркивая красоту и мощь геометрии, повышается интерес к предмету. Можно предложить ответить на вопросы:

- Кто «открыл» геометрию?;
- С чего началась геометрия?;
- Какие этапы в истории возникновения и развития геометрии выделяют историки?;
- Когда появились первичные геометрические сведения? С чем они были связаны?;
- К какому веку относится самое раннее сочинение, содержащее зачатки геометрии?;
- Что такое «Начала» Евклида?;
- В чём смысл учения конических сечений?;
- Когда зародилась тригонометрия?;
- Кто и когда ввёл в геометрию метод координат?;

- Как появились названия фигур?;
- Как Лобачевский «перевернул геометрию с ног на голову»?

Интересными являются задачи древности, которые заставляют нестандартно подходить к задаче и её решению. Их не возможно решить по образцу, они заставляют «мыслить». Например:

Задача ал-Караджи. «Найти площадь прямоугольника, основание которого вдвое больше высоты, а площадь численно равна периметру».

Из 1-й книги «Начал» Евклида. «Данный прямолинейный угол рассечь пополам».

Из 1-й книги «Начал» Евклида. «Данную ограниченную прямую (т.е. отрезок) рассечь пополам».

Другой формой работы с историческими сведениями о геометрии, которая активизирует познавательную деятельность учащихся и повышает интерес к предмету, является проектная деятельность. Метод проектов актуален и эффективен, он развивает познавательную активность, исследовательское и логическое мышление, коммуникативные и практические навыки учащихся, является самым эффективным в плане формирования ключевых компетенций у учащихся. Проектная деятельность определяется как деятельность по проектированию собственного исследования, предполагающая выделение целей и задач, выделение принципов отбора методик, планирование хода исследования, определение ожидаемых результатов, оценку реализуемости исследования, определение необходимых ресурсов. Из исследований ученых известно, что учащиеся удерживают в памяти 95 % от того, чему они обучаются сами.

Работа над индивидуальными проектами по математике в колледже строится на протяжении трёх основных этапов: подготовительный (погружение в проект), основной (организация и осуществление деятельности) и аналитический (анализ и презентация результатов).

На первом этапе учащиеся с руководителем формулируют тему, исходя из конкретной проблемы. Нет проблемы – нет деятельности.

На этом же этапе студенты планируют свои действия для достижения положительных результатов. В ходе разбора и обсуждения проекта вырабатывается план совместных действий руководителя и студента. Создаётся банк идей и предложений. На протяжении всей работы преподаватель помогает в постановке цели, корректирует работу, но ни в коем случае не навязывает студенту своё видение решения задачи.

Самым увлекательным этапом является основной, когда происходит поиск информации. Большую поддержку в этом оказывают Интернет-ресурсы. Найденная информация, обрабатывается, осмысливается. После совместного обсуждения выбирается базовый вариант. Студенты находят не только текстовую информацию, но и фото, картинки, видео.

На данном этапе готовится результат всей проведённой работы – продукт исследования. В качестве продукта могут служить все методические разработки; изготовленная в электронном или бумажном варианте книжка; презентация, выполненная в компьютерной программе Power Point; опорный конспект; памятка по решению задач; сборник ключевых задач по изучаемой теме и другие продукты. Студенты выбирают сильные технологии для создания своей работы, уточняют, анализируют собранную информацию, формулируют выводы. Преподаватель выступает в роли научного консультанта. Все результаты выполненных проектов должны быть, что называется, «осязаемыми», готовыми к использованию (на уроке, в реальной жизни).

На последнем, заключительном, этапе студенты анализируют свою работу, готовят выступления для презентации своего исследования. Результатами работы над проектами становятся рефераты, эссе, электронные пособия, математические модели, мультимедийные продукты. Представление готового продукта, то есть его презентацию и защиту, можно провести в форме конкурса, выставки, презентации, а также в виде выступления на

различных студенческих конференциях и конкурсах.

Другой вариант работы с материалом по геометрии является подготовка исторической справки по данной теме. Такое задание выдаётся индивидуально учащемуся, который самостоятельно подбирает материал и выступает на уроке с кратким содержанием. Таким образом решается вопрос активного включения учащихся в образовательный процесс фрагментарно или на протяжении всего урока.

Использование практико-ориентированных заданий с историческим содержанием также активизирует учебную деятельность учащихся. Например, интересным будет задание измерить площадь и объём кабинета математики и, в качестве домашнего задания, площадь и объём своей комнаты.

Для уроков геометрии интересна работа по созданию презентаций, викторин, тестов, кроссвордов, стенгазет, альбомов, коллажей по историческому материалу. Работа организуется как индивидуально, так и в группах. Продукты размещаются в кабинете математики.

В заключении по всему выше сказанному можно сделать вывод о важности и необходимости использования исторического материала по геометрии для развития активизации познавательной деятельности учащихся на уроках геометрии, о повышении интереса к предмету и качества обучения. И всё это несмотря на то, что наука геометрия с древних времён претерпела большие изменения в своём развитии, племён и общин давно нет, а методы усовершенствованы. И какая бы ни была форма сообщения исторических фактов, даже минутный показ и разъяснение рисунка, использование их на уроке будет эффективно.

Список использованных источников:

1. Гербарт, И. Ф. Психология / Предисловие В. Куренного. - М.: Издательский дом «Территория будущего», 2017. (Серия «Университетская библиотека Александра Погорельского»). - 288 с.
2. Маклаков, А.Г. Общая психология: Учебник для вузов. - СПб.: Питер, 2017. - с. 583.
3. Свешников, А. Путешествие в историю математики. - М.1995.
4. Феокистов И. Геометрия до Евклида в очерках и задачах. - М.: Чистые труды, 2005.
5. Щукина Г.И. Активизация познавательной деятельности учащихся в учебном процессе. Учебное пособие для студентов - М., 1988.с.160

ИЗМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

Яровая Любовь Андреевна

Руководитель: Нилова Людмила Геннадьевна

ГАПОУ «Волгоградский медицинский колледж», Волгоград

Суррогатное материнство официально разрешено в разных странах, в том числе и в России. Для многих суррогатное материнство — единственная возможность стать родителями.

Суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям.

Есть законодательно утвержденный список показаний, по которым женщина имеет право принять участие в программе суррогатного материнства:

- отсутствие матки (врожденное и приобретенное);

- деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или в результате заболеваний;
- патология эндометрия (синехии, облитерация полости матки, атрофия эндометрия);
- неудачные повторные попытки ЭКО (3 и более) при неоднократном получении эмбрионов хорошего качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности;
- привычное не вынашивание беременности (3 и более самопроизвольных выкидыша в анамнезе).

Совет Федерации 14 декабря 2022 года одобрил закон, регулирующий новые нормы суррогатного материнства. 19.12.22 года Федеральный закон № 538 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» был подписан Президентом РФ и вступил в законную силу. Документ вносит существенные ограничения в данный вид ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии).

Цель работы - изучить изменения законодательства в области регулирования суррогатного материнства.

Исходя из поставленной цели, необходимо решить следующие задачи:

1. Изучить новые требования законодательства в части применения суррогатного материнства.
2. Рассмотреть введенные ограничения в данной области.

Гипотеза данной работы: «Введение новых законодательных норм конкретизировало и ужесточило требования к участникам программы суррогатного материнства».

Согласно требованиям, изложенным в новом документе, теперь суррогатное материнство разрешено только парам, брак которых официально зарегистрирован. Также программой могут воспользоваться одинокие женщины. В указанных выше случаях суррогатное материнство допустимо, но только при невозможности вынашивания и рождения женщиной малыша естественным путем, обусловленной медицинскими показаниями.

Ребенок, появившийся на свет на территории РФ, получает при рождении российское гражданство, для иностранцев программа недоступна. Использование данного вида ВРТ разрешено только парам, где оба супруга или один из них является гражданином Российской Федерации.

Требования к суррогатным мамам в законе почти не изменились, единственное новое требование – суррогатная мать обязана иметь российское гражданство.

Одно из самых важных изменений — запрет донорства ооцитов в программах суррогатного материнства. Для получения эмбрионов должен использоваться генетический материал как одинокой женщины, так и супружеской пары, а не стороннего кандидата. Дополнительно отметим, что донорство яйцеклеток по-прежнему доступно в протоколе ЭКО. Родители теперь обозначаются как генетические родители (раньше были «биологическими»).

Прежде всего, ограничения затронут иностранных лиц. Объясняется это тем, что ранее большое количество жителей других стран приезжали на территорию России, чтобы воспользоваться программой суррогатного материнства, а после возвращались за рубеж, где невозможно отследить судьбу рожденного ребенка. Также ограничения коснутся пациентов с онкологическими патологиями. Их участие в программах будет ограничено.

Прошлый вариант закона допускал, что женщины, которым по медицинским показаниям нельзя было провести стимуляцию яичников для получения яйцеклетки, могли воспользоваться донорским материалом и услугами суррогатной мамы. Теперь это сделать невозможно. Потенциальными родителями ребенка могут стать только генетические отец и мать.

Что касается одиноких женщин, то они могут применять протокол ЭКО с использованием донорской спермы. Также им по-прежнему доступны услуги суррогатных

мам. Но только при условии, что будет использована яйцеклетка будущей матери и сперма донора. Включение в протокол ооцитов сторонней женщины категорически запрещено, ребенок должен унаследовать генетический материал будущей матери.

Таким образом, внесённые изменения в первую очередь коснутся иностранцев. Также программы суррогатного материнства теперь недоступны парам, которые ранее могли воспользоваться донорскими ооцитами, и партнерам, официально не зарегистрировавшим брак.

Список использованных источников:

1. Применение вспомогательных репродуктивных технологий // КонсультантПлюс - URL: <https://www.consultant.ru/> (дата обращения: 04.02.2023).
2. Федеральный закон от 19 декабря 2022 г. N 538-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации"// Гарант.ру - URL: <https://www.garant.ru/> (дата обращения: 05.02.2023).
3. Новый закон о суррогатном материнстве 2022// AngelBaby - URL: <https://angelbaby.ru/> (дата обращения: 04.02.2023).
4. В России новый закон о суррогатном материнстве. Кому это теперь будет недоступно? // Фонтанка.ру - URL: <https://www.fontanka.ru/> (дата обращения: 04.02.2023).

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ПРАВА В РОССИИ

Богаченко Полина Сергеевна

Кондрашова Алина Игоревна

*Руководитель: Заварзина Галина Владимировна,
ГБПОУ "Волгоградский политехнический колледж
имени В.И. Вернадского", Волгоград*

Экологическое право – самостоятельная комплексная отрасль права, регулирующая отношения в области взаимодействия общества и человека с окружающей средой.

В России первые правовые нормы природоохранительного характера связывались с защитой частновладельческих прав на природные ресурсы. Впервые такие нормы появились еще в «Русской Правде». Так, ст. 69 «Пространной правды» за промысел («покражу») бобра предусматривала штраф в 12 гривен, что было равно наказанию за убийство холопа. Бобры и многие ценные пушные звери считались собственностью князя.

Законодательство России XV-XVI веков охраняло природные объекты великокняжеских, монастырских и общинных владений от посягательств на них со стороны иных лиц.

Уголовное право в России как система стало формироваться с конца XVII века в Уложении 1649г. Охрана природной среды нашла отражение в разделе об ответственности за имущественные преступления, и касалась она в основном вопросов ограничения охоты и охраны лесов. В этот же период было подготовлено 67 указов об ограничении отстрела лесного зверья. Целью этих указов было положить конец хищническому истреблению животных. Так, только в одном 1653 года через Архангельск за границу было вывезено 350 тыс. беличьих шкур.

При Петре I также принимались меры по охране животных - объектов охоты. Особой охране подлежали лоси. С представителей высших сословий за незаконную охоту на лосей взыскивали штраф 100 руб., а людям низших сословий грозило «наказание жестокое без всякой пощады» и «ссылка в Азов с женами и детьми на вечное житье». Указом 1704г. запрещалось ловить рыбу переметами, поскольку этот способ массового лова препятствовал не только «великой», но и «малой» рыбе пройти к местам нереста. В 1721г. Петр I издал Указ об ограничении добычи жемчуга в северных реках России.

До конца XIX века в России не было закона об охоте. Такой закон был принят 3 февраля 1892г. С его принятием были внесены изменения в ст. 949 Уложения о наказаниях уголовных и исправительных 1845г. Она стала предусматривать, что «полевые, лесные и охотничьи сторожа, уличенные в ложном показании, подвергаются сверх наказаний, определенных в ст. 943, «удалению от должности с лишением всех прав на занятие».

По Указу царя от 1678г. за порубку леса в заповедных засечных лесах с виновных взимался штраф: «За проложенную дорогу в лесу и за высечку дерева с гранью - 10 руб., а за проложенную стезжку и за высеченное дерево без грани - 5 руб.» Кроме того, виновный подвергался «битью кнутом в городах в торговые дни при многих людях...». За повторную порубку деревьев предусматривалась смертная казнь.

Петр I объявлял некоторые леса заповедными, невзирая на принадлежность лесных угодий (казенные, помещичьи, монастырские). За порубку заповедных лесов виновные подвергались штрафу в 10 руб., а за «многую заповедных лесов посечку» – смертной казни.

За умышленный поджог леса в качестве наказания определялась смертная казнь. В 1724г. в дополнениях к указанному предписывалось виновных в порубке леса валодмейстеров (управляющих лесами) и сторожей наказывать кнутом и, вырезав ноздри, ссылать вечно на каторжные работы.

Многие статьи Уложения о наказаниях уголовных и исправительных 1845г. предусматривали ответственность чиновников лесного хозяйства и служащих за разрешение самовольной порубки леса или за участие в таких деяниях (штрафы, заключение в тюрьму, ссылка в Сибирь). Однако и эти меры не могли остановить интенсивное истребление лесов. Согласно отчету Министерства юстиции за 1860г. за незаконную порубку казенных лесов было предъявлено обвинение 17 641 человеку, что составляло 25% от общего числа всех обвиняемых за различные преступления (72 489). 5 виновных были приговорены к ссылке и 34 - направлены в арестантские работы.

Несмотря на наличие в законодательстве России XVII-XIX веков некоторых природоохранных уголовно-правовых норм в целом развитие их существенно отставало от развития законодательства об охране и использовании природных ресурсов. Только в Петровский период было принято 60 указов об охране природы, в пост петровский период - более 140 законов, а в период Александровских и пред реформенных преобразований - более 300 законов. Однако законотворческая деятельность не соответствовала практике применения закона, поскольку казенные ведомства, крупные частные промышленники не были заинтересованы в его реализации, так как оно лишало бы их основных доходов.

Система норм, обеспечивающих охрану природы, начала складываться лишь к концу XIXв., именно в это время экологические интересы сложились в качестве объекта уголовно-правовой охраны в России. Уложение о наказаниях уголовных и исправительных наибольшее внимание уделяло вопросам ответственности за посягательство на живую природу. Некоторая часть норм при этом содержится в главе «О нарушении постановлений для обеспечения народного продовольствия» и предусматривает уголовно - правовые санкции за «безвременное и излишнее истребление служащими в пищу диких животных и рыб». Преступлением объявлялось самовольное создание рыбных заводов; незаконный улов рыбы; непринятие должностными лицами «мер по прекращению охоты и звериной и птичьей ловли в запрещённое время и в запрещённых местах», «допущение торговли добытою в запрещённое время дичью». Специальная глава отводилась статьям о наказуемости нарушений правил о казённых и частных лесах: за самовольную рубку деревьев, укрывательство или покупку похищенного или самовольно срубленного другими лицами леса, ненадлежащее выполнение обязанностей или злоупотребление ими со стороны «лесных чинов и стражи», сопротивление такого рода лицам. Подобные составы защищали не столько экологические интересы, сколько интересы собственности государства и частных лиц. Несколько с иных позиций осуществлялась защита неживой природы: воздуха и воды. В

главе «О нарушении правил для охранения чистоты воздуха и безвредности воды, а также безвредности съестных припасов» законодатель признавал наказуемыми действия того, кто «построит, призванные по законам вредными для чистоты воздуха или воды, фабрику, мануфактуру или завод в городе, хотя бы вне города, но выше одного по течению реки или протока». Помимо ареста от 7 дней до 3 месяцев содеянное влекло за собой уничтожение построенного за счёт виновного. Отдельная санкция устанавливалась за выброс в воду ядовитых или сильнодействующих веществ с намерением лишить кого-либо жизни.

Уголовное Уложение 1903 года пошло по пути значительного смещения акцентов в уголовно-правовой оценке социальной направленности многих из вышеперечисленных преступлений. Сконструировав особую главу - «О нарушении постановлений, ограждающих народное благосостояние», законодатель, с одной стороны, объединил в ней составы, ранее изложенные в разных разделах Особенной части, а с другой - предусмотрел основания уголовной ответственности за ряд новых деяний. Немало статей данной главы было призвано обеспечить охрану диких животных и птиц. Формулируя составы незаконной охоты, Уголовное Уложение установило к тому же специальные санкции за:

- 1) убой зубра или самки лося, оленя, дикой козы;
- 2) «недозволенное разорение птичьих гнёзд или вынимание из них яиц или птенцов;
- 3) реализацию и покупку с целью продажи дичи, убитой в запрещённое время.

В более унифицированном виде предусмотренного основания уголовной ответственности за рыбную и иную ловлю «в недозволенное время, в недозволенных местах, запрещёнными способами или без соблюдения предписанных правил». Не были оставлены без внимания и общественные интересы в части защиты от распространения заразных болезней среди домашних животных, сельскохозяйственных растений, плодовых деревьев и т. п.

Для защиты лесов общегосударственного значения в 1917г. был принят Декрет, объявивший преступными лесопорубки без надлежащего разрешения. В 1918г. была издана норма, устанавливающая ответственность за нарушения порядка производства лесных заготовок. 27 мая 1918 года был подписан декрет об охране лесов, в котором отмечалось их исключительное водоохранное, почвозащитное, экономическое и культурное значение. В это же время принимаются и декреты об охоте и о регулировании рыбного хозяйства в целях сохранения от расхищения и уничтожения редких пород животных и рыб.

Совет Труда и Оборона в 1920г. принял Постановление «О борьбе с лесными пожарами», предусмотревшее отдачу под Суд военного трибунала лиц, умышленно или по неосторожности вызвавших лесной пожар. Уголовная ответственность за посягательства на фауну основывалась на Декрете СНК «О сроках охоты и праве на охотничье оружие» и Декрете об охоте. Для защиты интересов государства в области использования природных ресурсов в зоне Арктики Декретом СНК «Об охране рыбных и звериных угодий в Северном Ледовитом океане и Белом море» была предусмотрена возможность уголовного преследования за нарушение исключительного права РСФСР на эксплуатацию рыбных и звериных угодий в этих регионах в границах, определенных ст.1 Декрета. Еще до утверждения Уголовного кодекса 1922 года было решено организовать охрану ценных уголков природы с их растительным и животным миром, для чего был принят ряд декретов об учреждении в разных районах страны заповедников.

Уголовный кодекс 1922 года упоминал о двух составах преступлений рассматриваемого вида:

1. за не извещение надлежащих властей о заразной болезни вне зависимости от того, кого она касалась: людей или скота,
2. за охоту и рыбную ловлю в недозволенное время, в недозволенных местах и недозволенными способами и приёмами; выборку камней, песка и прочего без разрешения надлежащих властей и разработку недр земли с нарушением установленных правил.

В УК РСФСР 1926 года нарушение правил охраны леса, производство различного рода запрещенных водных добывающих промыслов, разработка недр, промысел котиков и морских бобров, а позднее (с 1928 года) и незаконная охота стали рассматриваться самостоятельными составами преступлений. Вместе с тем о наказуемости за не извещение о заразной болезни он уже не упоминал.

УК РСФСР 1960 года устанавливал отдельные санкции за более широкий круг деяний против природы, но относил их уже к различным главам Особенной части. В главе «Хозяйственные преступления» речь идёт об известных (незаконное порубка леса, запрещённое занятие рыбным и другими водными добывающими промыслами, разработка недр без соответствующего разрешения и т.д.), и о ряде новых для советского законодательства деяний: нарушение правил лесосплава или взрывных работ, умышленная порча посевов и повреждение полевых насаждений и др.

В начале 1990-х годов было создано Министерство РФ по охране окружающей природной среды. В постсоветской России было принято около трех десятков законов, касающихся экологии: «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (1991), «О недрах» (1992), «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993), «Об особо охраняемых природных территориях» (1995), «О животном мире» (1995), «Водный кодекс РФ» (1995), «Лесной кодекс РФ» (1997), «Об отходах производства и потребления» (1998) и др. Основополагающий законодательный акт на сегодняшний день, который детально описывает экологические обязанности и права граждан России и регулирует отношения в области всей окружающей среды - это Закон РФ «Об охране окружающей природной среды» (2002). Также к основным нормативно-правовым актам по охране окружающей среды относят: Земельный кодекс РФ (2001), Водный кодекс РФ (2006), Лесной кодекс РФ (2006).

Осенью 2002г. правительство РФ одобрило Экологическую доктрину и план действий по ее реализации. В составе правительства РФ была образована Федеральная служба по экологическому и технологическому контролю. 27 января 2009г. было принято Постановление правительства РФ «Об осуществлении государственного контроля в области охраны окружающей среды (государственного экологического контроля)». В апреле 2012г. президент России Дмитрий Медведев утвердил «Основы государственной политики в области экологического развития Российской Федерации на период до 2030 года», которые стали первым в истории России документом такого уровня, определяющим долгосрочную экологическую стратегию страны.

Сегодня законодательство в области охраны окружающей среды позволяет обеспечивать сохранение качества окружающей среды в Российской Федерации.

Список использованных источников:

1. *Экологическое право России: учеб. пособие / под ред. Н.В.Румянцевой. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ЮНИТИ, 2012. – 242 с.*
2. <https://kpfu.ru/portal/docs/F331996391/PRAVO.pdf>
3. <https://be5.biz/pravo/e001/2.html?ysclid=lcx67uo2c3281514353>
4. <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-istoricheskogo-razvitiya-ekologicheskogo-prava-v-rossii?ysclid=lcx68mqzf3972150379>

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЧАЯ, РЕАЛИЗУЕМОГО В ТОРГОВОМ ПРЕДПРИЯТИИ «ПЯТЕРОЧКА» ООО «АГРОТОРГ» г. ВОЛГОГРАД

*Бродская Дарья Игоревна
Руководитель: Синицына Галина Павловна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

Чай – один из любимых напитков в России. Благодаря разнообразию содержащихся в чае веществ этот напиток хорошо действует на пищеварение и нервную систему, облегчает деятельность сердца и сосудистой системы, понижает кровяное давление и повышает жизненную энергию человека.

Рынок имеет высокий уровень спроса и предлагает огромный ассортимент чая потребителям. Объем рынка на протяжении нескольких лет остается стабильным.

Объем потребления чая в нашей стране достаточно стабилен: на начало 2021 года он составил 1,3 килограмма на человека в год. Разнообразие чайной продукции на магазинных полках ежегодно растет. Несмотря на это более 75% населения все же предпочитает традиционный черный чай, доля любителей зеленого чая ежегодно растет – по разным оценкам, в настоящее время она составляет 20-25%. Среди молодежи популярны фруктовые, ягодные и ароматизированные чаи.

Объектом исследования является чай байховый, реализуемый в торговом предприятии «Пятерочка» ООО «Агроторг» г. Волгограда. Предметом исследования является ассортимент чая, реализуемого в данном торговом предприятии.

Выбранная тема является актуальной, так как чай пользуются популярностью в России и устойчивым спросом, ассортимент чая постоянно обновляется и требует изучения и популяризации.

Чай – это лист чайного куста, обработанный и подготовленный для приготовления одноименного напитка. Современный ассортимент чая достаточно разнообразен.

В зависимости от степени ферментации чайного листа чай подразделяют на типы. Зеленый – напиток на основе чайного листа, который практически не подвергается ферментации. Черный – вид чая, подвергающийся полной ферментации (окислению) в течение от двух недель до месяца (по традиционной технологии). Традиционно наиболее популярный вид чая в Европе, включая Россию. Желтый – это молодые листья, с 1 по 3 от верхней почки чайной ветки, немного пропаренные, слегка подсушенные и чуть ферментированные в особых условиях. Белый – вид чая, подвергающийся слабой ферментации. Белый чай меньше всего подвергается ферментации, примерно 5-7%. Название «белый» получил по виду чайной почки, которая густо покрыта белым ворсом. Красный – неоднозначный термин: Улун – полуферментированный чай, который по китайской классификации занимает промежуточное положение между зеленым и красным. Название «красный чай» для улунов принято в России.

По составу: одного районного происхождения (Индийский, Китайский, Цейлонский, Японский, Краснодарский); купажированный (Индийский с Китайским); с добавлением растительного сырья (цветы жасмина, кусочки имбиря, лист мяты, лаванда и т.д.), ароматизированный (байховый с добавлением натуральных или искусственных ароматизаторов) [2.с.215]

Ассортимент – это набор товаров, объединенных по какому – либо признаку или совокупности признаков. Торговый ассортимент в отличие от производственного должен быть широким, так как предназначается для удовлетворения самого разнообразного спроса населения.

Ассортимент товаров должен постоянно обновляться. Это обусловлено научно-техническим прогрессом, появлением новых сырьевых материалов и способов обработки, прогрессивных технологий, изменениями рыночной конъюнктуры, усилением конкуренции на товарном рынке, повышением платежеспособности потребителей.

В настоящее время большое внимание уделяется формированию ассортимента и управлению им. Формирование ассортимента в торговом предприятии зависит от типа, торговой площади, местонахождения, уровня доходов национального состава и других факторов. Их изучение и анализ позволяют сформировать оптимальный ассортимент, на основе которого разрабатывается ассортиментная матрица. [1.с.124]

Формирование ассортимента является важной задачей, обеспечивающей удовлетворение потребностей и получение прибыли.

Нами был проведен анализ ассортимента чая, реализуемого в торговом предприятии «Пятерочка» ООО «Агроторг» г. Волгограда за период с 2019 по 2021 год.

С целью оптимизации ассортимента проводят анализ по основным показателям: широта, полнота и обновления [3.с.147]. Это позволяет сформировать ассортимент, максимально удовлетворяющий потребности покупателей данного торгового предприятия.

Широта - это число наименований, видов, разновидностей товаров, вырабатываемых промышленностью и находящихся в продаже. Этот показатель для чая характеризуется количеством групп, видов, разновидностей по сравнению с учебной классификацией. Коэффициент широты вычисляется по формуле: $K_{ш} = Ш_{факт.} / Ш_{баз.}$, где $Ш_{факт.}$ - число групп чая в магазине; $Ш_{баз.}$ - число групп по учебной классификации. Исследования данного показателя за 3 года проведены в таблице 1 «Широта ассортимента» чая.

Таблица 1 - Широта ассортимента чая.

Количество групп, предусмотренных НД	2019 год		2020 год		2021 год	
	Присутствует в продаже	Коэффициент	Присутствует в продаже	Коэффициент	Присутствует в продаже	Коэффициент
Черный чай	+		+		+	
Зеленый чай	+		+		+	
Желтый чай	-		-		-	
Белый чай	-		+		+	
Красный чай	-		-		-	
Байховый	+		+		+	
Прессованный	-		-		+	
С растительными добавками	+		+		+	
Итого: 8	4	0,5	5	0,6	6	0,8

Показатели широты имеют устойчивую тенденцию к росту, так как в 2019 году коэффициент составлял 0,5, а в 2021 году - 0,8.

Отсутствие красного, желтого и белого чая не является недостатком в ассортименте, так как эти дорогостоящие виды чая реализуются в специализированных магазинах.

Такие показатели свидетельствуют о том, что маркетинговые службы магазина успешно ведут работу по расширению ассортимента в пределах предусмотренных нормативными документами групп.

Полнота - это отношение числа разновидностей, находящихся в продаже к числу товаров, предусмотренных нормативными документами. Определяется по формуле:

$K_{п} = П_{факт} / П_{баз.}$, где $П_{факт.}$ - фактическое количество наименований каждой группы; $П_{баз.}$ - количеством наименований данной группы, предусмотренным ассортиментной матрицей магазина. Этот показатель, в отличие от широты, характеризуется количеством наименований, представленных по каждой группе.

В условиях рынка резко возросла конкурентная борьба между торговыми предприятиями. Для привлечения покупателей многие из них идут на расширение ассортимента. Каждый магазин устанавливает конкретно для себя оптимальную структуру ассортимента, исходя из многих факторов; покупательский спрос, производство товаров, тип и размер магазина, зона деятельности магазина, имидж магазина и др.

Полнота ассортимента по чаю исчисляется десятками наименований, количество новых изделий в настоящее время имеет тенденцию к увеличению. Анализ полноты

ассортимента следует проводить путем сопоставления фактического количества наименований каждой группы с количеством наименований данной группы, предусмотренным ассортиментной матрицей магазина.

Ассортиментная матрица — это перечень товарных позиций, утвержденных для продажи в конкретном магазине на определенный период времени, с учетом требований ассортиментной политики магазина, особенностей формата и места расположения. Она включает перечень товаров, пользующихся стабильным спросом у покупателей.

Ниже, в таблице 2 приводится анализ полноты ассортимента по отдельным группам.

Таблица 2 – Исследование полноты ассортимента чая

Разновидности ассортимента	Количество наименований по матрице	2019 год		2020 год		2021 год	
		Кол-во наименований в магазине	Коэффициент	Кол-во наименований в магазине	Коэффициент	Кол-во наименований в магазине	коэффициент
Черный чай	48	37	0,8	39	0,8	42	0,9
Зеленый чай	34	29	0,9	30	0,9	31	0,9
Белый чай	2	1	0,5	1	0,5	2	1
Прессованный	5	2	0,4	2	0,4	3	0,6
С растительными добавками	37	24	0,6	28	0,8	30	0,8
Итого:	126	93	0,7	100	0,8	108	0,9

Анализ полноты ассортимента показал, что по всем группам и наименованиям ассортимент стремится к оптимальному и имеет тенденцию к увеличению, так как в 2019 году коэффициент составлял 0,7, в 2020- коэффициент 0,8 , а в 2021 году коэффициент составляет 0,9.

Торговое предприятие «Пятерочка» ООО «Агроторг» г. Волгограда имеет достаточно обширные торговые площади. При условии обеспечения оптимальных выставочных площадей магазин имеет неограниченные возможности увеличения количества наименований внутри групп, к максимальной оптимизации ассортимента по данному показателю.

Степень обновления. Для оптимизации ассортимента важно исследование его степень обновления. Она характеризуется удельным весом новых изделий в общем объеме поступившей продукции, поступившей в продажу.

Анализ степени обновления ассортимента произведен за 3 года. Данные представленные в таблице 3.

Таблица 3 - Обновления ассортимента чая

Годы	2019 год	2020 год	2021 год
Наименование чая	Чай черный с кусочками лайма. Зеленый чай с виноградом. Черный чай с иван – чаем классический.	Молочный улун. Черный чай с кусочками лимона. Чай черный с манго. Чай черный с смородиной. Чай черный с ананасом и грейпфрутом	Цейлонский черный чай со вкусом французского трюфеля, кусочками какао-бобов и кокоса. Черный чай с белым персиком. Черный чай с иван – чаем и ароматная

			малина. Черный чай с иван — чаем и душистый чебрец. Черный чай с мятой.
Всего наименований чая	93	100	108
Новых видов	15	20	31
Доля обновления	0,2	0,2	0,3

Коэффициент обновления 0,1-0,4 считается оптимальным. Не следует обновлять ассортимент кардинально, так как это повлечет снижение продаж. Покупатели не увидят наименования, пользующиеся устойчивым спросом. Тем не менее, обновление ассортимента необходимо, что привлечет новых покупателей и повысит интерес постоянных.

Таким образом, анализ показателей ассортимента позволяет сделать вывод, что ассортимент чая, реализуемый магазином «Пятерочка» ООО «Агроторг» г. Волгограда за период с 2019 по 2021 год максимально удовлетворяет спрос покупателей.

Список использованных источников:

1. Грибанова, И. В. Организация и технология торговли : учебное пособие / И. В. Грибанова, Н. В. Смирнова. - 3-е изд. - Минск : Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2019. - 203 с. - Текст : непосредственный
2. Рыжиков, С.Н. Товароведение продовольственных товаров: учебное пособие/С.Н. Рыжиков.-Ростов н/Д: Феникс, 2020.-347с.- Текст: непосредственный.
3. Криштафович, В.И Теоретические основы товароведения: учебник/В.И. Криштафович, Д.В. Криштафович. - Москва: КНОРУС, 2021.-160с.-(Среднее профессиональное образование).-Текст: непосредственный.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ PR – ТЕХНОЛОГИЙ В РЕСТОРАННОМ БИЗНЕСЕ

Дик Виктория Витальевна
Руководитель: Москвитина Оксана Павловна
ГАПОУ "Камышинский политехнический колледж", г. Камышин

Сегодняшний ресторанный бизнес построен на удовлетворении потребительского спроса. В идеале, открытие нового предприятия питания предваряется проведением маркетинговых исследований, в частности, выявлением портрета целевой аудитории - посетителей, которых организаторы хотели бы видеть в заведении. Но зачастую, после того, как информация получена, рестораторы не знают, что с ней делать, как привлечь желаемую публику. Для этих целей и существует PR - функция менеджмента, помогающая как в создании известности ("паблисити"), так и в поддержании взаимовыгодных отношений между рестораном и его потенциальными гостями [1].

Ресторанный бизнес можно отнести к динамично развивающейся сфере коммерческой деятельности, каждый день открываются новые и закрываются старые заведения. PR – это золотая жила ресторанного бизнеса. Ни какой рекламой нельзя добиться таких результатов, какие приносит PR.

PR – это свой, собственный имидж, уникальность и оригинальность в глазах посетителя. Применяется он для улучшения работы предприятия и увеличения прибыли, это своеобразная функция управления бизнесом, так как именно от положительного общественного мнения зачастую зависит репутация заведения.

Работа PR - специалиста заключается в создании образа ресторана и формирование правильного образа в общественном сознании для достижения поставленных целей.

Цели - это то, что хочет видеть заказчик, или в данном случае, владелец ресторана. Каждый специалист, приходя на работу, составляет план, по которому будет развиваться узнаваемость ресторана, как представителями СМИ, так и конечной целевой аудиторией.

Деятельность по продвижению ресторанных компаний должна быть оперативной, компетентной, прозрачной и честной. Идеалу PR-деятельности в ресторанном бизнесе характерен: профессионализм, неоднозначность, изобретательность и самостоятельность.

Независимо от размеров организации и размера создаваемого PR-отдела, для эффективной PR-деятельности необходимо создать прямую связь между PR-службой и руководством ресторана. Часто руководитель PR-отдела входит в команду высших управленцев.

Зачастую, PR активность ресторанной сфере ограничивается лишь новостями в СМИ, вечеринками для гостей.

К основным PR-технологиям в ресторанном бизнесе можно отнести:

1. Создание информационного повода – запуск новой сети, масштабного ресторанного проекта, появление знаменитого шеф-повара, ребрендинг. Примером эффективного использования информационного повода для привлечения потенциальных клиентов может служить привлечение известной личности к открытию ресторана. Например, при открытии ресторанного проекта «BIBLIOTEKA» был приглашен Цезарь Кайзер- топ-модель мужчина, написавший кулинарную книгу «MODELKITCHEN». На открытии ресторана он готовил блюда из своей книги, поэтапно рассказывая, как готовить блюда и устроил дегустацию.

2. Организация пресс-конференций, специальных мероприятий со звездами.

3. Информирование деловых партнеров, СМИ, клиентов о появлении нового сезонного блюда/меню, благотворительных мероприятиях.

Многие рестораны используют "сарафанное радио" (информация, передаваемая из уст в уста) – как эффективный PR-инструмент: бесплатно и стопроцентно попадание в целевую аудиторию.

К несомненным преимуществам инструментов PR относится, во-первых, то, что чаще всего они действует не напрямую на клиента, а они ориентированы на его подсознание. Навязчивость отталкивает. Во-вторых, образ ресторана, который создается именно посредством PR методов, с точки зрения клиента выглядит намного более правдоподобным, так как у современных людей очень часто открытая реклама ассоциируется с недостоверной и необъективной информацией. В-третьих, с финансовой точки зрения, PR стоит дешевле, чем размещение рекламы, например, в газетах или журналах [2].

Одним из главных ресурсов PR в ресторанном бизнесе является ресторанная критика. Однако, ресторанный критик в нашей стране - это нонсенс. На западе настоящего ресторанного критика никто не знает в лицо, он приезжает сам, он платит сам за эту еду, потом он пишет то, что думает. В России ресторанные критики – это, как правило, обыкновенные журналисты, которые пишут заказные статьи. У нас в стране считается, что когда ресторан платит за рекламу, то он как бы имеет моральное право требовать от журналиста определенный подход работе с этим заведением. Но это в корне неправильно.

Другим направлением деятельности в рамках PR является создание информационного повода, когда в СМИ запускается какая-либо яркая информация, которая непосредственно связана с рестораном. Новости о том, что в ресторане прошла какая-то важная встреча высокопоставленных гостей или о том, что в ресторане отметил свой день рождения какой-нибудь представитель селебритиз, превосходно работают на имидж заведения.

Особое место среди методов PR занимает проведение специальных мероприятий. К ним принято относить пресс-конференции, брифинги, презентации, но у нас в стране на такие мероприятия особо внимания не обращают, в отличие от какой-либо светской вечеринки. Именно такие тусовки стали эффективнейшим орудием продвижения. Любая PR

кампания, PR акция, PR мероприятие - это, прежде всего, структурированная активность, осуществляемая в рамках общей концепции ресторана или бренда.

Информирование - одна из основных целей, ради достижения которых разрабатываются PR-акции и в целом PR-кампании. Информация как таковая вряд ли способна принести ресторатору прибыль, но в контексте побуждения потенциальных гостей к посещению заведения – это действительно так. Более того, яркую насыщенную информацию гораздо легче представить журналистам, а в большинстве случаев именно они являются проводниками между рестораном и его посетителями.

Средства массовой информации заинтересованы в событиях, произошедших в заведении, о которых они могли бы рассказать, в содержательных беседах с профессионалами рынка, свежих нестандартных взглядах. Поводов для общения с прессой у ресторана или кафе может быть множество. От сезонного обновления меню, фестиваля какой-либо из национальных кухонь, гастролей зарубежных шеф-поваров, - то есть, информационных поводов, - до проведения информационно-развлекательных мероприятий, посвященных придуманным юбилейным датам, мифическим событиям, несуществующим личностям, - то есть, поводов смоделированных. Определенное мастерство в подаче, - и каждый из них достоин организации пресс-конференции с широким освещением в средствах массовой информации.

При распространенном среди владельцев ресторанов мнении, что PR ресторану может принести очень ощутимую пользу, не более пятой части имеют в штате специалистов по связям с общественностью. Некоторые владельцы кафе и ресторанов ограничиваются спонтанно совершаемыми PR-акциями, сотрудничая с коммуникационными агентствами. Проблема в том, что агентств, специализирующихся именно на ресторанном бизнесе крайне мало, выбор скуден, а квалификация их сотрудников оставляет желать лучшего. Другие владельцы предприятий питания и вовсе продолжают считать PR-кампанию непозволительной роскошью и даже излишеством. Они объясняют свою позицию тем, что все эти средства продвижения хороши для модных или дорогих проектов, а также сетевых ресторанов и фаст-фуда, когда надо привлечь массированное внимание к новому бренду, но не для кафе или ресторана среднего сегмента с классической кухней и отсутствием в концепции каких-либо особенностей, «фишек».

Презентации, перформансы, красивые девушки и приглашенные звезды - не более чем инструменты для достижения поставленных целей. Чтобы провести успешную PR-кампанию, одних красивых картинок мало, необходимы знания и умения, направленные на создание репутации заведения. И здесь тоже оказываются полезными многие положения из области маркетинга.

Есть несколько непреложных истин для разработчиков PR-кампаний. Например, на начальном этапе необходимо собрать как можно больше информации об адресате - кого хотелось бы привлечь в ресторан. Это необходимо сделать хотя бы потому, что исследование позволит представить ясную картину о потребительских предпочтениях публики и побудительных механизмах, воздействующих на нее. Эти механизмы так и называются - мишени воздействия, они логически вытекают из потребностей аудитории. Удовлетворяя эти потребности, можно подвести каждого ее представителя к принятию нужного решения.

В качестве мишеней могут быть выбраны универсальные побудители - чувство достоинства, стремление к осуществлению желаний, успеху, получению материальной выгоды или удовольствия, комфорту. Мишенью воздействия может стать присущая многим жажда прославиться, запечатлеть свое имя, - вот почему на открытии модных ресторанов в буквальном смысле негде упасть яблоку. Чем шире аудитория, на которую необходимо оказать воздействие, - к примеру, потенциальные посетители фаст-фуда или другого демократичного заведения, - тем более универсальными должны быть используемые мишени. И наоборот, чем малочисленнее предполагаемая аудитория, - скажем, будущие гости гастрономического ресторана, - тем точнее будет подстройка под ее особенности.

После того, как появилась определенность с портретом гостей, стоит задуматься о приманках - том, что привлекает их внимание, вызывает интерес. Здесь может быть успешно применен метод аттракции - создание симпатичного образа или красивой легенды. По большому счету, это и есть моделирование повода, ведь далеко не всегда в ресторане происходит что-то особенное, в ряде случаев повод приходится создавать искусственно. Успех PR-воздействия на 90 процентов зависит от яркости и событийности, а сам повод должен быть интересен как потенциальным посетителям, так и журналистам, которые возьмутся его освещать.

К приманкам также относится участие в действе известных личностей. Деятели политики, игроки большого бизнеса, звезды эстрады и спорта, представители местной власти, - все они важны для PR-мероприятий, и проходят отдельной строкой в пресс-релизах. С выбором приглашенных персон поможет не ошибиться следующий закон: ключевые фигуры - это те фигуры, одно присутствие которых способно пробудить интерес целевой аудитории, удержать внимание и стимулировать определенное поведение. К тому же приглашенные звезды способны достаточно легко заинтересовать средства массовой информации, - интервью с места проведения мероприятия, фотографии светской хроники в ресторанном интерьере, ток-шоу, местом для которого был выбран ресторан, даже мастер-класс от звезды по приготовлению какого-либо блюда, снятый на кухне ресторана - все это непременно сыграет в плюс.

Сегодня основное PR-воздействие должно быть обращено к потенциальным гостям, остальная часть - к партнерам компании, аналитикам, поставщикам и контролирующим инстанциям, которые тоже хотят иметь четкое представление о ресторане или кафе. Необходимо понять ожидания каждой из этих групп, и какие инструменты наилучшим образом подходят для работы с ними. А главное предназначение средств массовой информации в обсуждаемом вопросе - распространение информации. Единственный нюанс: сотрудничество с прессой состоится исключительно на условиях взаимной выгоды, следовательно, формируемый новостной или событийный повод должен не только хорошо вписаться в редакционную политику издания, но и быть интересным его читателям, слушателям, зрителям. В тех газетах, журналах и передачах, где действуют законы прозрачности и клиентоориентированности, по-другому быть не может.

Генерация качественных новостей и привлечение знаменитостей дают позитивный эффект, но ведь генераторами новостей могут выступать и работники ресторана. Считается, посетители гораздо охотнее идут на повара, чем в заведение, о котором известно, что там хорошая кухня. Тем не менее, рестораторы не спешат продвигать своих сотрудников, резонно опасаясь, что после того, как у тех появится имя, они захотят пересмотра заработной платы, а если этого не произойдет - с легкой душой перейдут на работу к конкурентам. Вместе с тем, средства массовой информации весьма охотно идут на тематические интервью с шеф-поварами, да и читатели лояльно относятся к подобным материалам, с удовольствием изучая представленную информацию и уж точно совсем не считая ее хоть в чем-то рекламной.

Если PR в большинстве случаев должен быть нацелен на конечного потребителя, то две его составные - пресс-конференции и пресс-релизы - не что иное, как обращение к средствам массовой информации. Многие специалисты по связям с общественностью ставят работу с журналистами на поток. А это вовсе неправильно. Менеджер по связям с общественностью создает PR-документ для того, чтобы путем публикации в средствах массовой информации обнародовать новости о ресторане, например, информацию об открытии, обновлении меню или, скажем, введении каких-либо дополнительных предложений.

Для измерения эффективности проведенной PR-кампании можно использовать метод фокус-групп, социологические исследования, аудит прессы. Однако для небольших заведений эти методы могут оказаться слишком затратными. Ресторанам, чей бюджет на PR-

кампанию не очень велик, лучше всего использовать метод обратной связи, то есть, опрос гостей. Другой способ измерения эффективности проведенной PR-кампании основан на вычислении суммарной стоимости площадей (или хронометража) материалов о заведении, прошедших как редакционные.

Самый достоверный способ измерения эффективности PR-кампании - проведение количественного исследования, которое, при определенных обстоятельствах, можно осуществить и силами собственного коллектива. Суть метода заключается в замерах так называемых волн посещения, - эти замеры следует делать до начала компании, в середине, а также в конце - непосредственно после окончания и через две недели. Проведение качественного исследования - способ похожий по исполнению, но более затратный. Зато он отвечает на вопросы не только о том, знают ли потребители ресторан, но и что конкретно им о нем известно.

Таким образом, несмотря на ведущую роль средств массовой информации в PR, пресса - не единственный инструмент обращения к будущим гостям. И считать публикуемую в газетах и журналах, равно как присутствующую в эфире информацию достаточной для завоевания лояльности аудитории, нельзя. Информационный поток позволяет строить «паблисити» и формировать имидж ресторана, но его необходимо разбавлять теми или иными мероприятиями, - насыщенными, зрелищными, с приглашением известных и авторитетных людей [2].

Список использованных источников:

1. Ворошилов В.В. Современная пресс-служба / В.В. Ворошилов. – М.: Кно-Рус, 2019. – 224 с.
2. Дорский А.Ю. Правовое регулирование рекламной деятельности и связей с общественностью / А.Ю. Дорский. – СПб: СПбГУ, 2019. – 216 с.

ИННОВАЦИОННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СФЕРЫ УСЛУГ КАК ФАКТОР ЭКОНОМИЧЕСКОГО РОСТА

Кузьменко Анна Сергеевна

Руководитель: Москвитина Оксана Павловна

ГАПОУ "Камышинский политехнический колледж", г. Камышин

В настоящее время сфера услуг играет значимую роль не только в экономике отдельного государства, но и в мировой экономике в целом. За последние десятилетия доля услуг постоянно возрастает, число занятых в сфере услуг так же характеризуется положительной динамикой, активно развивается международная торговля услугами. Все вышеперечисленные факторы свидетельствуют о том, что современная экономика представляет собой сервисную экономику или экономику услуг. При этом, значимым фактором, влияющим на развитие экономики в современных рыночных условиях, является инновационная активность.

В современном мире инновации являются незаменимым элементом функционирования и поступательного развития экономики, без инновационной составляющей невозможно добиться эффективного развития производственной и непроизводственной сфер хозяйства. В настоящее время разработка и внедрение инновационных технологий в сферах производства и обращения, новых методов организации и управления предприятиями стали ключевыми факторами рыночной конкуренции, мощным средством повышения эффективности деятельности и улучшения качества товаров и оказания услуг [1].

Роль сферы услуг в современной экономике обусловлена тем, что в этом секторе формируются основополагающие факторы экономического роста, а именно: новое научное

знание, интеллектуальный капитал, информационные технологии, услуги финансового сектора, консалтинг и др.

Из этого следует, что актуальными становятся масштабные научно-технические, качественные и структурные изменения в отраслях сферы услуг, имеющие важнейшее значение для дальнейшего развития экономики и повышения качества жизни населения.

Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года необходимым условием сырьевой независимости и конкурентоспособности экономики страны является переход от сырьевой модели развития к экономике инновационного социально ориентированного типа. Это требует формирования нового механизма социального развития, основанного на новых требованиях к человеческому потенциалу, потребляемым ресурсам и предоставляемым услугам.

Одним из значимых факторов такого перехода является формирование и развитие экономики знаний и высоких технологий, к числу отраслей которой отнесены сферы образования, высокотехнологичной медицины, НИОКР, связи, а также подотрасли промышленности, разрабатывающие и реализующие инновации. Без внедрения инноваций в этих сегментах рынка услуг невозможно достижения основной цели инновационной политики – повышения качества жизни населения.

В настоящее время вопросы взаимодействия, взаимовлияния и взаимопроникновения процессов инновационного развития различных сфер экономики (в том числе сферы услуг) и качества жизни населения страны актуальны и широко обсуждаемы в обществе. Однако научные разработки по данной проблеме представлены крайне узко. Среди отечественных ученых следует отметить труды Дегтерева В.А., посвященные поиску решений в области разработки стратегии развития сферы сервиса как основы повышения качества жизни населения [2].

На наш взгляд, стратегические направления инновационного развития организаций сферы услуг и ее структурных элементов (отраслей) формируются в соответствии с видами инноваций, выделенными по областям внедрения (характеру применения). Считаем, что для сферы услуг характерны следующие группы инноваций:

1) *технологические инновации* – инновации в области технологии оказания услуг, внедрения нового оборудования, позволяющих оказывать новые услуги, выпускать новые сопутствующие товары;

2) *сервисные инновации (инновации услуг)* – повышение потребительской ценности услуг, изменения в структуре и ассортименте оказываемых услуг, совершенствование качественных характеристик услуг;

3) *организационно-управленческие* – совершенствование бизнес-процессов, внедрение новых методов управления, принятия решений, использование новых информационно-коммуникационных ресурсов в сфере услуг;

4) *социально-экономические* – изменение социальных, экономических и правовых условий функционирования предприятий сферы услуг, способствующих улучшению условий труда и повышению качества жизни населения;

5) *финансовые* – создание новых финансовых инструментов и технологий финансирования и привлечения инвестиций в отрасли сферы услуг.

Первая группа инноваций, реализуемых в сфере услуг, является основополагающей и определяющей вектор дальнейшего развития общества. Отличительной особенностью инноваций в сфере услуг в постиндустриальном обществе является их прямая зависимость от состояния технологий и уровня развития научно-технического прогресса. При выявлении сущности сервисных технологических инноваций трудно определить четкую границу между технологиями, создающими новые товары (продукты, средства производства), и услугами, которые оказываются на основе этих продуктов. Например, создание и применение GPS, биотехнологии, косметология и др. Поэтому инновационное технологическое развитие

сферы услуг, создание мощного научно-технического комплекса является одним из приоритетных направлений.

Появление на рынке новых услуг определяется перспективными требованиями потребителей и, как сказано выше, основано на последних тенденциях мирового научно-технического развития и прорывных инновациях. Сервисные инновации связаны не только с появлением новых или обновленных видов услуг, а также с усовершенствованием самих процессов и технологических операций оказания услуг, что, в целом, направлено на повышение их потребительской ценности. С позиций повышения качества жизни населения особую значимость приобретают сервисные инновации в секторах, характеризующихся массовым спросом населения, выполняющих роль социальной инфраструктуры: образование и наука, здравоохранение, жилищно-коммунальное хозяйство, транспорт, связь.

Третья группа инноваций концентрируется на задачах организационно-управленческих преобразований, реинжиниринга бизнес-процессов, внедрения современных программных систем и ИТ-решений. Мероприятия данного направления обеспечивают возможность повышения эффективности деятельности предприятий сферы услуг за счет использования современных информационно-коммуникационных ресурсов. Актуальность данного направления обостряется отсталостью внедрения на российских предприятиях сферы услуг высокопроизводительных интегрированных информационных систем. Так, например, активное внедрение и использование компьютерной техники, штрихового кодирования для идентификации и учета товаров на американском рынке товародвижения (торговли) происходило в 80-х годах прошлого столетия, в то время как в России развитие этих процессов приходится на 2000-е, а в некоторых сферах процессы автоматизации и электронного взаимодействия участников рынка находятся на стадии становления и в настоящее время.

Повышение *социально-экономической эффективности сферы услуг* на основе инновационного развития возможно путем:

- создания необходимого нормативно-правового, инфраструктурного обеспечения хозяйствования субъектов, а также подготовки и внедрения социально значимых проектов, программ, которые должны поддерживаться государством;
- диверсификации деятельности предприятий сферы услуг в целях повышения их коммерческой активности и экономических результатов;
- внутриотраслевой (горизонтальной) и межотраслевой (вертикальной) интеграции предприятий сферы услуг с другими хозяйствующими субъектами рынка.

Таким образом, механизм устойчивого развития сферы услуг с позиций внедрения социально-экономических инноваций может быть реализован путем формирования инновационных кластеров. Создание таких форм хозяйствования, как на горизонтальном уровне (союз сервисных предприятий), так и на вертикальном (объединение независимых предприятий разных сфер деятельности, в котором предприятия сферы услуг выполняют инфраструктурные функции), определяет потенциальные возможности развития рынка труда, и, как следствие, сокращение безработицы и повышение уровня жизни населения, в том числе за счет нововведений в сферах образования и науки, медицины, финансового сектора и других инновационно-ориентированных составляющих сферы услуг.

Актуальность поиска новых финансовых инструментов, механизмов финансирования и привлечения инвестиций в отрасли сферы услуг обусловлено недостаточным финансированием социально-значимых объектов и неразрывно связано с повышением уровня благосостояния и финансовой грамотности населения. В большинстве высокоразвитых стран мира именно накопления населения составляют немалую долю инвестиций и позволяют получать пассивный доход, тем самым повышая собственную обеспеченность и уровень жизни. То есть, при разработке данного направления необходимо найти такие решения вопросов организации привлечения денежных средств в инновационное развитие сферы услуг, которые будут соответствовать реальной

экономической ситуации и повышать благосостояние населения. Использование механизмов государственно-частного партнерства – один из возможных вариантов.

Необходимо отметить, что лишь интеграция всех выше перечисленных направлений сервисных инноваций позволит добиться синергетического эффекта в достижении цели развития экономики и повышения качества жизни населения. Ключевым моментом при этом должно являться развитие системы сервисной инновационной деятельности на основе формирования организационно-управленческих условий и инфраструктуры для реализации мероприятий инновационного развития. В виду социальной значимости и многоаспектности сферы услуг создание такой системы невозможно без государственного регулирования инновационного развития, которое должно выражаться не только в части целеполагания, но и в вопросах стимулирования и мотивации населения, квалифицированных кадров к разработке, внедрению и использованию инноваций.

Список использованных источников:

1. Алабугин А.А. Совершенствование методологии управления развитием предприятий сферы услуг // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – Серия: Экономика и менеджмент. – № 41 (258). – 2018. – С. 99–105.
2. Дегтерева В.А. Стратегические приоритеты развития сферы услуг в процессе повышения качества жизни населения Российской Федерации: автореферат дис. ... доктора экон. наук. – СПб, 2019. – 39 с.
3. Потороко А.В., Окольников И.Ю. Управление объемами продукции на предприятиях оптово-розничной сети с целью оптимизации затрат предприятий сферы услуг // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Экономика и менеджмент. – № 30. – 2019, с. 184-186.

ИНВЕСТИЦИОННОЕ СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ: СОСТОЯНИЕ, АКТУАЛЬНОСТЬ, ПРОБЛЕМЫ

Скребнева Дарья Алексеевна
Есина Полина Витальевна,
Руководитель: Авдухина Елена Ивановна
АНПО "Академический колледж", Волгоград

Аннотация. Инвестиционное страхование жизни получило широкое распространение на страховых рынках мира и лишь начинает свое развитие в России. В таких как США, Великобритания, Франция уровень развития инвестиционного страхования жизни достаточно высок и достигает от 80 % до 90 % уровня всего сектора страхования. Следует отметить, что 2021 год стал, одним из самых успешных и выдающихся по страхованию жизни в России за последние 5 лет. Рост страховых премий в сегменте “life” составил около 122%, показав уверенный темп по всем направлениям: как по накопительному и инвестиционному страхованию жизни (НСЖ и ИСЖ), так и по кредитному страхованию жизни (КСЖ). Общие сборы превысили 524 млрд рублей. Таким образом, необходимость исследований в области развития инвестиционного страхования жизни, а также выявление недостатков в этой сфере и способов их решения являются важными и актуальными проблемами современной страховой системы России. Целью нашего исследования является изучение и анализ инвестиционного страхования жизни в РФ, его необходимости, проблем развития отрасли инвестиционного страхования жизни и пути его совершенствования в современных условиях.

Ключевые слова: инвестиции, инвестиционное страхование, нормативно-правовое регулирование, страховой рынок, экономическое развитие, страхование жизни, страховщик, страхователь

Инвестиционное страхование жизни - страхование, которое предусматривает защиту имущественного интереса застрахованного лица, связанных с его жизнью и гибелью. Инвестиционное страхование жизни как правило связано с долгосрочными интересами страхователя/ застрахованного лица в силу того, что жизнь рассматривается как длительное состояние, и, соответственно, событие смерти видится непрогнозируемым и отдалённым.

Инвестиционное страхование жизни позволяет человеку решить весь комплекс социально-экономических задач. Условно эти задачи возможно совместить в две группы: социальные и финансовые. Осуществление первых позволяет преодолеть дефицитность системы государственного социального страхования и обеспечения (накопление конкретных денежных сумм, к примеру, к выходу на пенсию, или же совершеннолетию, или же к иным событиям произошедшим в жизни застрахованного лица). Осуществление вторых считается защитой финансовых интересов страхователя или же застрахованного лица при наступлении гибели или ухода из жизни.

Под страхованием жизни принято воспринимать предоставление страховщиком в замен на уплату страховых премий гарантировать выплатить конкретную необходимую денежную сумму (страховую сумму) страхователю или же обозначенным им третьим лицам в случае гибели застрахованного или же его дожития до конкретного срока.

Инвестиционное страхование жизни является страхованием, в котором есть как минимум три инвариантных риска:

- Дожитие застрахованного лица;
- Смерть застрахованного лица по любой причине;
- Смерть застрахованного лица в результате несчастного случая.

Страховщик выплачивает страховое обеспечение в виде единовременной выплаты вместе с инвестиционным доходом, обычно это происходит в конце срока действия программы.

В Гражданском кодексе РФ (гл. 48, ст. 934) при определении договора личного страхования дается более обширное объяснение всей отрасли личного страхования и страхования жизни, в частности, сравнительно страхуемых рисков: «По договору личного страхования одна сторона (страховщик) обязуется за обусловленную договором необходимую сумму (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (страхователем), выплатить единовременно или выплачивать периодически обусловленную договором сумму (страховую сумму) в случае вреда жизни или здоровью самого страхователя или же иного названного в договоре гражданина (застрахованного лица), достижения им определенного возраста или же наступления в его жизни иного предусмотренного договором события (страхового случая). Право на получение страховой суммы принадлежит лицу, в пользу которого заключен договор. Договор личного страхования является заключенным в пользу застрахованного лица, в случае если в договоре не названо в качестве выгодоприобретателя другое лицо. В случае гибели лица, застрахованного по договору, в котором не назван другой выгодоприобретатель, признаются наследники застрахованного лица. Договор личного страхования в пользу лица, не являющегося застрахованным лицом, в том числе в пользу не являющегося застрахованным лицом страхователя, имеет возможность быть заключенным лишь с письменного согласия застрахованного лица. При отсутствии такого согласия договор имеет возможность быть признан недействительным по иску застрахованного лица, а в случае гибели этого лица по иску его наследников.

Страхователь заключает договор инвестиционного страхования жизни либо с целью обезопасить свой уровень семейного или же собственного благосостояния в случае преждевременной смерти, либо в инвестиционных целях, чтобы обеспечить будущие финансовые потребности, а страховщики, организующие инвестиционное страхование жизни, обеспечивают общую долгосрочную устойчивую финансовую стабильность своего страхового бизнеса, рентабельность страховых операций, сбалансированность страхового

портфеля, расширение инвестиционного портфеля и повышение его гарантированной доходности с одновременной социальной реабилитацией своего частного бизнеса, защищая его от негативного воздействия социальных и политических рисков совместно с государственным социальным страхованием.

Основную нормативную базу по инвестиционному страхованию жизни составляют:

- Гражданский кодекс Российской Федерации;
- Федеральный закон РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" от 27.11.1992 N 4015-1 (последняя редакция).

ГК РФ определяет признаки данного вида страхования: «по договору инвестиционного страхования одна сторона (страховщик) обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (страхователем), выплатить единовременно или выплачивать периодически обусловленную договором сумму (страховую сумму) в случае причинения вреда жизни или здоровью самого страхователя или другого названного в договоре гражданина (застрахованного лица), достижения им определенного возраста или наступления в его жизни иного предусмотренного договором события (страхового случая)» (п. 1 ст. 934 ГК РФ).

При этом в ст. 4 ФЗ «Об организации страхового дела в РФ» определены объекты инвестиционного страхования жизни, т.е. имущественные интересы, связанные с дожитием граждан до определенного возраста или срока, со смертью, с наступлением иных событий в жизни граждан (страхование жизни);

В Гражданском кодексе особое внимание уделено договору инвестиционного страхования. Договор инвестиционного страхования жизни является публичным договором оферты (ст. 426 ГК РФ), т.е. заключенным коммерческой организацией и устанавливающим ее обязанности по продаже товаров, выполнению работ или оказанию услуг, которые такая организация по характеру своей деятельности должна осуществлять в отношении каждого, кто к ней обратился.

В соответствии с ГК РФ договор инвестиционного страхования является заключенным в пользу застрахованного лица, в случае если в нем не названо в качестве выгодоприобретателя другое лицо. В случае гибели лица, застрахованного по договору, в котором не назван другой выгодоприобретатель, выгодоприобретателями признаются наследники застрахованного лица.

Страхователем по инвестиционному страхованию может быть как физическое, так и юридическое лицо. Застрахованным лицом в личном страховании выступает гражданин, что и составляет специфику данного вида страхования.

Объемы розничного страхования жизни год от года растут, чего нельзя сказать о корпоративном страховании. Поэтому более подробно остановимся на юридических лицах. В конце 1990-х годов в нашей стране расцветали различные «схемы» ухода от налогов, и страхование жизни активно использовалось для этого. Причиной данного явления было огромное налоговое бремя, лежащее на предприятиях. В настоящее время удалось улучшить ситуацию, довести страхование жизни до классического вида. Необходимо продолжать эти начинания, использовать зарубежный опыт, что незамедлительно приведет, с одной стороны, к расцвету страхования, а с другой - к созданию необходимого инвестиционного ресурса.

Следует отметить, что несмотря на все сложности, с которыми столкнулся рынок страхования в 2022 году, падение сегмента “жизнь” в 1 квартале составило всего 10%. Причем важно отметить, что падение произошло в сегменте ИСЖ, где были вложения в структурные продукты и иностранные финансовые инструменты, а также в сегменте КСЖ, поскольку розничное кредитование практически остановилось из-за роста ключевой ставки ЦБ РФ. Одновременно с этим, НСЖ (накопительное страхование жизни) наоборот, продемонстрировало хороший прирост в размере 20% к уровню прошлого года.

Важным аспектом, который может повлиять на рост корпоративного страхования жизни, является переход к долгосрочному управлению персоналом на предприятии. При

снижении либо стагнации экономики предприятия уменьшают свои издержки. Крайние меры, которые могут применяться, - это сокращение персонала, позволяющее сократить расходы. В данной ситуации долгосрочный механизм страхования может позволить не сокращать, не увеличивать заработную плату, а заключать, например, договоры на срок не менее пяти лет, тем самым удерживая на предприятии квалифицированных сотрудников, мотивируя их остаться и добросовестно выполнять свои обязанности. Таким образом, инвестиции в долгосрочные программы страхования жизни впоследствии позволяют сократить расходы на поиск новых квалифицированных специалистов и, соответственно, каким-то образом оставить бюджет предприятия на том уровне, который необходим для достойного существования на рынке.

Также возможен вариант, который в условиях стагнации рынка, определяет долевое участие работодателя и работника в программах по страхованию жизни (программы софинансирования). Для работников предприятия это означает, что у них остается страховая защита и сокращаются личные расходы. Для работодателя это означает уменьшение издержек на страхование, сокращение бюджетной статьи. Остается тот же социальный пакет, который был у работника. Соответственно, это инструмент удержания и управления персоналом.

Инвестиционное страхование должно быть выделено в отдельную категорию. Один большой шаг уже сделан - в закон об организации страхового дела внесено такое понятие, как «переменная страховая сумма». Это ключевое отличие продуктов инвестиционного страхования жизни: страховая сумма может меняться со временем, так как на нее оказывает влияние динамика инвестиционного фонда, который лежит в основе продукта. В перспективе предстоит трансформировать технологию расчета переменных бонусов, системы и способов налогообложения, учета и прочего.

3. Повышение информированности граждан о продуктах страхования жизни. Важнейшими задачами для России являются стимулирование страховой активности граждан и вовлечение их в финансирование своего будущего.

Сложившаяся геополитическая и экономическая ситуация обостряет вопросы привлечения долгосрочных внутренних инвестиций. В условиях санкций возможности фондирования на внешнем рынке существенно ограничены. Мировой опыт позволяет судить, что страхование жизни является одним из главных источников «длинных денег», привлекаемых на внутреннем рынке. Внутренние сбережения граждан должны стать источником для инвестиций в долгосрочное развитие. Страхование жизни способствует формированию устойчивой базы внутренних долгосрочных финансовых ресурсов в экономике посредством эффективной конвертации частных сбережений в организованные инвестиционные.

Главной особенностью инвестиционного страхования жизни является совмещение страхования жизни, когда при наступлении страхового случая (потеря трудоспособности, смерть застрахованного) выгодоприобретатель получает средства, и инвестиционной деятельности с гарантированным доходом.

Развитие этого продукта способно придать необходимый импульс развитию всего рынка страхования жизни, как необходимо элемента финансовой системы страны, который фактически отсутствует в России в настоящее время. Значимость становления страховщиков жизни как важных институциональных инвесторов сложно переоценить. Именно компании по страхованию жизни традиционно выполняют роль обеспечения экономики длинными деньгами, стабилизируя и придавая импульс развитию не только финансового рынка, но и экономики страны в целом, во многом, осуществляя её финансирование. Кроме того, развитие этого рынка решает и социальную задачу - приток средств в пенсионные программы может обеспечить более высокий уровень финансовой стабильности населения.

Таким образом, продолжающееся развитие инвестиционного страхования, как с точки зрения совершенствования продуктов, так и роста объемов этого рынка, а также зарождение

аналогичных продуктов в России вместе с недостаточной изученностью данной темы обуславливают актуальность её исследования.

Экономическая сущность страхования выражается, прежде всего, в виде распределительной и инвестиционной функции. Инвестиционная функция заключается в инвестировании средств страховых резервов в широкий круг финансовых инструментов. Важность данной функции в современной экономике сложно переоценить, так как страховые компании в большинстве стран являются ключевыми институциональными инвесторами, располагающими гигантскими страховыми резервами. Другая функция - распределительная, представляет собой сочетание трёх других функций: рискованной, предупредительной и сберегательной (накопительной).

Рискованная функция состоит в обеспечении страховой защитой от определённых случайных событий, ведущих к потерям. В сущности, это перераспределение денежных ресурсов в соответствии со страховым договором. Предупредительная функция страхования состоит в финансировании мероприятий по уменьшению страхового риска за счёт средств страхового фонда (мероприятия по снижению аварийности движения).

Сберегательная же функция присуща только продуктам страхования жизни и проявляется в «накоплении страховых взносов с целью их обратной выплаты и получения инвестиционного дохода в виде страховой выплаты при наступлении определённой даты, указанной в договоре страхования».

Таким образом, в рамках данной функции происходит аккумуляция денежных средств клиента, их инвестирование и, наконец, выплата. Данная концепция абсолютно аналогична действующему любому инвестиционному инструменту - депозиту, инвестиционного фонда, структурированного продукта.

Таким образом, продукты страхования жизни кардинально отличаются от других отраслей страхования наличием сберегательной функции. При этом данная функция страхования абсолютно аналогична функциям других инвестиционных инструментов, также доступных населению. Ключевое отличие продуктов страхования жизни состоит в том, что в отличие от чисто инвестиционных продуктов, оно содержит и другие функции - прежде всего, рискованную.

В современных условиях развития финансового рынка, страхование жизни находится в двойственной позиции. Прежде всего, первичный аспект данного вида страхования - это обеспечение страховой защиты здоровья и жизни граждан. Вместе с тем, проявление этого аспекта невозможно без параллельной активизации вторичного аспекта страхования жизни - предоставление финансово-инвестиционной услуги.

Однако главным преимуществом этого вида страхования - самостоятельность вложений застрахованного. Лицо, заключающее страховой договор, оговаривает со страховщиком варианты вложений. И это могут быть не только низкодоходные ПИФы, но практически любой объект инвестирования. В случае с инвестиционным страхованием законодательство не указывает никаких нормативов - процесс инвестирования направляет страховая компания вместе с застрахованным. Обычно объекты инвестирования - базовые активы, например, золото, нефть, РТС и, может быть, акции крупных компаний, таких как «Газпром», «Роснефть», «Сбербанк».

Определим ТОП-5 страховых компаний жизни по итогам 1 квартала 2022 года: возглавляет рейтинг ООО СК «Сбербанк страхование жизни» со сборами около 34 млрд рублей;

ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» – более 19 млрд рублей;

ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ» – около 8,5 млрд рублей;

ООО «СК «Ренессанс Жизнь» – более 8 млрд рублей;

ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» – более 5,5 млрд рублей.

Концентрация ТОП-5 компаний – около 72% и показывает незначительный рост. Концентрация ТОП-10 страховщиков жизни находится в районе 88-89% по итогам 1 квартала 2022 года.

Согласно классическим канонам, страхование жизни как совокупность правоотношений, складывающихся на договорной основе, включает в себя обязательные элементы:

- Во-первых, это страховой интерес.
- Во-вторых, это объединение рисков по различным видам личного страхования.
- В-третьих, это наличие существенного условия, которое определяет страховую сумму.
- В-четвертых, это ассортимент страховых рисков.
- В-пятых, это период действия страховых правоотношений, т.е. срок предоставления страховой защиты.

Специфика страховых и инвестиционных операций, которые реализуются в рамках услуг по страхованию жизни, предопределяется особенностями финансового механизма. Посредством этого механизма часть финансового капитала страхователя обособляется в страховых резервах страховщика с условием обязательного формирования инвестиционного дохода по совокупности страховых поступлений.

Основываясь на методах математического моделирования, страховые компании осуществляют процесс инвестиционного управления страховыми резервами и определяют прогнозные суммы страховых выплат. При этом формируются временные критерии инвестиционного горизонта для размещения финансовых средств полученных по операциям страхования жизни в ценные бумаги. За счет этого в рамках инвестиционного процесса обеспечиваются характеристики долгосрочности и детерминированности.

Таким образом, можно с полной уверенностью утверждать, что страховые организации, работающие в сфере страхования жизни, это не только субъекты страхового дела, но и крупные инвестиционные институты.

При этом нужно понимать, что инвестиционная позиция страховой организации обуславливается тремя факторами: активностью на рынке страхования жизни; текущими инвестиционными возможностями; среднесрочной макроэкономической ситуацией и внешнеэкономическими условиями.

Итак, для современного инвестиционного страхования жизни характерен ряд проблем, таких как низкая капитализация страховых компаний, недостаточная информированность населения, нестабильность экономической системы, несовершенство законодательства, недоверие населения к страховым компаниям и др.

В России не до конца определена законодательная база по инвестиционному страхованию жизни, что представляет некоторые трудности в развитии данного вида страхования. В частности, нет единой нормативной базы, не дано определение личного страхования, не урегулирован вопрос налогообложения.

В инвестиционном страховании жизни на сегодняшний день можно выделить ряд существенных проблем. Все проблемы можно разделить на три уровня:

1) макроуровень:

- высокая инфляция;
- низкий платежеспособный спрос населения;
- слабая развитость фондового рынка в России;
- законодательно ограниченный набор инвестиционных возможностей для страхования жизни;

2) микроуровень:

- а) низкая информированность о инвестиционном страховании жизни;
- б) проблема капитализации;
- в) отсутствие осознанной потребности населения;

- г) низкий уровень доверия к страховой отрасли и страховым компаниям и к получению возможного дохода;
- д) сложность продуктов страхования жизни;
- е) отсутствие достаточного количества профессиональных финансовых консультантов, агентов.

В связи с этим определим пути решения данных проблем, которые смогут увеличить объемы продаж инвестиционного страхования жизни, а также способные увеличить привлекательность данного продукта среди населения. Для расширения этого вида страхования необходимо изменение ряда законодательных норм, направленное в первую очередь:

- 1) создание законодательных условий формирования современного спектра услуг по страхованию жизни;
- 2) расширение спектра инструментов для инвестирования резервов страховщиков жизни;
- 3) создание системы гарантий исполнения страховыми организациями обязательств по долгосрочному страхованию жизни.

Основными направлениями государственной поддержки должны стать:

- 1) эффективное регулирование и надзор;
- 2) минимум ограничений на возможность предлагать разнообразные страховые продукты.

Для стимулирования развития инвестиционного страхования жизни со стороны страховщиков могут быть предприняты следующие меры:

- экспертная, техническая и даже финансовая поддержка всех инициатив законодателей и регуляторов, направленных на развитие рынка;
- обеспечение прозрачности и понятности страховых услуг для клиентов;
- стандартизация базовых понятий и существенных положений договоров страхования жизни;
- повышение качества работы посредников;
- единые стандарты по обучению, сертификация агентов;
- продвижение идеи страхования жизни через СМИ.

В настоящее время добавилась еще одна проблема. В связи с непростой геополитической ситуацией, у некоторых страховщиков жизни появились сложности с выплатой инвестиционного дохода, в первую очередь по ИСЖ, поскольку многие продукты базировались на иностранных финансовых инструментах, которые позволяли получать инвестиционный доход. Стоит отметить, что большинство страховых компаний оперативно реформировали свои продуктовые линейки и сделали упор на российские активы. Этот шаг позволил самим страховщикам предлагать продукты с более понятным инвестиционным результатом, а клиентам выгодно вкладывать свои сбережения, особенно после окончания коротких депозитов со ставкой 18-20%, которые заканчиваются летом-осенью. Это даст возможность страховым компаниям привлечь новые деньги на рынок инвестиционного страхования жизни во второй половине 2022 года.

Список используемых источников:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30 ноября 1994 №51-ФЗ (принят ГД ФС РФ 21.10.1994) (ред. от 16.04.2022 N 99-ФЗ) // [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 10.12.22).
2. Гражданский Кодекс РФ (часть вторая). Федеральный закон от 26 января 1996 № 14-ФЗ (принят ГД ФС РФ 22.12.1995)(ред. от 01.07.2021 N 295-ФЗ) // [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 10.12.22).
3. Федеральный закон РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" от 27.11.1992 N 4015-1 (последняя редакция)// [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 10.12.22).

4. *Налоговый кодекс РФ (часть вторая). Федеральный закон от 05 августа 2000 № 117-ФЗ (принят ГД ФС РФ 19.07.2000) (ред. от 05.12.2022 N 493-ФЗ) // [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 10.12.22).*
5. *О порядке инвестирования средств страховых резервов и перечне разрешенных для инвестирования активов: указ Центрального банка РФ от 16.11.2014 № 3444-У. // [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 10.12.22).*
6. *Жегалова Е.В. Тенденции и перспективы развития инвестиционного страхования жизни в России / Е.В. Жегалова // Региональное развитие. - 2015. - № 2. - С. 76-79.*
7. *Литвинова Э.Ю. Текущее состояние инвестиционного страхования жизни на финансовом рынке России / Э.Ю. Литвинова, Т.А. Алабина, Я.С. Родионова // Вестник Кемеровского государственного университета. - 2015. - № 4 (60). - С. 243-248.*
8. *Пикалов А. Стратегия повышения социально-экономической эффективности мотивации страхования жизни / А. Пикалов // Кадровик. Кадровый менеджмент. - 2015. - № 7. - С. 33-35.*
9. *Шерстнева Т.Б. Инвестиционное страхование жизни в современных условиях Российской Федерации / Т.Б. Шерстнева // Экономические науки, 2016. - № 1. - С. 350-354.*

СТРАХОВАНИЕ ЮРИДИЧЕСКИХ ЛИЦ В РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

*Щетская Виктория Сергеевна,
Ермоленко Валентина Сергеевна,
Руководитель: Волошина Анна Васильевна,
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

Аннотация. Страхование является одной из наиболее динамично развивающихся сфер российского бизнеса. Сегодня структура страхового рынка включает в себя страховые и перестраховочные компании, страховых брокеров, агентов, сюрвейеров и аварийных комиссаров, учебные и научно-исследовательские заведения, профессиональные объединения и ассоциации. На два базовых сегмента рынка - добровольное и обязательное страхование - в настоящее время приходится соответственно 78 % и 22 % общей суммы страховой премии. В течение последнего десятилетия в России были созданы и получили заметное развитие негосударственные страховые организации, сформировались основы страхового надзора и страхового законодательства.

Ключевые слова: страхование, рынок страхования, сфера страхования, сегменты рынка, единый государственный реестр субъектов страхового дела.

Санкции со стороны западных стран и иные ограничения, введенные в отношении российских юридических и физических лиц в 2022 году, заметно изменили условия развития экономики России. Существенно сократились объемы импорта оборудования, комплектующих и материалов, что привело к общему росту цен. В целях сдерживания инфляции и стабилизации курса рубля Банк России пошел на резкое повышение процентных ставок, которое в свою очередь привело к сокращению сегмента банковских кредитов. При этом объемы российского экспорта оставались высокими, в результате чего курс рубля сильно укрепился. В условиях блокировки части международных активов, которые принадлежат государству, гражданам и организациям России, Президент и Правительство РФ, а также Банк России приняли ряд мер, включая внутренние валютные ограничения и запрет на проведение сделок с акциями, принадлежащими иностранным инвесторам. Российский рынок акций на этом фоне испытал значительное снижение.

Страховой сектор ощутил на себе изменения во всей полноте. В частности, снижение кредитной активности банков сопровождалось сокращением премий по сопутствующим видам страхования (в первую очередь по страхованию жизни заемщиков и страхованию от несчастных случаев). Повышение процентных ставок снизило интерес страхователей к продуктам накопительного страхования жизни (НСЖ). На фоне ограничения поставок автомобилей на российский рынок произошло снижение количества заключаемых договоров автострахования и увеличение размера средней страховой премии. Для поддержания стабильности сектора и снижения рисков трансграничных операций Банк России пошел на существенные изменения регуляторных требований (более детально влияние новых условий на функционирование российского страхового рынка будет обсуждаться в последующих разделах). Наиболее важным на сегодняшний день представляется тот факт, что страхование остается одним из ключевых элементов системы управления рисками, а его значение в современных условиях возрастает. Компании и граждане не отказываются от заключения договоров страхования, а государство предпринимает необходимые действия по поддержке страхового сектора.

Совокупный объем страховых взносов по итогам девяти месяцев 2022 года сократился на 2,1% по сравнению с показателем за тот же период прошлого года. Это в основном было связано с существенным падением страховых премий в сегменте кредитного страхования, к которому относятся страхование жизни заемщиков и страхование от несчастных случаев и болезней (премии в сегменте сократились на 24%). Снижение премий также произошло в сегментах некредитного страхования жизни и прочих видов страхования — на 2,6 и 2,5% соответственно [1].

По итогам 2022 года спад в сегменте кредитного страхования сократится до 17% на фоне восстановления динамики розничного кредитования. При этом общая сумма страховой премии по рынку составит 1 797 млрд руб., что лишь на 0,6% ниже прошлогоднего уровня. Поддержку рынку, по оценкам АКРА, окажут сегменты ОСАГО, ДМС и страхования прочего имущества юридических лиц — рост на 10,3, 8,4 и 8,4% соответственно [1].

Наиболее значительным по объему сегменту российского страхового рынка является страхование иное, чем страхование жизни - это страхование имущества юридических лиц. Но на данный момент на страховом рынке правила игры диктуют не иностранные компании. На страховой рынок пришел российский промышленно - финансовый капитал. И уже сейчас есть результат: в управлении страховых компаний во многих случаях перешел от менеджеров - собственников к наемным управленцам. Это первый шаг к капитализации страховых компаний, к капитализации рынка. Таким примером служит группа "Альфа", которая приобрела Восточно-европейское страховое агентство и сформировало на его базе мощную страховую группу "АльфаСтрахование" (ее уставный капитал увеличен до 1,95 миллиардов рублей). В компаниях "Ингосстрах" и "Россия" контроль отошел к консорциуму, в составе которого "Сибнефть", "НАФТА - Москва" и "Сибирский алюминий". Крупный пакет акций "РЕСО - Гарантия" был куплен "МДМ - банком".

Рынок страхования имущества юридических лиц активно получил свое развитие одновременно с процессом роста кредитования юридических лиц. Сегодня активно кредитуются средние, мелкие предприятия и индивидуальные предприниматели. Таким образом, развитие рынка страхования имущества юридических лиц стал развиваться с потребностью в кредитных ресурсах.

Локомотивом развития страхового рынка стал рост страхования имущества (прирост взносов составил 12 миллиардов рублей). При достаточно благоприятном стечении обстоятельств (высокий уровень доходов, стабильность экономики) можно предполагать развитие такого вида страхования как страхование имущества юридических лиц. Перспектива данного вида страхования определяется тенденцией к расширению и росту объемов страхования имущества. Частично рост страхования имущества можно объяснить увеличением стоимости основных средств и другого имущества, также существуют и другие

причины роста страхования имущества юридических лиц. Например, сегодня каждый уважающий себя арендодатель при сдаче имущества в аренду в обязательном порядке, включит в договор аренды условие страхования передаваемого имущества. Таким образом, при очень высокой стоимости имущества увеличится и объем страховых премий в страховании имущества.

Однако уровень страховой защиты многочисленных рисков, связанных с производством, эксплуатацией основных фондов, с защитой от огня, остается на данный момент времени крайне низким. В страховании примерно 4,5 % охвачено страхованием имущества юридических лиц. Это при том, что потери от пожаров, стихийных бедствий, аварий исчисляются огромными суммами.

Главной причиной медленного развития страхования имущества юридических лиц является отсутствие правового регулирования. До недавнего времени затраты на страхование имущества не являлись признанными обществом, не включались в структуру затрат, в себестоимость продукции. Кроме этого, продолжается сказываться стереотип мышления потенциальных страхователей. На страховом рынке страховые услуги между тем могли бы обеспечивать защиту многочисленных рисков в сфере производства, транспортировки, сохранности имущества, предупреждение пожаров, техники от поломок, реализации продукции и прочих рисков.

Прирост премий по страхованию имущества юридических лиц в 2022 году составил на 11,3% до 42 млрд рублей. Сумма выплат увеличилась на 30% или на 1,2 млрд рублей [2].

Обращает на себя внимание и тот факт, что лидером на страховом рынке страхования имущества юридических лиц преобладают кэптивны компании. Это подтверждается тенденцией к сокращению страхового поля, свободного от корпоративных ограничений. В истекшем году эта тенденция усилилась в связи с ростом объемов производства и экспорта на предприятиях топливно-энергетического комплекса и других добывающих предприятиях и соответствующего увеличения затрат на страхование, относимых на себестоимость продукции в рамках одного процентного ограничения. Этот же факт еще более актуализировал вопросы оптимизации налогообложения, решаемые посредством страховых схем, в том числе и по страхованию имущества юридических лиц.

В настоящее время тенденция развития такова, что компании предлагающие классические виды страхования растут. Однако компании, отказывающиеся от "немодных" видов страхования, демонстрируют несколько другие показатели своего развития, и их деятельность вызывает озабоченность у государственных контролирующих органов. Что касается российской банковской системы, то она является более развитой, чем страховая. А активы крупнейших банков на порядок, а то и в десятки раз превышают величину активов крупнейших страховщиков. Главное - меняется отношение банков, к ним приходит понимание, что именно тот, кто сегодня сумеет наладить работу со страховщиком, в будущем получит перспективное развитие. В дальнейшем число направлений и качество кооперации банков и страховщиков для обслуживания юридических лиц увеличится.

Банкиры и страховщики понимают, что партнерские отношения способны принести куда более ощутимый результат. Если раньше страховые компании лишь размещали средства в банках, а банки лишь страховали свои интересы, то сегодня их взаимовыгодное сотрудничество позволяет предложить клиенту целый. Единый продукт, состоящий из непосредственно банковской услуги и встроенного в нее механизма страховой защиты. Подобный уровень сервиса удобен всем. Функционирование банков и страховых компаний как финансовых институтов всегда было тесно связано. А в последнее десятилетие это сотрудничество дополнилось новыми направлениями. Объединение страховой и банковской структуры различными методами - общая тенденция и для мировой экономики, и для России.

7 сентября 2022 регулятор отчитался о том, что в РФ зарегистрировано 144 страховые компании, осуществляющие страховую деятельность.

Основными страхователями среди юридических лиц на данный момент времени являются крупные компании, причем все крупные корпоративные клиенты уже поделены между страховыми компаниями. В 2021 году общие сборы страховой премии составили 1,8 трлн рублей. Большая часть из них поступает за счет лидеров рынка.

ТОП-5 самых крупных страховых компаний в сегменте “не жизнь”:

АО “СОГАЗ” – 353,3 млрд рублей (+18,2%);

АО “АльфаСтрахование” – 143,6 млрд рублей (+23,7%);

СПАО “Ингосстрах” – 132,4 млрд рублей (+21%);

САО “РЕСО-Гарантия” – 122 млрд рублей (+8,7%);

ПАО СК “Росгосстрах” – 97,4 млрд рублей (13,5%).

Пятерка крупнейших страховщиков в сегменте “жизнь”:

ООО СК “Сбербанк страхование жизни” – 154,3 млрд рублей (+46,7%);

ООО “АльфаСтрахование-Жизнь” – 103,5 млрд рублей (+22,8%);

ООО “СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ” – 71,5 млрд рублей (-5,8%);

ООО “СК “Ренессанс Жизнь” – 55,8 млрд рублей (+23,8%);

ООО СК “Росгосстрах Жизнь” – 25,4 млрд рублей (+30,5%) [3].

В страховом портфеле каждой страховой компании можно выделить несколько ведущих отраслей, клиенты которых составляют основу страхового портфеля. Но какой - то одной доминирующей отрасли, как правило нет.

Страхование малого бизнеса на данный момент относительно не развито. Многие компании стали развивать это направление только 1-2 года назад. Отчасти в этом виноват сам малый бизнес, основными проблемами которого на данный момент являются:

- отсутствие свободных денежных средств на услуги страховых компаний;
- небольшой размер основных фондов: страховым компаниям порой невыгодно страховать мелкие компании, так как премии выходят маленькими, а расходы страховых компаний не сильно отличаются по сравнению с тем же страхованием среднего бизнеса;
- проблема с документацией (плохо ведется или не ведется совсем бухгалтерский учет, неясности со статусом имущества (кто является настоящим владельцем), в результате чего страховщики просто отказываются страховать "проблемные" компании.

В то же время в таком положении дел в страховании малого бизнеса есть определенная “вина” страховых компаний. Конечно, этот сегмент страхования имущества в настоящее время менее прибыльный, чем страхование того же среднего и крупного бизнеса. Но ведь низкую прибыльность по самому страхованию можно компенсировать эффективной инвестиционной деятельностью. В отличие от западных страховых компаний, в основной своей массе инвестиционная политика российских страховых компаний неэффективна.

Отечественные страховые компании постепенно переходят от ориентации на низкодоходные банковские инструменты и неликвидные вложения в аффилированные структуры к составлению диверсифицированного сотрудничества с управляющими компаниями, способными помочь страховщикам составить качественный портфель вложений.

Но, так или иначе, компании будут развивать и страхование малого бизнеса. Это неизбежно. Необходимость в этом назрела, так как страхование крупного бизнеса почти достигла своего предела. Сегмент крупных корпоративных клиентов насыщен, и ждать от него значительного роста в будущем не приходится. Все - таки именно малый бизнес является основой экономики всех передовых стран, и рано или поздно и Россия придет к этому.

В страховании имущества юридических лиц убыточность обычно не превышает 30-35 %, притом, что их доля в общем объеме страховых премий составляет 70-80 %. Таким

образом, на данный период времени этот сегмент страхового рынка является выгодным для страховых компаний, принося хорошую прибыль.

Количество универсальных комплексных предложений по страхованию имущества относительно невелико. Некоторые виды комплексных предложений, такие, как страхование от огня и сопутствующих рисков, страхование строительно-монтажных рисков, есть у всех компаний. Но в целом количество предлагаемых страховых пакетов ограничено. В будущем ассортимент подобных услуг, скорее всего, будет расширяться, в том числе в связи с повышением активности на рынке страхования малого и среднего бизнеса.

Самым динамично развивающимся сектором в ближайшее время будет страхование среднего бизнеса. Это связано с тем, что с одной стороны, степень проникновения страхования в данный сегмент не столь высока, как в сегмент крупных корпоративных клиентов, а с другой стороны, средний бизнес во многом лишен недостатков, присущих малому бизнесу.

Также прослеживается негативная тенденция от крупных клиентов. Ждать от них увеличения поступлений не приходится. Скорее даже наоборот: некоторые крупные компании стремятся уменьшить свои расходы на страхование за счет уменьшения выплачиваемых премий при сохранении того же уровня страховой защиты. Поэтому порой страховщикам приходится прилагать немалые усилия, чтобы при перезаключении договора страхования на следующий год сохранить размер премии, хотя бы на текущем уровне.

Страхование имущества юридических лиц - самый динамично развивающийся сегмент страхового рынка. На этот рынок оказали влияние два принципиальных момента: изменение в налоговом законодательстве РФ и рекордное количество природных и техногенных катастроф. Повышенным спросом стали пользоваться такие услуги как: страхование от огня; затопления; падение летательных объектов. В связи с участвовавшими катастрофами и природными катаклизмами на рынке резко увеличился спрос на страхование авиационных рисков и на страхование имущества: от пожаров, стихийных бедствий и террористических актов. Существенно вырос интерес к страхованию залогового имущества со стороны банков. В то же время клиенты становятся более разборчивыми. Многие компании уже накопили некоторый опыт в качестве пользователей страховых услуг и требуют, чтобы в стандартный пакет были включены дополнительные предложения. Предприятия стали больше интересоваться комплексностью страхового покрытия. Никто не заинтересован в покупке полиса только от пожара. Всем нужно еще и страхование убытков от перерыва в производстве и страхование оборудования от поломок, страхование грузов и медицинское страхование сотрудников, а также обязательное страхование - причем в большем объеме, чем предусмотрено законодательством о страховании ответственности опасных объектов производства.

В последнее время прослеживается тенденция в сфере конкуренции среди страховщиков, занимающихся страхованием имущества. Становится жестче конкурентная борьба, которая затрагивает не только ценовую политику, но и качество обслуживания принимаемых на страхование рисков.

При аренде нежилых помещений обязательным условием является страхование помещений. Это требование предъявляется при аренде не только частной недвижимости, но и муниципальной. При этом страхователем может выступать как арендатор, так и владелец собственности. Часто стоимость страховки заносится владельцем здания в арендную плату. Когда арендатор приобретает полис страхования имущества самостоятельно он, как правило, "в пакете" покупает и полис страхования ответственности перед третьими лицами.

На рынке страхования имущества наметилась новая тенденция: увеличение числа клиентов - предприятий малого и среднего бизнеса. Это связано с тем, что Страховые компании стали активно работать над предложением в этом секторе, предлагать малому и среднему бизнесу привлекательные тарифы и программы, учитывающие специфику таких предприятий. Желание страховщиков привлечь в качестве клиентов малых и средних

бизнесменов вполне закономерна. Этот сектор экономики традиционно считается самым стабильным и наименее подверженным политическим неурядицам. Кроме того, возможность конкурентной борьбы за крупных клиентов практически исчерпана.

Как известно, большинство крупных предприятий уже несколько лет работают с одним и теми же страховыми компаниями. Сегодня переманить крупного клиента достаточно сложно, так как страховщики, хорошо ознакомившись с потребностями "своих" предприятий, предлагают клиентам именно те программы, которые им наиболее необходимы. Страховые компании разработали интересную комплексную программу по страхованию имущественных рисков. Изначально корпоративным клиентам предлагается достаточно новый продукт по страхованию финансового риска. Этот быстро ставший популярным на рынке продукт предлагает страхование кредитных и лизинговых операций, включая риски невыполнения обязательств по договору. В комплекс с ними предлагается страхование любого имущества, а в дополнение - страхование корпоративных автопарков.

Страховые организации России видят свою задачу в том, чтобы, используя лучшие отечественные, мировые традиции создать такую экономическую, организационную систему взаимоотношений страховщиков с государством, пользователями страховых услуг, которая могла бы гибко, оперативно реагировать на все тенденции в развитии потребительского спроса, предлагая конкретные виды страховых услуг конкретным клиентам, сохранив доступность страхования для самых различных слоев населения, независимо от возраста, рода занятий, получаемых доходов и других факторов.

Перспективы развития рынка страхования имущества почти все страховщики оценивают очень высоко. Ведь на страховании строений, зданий и имущества юридических лиц можно собрать огромные суммы, особенно если вспомнить, что недвижимость стоит недешево. К тому же этот вид страхования высоко рентабелен для страховых компаний, поскольку выплаты составляют порядка 20 % от собранных страховых взносов.

Еще одним фактором, содействующим развитию страхования имущества, является рост спроса потребительского и ипотечного кредитования. Ведь именно развитостью этих услуг объясняется и большой объем западного страхования.

Приобретая в кредит имущество, как и залоговое имущество при получении кредитов, страхуется в обязательном порядке. То же самое сейчас все чаще начинают практиковать и в России. А после выплаты кредита и процентов, и окончания срока страховки большинство заемщиков продолжают страховую защиту.

Стимулирует страхование имущества и развивающаяся ипотека - она способствует росту не только обычного страхования купленной недвижимости, но также залогового и титульного страхования. Наибольшие шансы на успех в ипотечном страховании имеют те страховщики, которым уже удалось установить тесные отношения с банками - лидерами, имеющими ипотечные программы.

Рынок страхования недвижимого имущества юридических лиц находится в настоящее время на подъеме. В общественном мнении постепенно складывается представление о необходимости страхования как одной из форм защиты от всевозможных неприятностей.

Сегодня все виды страхования имущества востребованы в основном у достаточно развивающихся предприятий. Этот вид страхования будет развиваться в первую очередь путем увеличения стоимости принимаемых на страхование объектов - страховые суммы строений, к примеру, будут приближены к реальным ценам их восстановления. Сегодня наиболее перспективны на этом сегменте рынка страхование предприятий малого и среднего бизнеса.

Руководители этих предприятий постепенно приходят к мысли, что ежегодные страховые взносы по страхованию имущества, добровольного страхования имущества, транспорта, ответственности - это вполне просчитываемые затраты предприятий, к тому же почти в полной мере относимые на себестоимость (понижающие налогооблагаемую базу предприятий).

Список использованных источников:

1. Возросшие риски поддерживают интерес к страхованию на фоне фундаментальных изменений рынка // <https://www.acra-ratings.ru/>
2. Страховой рынок в первом квартале 2022 года: падение сборов премий и рост выплат // <https://www.banki.ru/news/research/?id=10969198>
3. Сколько страховых компаний зарегистрировано в России? // <https://calmins.com/>

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СТРАХОВОГО РЫНКА ТРУДА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Верченко Варвара Андреевна,
Юрченко Дана Константиновна,
Руководитель: Рулева Анна Евгеньевна,
АНПОО "Академический колледж, Волгоград*

Аннотация. В современных исследованиях сфера страхования рассматривается многими экономистами с различных сторон, в том числе с экономической, организационной, социальной и других. Страхование в международном понимании этого института развивается в России сравнительно недавно, поэтому привлекает особый интерес исследователей. Однако нельзя не отметить, что с активным развитием страховой сферы возрастает не только ее прямая роль в экономике страны, но и значимость страховых компаний как работодателей.

Ключевые слова: страховые компании, персонал, специалисты, обучение, мотивация.

Анализ рынка труда в России за 2022–2023 гг. показывает, что его структура постепенно меняется. Актуальными становятся вакансии, которые еще два-три года назад были не особо востребованы. В частности, это ИТ-специалисты, фрилансеры в разных областях, робототехники, HR-специалисты, рекрутеры и т. д.

Исследования, которые регулярно проводят эксперты и аналитики, показывают, что 25 % россиян осенью 2022 считали экономическую ситуацию в РФ сложной и нестабильной. Мнения такого же количества граждан, что положительные изменения есть. Больше половины населения РФ считает, что никаких изменений на рынке труда не происходит.

Исследования также демонстрируют, что граждане РФ озабочены поиском работы. Их мнения (в процентах) выражаются следующим образом:

- 12 — поиски новой работы будут сложными и безрезультатными.
- 30 — новое место работы будет хуже, в том числе и по зарплате.
- 25 — если работодатель уволит, то снова трудоустроиться будет несложно.
- 31 — работа найдется, нужно только приложить немного усилий, чтобы получить положительный результат.

В течение 2022–2023 для экономической системы и рынка труда были характерны кризисные явления, которые то углублялись, то стабилизировались[3].

В связи с этим возник актуальный вопрос по оценке объема и основных тенденций рынка труда в сфере страхования. Опрос среди клиентов страховых компаний выявил два основных условия выбора страхователями страховой компании. Главным критерием для физических лиц являлась известность компании, для юридических лиц на первом месте стоит надежность и устойчивость. Вторым же по важности для обеих категорий страхователей является профессионализм персонала.

Эти два фактора не случайны, а обусловлены сутью страхования. Страхование как услуга финансового характера не имеет вещественной формы. Клиент страховой компании,

заклучив договор страхования, может лишь верить в полезность сделки, так как ключевой особенностью именно страховой услуги является ее отсрочка во времени и страховой случай по конкретному виду страхования для данного клиента может не наступить в течение всего срока действия договора. В то же время без уплаты страхователем страхового взноса договор страхования в силу не вступит. При этом покупатель страховой услуги сразу после ее покупки еще не осознает своего имущественного интереса, в соответствии с которым он должен быть уверен в ценности и экономической полезности своей покупки. Основная причина, по которой страхователь испытывает недоверие к страховщику, - это сомнения в том, что страховая компания выполнит свои договорные обязательства.

С утверждением, что персонал является одной из основных составляющих успешного развития страховой компании, согласны и директора страховых компаний:

"Около 80% клиентов покупают страховой полис даже не у компании, а у конкретного ее сотрудника, который смог расположить к себе клиента, понял его проблемы и помог найти им достойное решение. В связи с этим подбор и последующая оценка персонала становятся одним из основных критериев успешной деятельности компании"

Было проведено исследование, для которого на основе рейтинговых и экспертных оценок были отобраны ведущие компании российского страхового рынка. Интересно отметить, что принять участие в исследовании и предоставить ответы на вопросы анкеты согласились лишь 48 компаний из 96 отобранных, а основную долю участников исследования по количеству персонала составили небольшие (до 100 человек) и средние (101–250 человек) страховые компании (83%), соответственно 34%, 15,4 и 34% респондентов.

Рисунок 1. Востребованные специалисты в страховых компаниях. % от числа опрошенных страховщиков[1]

В ходе исследования было выявлено, что основной недостаток кадров в страховых компаниях связан с нехваткой специалистов по отдельным направлениям страхования – эта группа персонала составляет 36% от всех востребованных специалистов. Универсальные андеррайтеры требуются в 10% случаев, еще в 8% случаев требуются эксперты по страхованию (ведущие специалисты).

Связано это с тем, что, несмотря на активное развитие страхования в России в течение последних 10–15 лет, в стране по-прежнему не хватает специалистов, обладающих как профильным образованием в области страхования, так и достаточными знаниями касательно специфики объектов страхования. Этот пробел в системе образования особенно ощутим именно в условиях прогресса в страховой отрасли и постоянного расширения страховых компаний.

Специфика страховой деятельности предопределяет особенности персонала страховой компании. Это связано, прежде всего, с наличием у страховых работников определенных профессиональных навыков и знаний, связанных с общими направлениями страховой деятельности. Например, многие специалисты по добровольному медицинскому страхованию помимо экономического имеют и медицинское образование, по страхованию крупных промышленных объектов - экономическое и техническое образование. Появление комплексных продуктов требует расширения диапазона знаний у страховых специалистов.

Страховые работники должны обладать определенными профессиональными навыками и знаниями, связанными с общими направлениями страховой деятельности. Появление комплексных продуктов требует расширения диапазона их знаний.

По функциональным обязанностям страховые работники сгруппированы в соответствующие линейные или функциональные структурные подразделения страховой компании.

Персонал страховой компании можно разделить на две большие группы:

- front-office;
- back-office.

Соотношение количества персонала в этих двух группах составляет 70 и 30% соответственно.

В группу front-office входят специалисты, которые связаны с процессом страхования. Часть подразделений занимается непосредственно продажей страховых продуктов. Это сеть различных каналов продаж страховых продуктов. Большая часть сотрудников таких подразделений могут не иметь предшествующего опыта работы в страховании и при этом быть весьма успешными специалистами по продажам. Также в front-office существуют подразделения, которые занимаются непосредственно разработкой страховых продуктов, оценкой страховых рисков, урегулированием убытков. Эта часть состоит в основном из сотрудников со специальным образованием и опытом работы в страховании. В большинстве случаев сотрудники front-office специализируются на определенных видах страхования, например, автострахование, добровольное медицинское страхование, страхование имущества, страхование грузов.

Основными действующими лицами в подразделениях front-office, связанных с продажей страховых продуктов, являются агенты и продавцы. Несмотря на то что нередко неспециалисты ставят знак равенства между этими двумя профессиями, существует большая разница между этими двумя категориями работников.

Агент - это "вольный" работник, главная задача которого - приносить бизнес в компанию и получать комиссионного вознаграждение, которое непосредственно зависит от размера страховой премии, которую получила компания. Агент планирует свою работу так, как считает нужным, и нередко работает на несколько страховых компаний одновременно. У него нет фиксированного рабочего дня и зарплаты. Как правило, он не является штатным работником компании.

Продавец - это штатный работник компании, работающий в команде, для которого важны корпоративные нормы, традиции и принадлежность к коллективу. Это сотрудник, который непосредственно заинтересован в успешности работы его подразделения и компании в целом, так как он сам является частью этой системы. Продавец получает фиксированную заработную плату и поощрение в виде процента от собранной страховой премии или бонуса по результатам выполнения плана. В страховом бизнесе на сегодняшний день прослеживается тенденция переноса центра тяжести с агентов на продавцов. Основное требование, предъявляемое к продавцам, - успешный опыт любых продаж, а также, желательно, высшее образование и, самое главное, желание работать с людьми.

В категорию back-office входят подразделения, которые непосредственно не связаны с процессом страхования, однако обеспечивают функционирование бизнеса. Как правило, в эту часть входят следующие подразделения: финансовая служба, бухгалтерия, администрация, маркетинг, реклама, пресс-служба. Для большинства специалистов back-office опыт работы в страховании не является обязательным, но учитывается как положительный фактор при приеме на работу. Особенно важен этот опыт для специалистов финансовой и методологической служб страховой компании, а также отдельных позиций в маркетинге и рекламе, поскольку именно там существует ярко выраженная отраслевая специфика[2].

Среди страховых специалистов наибольший недостаток участвовавшие в опросе страховые компании испытывают в специалистах по автострахованию (10%). Это означает, что некоторые надежды страховщиков, возлагавшиеся на введение обязательного страхования автогражданской ответственности (ОСАГО), оправдались: на страховом рынке наблюдается рост страхования автотранспорта, и соответствующих специалистов в компаниях уже не хватает. Этим фактором, а также постоянным развитием страховой отрасли, постепенным повышением уровня страховой культуры в обществе и экономическим ростом в стране в целом можно объяснить увеличение потребности в страховании имущества как физических, так и юридических лиц (включая комплексное корпоративное страхование), а также в медицинском страховании — и как следствие недостаток

специалистов таких направлений в страховых компаниях. Хотя и не в тех же объемах, что по автострахованию.



Рисунок 2. Востребованные специалисты по направлениям страхования в страховых компаниях, % от числа опрошенных страховщиков [1]

С общим развитием страховой отрасли также следует связывать и недостаток в компаниях страховых агентов и менеджеров — на эту категорию приходится 22% востребованных страховых кадров. Третье место по востребованности страховщиками занимают андеррайтеры — специалисты, оценивающие риск (10%). В связи с низким уровнем развития системы оценки страховых рисков в России и отсутствием профильных специальностей в вузах подбор такого специалиста — непростая задача для страховой компании, поиск подходящей кандидатуры может затянуться не на один месяц. Также указанные факторы влияют на обучение андеррайтеров за счет страховых компаний: внешнее обучение по специальности, по данным «Агентства “Контакт”», оплачивают более 64% респондентов.

Среди прочих результатов проведенного исследования потребности страховых компаний в различных категориях специалистов нельзя не отметить, что низкая потребность в отдельных видах кадров связана с до сих пор недостаточным уровнем развития страховой культуры в России. Так, если, как уже было сказано, на основные должности, занятые в продаже, приходится 22% всей потребности в кадрах, то на специалистов отделов выплат — всего 2%. Это говорит о том, что страховщики, видимо, еще не осознали, что именно от того, насколько профессионально и быстро решается вопрос страховой выплаты, зависит продление договора страхования с данным клиентом и репутация компании в целом. Также, по данным «Агентства “Контакт”», по 2% получили:

- Менеджеры по рекламе
- Директора агентств
- Актуарии
- Обслуживающий персонал

В целом тот факт, что на страховом рынке труда потребность в страховых специалистах на данный момент выше, чем потребность в «продавцах», говорит о начале качественного развития отрасли и позволяет надеяться, что при таком подходе к расширению бизнеса российские страховщики смогут составить конкуренцию иностранным компаниям, постепенно приходящим на российский рынок.

Главной задачей отдела управления персоналом является создание слаженного механизма взаимодействия между всеми структурными подразделениями страховой компании и всеми страховыми работниками.

Активным и действенным инструментом управления персоналом, позволяющим решать производственные и социальные проблемы в компаниях, добиваться успехов в бизнесе на основе активизации и рационального использования самого главного вида ресурсов - человеческих ресурсов, является всесторонняя и объективная оценка работников предприятия. Иными словами, оценка персонала - это системообразующий элемент в системе управления персоналом. Можно сказать, что оценка является основой всей работы по управлению персоналом, без нее невозможно проведение целенаправленной кадровой политики. В связи с этим систему оценки следует рассматривать в комплексе задач, решаемых в процессе управления персоналом. Оценка персонала должна содействовать лучшему использованию человеческих ресурсов организации за счет тесной увязки задач, решаемых в ходе оценки, с другими направлениями работы с персоналом.

В случае если все вышеуказанное существует в организации, можно говорить о том, что вся система управления персоналом является эффективной и максимально ориентирована на реализацию целей, стоящих перед компанией.

В связи с вышесказанным описание целей ежегодной аттестации одной из основных составляющих системы оценки персонала может выглядеть следующим образом:

1. Принятие решений, связанных с изменением компенсационного пакета, имеющих конкретные материальные последствия для работников:

- изменение заработной платы;
- изменение системы поощрения (наказания);
- повышение мотивации.

2. Принятие решений, связанных с развитием организации (приведение в соответствие человеческих ресурсов с планами организации):

- получение обратной связи;
- выявление потенциала;
- информирование сотрудников о том, чего ждет от них фирма;
- развитие карьеры;
- личное развитие;
- корректировка планов организации;
- информация для планирования человеческих ресурсов.

3. Принятие решений, связанных с оценкой текущей деятельности (положения) всей организации и выявлением рабочих проблем. При этом в ходе аттестации работника оцениваются:

- прошлая деятельность;
- достижение результатов;
- потребность в обучении;
- выявление рабочих проблем;
- улучшение деятельности.

Эффективная система оценки дает возможность совершенствовать используемые методы отбора кадров. Специалисты, занимающиеся отбором, при этом получают важную информацию, позволяющую определить качество и прогностический потенциал, действующий в организации систем отбора. Результаты оценки показывают возможность прогноза профессиональной успешности кандидатов на основе используемых методов и процедур отбора. Без такого рода обратной связи совершенствование системы отбора было бы невозможно[2].

Выявляя работников, способных выполнять более сложную и ответственную работу (кандидатов на продвижение), оценка рабочих показателей помогает решить задачи формирования кадрового резерва, планирования карьеры работников и кадрового

планирования. Оценка рабочих показателей позволяет получить ценную информацию о той пользе, которую дает участие работников в тех или иных учебных программах.

Оценка рабочих показателей, будучи органично связана с системой оплаты труда и с программами, направленными на повышение уровня трудовой мотивации персонала, позволяет поддерживать на должном уровне заинтересованность работников в достижении высоких результатов.

У 95% опрошенных компаний есть свой мотивационный пакет, при этом наиболее «наполненный» мотивационный пакет у топ-менеджеров и квалифицированных специалистов (в основном это страховые менеджеры). Согласно данным «Агентства “Контакт”» в российских страховых компаниях большое внимание уделяется квалифицированным специалистам и сотрудникам, занимающим начальные позиции, для которых предлагается достаточно четко выстроенная мотивационная политика.

Основным элементом мотивационной политики страховщиков традиционно остается система премирования — более 90% респондентов указали, что сотрудники получают бонусы или премии по результатам работы. Согласно результатам исследования, чем выше ступень иерархической лестницы, на которой стоит сотрудник страховой компании, тем больше вероятность того, что в его мотивационный пакет входит предоставление мобильной связи: если специалистов начальных позиций мобильной связью обеспечивают лишь 26,7% респондентов, то переговоры топ-менеджмента оплачивают 88,7% опрошенных.

Аналогичная, но более слабо выраженная динамика относится и к добровольному медицинскому страхованию (ДМС): как ни странно, всего 63,3% участников опроса предоставляют этот элемент социального пакета своим сотрудникам, работающим на начальных позициях, причем топ-менеджмент обеспечен бесплатной медицинской помощью не намного лучше — только 76,7% респондентов включают ДМС в социальный пакет. Однако, пожалуй, гораздо более неожиданным является тот факт, что скидки на страхование своим сотрудникам, вне зависимости от иерархии, предоставляют лишь 14% страховых компаний. Возможно, это объясняется тем, что сотрудники, как правило, выбирают наиболее убыточные виды страхования — такие как автострахование и ДМС, поэтому страховщики и избегают включать данный пункт в мотивационный пакет.

Из распространенных в российской практике можно назвать всего один элемент мотивационной политики компании, популярный у страховщиков меньше, чем скидки на страхование, — это скидки и абонементы на посещение спортивных клубов: таким преимуществом обладают всего 13,3% респондентов.

Нацеленность страховых компаний на увеличение уровня продаж и существующие возможности расширения рынка страховых услуг определяет потребность компаний в многочисленных «продавцах». Кроме того, традиционно именно эта группа сотрудников составляет основу «текучки» кадров, имеющейся в страховых компаниях: нередко на такие должности приходят люди, рассматривающие эту работу как временную или не имеющие опыта работы в страховании. Также нередко ситуация, когда, приобретая опыт в отдельной компании, агент не видит, например, возможности зачисления в штат, а менеджер — продвижения по службе — как правило, в таком случае работник просто меняет страховую компанию. Именно такая «текучка», а также необходимость в повышении эффективности продаж являются факторами формирования мотивационной политики страховой компании в отношении этой группы сотрудников: основное место в ней занимает четко выстроенная система премирования (90% компаний), а также обязательно необходимое этой группе обучение — как правило, оно проводится внутри компании (62%) и связано с получением основных знаний по страховой отрасли.

Обеспечение сотрудников питанием также не относится к числу распространенных среди страховщиков элементов социального пакета — лишь 30% включают питание в программу мотивации независимо от уровня иерархии сотрудников[1].

Несколько более популярны среди опрошенных страховых компаний программы предоставления кредитов сотрудникам на льготных условиях: такие программы действуют более чем в 30% опрошенных компаний, при этом возможность получения кредита в некоторых компаниях зависит от уровня иерархии сотрудника.

Помимо рассмотренных выше элементов мотивационного пакета, исследование также затронуло фактор предоставления автомобильного транспорта или компенсации затрат на проезд. Полученные результаты значительно отличаются в зависимости от положения сотрудника в компании, при этом общая динамика отсутствует. Скорее всего, это объясняется следующим образом: для начальных позиций компенсации затрат на проезд предусматривают лишь 26,7% респондентов — нередко новые сотрудники занимаются бумажной работой в офисе и просто не нуждаются в подобном бонусе. Квалифицированных сотрудников обеспечивают транспортом или компенсируют затраты на проезд 54,2% опрошенных страховых компаний — как правило, такие сотрудники регулярно проводят переговоры, однако личным транспортом не обеспечены или не могут позволить себе использовать его и для работы. Падение доли страховщиков, обеспечивающих транспортом своих сотрудников, заметно в сегменте менеджмента среднего звена (26,7%) — это связано с тем, что представители мидл-менеджмента обычно обладают личным транспортом и возможностью использовать его для рабочих нужд. При этом, несмотря на то, что представители топ-менеджмента, несомненно, обладают и личным транспортом, и возможностью применять его в рабочих целях, доля страховщиков, предоставляющих корпоративный транспорт своим первым лицам, составляет 43,3% — это, как правило, объясняется соображениями статуса.

Оценивая существующие системы мотивации сотрудников в страховых компаниях, следует отметить, что 90% респондентов организуют корпоративные мероприятия, рассматривая их в качестве меры по построению эффективной команды, причем такие мероприятия организуются даже для занимающих начальные позиции.

Практически все страховщики организуют обучение своих сотрудников. Анализируя данные по использованию организации образования сотрудников страховых компаний, можно сделать вывод, что для начальных позиций характерно обучение специальности внутри страховой компании, для среднего уровня — обучение специальности на внешних семинарах и тренингах, а также получение бизнес-навыков путем обучения внутри компании, для топ-менеджмента — развитие бизнес-навыков через семинары внутри компании.

В результате исследования, было выявлено, что страховщики в основном предпочитают, чтобы их сотрудники приобретали бизнес-навыки внутри компании, а не в специальных компаниях, занимающихся обучением, - к их услугам в этой области прибегают не более 30% опрошенных.

В настоящее время 65% российских страховщиков пользуются услугами кадровых агентств, при этом 84% собираются воспользоваться их услугами в будущем, а всего 8% — пока не планируют обращаться в кадровые агентства[1].

При изучении параметров выбора кадрового агентства страховыми компаниями было выявлено, что основное внимание страховщики уделяют соблюдению сроков выполнения заказа (первое место в рейтинге предпочтений страховщиков в отношении качеств, которыми должно обладать кадровое агентство), тогда как репутацию и известность агентства респонденты поставили лишь на 8-е место — гораздо ниже, чем рекомендации коллег и стоимость услуг агентства (4–5 место). Это подтверждает мнение, что страховщики только осваивают рынок рекрутмента и соответствующая культура взаимодействия между компаниями находится на стадии формирования: по имеющимся оценкам, сегодня рынок рекрутмента в сфере страхования оценивается специалистами в 2,69 миллиона долларов, а при условии, что страховщики — потенциальные клиенты кадровых агентств — будут

подбирать через кадровые агентства хотя бы 70% персонала, потенциал рынка рекрутмента в сфере страхования оценивается в 19,2 миллиона долларов.

Также при выборе кадрового агентства — партнера страховые компании требуют от консультантов хорошего знания рынка кандидатов (второе место) и индивидуального подхода, который включает в себя диверсифицированную ценовую политику (третье место). Любопытно, что возможность предоставления агентством полного спектра услуг (консалтинг, обзоры заработных плат, аутстаффинг, лизинг) страховщики поставили на последнее место. Действительно, на настоящий момент такими услугами пользуются всего 22% компаний (что составляет около трети компаний, работающих с кадровыми агентствами) — рынку этих услуг в сфере страхования также еще предстоит развиваться.

Что касается количества сотрудников, подобранных страховыми компаниями за последние 12 месяцев, то около 20% опрошенных приняли на работу от 1 до 7 сотрудников именно при помощи кадрового агентства, 6,5% опрошенных подобрали 8–15 сотрудников через агентства. Оказалось, что на московском страховом рынке есть и компания, подобравшая за год более 50 сотрудников через кадровое агентство.

Следует обратить внимание на то, что, несмотря на достаточно высокую стоимость услуг кадровых агентств, 18% подобранных через них сотрудников были приняты страховыми компаниями на начальные позиции (то есть это сотрудники, заработная плата которых составляет около 500 долл.). Как и следовало ожидать, основную часть персонала, подбираемого с помощью агентства, составляют квалифицированные специалисты (37%) и менеджмент среднего уровня (28%) — категории персонала со средней заработной платой от 600 до 2000 долларов. При подборе персонала из этих двух групп через кадровое агентство страховщик получает возможность выбрать из обширной базы данных, а также сразу отсеять неквалифицированных кандидатов. На топ-менеджмент, получающий свыше 2000 долларов, приходится 17% всего подобранного через кадровые агентства персонала — это объясняется, во-первых, тем, что потребность заполнить соответствующую позицию в компании возникает достаточно редко, и, во-вторых, применением других методов подбора персонала, таких как head-hunting — рынок квалифицированных и опытных страховых кадров до сих пор тесен — и использование личных связей[1].

Необходимо отметить, что наиболее эффективно расстановка приоритетов в сфере управления персоналом на основании целей компании происходит в том случае, если цели бизнеса формализованы и декомпозированы хотя бы до уровня основных функциональных направлений, то есть в компании внедрена система управления по целям. В этом случае разработать критерии оценки эффективности деятельности для всех групп персонала значительно проще, чем в ситуации, когда есть только план по объему продаж.

Стержнем интегрированной системы управления персоналом является свод критериев оценки работы и профессионального потенциала сотрудников, который, в свою очередь, как мы уже упоминали выше, прямо вытекает из целей компании.

Можно выделить два вида критериев оценки: количественные и качественные.

Таблица 1.

Качественные и количественные критерии для специалистов по страхованию

Цель	Количественные критерии (KPI)	Качественные критерии (компетенции)
Повышение качества обслуживания клиентов	- Количество договоров, заключенных повторно	- Соблюдение стандартов качественного обслуживания клиентов + уровень развития компетенции
	- Объем страховой премии	- "Клиентоориентированность"
	- Количество жалоб на качество обслуживания	- Содержание отзывов клиентов о работе данного специалиста
	- Количество благодарностей от страхователей	
	- Уровень удовлетворенности	

	страхователей обслуживания опросов	по	качеством результатам	

С помощью количественных критериев оценки, их еще называют KPI <1>, мы можем оценивать, достигают ли сотрудники необходимых компании результатов или нет. Эти показатели строятся на планах компании и подразделений, отражают то, что может быть измерено и подсчитано. Для страховых компаний это могут быть:

- план сбора страховой премии;
- достижение желаемого уровня рентабельности;
- количество жалоб клиентов;
- принятие на страхование "качественных рисков" - показателем может быть уровень выплат.

Качественные критерии оценки (их еще называют компетенции) позволяют оценить уровень профессионального развития и потенциала сотрудников. Кроме того, компетенции сами по себе являются описанием эталонного поведения сотрудников. Это очень важный аспект в оценке, поскольку для реализации целей бизнеса очень важно не только понимать, к какому результату мы стремимся, но и знать, за счет чего этого результата можно достичь. Поэтому компетенции, проистекающие из качественных, стратегических целей компании и ее ценностей, являются своего рода стратегическим стержнем системы управления персоналом. Для страховой компании данные критерии могут быть следующими:

- клиентоориентированность;
- повышение качества страховых продуктов.

Вместе KPI и компетенции определяют, что и как должен делать персонал, и на основании этого могут быть построены:

- система оценки: каким образом, с помощью каких инструментов оценивается соответствие сотрудников установленным критериям, и система подбора: какие сотрудники принимаются на работу;
- система мотивации: за какие достижения платить сотрудникам, за что поощрять нематериально;
- система обучения: какие качества развивать в сотрудниках[2].

Роль же, отводящаяся в такой интегрированной системе управления персоналом системе оценки, как мы уже говорили, особая и вот почему. На результатах оценки, как уже отмечалось выше, строятся все решения в области управления персоналом. Оперативная оценка работы сотрудника, которая неформально проводится линейным руководителем ежедневно, в конце месяца, квартала, года, формализуется и определяет размер премии сотрудников. Оценка профессионального уровня и потенциала сотрудника определяет размер его оклада, что стимулирует сотрудников повышать свой профессиональный уровень за счет обучения. Недочеты, выявившиеся в ходе ежегодной оценки сотрудников на основе компетенций, определяют тематический план обучения сотрудников. В графическом виде этот алгоритм представлен на рис. 1. Построенная таким образом система управления персоналом позволяет влиять на поведение сотрудников и прогнозировать его, а особая роль оценки в этом процессе еще раз подтверждает тезис, вынесенный нами в заголовок статьи: оценка является универсальным инструментом управления.

Однако реалии сегодняшнего бизнеса таковы, что для большинства страховых компаний реализация описанного выше подхода - это задача даже не ближайшего, а среднесрочного развития. Поскольку управлению персоналом во многих компаниях не уделяется должного внимания, так как она требует большой работы и от менеджмента компании, и от службы управления персоналом в целом. Кадровая служба по-прежнему рассматривается как второстепенное подразделение. Она слабо влияет на стратегию и тактику управления страховой компанией. В настоящее же время основное внимание службы управления персоналом, как правило, сосредоточено на осуществлении кадрового

документооборота (прием и увольнение сотрудников), помощи сотрудникам в решении их индивидуальных рабочих проблем, проверки состояния трудовой дисциплины, а оценка персонала (даже в форме традиционной аттестации) до сих пор является наименее распространенной процедурой в системе управления персоналом российских компаний. Сегодня в большинстве случаев она существует в неформализованном управленческом виде - руководитель по известным ему одному критериям оценивает сотрудников, находящихся у него в непосредственном подчинении. На основании этой оценки он принимает управленческие решения, подчас без обратной связи с подчиненными - как он оценивает их работу, их профессиональный потенциал, чего он от них ждет и почему принимает именно такие, а не другие решения о премировании, наказании, перемещении сотрудников.

В таком виде оценка не может считаться настоящим управленческим инструментом, поскольку не позволяет влиять на поведение сотрудников и прогнозировать его - люди просто не знают и не понимают, чего от них ждет компания в целом и их непосредственный руководитель в частности. Отсюда так много разговоров о самодурстве отдельных начальников, так много демотивированных сотрудников, относящихся к компании потребительски: сотрудники нелояльны к компании, поскольку "игра" с ними ведется не в открытую, отношения строятся не на партнерской основе взаимных соглашений ("я жду от тебя такой-то работы и за это готов вознаграждать тебя вот таким образом"), а на основе власти, принуждения и манипуляций. От такой ситуации страдают и бизнес, сотрудники которого работают спустя рукава, а подчас и занимаясь откровенным вредительством, и сами сотрудники. Или, напротив, отношения между работниками и работодателем могут строиться на жалости и сострадании, не позволяющей работодателю предъявлять к сотруднику элементарные требования, - в этом случае страдает в первую очередь бизнес, а не наемный сотрудник.

"Между тем западные исследования достоверно показывают, что компании, применяющие формализованную и системную оценку в управлении персоналом, значительно эффективнее и успешнее аналогичных компаний, не использующих оценочные процедуры". И такие данные вполне логичны: ведь оценка персонала позволяет представлять себе реальное качество человеческих ресурсов, имеющихся в распоряжении компании, и управлять ими: отбраковывать худших, стимулировать средних и вознаграждать лучших сотрудников. В такой ситуации вполне правомерно говорить об оценке персонала как о важном инструменте управления - ведь она является основой для принятия важных кадровых и управленческих решений. По нашему мнению, отсутствие надежных систем оценки персонала может привести к тому, что организацией могут быть потеряны способные работники.

Тем не менее идеология кадровой работы, соответствующая новым рыночным реалиям современной России, уже формируется, и опыт страховых компаний - лидеров российского рынка позволяет выделить новые типичные черты в подходах к управлению персоналом:

- повышение эффективности системы подбора, найма и расстановки сотрудников;
- система мотивации и оплаты труда справедлива по отношению к другим страховым компаниям и является хорошо управляемой;
- индивидуальные проблемы отдельных страховых работников решаются быстро, справедливо и эффективно;
- заработная плата страховых работников базируется на результатах индивидуального труда и эффективности работы соответствующего структурного подразделения страховой компании;
- развитие, обучение, перемещение и повышение в должности страховых работников осуществляется в соответствии с результатами их труда, квалификацией, способностями, интересами и потребностями страховой компании.

Список использованных источников:

1. Рынок труда в сфере страхования // <http://www.reglament.net/>
2. Рынок труда в России // <https://visasam.ru/russia/rabotavrf/rynok-truda-v-rossii.html>
3. Особенности оценки персонала в страховых компаниях / Кадровик. Кадровый менеджмент", 2008, N 10 // <https://hr-portal.ru/>

РАЗВИТИЕ СТРАХОВОГО РЫНКА В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ СИТУАЦИИ: СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ

Ротенбергер Ольга Сергеевна

Аксёнова Анастасия Дмитриевна

*Руководитель: Чумак Татьяна Григорьевна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

Аннотация: на современном этапе развития российской экономики все больше актуализируется проблема преодоления последствий пандемии, финансово-экономического кризиса, санкций, усиливших неопределённость и риск хозяйственной деятельности и деятельности страховых компаний. Сравнительный анализ показал снижение показателей по сбору страховых премий, ключевых показателей рынка, что является поводом задуматься о дальнейших перспективах страхового рынка.

Ключевые слова: страхование, кризис, факторы, страховой рынок, проблема.

Актуальность темы исследования объясняется тем, что страхование является одним из стратегических факторов эффективного функционирования и успешного развития экономических отношений в стране. Оно позволяет решать проблемы социального и пенсионного обеспечения, а также повышает инвестиционный потенциал государства. К тому же проблема мирового финансового кризиса затронула все отрасли экономики, в том числе и рынок страховых услуг. Во всех развитых странах страхование является стратегически важной отраслью экономики, обеспечивая подавляющую часть инвестиций в ее развитие и освобождая государственные бюджеты от расходов на возмещение убытков от непредвиденных событий. При этом особая роль страхования проявляется в решении социальных проблем общества. Социальные гарантии населению страховщики способны предоставлять наряду с государством, а порой и опережая государство.

Современный российский страховой рынок находится в трудном положении. Рынок страхования, как показал II квартал 2022 года, продолжает сокращаться. Происходит это не так стремительно, как ожидалось ранее, но достаточно последовательно. Более того, падение ускоряется: почти 6% против 2% в I квартале 2022 года. При этом отдельные виды страхования показывали разнонаправленную динамику.



Рисунок-1. Сегменты страхового рынка в 2022 году

Так, некоторые сегменты показали существенный спад, в частности, страхование от несчастного случая, имущества юридических лиц, ответственности и жизни. Сборы премии по страхованию имущества физических лиц практически не изменились по сравнению с аналогичным периодом прошлого года, а страхование имущества юридических лиц снизилось незначительно (–1%). Долгосрочное страхование жизни упало на 4%, но движение внутри сегмента было разнонаправленным. Существенно снизились сборы по инвестиционному страхованию жизни, поскольку страховщикам было непросто предложить клиентам разумное наполнение этих программ в сложившихся условиях ввиду ограниченного доступа к иностранным ценным бумагам. В то же время накопительное страхование жизни росло за счет продуктов с фиксированной доходностью и страховым компонентом. Обвальное снижение сборов в страховании от несчастного случая (–44%) связано с приостановкой многих кредитных программ или ростом ставок до уровней, не приемлемых для потенциальных заемщиков.

Драйверами роста для рынка выступали добровольное медицинское страхование (ДМС), ОСАГО и каско. Так, сегмент ДМС вырос на 17%, что обусловлено ростом стоимости медицинских услуг, для оказания многих из которых используют иностранные расходные материалы и реактивы. В автомобильном сегменте росло как ОСАГО (+10%), так и каско (+6%). Рост по ОСАГО немного ускорился, что может быть связано с эффектом инерции рынка и пересмотром тарифов в начале года, в то время как рост сборов по каско был несколько меньше — около 6%. При этом количество полисов по сравнению с аналогичным периодом прошлого года сократилось на 8%. Ситуация с каско на быстро сжимающемся автомобильном рынке может быть связана с ростом тарифов, который учитывает подорожавшие детали и компоненты для ремонта. Также, вероятно, вырос интерес автовладельцев к каско в ситуации, когда отремонтировать автомобиль дорого, а поменять старый на новый становится все более сложно.

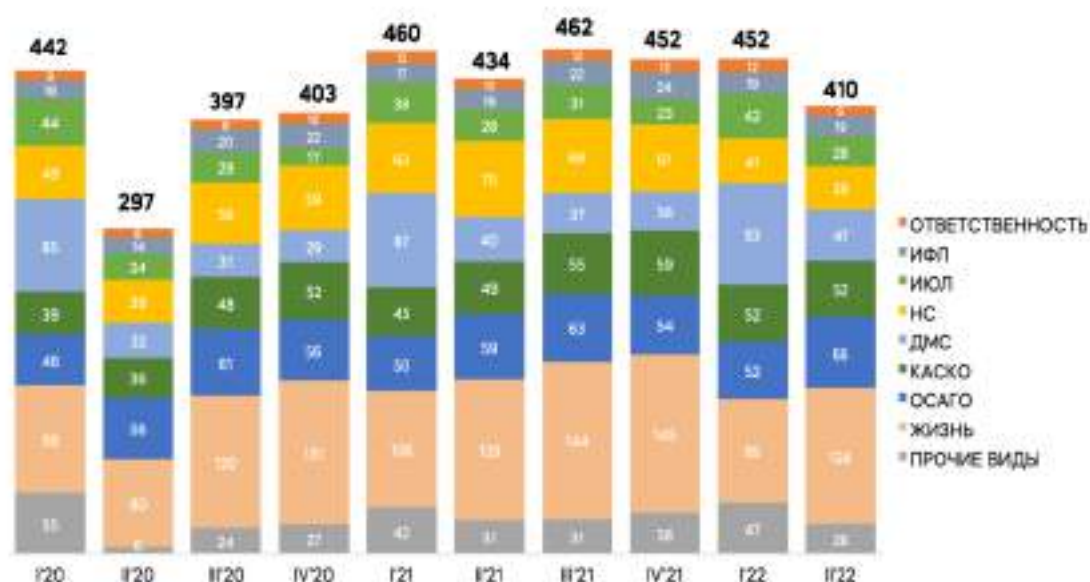


Рисунок-2. Структура сборов премии по видам страхования в 2022 году

Объем и структура сборов по видам страхования во II квартале претерпели не самое сильное изменение. Объемы рынка упали до величины 410 млрд руб., что близко к показателю IV квартала 2020 года, но по уровню стресса не дотягивает до показателей II квартала 2020 года, когда наблюдалось обвальное сокращение сборов премий. В структуре

есть лишь один вид, сборы по которому упали очень заметно: страхование от несчастного случая.

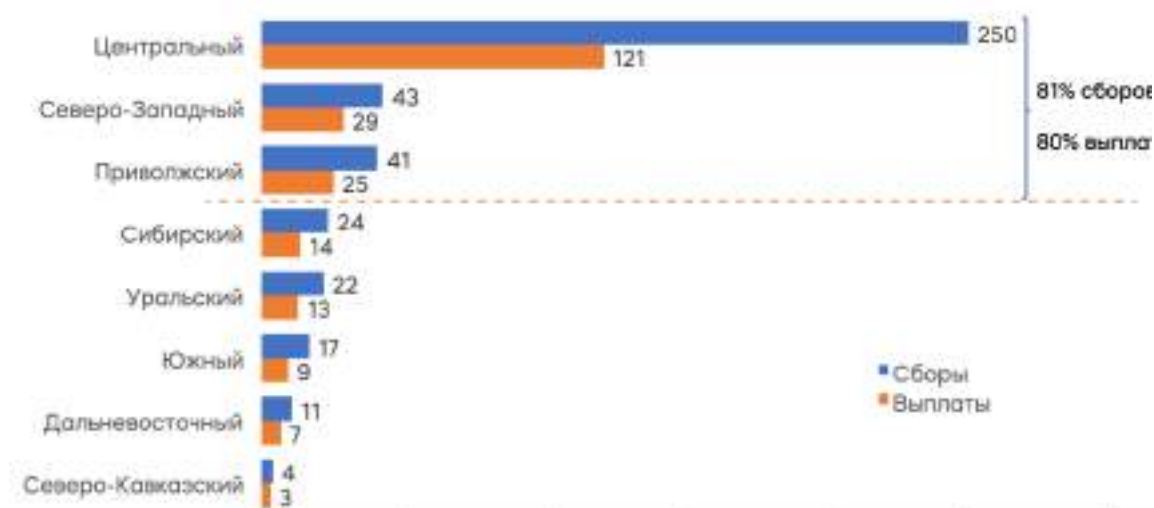


Рисунок-3. Сборы и выплаты в Федеральных округах в 2022 году

Около 80% сборов и выплат приходилось на 3 крупнейших федеральных округа: Центральный (61% сборов, 55% выплат), Северо-Западный (10% сборов, 13% выплат) и Приволжский (10% сборов, 12% выплат). При этом коэффициенты выплат во всех регионах, кроме Центрального федерального округа, довольно высокие и варьируются в диапазоне от 0,56 в Южном федеральном округе до 0,79 в Северо-Кавказском. Необходимо отметить, что Северо-Кавказский федеральный округ отличают высокие выплаты по ОСАГО, которые превысили сборы премий в I полугодии. Коэффициент выплат в регионе по данному виду страхования составлял почти 1,14.

По множеству социально-экономических параметров (объем собранной премии, количество видов страхования, пределы финансовой устойчивости страховщиков, объемы уставных капиталов и т.п.) российские страховщики по-прежнему значительно уступают западным индустриальным странам. Экономический кризис в нашей стране приобрел тяжелый и затяжной характер, а по многим позициям имеет черты необратимости. Современная экономика, в данный момент, не может нормально функционировать без резервов, которые формируют страховщики. Любые хозяйственные субъекты заинтересованы вести свой бизнес без убытков или хотя бы свести их к минимуму при наступлении страхового случая. Общественное сознание все больше рассматривает страхование как экономическую категорию рыночной экономики. Постепенно набирают обороты своего развития страховой рынок и бизнес, без которых не обходится ни одно современное общество с высоко развитой экономикой.

Определяющими в развитии страхования должны быть добровольные виды. Крайне низкий уровень развития добровольного страхования, в первую очередь граждан, в значительной степени объяснялось раньше огромной инфляцией, которая экономически не обеспечивало защиту рисков. Следствием этого, стало недоверие граждан к страхованию в целом и к добровольному долгосрочному страхованию в частности. Таким образом, население потеряло и без того шаткое доверие к страховым институтам, плюс еще отсутствие экономической грамотности у основной части населения нашей страны. Люди боятся потерять последние сбережения, получив страховой полис.

Одной из главных причин медленного развития страхования имущества юридических лиц является отсутствие правового регулирования. Эксперты видят решение в разработке единого федерального документа, идеологии страхового права. Страховой рынок не имеет должной поддержки со стороны государства. Страховой надзор должен быть

самостоятельным федеральным органом. Он должен иметь гораздо больше полномочий, чем на данный момент. Финансирование его содержания следует решать через внебюджетный фонд, создаваемый за счет отчислений от страховых взносов. Одновременно к числу важнейших задач развития страхования в России можно отнести повышение уровня капитализации страховых компаний, повышение инвестиционной привлекательности российских страховых компаний, улучшение качества страховых услуг, повышение страховой культуры населения. Приоритетным является развитие классических видов долгосрочного и накопительного личного страхования, совершенствование правовых и организационных основ обязательного страхования, создание и развитие современной инфраструктуры страхового рынка, создание единых баз данных страховых компаний. Требуется создание единой образовательной системы, предполагающей не только получение базовых фундаментальных знаний и практических навыков, но и постоянное повышение квалификации работников страховой сферы.

Страховое дело в России должно развиваться как самостоятельный экономический инструмент. В перспективе оно не должно сдерживаться границами отрасли или предприятий, объединенных в финансово-промышленную группу.

Страховые компании должны идти по пути объединения между страховщиками. Обмен акциями, взаимное участие в уставных капиталах – наиболее реальный путь развития страхового бизнеса в условиях российского рынка. Для выхода из сложившейся ситуации в первую очередь необходимо повысить уровень страховой культуры граждан России. Повысить страховую культуру можно только путем повышения доверия граждан к страховым компаниям, следовательно страховые компании должны добросовестно выполнять свои обязательства по выплате страхового возмещения, также следуют информировать граждан о добровольных видах страхования с помощью рекламы и СМИ. Важно, снизить уровень давления на страховщиков со стороны Центрального банка РФ, при этом не допустить монополизации страхового рынка. Необходимы дальнейшие корректировки в ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств», а также пересмотр тарифных ставок.

В современных научных исследованиях наибольшее внимание уделяется вопросам функционирования национального страхового рынка в мировом сопоставлении, а также проблемам страхового регулирования. Региональный аспект страхования при этом изучен довольно ограниченно. Основываясь на изученных мнениях авторов, мы можем обобщить положительные и отрицательные черты национального страхового рынка России и обозначить их как риски и возможности. Под финансовой устойчивостью страховой организации понимается финансовое состояние, которое характеризуется стабильностью собственных ресурсов и страховых фондов, привлеченных за счет различных видов страхования, а также оптимально инвестируемых на принципах надежности и доходности. Данная проблема заключается в неустойчивости формирования страховых фондов, составляющих основу финансового потенциала. Это проявляется в виде значительных колебаний страховых премий в зависимости от внешних экономических, политических иных факторов.

В то же время значительная доля страхования жизни является услугой, сопутствующей потребительскому кредитованию, за счет этого и формируется большая доля взносов. Не менее важной причиной нестабильности страхового рынка является неэффективная инвестиционная деятельность страховых организаций и отсутствие качественного контроля за инвестициями. Так, согласно материалам Аналитического управления Совета Федерации о реализации Центральным банком РФ полномочий по регулированию, контролю и надзору в сфере финансовых рынков, в настоящее время существует запрет на векселя, за счет чего можно повысить качество портфеля страховщика. Таким образом, Банк России мотивирует страховщиков инвестировать в более доходные и надежные источники. Такое решение проблемы развития страхования жизни поможет

сформировать источники финансирования в менее ликвидные, но более доходные инвестиции, что в свою очередь будет содействовать развитию инвестиционной деятельности страховых организаций и соответственно улучшить их финансовую устойчивость.

Кроме всего, серьезной проблемой для страховой отрасли остается повышение качества образования и переподготовки профильных специалистов. В современных реалиях необходимо совместить теоретическое обучение с практическими навыками реализации страховых продуктов, развивать страховой маркетинг и систему финансового управления страховыми компаниями. Данные мероприятия помогут сформировать профессиональные умения и знания, позволяющие планировать и прогнозировать страховой портфель, обеспечивать его сбалансированность, и соответственно повышать эффективные продажи страховых продуктов. Во — вторых, следует проводить аттестацию всех специалистов, работающих в страховых компаниях, а не ограничиваться руководителями, главными бухгалтерами и актуариями.

Подводя итоги, можно отметить, что страховой рынок по итогам II квартала 2022 года выдержал первый натиск новых санкций: потери оказались менее 6% — это лучше, чем ожидалось. Выплаты существенно выросли. Коэффициент выплат достиг рекордного значения 0,54, и этот тренд может сохраняться некоторое время. Новые тарифные коридоры для некоторых обязательных видов страхования, а также изменение методики калькуляции выплат по ОСАГО, предполагающей учет неоригинальных деталей, могут ослабить финансовое давление на страховщиков. ДМС, ОСАГО и каско были основными драйверами роста, сборы премии по другим видам страхования сокращались. Сборы премии по НС сократились почти на 45%. НСЖ был главным фактором, который не позволил сегменту страхования жизни просесть еще сильнее. Доля страхования жизни среди физических лиц во II квартале приблизилась к половине всех сборов рынка. ДМС оставался ключевым сегментом в корпоративном страховании в I и II кварталах 2022 года. На Центральный, Северо-Западный и Приволжский федеральные округа в совокупности приходилось около 80% сборов премий и выплат возмещений. Средняя страховая сумма, равно как и средняя премия в страховании имущества юридических лиц, сократились на 22% и 45% соответственно. Вероятно, из-за закрытия крупных иностранных предприятий и экономии российских компаний. В остальных сегментах движение этих показателей разнонаправленное. При стабилизации внешнего фона темп сборов премий может замедлить свое падение в III квартале (около -3%) и, возможно, приблизится к показателям прошлого года в IV квартале. Тренд на постепенный рост выплат продолжится, хотя процесс, вероятно, достигнет некоего плато, когда все факторы, влияющие на повышение расходов страховых компаний, придут в равновесное состояние.

Список использованных источников:

1. Глинкина Е.В. Развитие страхового рынка в условиях кризиса // <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-strahovogo-rynka-v-usloviyah-krizisa/viewer>
2. Страховая газета. Обзор страхового рынка России. 2007-2009 гг. https://revolution.allbest.ru/bank/00265912_0.html?ysclid=lazdmojooy284593451
3. Исаев, Д. В. Страховой рынок в условиях кризисных явлений в экономике / Д. В. Исаев, И. Л. Димитров. <https://moluch.ru/archive/131/36278/>
4. Прокопьева Е. Л. Современный страховой рынок России: проблемы и потенциал развития <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyy-strahovoy-rynok-rossii-problemy-i-potentsial-razvitiya-1>
5. Страховой рынок в РФ <https://insurance-institute.ru/library/okunev/okunev01.pdf>
6. https://cbr.ru/Collection/Collection/File/32073/review_insure_20Q4.pdf ЦБ РФ
7. Быканова, Н. И. Страховой рынок России: проблемы и направления развития / Н. И. Быканова, А. С. Черкашина <https://moluch.ru/archive/144/40382>

ВЛИЯНИЕ ПОЛИТИКИ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СМЯГЧЕНИЯ НА РАЗВИТЫЕ И ФОРМИРУЮЩИЕСЯ ФИНАНСОВЫЕ РЫНКИ

Махмудов Тимур Николаевич

Руководитель: Мозгунова Елена Александровна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Политика количественного смягчения - нетрадиционный инструмент монетарной политики, в рамках которого центральный банк выкупает у банков долговые обязательства ипотечных агентств и казначейские облигации для «впрыскивания» определенного количества денег в экономику. Это приводит к уменьшению объема неликвидных бумаг на балансе банков, которые в свою очередь «смягчают» условия кредитования бизнеса и населения. Такие меры денежно-кредитной политики влияют на ключевые макроэкономические показатели как развитых, так и формирующихся стран. В 2022 г. Российская Федерация начала использовать данный инструмент, в связи с чем возникает вопрос о своевременности его применения.

Цель работы: определить эффективность политики количественного смягчения.

Достижению данной цели способствуют следующие задачи: провести анализ использования политики количественного смягчения; рассмотреть результаты ее использования в разных странах; определить перспективы использования данного метода в экономике современной России.

В условиях кризиса в конце ноября 2008 года Федеральная резервная система США начинает политику количественного смягчения, выкупая ипотечные закладные на сумму около 600 млрд. долларов. Всего было проведено три раунда, которые стали известны как QE1, QE2 и QE3, где QE – quantitative easing (англ. - «количественное смягчение»). И в конце 2013 года ФРС США заявила о сворачивании программы, что означало постепенное уменьшение объема вливаемых в экономику денежных средств на 10 млрд. долларов ежемесячно. Последствия действий ФРС проявились незамедлительно: под давлением находились процентные ставки и валюты развивающихся стран.

В самом начале так называемой эпохи количественного смягчения (в 2009 г.) центральные банки Англии, Евросоюза, Японии и ФРС США синхронно снизили ставки практически до нулевых значений: в США – 0,25 %; ЕС – 0,5 %; в Великобритании – 0,75 %; Японии – 0,1%, в то время как центральные банки развивающихся стран, таких как Россия, Китай и Сингапур были вынуждены их держать на высоком уровне.

Это привело к одному из самых значимых текущих процессов современного финансового мира – к оттоку капитала из развивающихся стран в развитые, так как для инвесторов, которые ищут наиболее выгодное соотношение доходности и риска, развитые страны стали более привлекательными.

Последствия проведения такой политики негативно отразились и на валютных курсах развивающихся стран: так называемая «слабая пятерка», куда входят Бразилия, Индонезия, ЮАР, Индия и Турция, испытали сильные валютные шоки. Курсы национальных валют этой группы стран к доллару снизились к концу 2013 года на 15-25% и более. А с января 2014 года темпы этой девальвации лишь ускорились. Главная причина уязвимости этих стран — это значительный дефицит счета текущих операций платежного баланса.

Вливание денег в экономику США породило также и взлет потребительских цен в отдельных странах. Среди стран Большой восьмерки максимальная инфляция в 2013 г. наблюдалась в России — 6,5% [2, с.78]. В развитых странах рост цен был намного менее заметен. Например, в Великобритании рост потребительских цен по итогам года составил 2,0%, в Японии — 1,6%, в США — 1,5%, в Германии и Канаде — по 1,2%. А среди стран

БРИКС максимальная инфляция в 2013 г. была зафиксирована в Индии — 9,1%. В Бразилии цены выросли на 5,9%, в ЮАР — на 5,3%, в Китае — на 2,5%.

Политика количественного смягчения влияет и на финансовые рынки: сравнивая динамику индексов S&P 500 и индекса развивающихся стран MSCI, можно заметить, что рынки развивающихся стран растут медленными темпами, оставаясь в отрыве от роста американского рынка. А рынок США, после провалов 2009 года набирал обороты и рос завидными темпами, достигая роста 100 долларов в квартал.

После действий ФРС США проявилась еще одна тенденция: внешний долг развивающихся стран был заметно увеличен в период с 2009 по 2012 годы (в эпоху количественного смягчения). Рынки развивающихся стран сильнее зависят от иностранных инвесторов, более уязвимы. Самыми рискованными представляются следующие страны: Украина, Польша, Индонезия, Турция, Колумбия, Южная Африка, Чили, Индия, поскольку внешние долги этих стран были увеличены в последнее время и сейчас составляют значительную по отношению к ВВП величину.

Реагируя на политику США, страны с формирующимся рынком увеличили средние сроки своих долговых обязательств, уменьшили выпуск долговых инструментов с плавающей ставкой и сократили долг в иностранной валюте. Это повысило устойчивость их государственных балансов к шокам обменных курсов и процентных ставок и снизило риски, связанные с государственным долгом на стороне предложения. Отчасти именно вследствие этого за последние годы резко возросла доля долговых обязательств стран с формирующимся рынком в иностранной собственности.

С осени 2013 года США сворачивает программу количественного смягчения, постепенно сокращая объем средств, вливаемых в экономику. Такое решение ведет к изменению структуры инвестиционных портфелей, усилению оттоков капитала из формирующихся рынков, корректировкам обменных курсов. Особенно уязвимыми представляются страны, имеющие слабые места во внутренней экономике и дефициты по счету текущих внешних операций.

При существующем уровне иностранного участия в рынках государственных облигаций менее всего страдают те страны, у которых:

- более низкое отношение долга к ВВП;
- более низкие валовые потребности в финансировании;
- более развитые внутренние финансовые системы;
- более крупные резервы ликвидности для защиты от внешних шоков.

Политика количественного смягчения является эффективным инструментом при недостатке ликвидности в экономике страны. Однако в настоящее время она не может решить значимую причину кризиса – перенасыщение долговыми обязательствами. Поэтому программы, направленные на стимулирование потребительской активности, не принесли желаемого результата, а рынки развивающихся стран стали испытывать голод частного капитала.

18 марта 2022 года Банк России фактически анонсировал запуск программы количественного смягчения (Quantitative easing, QE). Регулятор начинает выкупать правительственные рублевые облигации федерального займа (ОФЗ) минимум на 1 триллион рублей. К такому инструменту ЦБ прибегает впервые в современной истории. Банк России переходит к инструментам, которыми ФРС пользовалась уже 15 лет, а ЕЦБ – 12 лет. Ирония состоит в том, что на Западе перешли от количественного смягчения к его противоположности – ужесточению. Проводимое количественное смягчение в совокупности с маневром “виртуальной конвертации” замороженных активов, в результате которой меняется лишь формальный владелец замороженных средств: от Минфина они переходят к Центробанку. “Получив” валюту, Центробанк взамен выдаёт Минфину рубли. Фактически схема представляет собой запуск “печатного станка” для наполнения государственного бюджета. В результате это будет стимулировать еще большую инфляцию в стране.

Следовательно, можно сделать вывод, что такой метод регулирования экономики, как количественное смягчение в современных условиях является не эффективным и может усугубить проблемы в экономическом положении нашей страны.

Список использованных источников:

1. Вожжов, А.П., Гринько Е.Л., Черемисинова Д.В. Трансформация денежного обращения и изменение парадигмы стимулирования экономического роста: исторический аспект и требования современности/ А.П. Вожжов, Е.Л. Гринько Е.Л., Д.В. Черемисинова // Бизнес информ. – 2020 - №12 - С. 8-16. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/transformatsiya-denezhnogo-obrascheniya-i-izmenenie-paradigmy-stimulirovaniya-ekonomicheskogo-rosta-istoricheskiy-aspekt-i> (дата обращения: 22.01.2023).
2. Доклад Росстата о сравнительных экономических показателях в России и зарубежных странах в 2013 г. "Социально-экономическое положение России" – URL: <https://rosstat.gov.ru/compendium/document> (дата обращения: 22.01.2023).
3. Евдокимова, Т.В. Влияние денежно-кредитной политика на экономику США в посткризисный период/ Т.В. Евдокимова // Россия и Америка в XXI веке. - 2019. - №1. - С.8-9. – URL: <https://publications.hse.ru/articles/195439135> (дата обращения: 22.01.2023).
4. Закирова В.Р. Влияние политики количественного смягчения на развитые и формирующиеся финансовые рынки – URL: <http://www.fa.ru/science/studevents/mnsk> (дата обращения: 22.01.2023).
5. Сайт Всемирного банка – URL: www.worldbank.org (дата обращения: 23.01.2023).
6. Сайт Всемирной Торговой Организации – URL: www.imf.org (дата обращения: 23.01.2023).
7. Сайт Федеральной Резервной Системы – URL: www.federalreserve.gov (дата обращения: 23.01.2023).

ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЕ КАК ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ ВОЛГОГРАДСКОГО РЕГИОНА

Захарова Мария Дмитриевна
Горьковская Ксения Дмитриевна
Руководитель: Снегирёва Галина Геннадьевна
ГБПОУ "Волгоградский колледж
ресторанного сервиса и торговли", Волгоград

Проблема: Из-за санкций в Россию прекратились поставки различной продукции, начиная от техники и заканчивая брендовой одеждой. А потому отечественные компании еще более активно осваивают импортозамещение.

Актуальность темы исследования. Фактически Россия живет в условиях санкций с 2014 года, когда к территории страны присоединился Крым. Импортозамещение как процесс развития Волгоградского региона в 2023 году снова актуален, во-первых, из-за геополитической напряженности, а во-вторых, из-за пандемии, разрушившей налаженные логистические связи и цепочки поставок.

В условиях высокой энтропии рыночных процессов стало очевидно, что без модернизации и разворачивания новых производств, реализующих авангардные направления внутреннего спроса на инновационные блага, многократно возрастают риски экономической и геополитической безопасности России, утраты международной конкурентоспособности. Поэтому востребованность импортозамещения, интегрирующего ресурсообеспеченность

экономики, ее научный потенциал и емкий внутренний рынок, определяется императивом инновационного развития.

"Импортозамещение" в качестве процесса развития для Волгоградского региона в 2023 году является политикой, направленной на снижение зависимости от иностранных товаров и стимулирование отечественного производства. Это может включать в себя меры, такие как поддержка местных предприятий, предоставление инcentивов для инвестирования в отечественные отрасли и внедрение защитных тарифов на импортные товары. Цель импортозамещения - увеличить самостоятельность региона и ускорить его экономическое рост. Однако следует отметить, что это также может привести к нежелательным последствиям, таким как снижение конкуренции и появление неэффективности на отечественном рынке.

С момента начала спецоперации на Украине десятки крупных компаний и сетей объявили об уходе с российского рынка. Это известные марки одежды, строительные магазины, табачные компании. В условиях санкций особенно важно найти альтернативу импортной продукции.

На сегодняшний день администрация Волгоградской области рассматривает импортозамещение как важнейшую движущую силу для подъема экономики региона, полномасштабной реализации ее промышленного и агропромышленного потенциала, для обеспечения продовольственной безопасности, полной загрузки производственных мощностей, увеличения числа рабочих мест.

Развитию импортозамещения способствуют модернизация производственных площадок, реализация инвестпроектов и господдержка.

Модернизация (от англ. modern - современный, передовой, обновлённый) - это процесс перехода экономики на более высокую стадию развития или на более высокую ступеньку внутри стадии.

Степень изученности проблемы. В Волгоградской области к проблеме импортозамещения с самого начала применили программный подход.

«Программа импортозамещения подразумевает создание благоприятных условий для отечественных производителей, – рассказали в областном комитете промышленности и торговли. – Начиная с 2014 г. глава региона Андрей Бочаров подписал соглашения о сотрудничестве с Минпромторгом РФ, Фондом развития промышленности (ФРП), Российским экспортным центром».

В итоге были разработаны специальные условия для тех, кто намеревался заменить импортные товары отечественными аналогами. Согласно механизму федеральной и региональной поддержки, предприятие должно было подтвердить возможность софинансирования перспективного проекта. На таких условиях предоставляли долгосрочную субсидию на развитие.

Цели и задачи исследования: Является выявление тенденций и динамики импортозамещения в Волгоградской области.

Для достижения данной цели были поставлены следующие **задачи:**

1. Провести изучение возможностей безопасного развития региональной социально-экономической системы;
2. Продумать проблемы и возможные риски;
3. Провести анализ официальных статистических показателей, характеризующих конкурентоспособность региональной экономики.

Объектом исследования является импортозамещение как процесс развития Волгоградского региона.

Теоретическая и методологическая основа исследования состоит из научных материалов и статей в российских изданиях, которые посвящены решению вопроса импортозамещения. Исходными данными для исследования послужили материалы самообследования.

Новизна исследования Теоретическая база исследования состоит из трудов российских ученых и экономистов, изучающих различные аспекты импортозамещения в России и в Волгоградской области. Состоит в разработке блока теоретических и практических положений, которые направлены на решение актуальной проблемы.

Суть импортозамещения заключается в том, чтобы заменить импортные товары, на производимые внутри самой страны. Впервые об этом направлении заявили в 2014 году, когда были введены первые пакеты санкций. Также импортозамещение обсуждали в 2021 году. Однако первые предпосылки появились еще в 2012 году, когда правительство опубликовало программу импортозамещения в России для сельскохозяйственного сектора. Активно вводимые санкции побудили рассмотреть проблему шире и глубже. После этого также сформировали комиссию по импортозамещению и были выпущены соответствующие постановления и законы.

Согласно плану импортозамещения, у правительства существует также финансовая программа. Она работает по методу финансовых грантов. На поддержку программы правительством РФ было выделено несколько сотен миллиардов рублей.

Принять участие в экономике импортозамещения могут уже существующие предприятия, которые хотят реализовать у себя отдельные проекты, направленные на замещение импортных товаров. С 2014 года действует специальный фонд промышленности, который также покрывает расходы на подобные проекты. Размер этого фонда тогда составлял 20 миллиардов рублей, в то время как фонд принял 800 заявок на различные проекты и их суммарная стоимость составляет около 300 млрд. Что касается самого предложения, то фонд предлагает заем сроком на 5-7 лет под 5% годовых. Также к предприятиям есть ряд требований:

1. Хорошая кредитная история.
2. Проект должен подразумевать создание абсолютно нового продукта, инновационных технологий и создание производств, направленных на замещение импортных товаров.
3. Сумма займа должны чем-то обеспечиваться, а именно активами заявителей или сторонними лицами.

Примеры импортозамещения в Волгоградской области могут включать:

1. Поощрение местного сельского хозяйства: Правительство может оказать поддержку местным фермерам в увеличении производства продуктов питания, сократив потребность в импорте.
2. Развитие отечественного производства: государство может стимулировать компании, производящие товары в Волгоградской области, снижая потребность в импорте.

Примером кампании по импортозамещению в Волгоградской области может быть продвижение товаров местного производства, таких как:

1. Кампания "Покупай местное": Правительство может начать кампанию по повышению осведомленности населения, побуждающую жителей покупать товары, произведенные в Волгоградской области, тем самым поддерживая местный бизнес и снижая потребность в импорте.
2. Поддержка малого бизнеса: Правительство может оказать финансовую и техническую поддержку малым предприятиям в регионе, чтобы помочь им улучшить свои производственные процессы и стать более конкурентоспособными, сократив потребность в импорте аналогичной продукции.
3. Установление партнерских отношений с местными поставщиками: Правительство может работать с местными предприятиями, тем самым минимизировать потребность в импорте.

Судя по информации из открытых источников на 2022-2023 гг в результате ухода иностранных компаний освобождается множество ниш. К ним относится сельское хозяйство, машиностроение, информационные технологии, легкая промышленность, а также товары,

ДОХОДЫ НАСЕЛЕНИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Черепанцева Софья Сергеевна

Чеглова Екатерина Олеговна

Руководитель: Снегирёва Галина Геннадьевна

ГБПОУ "Волгоградский колледж ресторанного сервиса и торговли", Волгоград

Проблема. Главной проблемой современной экономики России стала снижение уровня доходов населения. Доходы служат ориентиром на социально – экономическую составляющую экономики, а как следствие являются индикаторами уровня жизни населения.

Целью статьи является изучение денежных доходов населения как основной характеристики благосостояния населения..

Актуальность. Актуальность темы исследования обоснована прежде всего с тем что ведутся дискуссии при изучении статистических данных о денежных доходах населения как страны в целом, так и регионов в частности. К числу таких вопросов относятся: сопоставимость показателей денежных доходов в динамике, оценка дифференциации населения по доходам и потреблению, комплексная оценка региональных различий в уровне доходов населения. Таким образом, доходы населения и источники их формирования заслуживают внимания, а все проблемы, с ними связанные, актуальны и требуют более тщательного рассмотрения и решения.

Степень изученности проблемы. Имеется множество статей и исследований, изучающие взаимосвязь между доходами и благосостоянием человека в России, но если рассматривать информацию о номинальных и реальных доходах и их влиянием на благосостояние человека по Волгоградской области, то таких исследований крайне мало.

Задачи исследования:

- рассмотреть изучение доходов населения как основного показателя уровня жизни;
- провести анализ структуры и динамики доходов населения;
- провести анализ дифференциации населения по доходам.

Объектом исследования являются статистические данные , позволяющие изучить номинальные и реальные доходы и их влияние на благосостояние человека в России и Волгоградской области.

Теоретическая и методологическая основа исследования состоит из научных материалов и статей в российских изданиях, которые описывают влияние номинальных и реальных доходов на благосостояние человека.

Новизна исследования состоит в том, что в работе изучено влияние доходов населения на его благосостояние.

Материалы и методы. Информационной базой исследования послужили официальные статистические материалы Федеральной службы государственной статистики, в том числе материалы, опубликованные Росстатом в «Статистическом обозрении» в начале 2022 года.

В любой хозяйственной деятельности, и в производстве, и в бюджете семьи, важен не только размер располагаемого финансового дохода, но и количество товаров и услуг, которое можно приобретать за эту сумму денежных средств. В экономике существуют понятия номинальный и реальный доход.

Номинальным доходом называются абсолютно все поступления денежных сумм за определенный период времени и состоящего из совокупного количества материальных благ и денег, которые пополнили бюджет. Источники, формирующие номинальный бюджет могут быть самыми разными. Основными являются: реальные доходы.

В отличие от номинальных, реальные доходы представляют собой все финансовые поступления с учётом факторов, влияющих на возможность приобретения определённого количества услуг и товаров, которые покупаются за эти деньги. То есть, это величина получаемая делением номинального дохода на показатель инфляции в настоящее время. Источники реальных доходов идентичны номинальным доходам.

Динамика реальных доходов определяется следующими показателями:

- 1) уровнем заработной платы работников производственных фирм всех форм собственности;
- 2) размером доходов от частнопредпринимательской деятельности и личного подсобного хозяйства;
- 3) величиной выплат и льгот из общественных (социальных) фондов потребления всем слоям населения;
- 4) динамикой налогов и налоговой политикой государства;
- 5) тенденциями и конъюнктурой цен, уровнем инфляции.

Можно выделить некоторые факторы, влияющие на уровень доходов:

1. Различия физических, умственных и предпринимательских способностей.
2. Различия в доходности профессиональной деятельности.
3. Различия в производительности и интенсивности труда.
4. Проблема экономических возможностей.
5. Различия социально-экономических условий в регионах.
6. Различия в отношении к риску.
7. Дискриминация в трудовых отношениях.
8. Неформальные отношения и др.

В таблице 1 представлены данные, по которым можно проследить изменения в области доходов населения.

Таблица 1

Динамика средней заработной платы в России и Волгоградской области 2013–2021гг.[2]

Показатель	2013	2015	2017	2019	2021
Средняя заработная плата, все организации, рублей	29453	33800	38900	47657	56280
Средняя заработная плата по Волгоградской области	21046	24361	27962	33371	39031

Анализируя данные табл. 1, можно сделать вывод, что с 2013 г. по 2021 г. прослеживалось повышение средней заработной платы в России в целом и в Волгоградской области в частности (рис.1). Следует обратить внимание, на то что доходы населения в Волгоградской области росли значительно медленнее, чем в целом по стране.

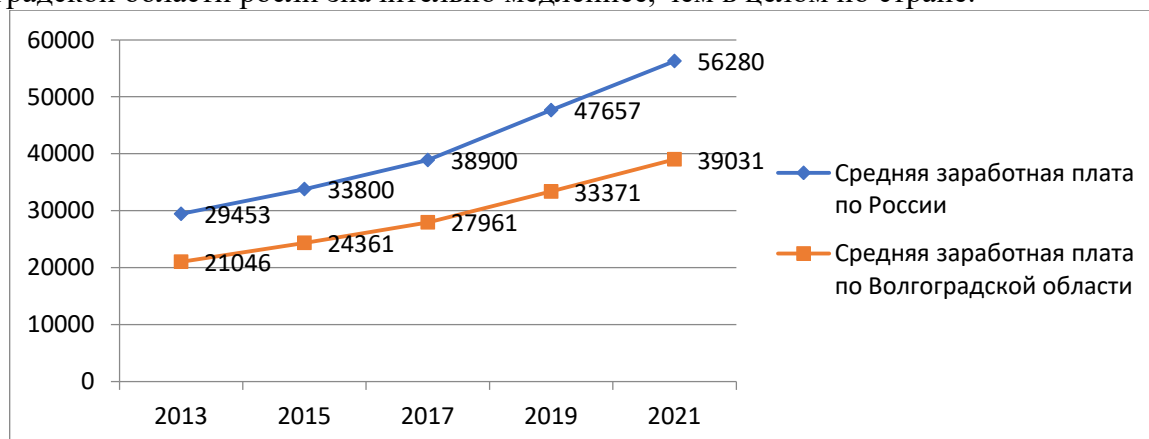


Рис.1. Динамика средней заработной платы в России и Волгоградской области 2013–2021гг.

Реальные денежные доходы населения Волгоградской области по данным Росстата возросли в 2021 году на 4,3% по отношению к 2020 году.(рис.2).

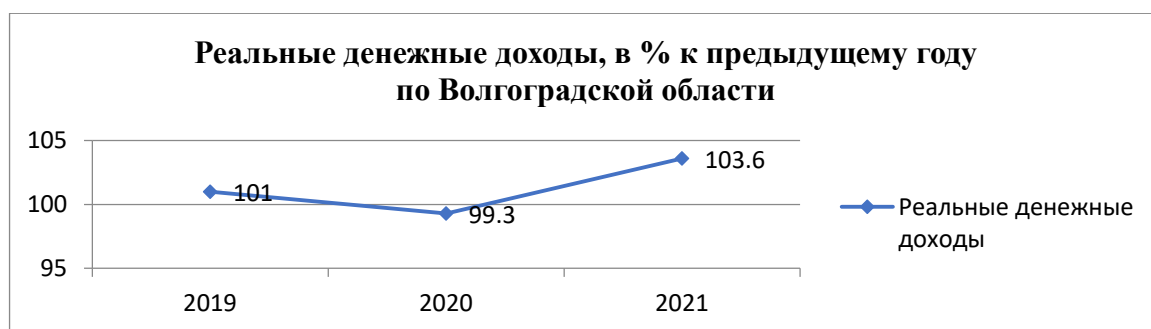


Рис.2.Реальные денежные доходы по Волгоградской области за 2019-2021 г.г.

Сопоставляя данные о средней заработной плате и реальных денежных доходах можно заметить, что, несмотря на рост средней заработной платы, располагаемые доходы населения снижаются. Это подтверждается изменением структуры расходов населения. в структуре расходов населения произошли следующие изменения: увеличилась доля расходов на молоко и молочную продукцию, кондитерские изделия, автомобильный бензин, бытовые услуги, услуги связи и коммунальные услуги; снизилась доля расходов на мясопродукты, одежду и белье, легковые автомобили. Такое изменение структуры расходов говорит о том, что население отказывается от некоторых товаров, чтобы была возможность оплатить другие, первоочередные расходы, стоимость которых увеличилась. Кроме того, по данным Росстата, наблюдается рост численности населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума (табл.2).

Таблица 2

Динамика численности населения
с денежными доходами ниже прожиточного минимума [3]

Показатель	2017	2018	2019	2020
Численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума, млн. чел.	18,9	18,4	18,0	17,7
в % от общей численности	12,9	12,6	12,3	12,3
в % от общей численности по Волгоградской области	13,6	13,4	12,9	11,9

Таким образом, говоря о реальных доходах населения, можно сделать вывод, что в настоящее время их уровень снижается, что негативно сказывается на уровне жизни населения. Кроме того сохраняется низкая зарплата в ряде отраслей экономики, значительная дифференциация населения по уровню доходов, очень высокий уровень бедности, хотя в последние годы прослеживается незначительная динамика.

Список использованных источников:

- 1.Гордиевич Т. И., Рузанов .П. В. Уровень жизни и динамика доходов населения // ОНВ. ОИС. 2020. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/uroven-zhizni-i-dinamika-dohodov-naseleniya> (дата обращения: 03.02.2023).
- 2.Мигранова Л. А. ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА В РОССИИ В 2015-2021 ГОДАХ // Народонаселение. 2021. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zarabotnaya-plata-v-rossii-v-2015-2021-godah> (дата обращения: 03.02.2023).
- 3.<https://infotables.ru/statistika/31-rossijskaya-federatsiya/1191-uroven-bednosti-v-rossii>

**Исследования в области информационных технологий:
информатика, информационные технологии в профессиональной
деятельности**

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ
В МАТЕМАТИЧЕСКОМ МОДЕЛИРОВАНИИ**

*Дорогая Элла Павловна
Руководитель: Фатина Татьяна Петровна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

XXI век ознаменовался внедрением и началом использования искусственного интеллекта, виртуальной реальности и, конечно, нейронных сетей.

Нейронные сети — это средство машинного обучения, при котором компьютер учится выполнять некоторые задачи, анализируя обучающие примеры. Нейронная сеть, смоделированная по образцу человеческого мозга, состоит из тысяч или даже миллионов простых узлов обработки, которые плотно связаны между собой.

Они используются в абсолютно различных сферах деятельности, внедрены в приложения для финансовых и экономических услуг, большую роль играют в прогнозировании и маркетинговых исследованиях, нейронные сети используются для обнаружения мошенничества и оценки рисков.

Актуальность исследований нейронных сетей подтверждается массой различных их применений, это автоматизация процессов распознавания образов, адаптивное управление, аппроксимация функционалов, прогнозирование, создание экспертных систем, организация ассоциативной памяти.

Нейронные сети нашли широкое применение для решения сложных задач, которые требуют аналитических вычислений, аналогичных вычислениям человеческого мозга. Нейросети делят на следующие группы по принципу действия:

- классификация — распределение данных по параметрам, происходит в ходе анализа имеющихся данных по определенным признакам;
- предсказание — возможность предсказывать следующий шаг на основании имеющихся данных в прошлых аналогичных ситуациях;
- распознавание — в настоящее время, самое широкое применение нейронных сетей, происходит на основании каких-либо признаков в зависимости от стоящей задачи.

Единицей нейронных сетей являются нейроны.

Нейрон или перцертон — это единица, получающая и передающая информацию. Сами нейроны имеют значение только при создании цепочки, в ином случае они бесполезны. Самой простой цепочкой считается нейронное соединение из трех уровней передающее информацию одним путем (его еще называют путь «вперед»).

Большинство современных нейронных сетей организованы в слои узлов, и они «с прямой связью», что означает, что данные перемещаются через них только в одном направлении. Отдельный узел может быть подключен к нескольким узлам на нижнем уровне, от которого он получает данные, и к нескольким узлам на верхнем уровне, которым он отправляет данные.

Нейронные сети обычно обучаются с учителем, это означает наличие обучающего набора (датасета), который содержит примеры с истинными значениями: тегами, классами, показателями, в соответствии с которыми и будет функционировать такая сеть.

Например, если необходимо создать нейронную сеть для оценки тональности текста, датасетом будет являться список предложений с соответствующими каждому эмоциональными оценками. Тональность текста определяют признаки, это могут быть слова, фразы, структура предложения, которые придают негативную или позитивную окраску. Веса признаков в итоговой оценке тональности текста, к примеру, позитивный, негативный, нейтральный зависят от математической функции, которая вычисляется во время обучения нейронной сети.

Изначально, признаки генерировались вручную, получается, чем больше признаков и точнее подобраны веса, тем точнее ответ. С появлением нейронной сети этот процесс стал автоматизированным.

При обучении нейросети, и все ее веса, и пороги изначально устанавливаются на случайные значения.

Нейрон можно представить в виде математической модели. По структуре нейрон состоит из входов, на которые подаются числа, весов (аналоги синапсов) и сумматора. Поступающие на входы числа умножаются на соответствующие веса, а произведения суммируются. Сумма всех результатов не является окончательным решением, и для выдачи готового результата используется функция активации. Функция активации вычисляет выходной сигнал сумматора в правильное решение [2].

Основные этапы создания нейросети:

- ввод весов;

- создание функции, которая собирает входные значения и веса и рассчитывает значение на выходе;
- способ проверки ее собственных выходных или результирующих значений сопоставимо реальной ситуации.

Большинство значений можно получить, а в дальнейшем рассмотреть результаты с помощью построения графика линейной или нелинейной функции.

Фундаментными блоками нейронной сети являются: соединение сети, которое преобразует ваш ввод (используя $B1$) и передает его нейрону; нейрон, который включает элемент смещения ($B0$) и функцию активации (в простом соединении - это сигмоид).

Нейронная сеть содержит слои взаимосвязанных узлов. Каждый узел является перцептроном и подобен множественной линейной регрессии. Перцептрон, или персептрон – математическая или компьютерная модель восприятия информации мозгом (кибернетическая модель мозга), предложенная Фрэнком Розенблаттом в 1957 году и впервые реализованная в виде электронной машины «Марк-1» в 1960 году.

Перцептрон передает сигнал, полученный в результате множественной линейной регрессии, в функцию активации, которая может быть нелинейной.

Нейронная сеть состоит из:

- входного слоя;
- скрытого слоя (вычислительный);
- второго скрытого слоя;
- скрытого слоя, включающего функцию активации сигмовидной кишки;
- выходного слоя (результата) [1].

Сигмоидальная функция (логарифмические расчеты) используется для вычисления значений в математической модели, данная функция используется чаще других.

Как и все программы нейронная сеть работает через использование формул, чем больше значений в формуле, тем точнее результат.

Нейронная сеть имеет множество различных формул, для различных действий, но самой основной и общепринятой считается:

$$\text{Sigmoid}(B1 \cdot X + B0) = \text{Predicted Probability} \quad (1),$$

где:

X — это входные данные;

$B1$ — это предполагаемый параметр наклона логистической регрессии, которое может сообщать насколько меняется значение при изменении X ;

$B0$ — это смещение, очень похожее на элемент перехвата из регрессии.

При разработке нейронной сети чаще всего применяются язык программирования высокого уровня Python или мультипарадигмальный язык C++.

Для создания простых нейронных структур, методов и задач можно использовать любой язык программирования, вплоть до Basic, но для сложных проектов наиболее пригодными оказываются языки объектно-ориентированного программирования Python и C++.

Традиционно считается, что устройство нейронных сетей довольно сложно, для их использования необходимо применять знания высшей математики, использовать умения и навыки программирования на языках высокого уровня, а также разбираться в тонкостях параллельных и высокопроизводительных вычислений. Однако в последнее время ситуация изменилась: появилось большое количество готовых к использованию сервисов, инструментальных средств и библиотек для разработки нейронных сетей.

К самым ярким инструментальным средствам работы с нейронными сетями относят следующие: MatLab и MathCad.

MatLab – это пакет прикладных программ для решения задач технических и научных вычислений. Искусственные нейронные сети в MatLab представляют абсолютно новое направление в практике создания технических систем. Возможности нейронных сетей

осуществлять операции сравнения по образцу и классификации объектов, недоступные для традиционной математики, позволяют создавать искусственные системы для решения задач распознавания образов, диагностики заболеваний, автоматического анализа документов и многих других нетрадиционных приложений.

MathCad – это комплексное средство компьютерной алгебры, позволяющее проводить как простейшие арифметические, так и сложнейшие инженерные и научные расчеты. В MathCad существует возможность создавать искусственные нейронные сети, производить обучение персептрона, при чем различают алгоритмы обучения с учителем и без учителя.

Помимо вышеизложенных пакетов прикладных программ по математическому моделированию, существуют веб-ресурсы для ускоренного обучения построению нейросетей.

Одним из самых простых и доступных интернет-ресурсов является сервис TensorFlow, это сквозная платформа с открытым исходным кодом для машинного обучения. Он имеет комплексную гибкую экосистему инструментов, библиотек и ресурсов сообщества, которая позволяет исследователям продвигать новейшие достижения в области машинного обучения, а разработчикам легко создавать и развертывать приложения на основе машинного обучения [4].

Разработка искусственных нейронных сетей – технология, позволяющая приниматься человечеству за задачи, на решение которых ушли бы тысячелетия. Это перспективная и востребованная ветвь развития науки и техники, которая будет популярна на протяжении многих лет.

В качестве практического примера применения нейросетей можно привести следующую ситуацию.

Предположим, перед нейронной сетью стоит задача, в соответствии с которой необходимо решить, стоит ли идти на вечеринку. На выходе она даст одно бинарное решение, то есть выберет либо – «да» (1), либо – «нет» (0).

При этом нейросеть будет учитывать три разных условия: наличие на вечеринке напитков, присутствие друга и дождь на улице. Если условие выполняется, нейрон посылает сигнал 1, если не выполняется, — 0. Например, если на вечеринке будут напитки, сигналом будет 1, если не будет, — 0.

Теперь предположим, что на улице идет дождь, но на вечеринке будут напитки и друзья. В таком случае задаем условию с дождем вес – 0,5, а остальным условиям 0,5. Тогда при подсчете получается результат 0,5. В таком случае нейрон выдаст сигнал 1 — идти на вечеринку.

Это простейший пример использования нейросетей в практике для решения различных практических задач.

Нейросети на сегодняшний день активно развиваются, их работа пока напоминает черный ящик. При работе с нейронными сетями самым сложным и трудоемким процессом является обучение сетей решать ту или иную задачу. Необходимо учитывать каждую деталь, каждую мелочь, поскольку даже незначительная ошибка или отсутствие минимальной части данных приведет к неправильной работе всей нейронной сети в целом [3].

Список использованных источников:

1. *Искусственные нейронные сети (ИНС) - что такое нейросети, как они работают, преимущества и недостатки искусственных нейронов, где используются нейросети [Электронный ресурс] / Stevsky.ru. Официальный сайт. URL: <https://stevsky.ru/kompiuteri/iskusstvennie-neyronnie-seti-ins-cto-takoe-neyroseti-kak-oni-rabotaiut-preimuschestva-i-nedostatki-iskusstvennich-neuronov-gde-ispolzuiutsya-neyroseti> / (дата обращения: 20.01.2022).*
2. *Как работает нейронная сеть: алгоритмы, обучение, функции активации и потери [Электронный ресурс] / Neurohive. Официальный сайт. URL: <https://neurohive.io/ru/osnovy->*

data-science/osnovy-nejronnyh-setej-algoritmy-obuchenie-funkcii-aktivacii-i-poteri//+электронный ресурс/ (дата обращения: 20.01.2022).

3. *Нейронные сети [Электронный ресурс] / AIPORTAL. Официальный сайт. URL: <http://iteach.vspu.ru/07-2019/19426/+электронный ресурс/> (дата обращения: 20.01.2022).*

4. *Обучение нейронных сетей [Электронный ресурс] / TensorFlow. Официальный сайт. URL: <https://playground.tensorflow.org/+электронный ресурс/> (дата обращения: 20.01.2022).*

МЕХАНИЗМЫ ЗАЩИТЫ КОМПЬЮТЕРНЫХ СЕТЕЙ

Киреев Иван Геннадьевич

*Руководитель: Слепова Оксана Сергеевна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

Сеть - это набор объектов, которые имеют определенные общие характеристики и связаны определенным образом. Эта связь может быть прямой или косвенной. Объекты объединены в сеть для экономии ресурсов. Компьютеры также могут создавать сети. Компьютерная сеть представляет собой совокупность компьютеров, соединенных каналами связи и оснащенных коммуникационным оборудованием и программным обеспечением для обмена данными и оборудованием.

Компьютеры в сети могут подключаться друг к другу по-разному, в зависимости от типа компьютера, расстояния, на котором они расположены, и поставленных перед ними задач. Различают следующие типы сетей:

1. Локальные компьютерные сети.

Локальные компьютерные сети, которые сосредоточены на территории радиусом не более 1-2 км, строятся с использованием дорогих качественных линий связи, допускающих высокие скорости обмена данными до 10 000 Мбит/с, передача данных осуществляется в цифровом формате, то есть в том, как они хранятся и обрабатываются компьютером.

2. Глобальные компьютерные сети.

Соединяют компьютеры, разбросанные за сотни и тысячи километров. Более низкие скорости передачи данных (единицы и десятки мегабит в секунду), чем в локальных сетях. Способ передачи данных по глобальным сетям не соответствует тому, как они представлены в памяти компьютера. Поэтому необходимо иметь устройство для подключения компьютера к глобальной сети, например, оптический модем, преобразующий данные с входа и выхода компьютера. Для непрерывной передачи дискретных данных используются более сложные методы и оборудование, чем локальные сети.

3. Беспроводные локальные компьютерные сети.

Локальные сети на основе технологии беспроводной связи Wi-Fi на основе стандартов IEEE 802.11. Такая сеть соединяет два или более устройств с помощью беспроводного соединения для формирования локальной вычислительной сети на ограниченной территории, такой как дом, школа, компьютерный класс, учебное заведение, офис или общественное здание и т. д. Это позволяет пользователям перемещаться по области, сохраняя при этом подключение к сети. Через шлюз WLAN можно также получить доступ в Интернет. Беспроводные локальные сети стали популярными для домашнего использования из-за простоты их установки и использования. Беспроводные локальные сети можно использовать различными способами.

4. Региональные компьютерные сети.

Они находятся посередине между локальной и глобальной сетями. При больших расстояниях между локациями (десятки километров) они имеют качественные линии связи и достигают высоких скоростей обмена, иногда больше, чем в локальных сетях. В отличие от

локальных сетей, при построении сети существующие линии связи не используются, а перемещаются.

5. Персональные компьютерные сети.

Соединяет электронные устройства пользователей (телефоны, персональные карманные компьютеры, ноутбуки, гарнитуры и т.д.) в основном посредством беспроводной связи, независимо от того, идет ли речь о крупномасштабной связи, или удалось обеспечить небольшое количество абонентов (до 8 участников) и малой дальности (до 30 м).

6. Натальная компьютерная сеть.

Сочетает в себе носимые или имплантированные вычислительные устройства, такие как умные часы, мониторы пульса и давления, интеллектуальные кардиостимуляторы и многое другое. Особое внимание уделяется надежности и непрерывности связи медицинских устройств [1].

Базовые механизмы информационного обмена в сетях TCP/IP были в целом сформированы в начале восьмидесятых годов, и были направлены прежде всего на обеспечение доставки пакетов данных между различными операционными системами с использованием разнородных каналов связи. Несмотря на то, что идея создания сети ARPANet (впоследствии превратившейся в современный Интернет) принадлежала правительственной оборонной организации, фактически сеть зародилась в исследовательском мире, и наследовала традиции открытости академического сообщества. Ещё до коммерциализации Интернета (которая произошла в середине девяностых годов) многие авторитетные исследователи отмечали проблемы, связанные с безопасностью стека протоколов TCP/IP. Основные концепции протоколов TCP/IP не полностью удовлетворяют (а в ряде случаев и противоречат) современным представлениям о компьютерной безопасности.

Переходя к анализу механизмов защиты компьютерных сетей необходимо рассмотреть универсальные средства защиты информации:

Физические – устройства и системы, создающие препятствия на пути злоумышленников или дестабилизирующие факторы, сюда относятся в том числе и двери, замки и т.д.

Аппаратные – устройства, встраиваемые в информационную систему специально для защиты информации (могут создавать препятствия или шифровать данные).

Программные – специализированное программное обеспечение, реализующее функции создания препятствий действиям злоумышленников, шифрующие данные или распределяющие уровни доступа.

Законодательные – правовые инструменты, стандарты (на уровне предприятия это могут быть нормативы, права доступа и т.д., включая устанавливающие материальную ответственность за небрежное или намеренное нарушение правил использования информационной системы);

Организационные, в том числе сложившаяся практика обработки информации [2].

В комплексе использование этих средств позволит создать максимальную защиту для любой информационной системы, но есть необходимость рассмотреть современные инструменты для защиты данных, передаваемых по сети.

Для технологии отправки защищенных данных по общедоступной сети применяют обобщенное название - защищенный канал (secure channel).

Защищенный канал может быть создан с использованием системных инструментов, реализованных на разных уровнях эталонной модели интерактивных открытых систем. Упрощенная версия этой модели предполагает наличие четырех уровней: прикладного, транспортного, сетевого и канального [1]. В зависимости от уровня, возможность шифрования передаваемой информации различна. На прикладном уровне можно скрыть данные, например, электронного письма или получаемой веб-страницы. Однако факт передачи письма, т.е. диалог по протоколу SMTP скрыть невозможно. На транспортном

уровне может быть вместе с данными скрыт и тип передаваемой информации, однако IP-адреса получателя и приемника остаются открытыми. На сетевом уровне уже появляется возможность скрыть и IP-адреса. Эта же возможность имеется и на канальном уровне.

Защищенная сеть передачи данных, построенная на базе сети передачи данных, общего пользования (Интернет) с использованием туннелирующих протоколов и средств шифрования трафика - виртуально защищенная сеть (VPN) [2].

VPN строятся на достаточно низких уровнях эталонной модели интерактивных открытых систем. Чем ниже уровень, тем легче сделать систему, функционирование которой будет незаметно для приложений высокого уровня, и тем большую часть передаваемой информации можно скрыть.

Наиболее популярными на данный момент являются два способа шифрования:

1. IPsec – пакет различных протоколов, обеспечивающий надежную защиту данных, передаваемых по межсетевому IP. С его помощью можно проводить шифрование, проверку и аутентификацию передаваемых пакетов информации. Можно настроить для соединения локальных сетей с корпоративными. Минус – совмещается не со всеми продуктами, потому зачастую требует регулярного обслуживания специалистом.

2. SSL VPN – строится на применении криптографического протокола для аутентификации, проверки и шифрования передаваемых пакетов информации [2]. Такая защита надежнее и безопаснее, к тому же дешевле и не требует постоянных настроек. Хотя изначально SSL разрабатывали как альтернативную технологию первому способу, сегодня это отдельный пакет. Преимущество в том, что он совместим с любыми операционными системами, для его использования не нужно устанавливать дополнительный софт.

По мнению экспертов, использование частной виртуальной сети имеет большие перспективы и является отличным решением вопросов, связанных с защитой информации и снижением расходов на коммуникации с удаленными пользователями.

Список использованных источников:

1. Замятина, О. М. *Инфокоммуникационные системы и сети. Основы моделирования : учебное пособие для среднего профессионального образования / О. М. Замятина. — Москва : Издательство Юрайт, 2023. — 159 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-10682-4. — URL : <https://urait.ru/bcode/518012>.*

2. Щербак, А. В. *Информационная безопасность : учебник для среднего профессионального образования / А. В. Щербак. — Москва : Издательство Юрайт, 2023. — 259 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-15345-3. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/519614>.*

ПРОБЛЕМАТИКА ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

*Ковалева Екатерина Алексеевна
Руководитель: Фатина Татьяна Петровна
АНПОО "Академический колледж", Волгоград*

В современном мире количество пользователей сети Интернет достигло уже нескольких сотен миллионов человек, сложно представить полноценную жизнь без использования Интернета.

Актуальность статьи заключается в оптимизации использования ресурсов глобальной сети.

Целью работы является изучение специфики психологических особенностей интернет-зависимых пользователей глобальной сети.

Задачи исследования: изучить этапы зарождения и распространения глобальной сети Интернет; рассмотреть направления исследования психологических характеристик пользователей, подверженных интернет-зависимости.

Современная глобальная сеть функционирует на основе гиперссылок, их создателем является Тим Бернерс-Ли из Европейской организации по ядерным исследованиям. В 1991 году он выпустил программу для чтения гиперссылок под названием «World Wide Web», в буквальном переводе означает «Всемирная паутина». Исходный код технологии WWW предполагал, что любой программист-энтузиаст может воспользоваться им без уплаты лицензионных отчислений.

Историей создания интернета является расширением системы WWW. Просмотр веб-ресурсов стал доступным и интересным не только для компьютерных гениев, но и для рядовых пользователей, которые хотели бы получить доступ к новейшей информации. Три десятилетия назад, вплоть до 1990-х годов наиболее надежным и актуальным источником информации оставались бумажные издания, будь то научная, журналистская или любая иная исследовательская сфера.

Различные представители профессий, которые издавна пользовались в обществе уважением и престижем, протестовали против использования интернета. К примеру, юристы и законники были категорически против отправления документов в электронном формате, так как считалось, что цифровой формат документов принижал престиж профессии и подрывал доверие клиентов. Со временем, это предубеждение ушло и теперь активно используется электронный документооборот во всех сферах деятельности человека, активно применяются цифровая подпись и электронные сертификаты безопасности данных.

XXI век ознаменовался внедрением мобильного интернета, который сейчас используется повсеместно. Технологический прогресс не стоит на месте, постоянно разрабатывается что-то новое, обновляется старое. Еще в 1980-е годы получить доступ к Всемирной паутине могли пользователи, входящие в узкий круг лиц, а сейчас любой желающий постоянно носит при себе смартфон с выходом в Интернет.

На данный момент процесс развития глобальной сети полностью нельзя считать законченным. Интернет доступен большому количеству жителей планеты, но не все регионы земного шара могут обеспечить стабильное покрытие сигнала сети. Проблема отсутствия интернета, или сбоя его работы, в некоторых регионах достаточно остро стоит перед государствами со слабо развитыми экономиками. Компания Facebook для решения данной проблемы предложила реализацию следующего проекта: запуск воздушных шаров или других летательных аппаратов, которые должны раздавать Интернет во все точки земного шара.

В нашей стране проблема со слабым сигналом интернета в некоторых регионах постоянно решается. В 1952 году в России интернет начал активно развиваться, что совпадает с появлением первых компьютерных сетей.

1 августа 1990 года была открыта первая сеть союзного масштаба – «Релком». Сеть была разработана с помощью создания и внедрения системы электронной почты с использованием адресации сети интернет для компьютеров, соединяемых телефонными каналами связи – медной парой. Изначально сетью могли пользоваться только научные учреждения крупных городов, таких как Москва, Ленинград (Санкт-Петербург), Новосибирск и Киев.

28 августа 1990 года ознаменован первым сеансом модемной связи советского компьютера (ИАЭ им. Курчатова) с зарубежным терминалом (Университет Хельсинки) с целью организации регулярного канала передачи почты по интернету (с повременной оплатой телефонного соединения).

Сеть «Релком» в июле 1992 года провела экспериментальное внедрение онлайн IP-адресов. Эта сеть является официально зарегистрированной в EUnet, крупнейшем в Европе объединении коммерческих сетей, предоставляющих доступ к интернет-услугам. 24 мая 1993

года – ведущими научными институтами при участии министерства науки учреждена ассоциация RELARN (Russian Educational Academic Research Network) для государственного финансирования развития сети интернет в России [2].

В 1991 году Интернет стал доступен абсолютно всем, а 1 октября 1998 года открылась бесплатная служба «Mail.ru» (www.mail.ru), за несколько месяцев сумевшая стать лидером по количеству пользователей.

Совсем за короткий срок, а именно к 2000 году, интернет уже содержал около 30 млн. различных сайтов и обслуживал более 500 млн. пользователей. Интернет стал для человечества «всемирным», в нем можно найти практически абсолютно любую интересующую информацию. В интернете в режиме онлайн постоянно обновляются новости со всего мира; обновляется и добавляется различная информация; происходит повсеместное общение пользователей между собой, которые находятся друг от друга за тысячи километров. Интернет подарил человечеству огромное количество возможностей.

Особенно бурное развитие Интернета привело к информационной революции, которая процветает в наше время. Были сконструированы современные ПК, ноутбуки, планшеты, мобильные устройства, которые стали широко выпускаться промышленностью. Их повсеместное использование привнесло подлинный переворот в информационной сфере общества, во многом изменило психологию людей, внесло коррективы в практику научной, педагогической и производственной деятельности. Современное общество начало свою жизнь в условиях информационной среды [3].

На данный момент число пользователей глобальной сети во всем мире составляет около 3,5 миллиарда человек, причем приблизительно 1,8 миллиарда из них — это жители азиатских стран. Количество запросов в интернете впечатляет — по приблизительным подсчетам один только Google обрабатывает от 5 до 6 миллиардов обращений за один день.

В течении одной минуты по сети отправляется 204 миллиона электронных писем, из них около 70% являются спамом и это без учета мгновенных сообщений, которые отправляются через различные мессенджеры и социальные сети.

Но, как и у всего, помимо положительной стороны существует и отрицательная сторона использования Интернета. Существует категория людей, которая не может оторваться от интернета, это группа «зависимых», не представляющие свою жизнь без интернета.

Такой термин как «Интернет – зависимые» предложил Доктор Айвен Голдбер (1996 г.). Данный термин характеризуется как «оказывающий пагубное воздействие на бытовую, учебную, социальную, рабочую, семейную, финансовую или психологическую сферы деятельности». Помимо данного термина доктор Голдберг также ввел понятие «патологическое использование компьютера» (PCU – pathological computer use) [1].

В настоящее время это понятие используется для более широкой категории, в которой какой-то пользователь начинает патологически использовать компьютер для вовлечения в социальные взаимодействия.

В странах Азии, таких как Китай, Южная Корея и некоторых других, где интернет является дешевым и доступным, имеются специализированные клиники для интернет-зависимых. По некоторым данным, на сегодняшний день интернет-зависимостью страдают около 6% пользователей глобальной сети в возрасте от 15 до 35, люди постарше менее подвержены этому расстройству, причинами которого по мнению специалистов чаще всего становятся неудовлетворенность жизнью, проблемы в общении и дефицит внимания.

Благодаря некоторым исследованиям можно выделить несколько основных поведенческих характеристик, а также психологические и физиологические симптомы данного недуга.

К основным поведенческим характеристикам относятся следующие:

- нежелание пользователя прервать работу в Интернете даже на непродолжительное время;

- стойкое пренебрежение домашними делами, учебой или служебными обязанностями, а главное – собственным здоровьем;
- стабильное разрушение семьи, уменьшение круга общения из-за поглощенности Интернетом;
- нехватка физической активности.

Доктор М. Орзак выделила следующие психологические и физические симптомы, приведенные ниже.

Психологические симптомы:

- улучшение самочувствия или эйфория за компьютером;
- появление ощущения пустоты, депрессии без компьютера.

Физиологические симптомы:

- синдром карпального канала – совокупность клинических признаков, обусловленных ущемлением и воспалением нервных волокон, проходящих внутри запястного туннеля, то есть при постоянном напряжении рук от компьютерной мыши или от использования сенсора происходит защемление нервных окончаний в запястьях;
- нерегулярное питание, пропуск приема пищи;
- пренебрежение личной гигиеной.

Сюда же можно отнести появление крайнего раздражения, когда человек находится в «реальном мире» без своего компьютера. Происходит привыкание, при котором комфорт ощущается человеком только лишь в своем киберпространстве.

Изучая данный феномен, можно предположить, что у большинства пользователей сети Интернет наблюдается повышенный уровень социальной фрустрированности – вид психического напряжения, обусловленного неудовлетворенностью достижениями и положением личности в социально заданных иерархиях.

У подверженных людей зависимости появляется состояние аддикции, при котором сознание человека характеризуется уходом от реальности с помощью искусственных средств, в том числе уход в вымышленную реальность.

По методике многофакторного исследования личности Р. Кеттеллом были выявлены преобладающие максимальные показатели по группе факторов: при высокой интеллектуальности, смелости, аналитичности и хорошей информированности, общительности, артистичности, находчивости и групповой независимости наблюдаются неуступчивость и самоуверенность, конфликтность и своенравность, эгоцентричность и ревнивость, высокая тревожность, сензитивность, агрессивность [1].

Проведенный анализ полученных данных, говорит о том, что к пользователям Интернета относятся люди, обладающие интеллектом выше среднего и умеющие его использовать в достижении своих целей. Собранность и сообразительность, абстрактность мышления и интеллектуальная приспособляемость дают им возможность гармонично вливаться в виртуальные сообщества и управлять ситуацией со стремлением к доминированию. Самодостаточность и высокое самомнение проявляются нередко в грубости и агрессивной враждебности. Наблюдается высокая тревожность.

Изучение индивидуально-психологических особенностей людей склонных к Интернет-зависимости позволяет сделать предположение, что большая часть из них испытывает определенный психологический дискомфорт в реальной жизни.

Для таких людей, преобладающим фактором является анонимность и условно безграничные возможности Интернета. То есть они попадают в такую среду, в которой могут себя чувствовать свободнее и независимее, где состояние своей неудовлетворенности и ненужности пропадает.

Сам феномен Интернет-зависимости постоянно видоизменяется вместе со стремительным развитием Интернета и заслуживает более глубокого изучения, в том числе методами психологического исследования, поскольку за проявлениями зависимости от Интернета нередко скрываются другие аддикции, либо психические отклонения.

У «Интернет-зависимых» людей преобладает нехватка общения, потребность в коммуникации очень сильно выражена. Но в реальном мире, из-за тревожности и неуверенности в себе, им труднее устанавливать и поддерживать социальные контакты, а, учитывая возможности Интернета, они могут, как свободно перейти к общению, так и свободно его прекратить, не чувствуя при этом ущемленности или неполноценности.

Многие исследователи психологии Интернета отмечают также, что анонимность общения в Интернете помогает человеку полностью раскрыться, предоставляя ему возможность не просто создавать о себе впечатление по своему выбору, но и быть тем, кем он захочет. Таким образом, особенности коммуникации в Интернете позволяют человеку показывать свою индивидуальность.

Проблему «Интернет-зависимых» пользователей можно решить только сообщая, посвящая большую часть времени пребыванию в реальной жизни, вовлекая туда всех своих друзей и знакомых.

По изученным материалам можно сделать вывод, что с появлением интернета жизнь людей кардинально изменилась. С одной стороны, глобальная сеть стимулирует развитие экономики, развиваются различные сферы услуг, с другой стороны интернет вызывает зависимость у определенной категории пользователей.

Список использованных источников:

5. Астафьев В.А. Индивидуально-психологические особенности пользователей сети Интернет [Электронный ресурс] / PSYCHOL-OK. Психологическая помощь. Официальный сайт. URL: <https://www.psychol-ok.ru/lib/poppsy/2006/0929.html> /+электронный ресурс/ (дата обращения: 20.01.2022).
6. История сети интернет [Электронный ресурс] / Универсальная научно-популярная энциклопедия Кругосвет. Официальный сайт. URL: https://www.krugosvet.ru/enc/nauka_i_tehnika/tehnologiya_i_promyshlennost/INTERNET.html /+электронный ресурс/ (дата обращения: 20.01.2022).
7. Фатина, Т. П. Роль информационных технологий в развитии человеческих ресурсов / Т. П. Фатина // НБИ технологии. 2019. Т. 13. № 3 С. 31–36.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

Джафарова Нурай Ильгаркызы
Руководитель: Шамраева Анастасия Юрьевна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Сложно отыскать область, в которой в настоящее время никак не применяются информационные технологии. Информационная технология – это процесс, использующий совокупность средств и методов сбора, обработки и передачи данных для получения информации нового качества о состоянии объекта, процесса или явления. Лидирующими сферами по введению компьютерных технологий, считаются архитектура, машиностроение, образование и медицинская наука.

Современные информационные технологии все больше используются в области здравоохранения. Во многих медицинских исследованиях просто невозможно обойтись без компьютера и специального программного обеспечения к нему [2, с. 61].

Компьютер все больше используется в области здравоохранения, что бывает очень удобным, а порой просто необходимым. Благодаря этому, медицина приобретает сегодня совершенно новые черты. Во многих медицинских исследованиях просто невозможно обойтись без компьютера и специального программного обеспечения к нему. Этот процесс сопровождается существенными изменениями в медицинской теории и практике, связанными с внесением корректив к подготовке медицинских работников.

Почти все передовые способы диагностики основываются на компьютерных разработках. Рассмотрим нескорые из них:

а) Метод изучения состояния организма человека, при котором производится последовательное, очень частое измерение тонких слоев внутренних органов. Эти данные записываются в компьютер, который на их основе конструирует полное объемное изображение. Физические основы измерений разнообразны: рентгеновские, магнитные, ультразвуковые, ядерные и пр. Совокупность устройств, обеспечивающих измерения, сканирование, и компьютер, создающий полную картину, называются томографом. Томография является одним из основных примеров внедрения новых информационных технологий в медицине. Создание этого метода без мощных компьютеров было бы невозможным.

б) Использование компьютеров в медицинских лабораторных исследованиях. При использовании компьютера в лабораторных медицинских исследованиях в программу закладывают определенный алгоритм диагностики. Создается база заболеваний, где каждому заболеванию соответствуют определенные симптомы или синдромы. В процессе тестирования, используя алгоритм, человеку задаются вопросы. На основании его ответов подбираются симптомы (синдромы), максимально соответствующие группе заболеваний. В конце теста выдается эта группа заболеваний с обозначением в процентах - насколько это заболевание вероятно у данного тестируемого. Чем выше проценты, тем выше вероятность этого заболевания. Сейчас делаются попытки создать такую систему (алгоритм), которая бы выдавала не несколько, а один диагноз. Но все это пока на стадии разработки и тестирования. Вообще, на сегодняшний день в мире создано более 200 компьютерных экспертных систем.

в) Компьютерная флюорография. Программное обеспечение (ПО) для цифровых флюорографических установок, разработанное в НПП медицинской радиологии, содержит три основных компонента: модуль управления комплексом, модуль регистрации и обработки рентгеновских изображений, включающий блок создания формализованного протокола, и модуль хранения информации, содержащий блок передачи информации на расстояние. Подобная структура ПО позволяет с его помощью получать изображение, обрабатывать его, сохранять на различных носителях и распечатывать твердые копии.

Однако в медицине использование компьютеров не ограничивается на методах диагностики. Они применяются и при лечении различных заболеваний, начиная от составления плана лечения и до управления различным медицинским оборудованием во время проведения процедур, а также выступают в роли единой больничной информационной системы.

Использование современных информационных технологий позволяет тщательно наблюдать за состоянием здоровья пациентов. Электронные медкарты помогают сократить время на оформление бланков. Ведь появившееся дополнительное время можно тратить на осмотр пациентов, уделяя все больше внимания деталям, что так важно в профессии врача. А также ведение электронных записей (EMR) поможет избежать ошибки. Например, назначение не того препарата или же назначение слишком большой или малой его дозы. Электронные медицинские записи (EMR) в сопряжении с системами поддержки принятия

клинических решений способны обеспечить автоматические проверки, предотвращающие подобные ошибки. Доступ к базе из любой точки мира позволяет лучше координировать работу различных специалистов, сокращая время на рассмотрение анамнеза и принятие решения. А время, как мы знаем, очень часто является критическим фактором в борьбе за жизнь и здоровье пациента [1, с. 1].

Регистрация пациента и внесение информации о нем в базу данных лечебного учреждения происходит с помощью заполнения унифицированной формы. Шаблон формы настраивается в зависимости от того, что требуется знать: имя, дата рождения, контактный телефон, номер полиса обязательного (ОМС) или добровольного медицинского страхования (ДМС), особые отметки, например, лекарственная непереносимость, и так далее.

Также использование информационных технологий в сфере здравоохранения дает возможность докторам консультировать пациентов онлайн практически в любое время и в любой точки мира. Это должно повысить доступность медицинских услуг для населения, особенно проживающего в отдаленных районах, например, на крайнем Севере, где нет специалистов всех областей медицины.

Какие трудности решают информационные технологии в здравоохранении? Складывалось ощущение, что основная цель информационных технологий – освободить врачей от тонны бумажной работы, а сэкономленное время посвятить пациентам. Отчасти да, но это лишь верхушка айсберга. Чем больше информационные технологии интегрировались в здравоохранении, тем шире становилась область его применения в медицинском секторе.

Необходимость внедрения информационных технологий обуславливается развитием специальных приборов и техники. Например, если раньше экспорт изображений был доступен только на аналоговые носители (пленку или бумагу), то сейчас цифровое представление является первостепенным.

Важно упомянуть, насколько продвинулись вперед различные научные исследования с развитием компьютерных технологий. Построение сложных математических моделей позволяет прогнозировать развитие эпидемий и новых вспышек заболеваемости, что так важно в этот непростой период времени во всем мире. Применение информационных технологий в области изучения человеческого генома позволило разработать специальные генетические тесты, которые могут определить предрасположенность человека к различным онкологическим заболеваниям.

Таким образом, использование новых информационных технологий в современных медицинских центрах позволяет легко вести полный учет всех предоставляемых услуг, сданных анализов, выписанных рецептов. Также при автоматизации медицинского учреждения заполняются электронные амбулаторные карты и истории болезни, составляются отчеты и ведется медицинская статистика. Использование информационных технологий в работе поликлиник или стационаров значительно упрощает ряд рабочих процессов и повышает их эффективность при оказании медицинской помощи людям.

Список использованных источников:

1. Ксения Талан, Информационные технологии в здравоохранении [Электронный ресурс] - URL: <https://sparm.com/publications/informaczionnye-tehnologii-v-mediczine> (4.12.2021).
2. Курбатов В.А., Ковалев Г.Ф., Иванова М.А., Белица Е.И., Rogozov Ю.И., Соловьев А.Б. Комплексная система автоматизации деятельности медицинского учреждения <http://diamond.ttn.ru/clause1.htm>
3. Ходорова Е.О., Информационные технологии в медицине/ Е.О. Ходорова/ Скиф. Вопросы студенческой науки. № за ноябрь 2018г. – 2018. – С. 1-3.
4. Шералиев И.И., Информационные технологии и их применение в современной медицине/ И.И. Шералиев/ Науки о здоровье. № 3. -2020. – С. 61-62.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

*Деева Екатерина Владимировна
Руководитель: Лукина Алла Владимировна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Никто не станет отрицать огромное значение, которым обладают информационные технологии в жизни обыкновенного человека. ИТ являются жизненно важным стимулом развития самых разных сфер деятельности человека, вряд ли кто-либо сможет назвать сферу, где они не используются хотя бы косвенно. Начиная от узкоспециализированных областей тяжелой промышленности и заканчивая такими вещами, как военная промышленность - везде информационные технологии прямо либо косвенно находят свое применение.

Современные ИТ широко используют компьютеры, вычислительные сети и всевозможные виды программного обеспечения в процессе управления. Целью внедрения информационных технологий является создание информационных систем (ИС) для анализа и принятия на их основе управленческих решений.

Одним из основных факторов влияния научно-технического прогресса на все сферы деятельности человека является широкое использование новых информационных технологий. Сфера применения новых информационных технологий на базе персональных компьютеров и развитых средств коммуникации весьма обширна. Персональные компьютеры, лазерная и оптическая техника, средства массовой информации и различного вида коммуникации (включая спутниковую связь) позволяют учреждениям, предприятиям, фирмам, организациям, трудовым коллективам и отдельным специалистам получать в нужное время и в полном объеме необходимую информацию для реализации профессиональных, образовательных, культурных и тому подобных целей. Информационные системы могут включать в качестве объектов персонал, информационные, материально-технические и другие ресурсы, необходимые для реализации конкретных задач. Информационные технологии могут быть представлены, как определенные последовательности управляющих воздействий технологических процессов различных видов (ввод, вывод, представление, обработка, запись, поиск, сбор, хранение, актуализация, предоставление, тиражирование, обмен, передача, защита информации) и реализующих их средств, а так же, как научные описания этих процессов и способов их реализации. База данных - это организованная структура, предназначенная для хранения информации. В современных базах данных хранятся не только данные, но и информация. В ней есть все необходимые сведения. Значительно легче стал Поиск информации - это извлечение хранимой информации.

Методы поиска информации:

1. непосредственное наблюдение;
2. общение со специалистами по интересующему вас вопросу;
3. чтение соответствующей литературы;
4. просмотр видео, телепрограмм;
5. прослушивание радиопередач, аудиокассет;
6. работа в библиотеках и архивах;
7. запрос к информационным системам, базам и банкам компьютерных данных;
8. другие методы.

Кроме данных, база содержит методы и средства, позволяющие каждому из сотрудников оперировать только с теми данными, которые входят в его компетенцию. С понятием базы данных тесно связано понятие системы управления базой данных. Это комплекс программных средств, предназначенных для создания структуры новой базы, наполнение ее содержимым, редактирование содержимого и визуализации информации.

Напрямую с человеком связаны относительно громоздкие устройства, обеспечивающие согласование разнообразных человеко-машинных входных и выходных потоков информации (дисплеи, клавиатуры, «мыши», джойстики и иные манипуляторы и многое другое, включая электронные планшеты и табло). Технические средства связи обеспечивают передачу информации во внешней деловой среде. На деловом предприятии в зависимости от масштаба и особенностей предпринимательства может использоваться от одного до нескольких тысяч компьютеров для хранения и обработки информации.

Программные средства обеспечивают обработку данных и состоят из общего и прикладного программного обеспечения и программных документов, необходимых для эксплуатации этих программ. К общему программному обеспечению относят операционные системы, системы программирования и программы технического обслуживания, которые предоставляют сервис для эксплуатации компьютера, выявления ошибок при сбоях, восстановления испорченных программ и данных. Прикладное программное обеспечение определяет разнообразие информационных технологий и состоит из отдельных прикладных программ или пакетов, называемых приложениями.

Это объясняется рядом свойств, присущих автоматизированным информационным технологиям, которые:

- позволяют активизировать и эффективно использовать информационные ресурсы общества, что экономит другие виды ресурсов;
- реализуют наиболее важные, интеллектуальные функции социальных и экономических процессов;
- позволяют оптимизировать и во многих случаях автоматизировать информационные процессы в период становления информационного общества;
- обеспечивают информационное взаимодействие людей, что способствует распространению массовой информации. Информационные технологии быстро ассимилируются культурой общества, снимают многие социальные, бытовые и производственные проблемы, расширяют внутренние и международные экономические и культурные связи, влияют на миграцию населения по планете;
- занимают центральное место в процессе интеллектуализации общества, развитии системы образования, культуры и новых (экранных) форм искусства, популяризации шедевров мировой культуры и истории развития человечества;
- играют ключевую роль в процессах получения, накопления, распространения новых знаний;
- позволяют реализовать методы информационного моделирования глобальных процессов, что обеспечивает возможность прогнозирования многих природных ситуаций в регионах повышенной социальной и политической напряженности, экологических катастроф, крупных технологических аварий.

Если взять современные медицинские организации, то они производят и накапливают огромные объемы данных. От того, насколько эффективно эта информация используется врачами, руководителями, управляющими органами, зависит качество медицинской помощи, общий уровень жизни населения, уровень развития страны в целом и каждого ее территориального субъекта в частности.

Целями создания медицинских информационных систем являются:

1. Создание единого информационного пространства;
2. Мониторинг и управление качества медицинской помощи;
3. Повышения прозрачности деятельности медицинских учреждений и
4. эффективности принимаемых управленческих решений;
5. Анализ экономических аспектов оказания медицинской помощи;
6. Сокращение сроков обследования и лечения пациентов;

Список использованных источников:

1. *Информатика: Учебник для вузов (Гриф МО РФ) / Острейковский В.А., М: Высшая школа, 2001. - 511 с. - ISBN 5-06-003803-3*
2. *Информатика: Учебник для вузов / Козырев А.А. - СПб: издательство Михайлова В.А., 2002. - 533 с. ISBN 5-8016-0113-9*
3. *Математика и информатика / Турецкий В.Я. - 3-е изд., испр. И доп. - М.: Инфра-М, 2000. - 560 с. ISBN 5-16-000171-9*
4. *Электронная энциклопедия Википедия. - Интеллектуальные информационные технологии [Электронный ресурс]// https://ru.wikipedia.org/wiki/Интеллектуальная_информационная_система (дата обращения 13.01.2023).*
5. *Официальный сайт студопедия - Информационные технологии в профессиональной деятельности [Электронный ресурс]// https://studopedia.ru/20_12218_informatsionnie-tehnologii-v-professionalnoy-deyatelnosti.html (дата обращения 14.01.2023).*

СЕТЕВОЙ ЭТИКЕТ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ

Киснер Виктория Руслановна

Руководитель: Фёдорова Ольга Михайловна

Камышинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин

Появление Интернета изменило жизнь современного общества. Интернет является зеркальным отражением реальной жизни. Он включает в себя как позитивные, так и негативные её стороны. Мутный поток навязывания идей и услуг посредством служб электронной сети, рассылка скандальных и оскорбительных посланий составляют одну из сторон коммуникаций в сети. С каждым днем вопрос об этических нормах в сети Интернет приобретает все большую актуальность. Ведь для того, чтобы Интернет стал поистине средством массовой коммуникации людей, необходимо придерживаться определенных этических норм и ценностей. Многие пользователи компьютером не задумываются о необходимости повышать уровень информационной культуры. В борьбу с этими отрицательными моментами вступает растущая потребность в соблюдении определенных правил поведения, которые делают сетевые коммуникации удобными и безопасными. Правила поведения и правила хороших манер для пользователей сети часто именуют "сетевым этикетом".

Объектом исследования является сетевой этикет как информационная культура общения.

Предмет исследования – уровень знаний обучающихся о сетевом этикете.

Цель исследования - изучить уровень знаний обучающихся о сетевом этикете.

В соответствии с целью исследования решались следующие *задачи*:- знакомство с понятием "сетевой этикет"; изучение правил поведения в сети Интернет; проведение опроса среди студентов о знании основных правил поведения в сети Интернет.

Сетевой этикет (сетикет) — это правила хорошего тона в виртуальном пространстве.

Сетевой этикет – это одна из составляющих информационной культуры.

В основу правил сетевого этикета включены те вещи, которые не поощряются в любом цивилизованном обществе:

- употреблять ненормативную лексику;
- разжигать национальную рознь;
- оскорблять людей;
- воровать;

- умышленно пытаться что-то сломать;
- не стоит присылать свои коммерческие предложения;
- отправлять инструкции, объясняющие, как совершить незаконные действия;
- публиковать личные письма без согласия их авторов;
- затевать дискуссию на отвлечённую тему в местах, не предназначенных для этого.

Правила поведения учат вежливости при переписке, что важно для виртуального общения. Гораздо приятнее общаться с вежливым человеком, нежели с грубым, который не знает элементарных правил этикета. Человека, который грамотно может вести переписку, всегда оценивают более высоко, потому, что такой человек подходит ко всему с уважением и нужной серьезностью. Большинство правил не носит никакого специального характера, а просто представляет собой повторение правил хорошего тона, принятых в обществе в целом.

Сетевым этикетом называют раздел общественной этики. Культуре общения должны придерживаться участники форумов, чатов, социальных сетей, пользователи электронной почты. Люди должны уважать друг друга, продумывать каждое сообщение, правильно оформлять текст.

Всемирная сеть породила огромное количество неологизмов, которые сейчас используются на всех форумах и сайтах. Эти слова прорабатывались и укоренялись в сленге интернет-культуры на протяжении долгого времени, и сейчас имеют вид, который мы употребляем в обиходе. Очень многие из этих терминов относятся непосредственно к текстовой и социальной части взаимодействия людей на форумах. Эти слова пользуются большой популярностью:

- Флейм - враждебное и оскорбительное общение между пользователями Интернета.
- Спам - массовая рассылка информации рекламного характера либо иного рода сообщений без учета желаний получателей.
- Флуд - это вредительство, избыток сообщений расценивается как оскорбление или попытка испортить общение.
- Оффтопик - сетевое сообщение, выходящее за рамки установленной темы общения или комментариев в дискуссии.
- Оверквотинг - избыточное цитирование.
- Троллинг - это намеренные или неумышленные действия, направленные на то, чтобы вывести собеседника из себя или осуществить провокацию.

Основным методом исследования в данной работе была выбрана анкетная форма опроса по уровню знаний о правилах общения в сети Интернет. В исследовании приняли участие 112 студентов 1 и 4 курса специальности Сестринское дело.

Результаты анкетирования показали следующее:

На вопрос "Известны ли вам правила сетевого этикета в социальных сетях?" большинство респондентов 85 человек (76 %) ответили, что знают правила сетевого этикета.

На вопрос "Какие правила сетевого этикета вы соблюдаете при использовании сети Интернет?" большинство респондентов 77 человек (63%) ответили, что используют вежливое общение.

На вопрос "Вам знакомы значения таких терминов "флейм", "флуд", "спам", "хотлинкинг", "оверквотинг", "троллинг", применяемых в форумах сети Интернет?" большинство респондентов 107 человек (96%) ответили, что знакомы лишь с частью из перечисленных терминов.

На вопрос "Какие меры вы бы предприняли, если бы вас оскорбили в сети?" половину респондентов 59 человек (53%) ответили, что написали бы жалобу администратору и заблокировали пользователя.

На вопрос "Что означает фраза, написанная БОЛЬШИМИ БУКВАМИ?" большинство респондентов 100 человек (89 %) ответили, что не знают, что означает такая фраза.

На вопрос "Какую информацию о себе можно выкладывать в Интернет в открытом доступе?" большинство респондентов 85 человек (75%) ответили, что никакую информацию о

себе выкладывать нельзя, оставшиеся 25% считают, что можно выкладывать фотографии и имя.

Таким образом, опрос респондентов показал, что основная масса обучающихся имеет средний уровень информированности о правилах общения в сети Интернет, т.е. кое-что знают, но многие правила и термины им не знакомы. Поэтому в качестве повышения уровня знаний о сетевом этикете рекомендуется проведения бесед, внеаудиторных мероприятий, разработка информационных буклетов по данной тематике.

Вывод: привитие правил сетевого этикета должно стать важной задачей информационной культуры. Все пользователи сети Интернет должны придерживаться нормам общения, и помнить главное правило, работая в сети Интернет, мы общаемся не с компьютером, мы общаемся с людьми.

Список использованных источников:

1.Лукина, О. Цифровой этикет/. Ольга Лукинова - М.: Эксмо, 2020 - 240 с. – URL: <http://bono-esse.ru> (дата обращения 14.01.2023).- Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.- Текст: электронный.

2.Мамина Р.И. Этикет и его измерения в информационном обществе / Р.И. Мамина - СПб: ИД "Петрополис", 2018 - 216 с.- ISBN 9785967604034. -Текст: непосредственный.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Печерская Полина Андреевна

Руководитель: Шаревич Александра Владимировна

Себряковский филиал ФГБОУ ВО

"Волгоградский государственный технический университет", г. Михайловка

Термин «Информационная технология» образуется из слов «информация» и «технология». Информация, как понятие, дословно означает – сведения, разъяснение, изложение. В технике информацию понимают как сообщения, которые передаются звуками или сигналами.

Информационная технология, как словообразование несет в себе совокупность методов сбора, обработки и передачи полученных данных. Основной целью информационных технологий является производство информации, которую человек анализирует, на основе чего принимает решение для выполнения какого-либо действия.

Рассмотрим типы информационных технологий. Глобальная информационная технология включает в себя модели, средства и методы, которые позволяют использовать информационные ресурсы общества. Базовая информационная технология предназначена для какой-либо конкретной области применения. Например, в производстве, обучении, в научных исследованиях. В конкретных информационных технологиях реализуются обработки данных при решении функциональных задач пользователя. Например, анализ, планирование, задачи учета.

Инструментарием информационных технологий является один или несколько программных продуктов для определенного типа занятия, которые взаимосвязаны. Такая технология работы позволяет пользователю достичь поставленную цель. В качестве программных продуктов персонального компьютера используются электронные таблицы, электронные записные книжки, текстовый редактор, системы управления базы данных и другие.

Первый этап эволюции информационных систем начала происходить в 1960-1970 гг. Основное направление данного этапа было автоматизация операционных рутинных действий человека. На втором этапе в 1980гг. созданы информационные технологии, которые были направлены на решение стратегических задач в сфере образования.

Какие же свойства информационных технологий? С помощью информационных технологий люди могут получать образование на расстоянии, просматривать компьютерные видео фильмы, получать интеллектуальные и новые знания. Так же информационные технологии помогают предупредить и обезопасить себя во время природных катастроф.

Важнейшая задача средней профессиональной школы - поиск активных методов оптимизации и интенсификации учебно-познавательной деятельности студентов через раскрытие их духовного и физического потенциала.

Инновационное производство требует от будущего специалиста умения видеть в повседневном рутинном трудовом процессе прогрессирующую действительность, предвидеть назревающие изменения, т.е. гибко мыслить и действовать в таком же инновационном, реорганизуемом режиме. В свою очередь, это выдвигает необходимость (в процессе профессионального образования будущего специалиста) общекультурного (многостороннего) развития свойств специалиста как личности. Таким образом, помимо профессиональных компетенций, необходимых для выполнения конкретного вида труда, возникает необходимость в формировании неких общекультурных компетенций, под которыми понимаются такие способности личности к реализации своего профессионального развития в производственной ситуации, которые необходимы специалистам в условиях частой смены технологий на производстве. При этом, важным фактором становления личности будущего профессионала, оптимального сочетания в нем духовного, профессионального и физического начала, являются физкультурная и спортивная деятельность, ее устои и ценности, овладение которыми формирует общую физическую культуру личности будущего специалиста.

Результаты научных исследований в области среднего профессионального образования показывают, что на сегодняшний момент почти не придается значения интегративной роли физической культуры в процессе формирования будущего специалиста через единство телесного, профессионального и духовного.

В связи с этим приобретает актуальность внедрение в учебный процесс вуза такой системы организации и формирования физической культуры студентов, которая могла бы скорректировать деятельность студента с традиционной цели (развитие физических качеств) на инновационную (формирование общих компетенций в области физической культуры), т.е. способность выстраивать стратегию здорового образа жизни; способность управлять своим физическим состоянием в зависимости от профессиональных и личностных задач и пр. Разрешить данную проблему можно через интерактивные методы приобретения навыков физкультурно-спортивной деятельности на основе проектирования интерактивной самостоятельной деятельности и создания соответствующих условий для решения данной задачи.

Основоположником интеракционизма является Дж. Мид. Он считал, что человек осваивает свой мир через символические значения и решающую роль в становлении человеческого «я» играет взаимодействие. Взаимодействие между людьми может рассматриваться как непрерывный диалог, в процессе которого они наблюдают, осмысливают намерения друг друга и реагируют на них, примеряя себя на месте другого.

Взаимодействие также является основой становления самосознания. В коллективной игре человек должен сопоставить себя с целью группы, освоить роли, которые исполняют другие и поставить собственные действия в зависимость от действий других участников, воздействовать на поведение этих людей. Сотрудничество или эффективная совместная работа невозможно без принятия роли другого, без совместной корректировки поведения с целью достижения значимых для всей группы результатов.

Интерактивный метод обучения в учебном заведении - это такой процесс взаимодействия между преподавателем и студентами, при котором передача педагогом знаний и приобретение студентами навыков и умений происходит не просто в режиме беседы и диалога, но в условиях установления взаимодействия между студентами, умения

работать в команде, формирования толерантности к точке зрения каждого участника учебного процесса, уважения права на свободу выражения, уважения чувства собственного достоинства. Кроме того, интерактивные методы обучения базируются на преобладании самостоятельной активности студентов в процессе их учебно-познавательной деятельности. Преподаватель на таких занятиях направляет деятельность студентов на достижение целей занятия путем разработки интерактивных заданий, в ходе выполнения которых студенты, взаимодействуя с педагогом и друг с другом, изучают учебный материал.

Например, содержание обучающего материала по физической культуре может быть представлено в электронном виде (слайды, видео, графика), а студенты могут осваивать данный учебный материал, взаимодействуя друг с другом.

Поэтому освоение предметной и организационной сторон учения будет успешным, если актуальным на данном этапе развития системы среднего образования станет включение студентов не только в процесс интерактивного управления учебно-познавательной деятельностью, но и процесс управления своим психосоматическим и физическим здоровьем.

При этом важным путем разрешения данной проблемы явится практическое обучение студентов самостоятельному получению углубленных знаний, приобретению опыта индивидуальной физкультурно-спортивной деятельности, формированию навыков самоуправления познавательной деятельностью и организации сопутствующих условий для решения этой задачи.

Список использованных источников:

1. Круглова О.В. Информационные технологии в управлении: учебное пособие. - Дзержинск: изд-во «Конкорд», 2021.
2. «Общая физическая и спортивная подготовка в системе физического воспитания». Учебное пособие. Под редакцией Т.Г.Савкива, 2000 г.
3. Демьянова О.В. Информационные технологии // Проблемы современности – 2020.

СОЗДАНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ ИГРОВЫХ ФОРМ ЗАДАНИЙ ЧЕРЕЗ СЕРВИС LEARNINGAPPS ПО УД «ОСНОВЫ МИКРОБИОЛОГИИ И ИММУНОЛОГИИ»

*Иванова Алена Петровна
Семенов Платон Власьевич
Руководители: Габышева Лена Юрьевна
Шадрина Любовь Ивановна
ГБПОУ Республики Саха (Якутия)
"Якутский медицинский колледж", г Якутск*

Актуальность: Современные информационные технологии влияют на познавательную деятельность обучающихся, помогают достигать поставленных целей, способствуют закреплять знания в игровой форме, развивают коммуникативные навыки, пополняют и совершенствуют дидактический материал по дисциплине.

Наставниками в составлении и разработке игровых форм заданий в сервисе Learning Apps были наши преподаватели дисциплины «Основы микробиологии и иммунологии» Габышева Лена Юрьевна, Шадрина Любовь Ивановна. Мы поставили перед собой цель – с помощью игровых заданий овладеть данным сервисом, привлечь и заинтересовать студентов в изучении микробиологии. Решили остановиться на интересном разделе «Паразитология», куда входят простейшие и гельминты. Мы изучили данный раздел по учебнику [1, с.11, 28, 46, 68, 77, 79, 82-98, 102-107, 116], а также материалы, размещенные на платформе Moodle. Отсканировали рисунки и фото паразитов для составления заданий. Взяли наиболее распространенные, социально значимые и региональные паразитарные заболевания.

Распределили паразитов по группам: простейшие класса саркодовые и споровики (рис.1); класс жгутиконосцы (рис.2); гельминты Трематоды сосальщики (рис.3); Цестоды ленточные черви. (рис.4); яйца и личинки ленточных червей (рис.5); тип круглые черви нематоды (рис.6).



Рисунок 1. Упражнение 4. Простейшие саркодовые и споровики



Рисунок 2. Жгутиковые простейшие



Рисунок 3. Упражнение 6. Рисунки Трематоды сосальщики



Рисунок 4. Упражнение 7. Цестоды ленточные черви



Рисунок 5. Упражнение 8. Яйца и личинки ленточных червей



Рисунок 6. Упражнение 9. Круглые черви нематоды

7); диа и личинки ленточных червей в: диаг ровых и черви нематоды (рис. типа плоские черви (рис.9); характеристика круглых червей нематоды (рис.10). Всего получилось 10 игровых заданий. Более сложные задания рис. с 7 по 10 номер, в котором предусмотрели морфологию, пути заражения, локализации, симптоматику, диагностику и профилактику паразитарных заболеваний. Для удобного выполнения обучающимися данных заданий применили QR-коды на каждые 10 упражнений. Удобство заключается в том, что можно с телефона в любой момент и в любое время выполнить данные задания. Разработанные нами игровые задания можно перевести на платформу Moodle. С помощью наших преподавателей

обучающиеся ответили на все эти упражнения. Затем мы решили провести опрос по итогам выполненных заданий.



Рисунок 7. Упражнение 10.
Диагностика и профилактика
протозоозов



Рисунок 8. Упражнение 11.
Диагностика и профилактика
жгутиковых простейших



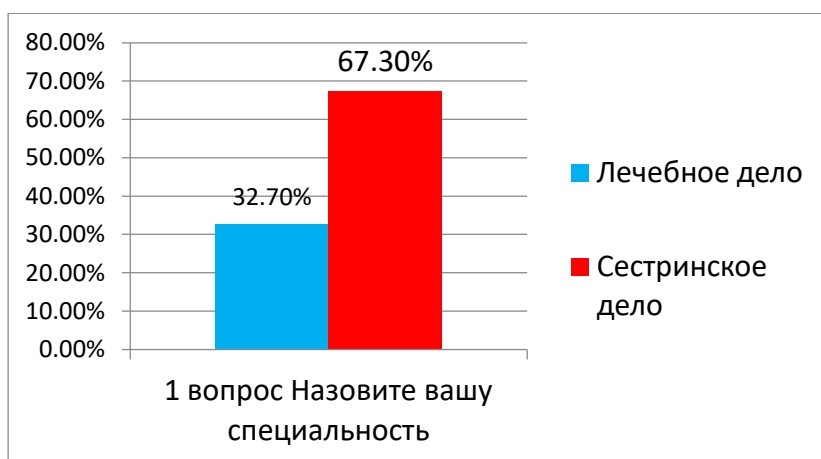
Рисунок 9. Упражнение 12.
Характеристика типа Плоские черви



Рисунок 10. Упражнение 13.
Характеристика круглых червей
нематоды

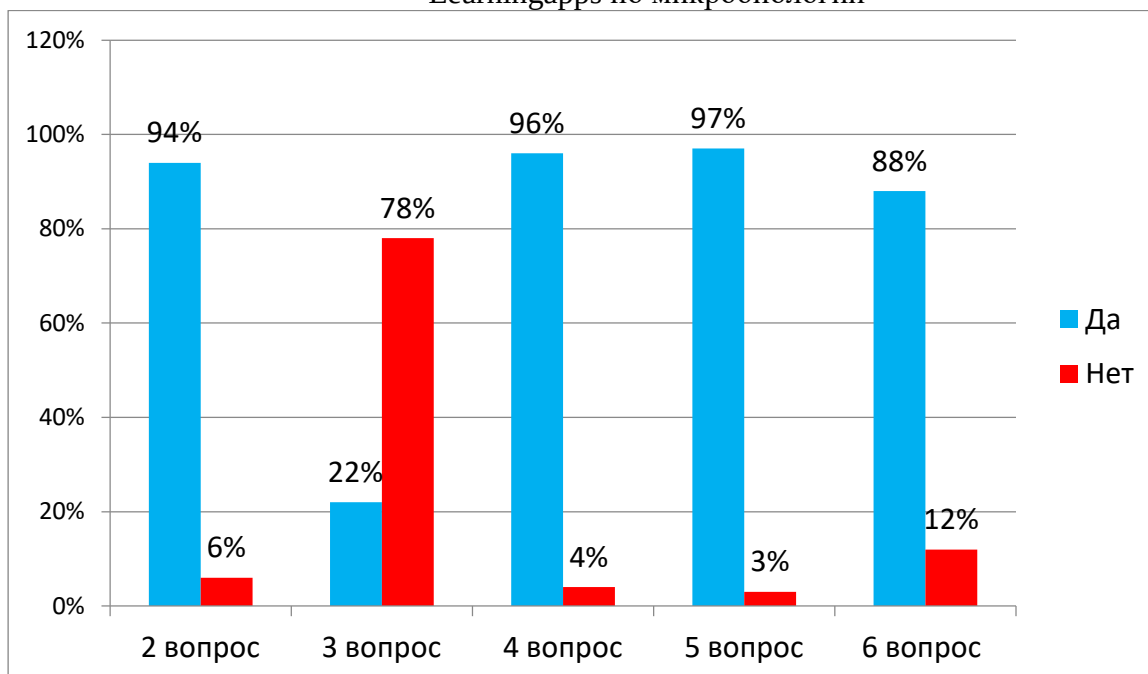
Было проведено анкетирование среди обучающихся по специальности «Лечебное дело» и «Сестринское дело» с целью выявления отношения обучающихся 1-х курсов к игровым заданиям в сервисе Learningapps по микробиологии. Прошло опрос 100 респондентов. Вопросы анкеты: 1- специальность, 2 – понравились ли вам игры?, 3 – Испытывали ли вы затруднения в сложных заданиях?, 4 - Помогают ли игры для освоения дисциплины по микробиологии?, 5 - Можно ли использовать данные игры в проведении классных часов?, 6- Удобно ли пользоваться Сервисом Learningapps? Вопросы анкеты нами были составлены в Googl – форме.

Диаграмма 1. Назовите вашу специальность



Специальность Сестринское дело составило большинство 67,3%, по сравнению с Лечебным делом 32,7%.

Диаграмма 2. Выявление отношения обучающихся к игровым заданиям в сервисе Learningapps по микробиологии



Из ответов анкетирования можно сделать выводы, что большинство обучающихся положительно относятся к использованию игр на занятиях, 94%. 22% испытывали трудности в решении сложных заданий. 96% считают, что данные игровые задания помогают освоению раздела по паразитологии. 97% желают использовать данный сервис в тематических классных часах. 88% обучающихся считают, что удобно и доступно пользоваться сервисом Learningapps.

Выводы:

Создание и применение интерактивных игровых заданий по разделу паразитология, созданные в сервисе Learningapps удобны, просты в использовании, помогают развить творческие и коммуникативные навыки, мотивацию к углубленному изучению и закреплению учебного материала. Можно максимально охватить количество обучающихся, экономия времени и средств, отсутствие боязни совершить ошибку. Мы максимально охватили темы по простейшим и гельминтам. Созданные вопросы анкеты в Google – форме облегчают проведение и охват респондентов. В итоге, мы выяснили, что большинство обучающихся положительно относятся к использованию игр на занятиях, а также помогают освоению раздела по паразитологии. Высказали свое мнение об удобстве, доступности

пользования сервисом Learningapps и желают использовать данный сервис в тематических классных часах. В то же время небольшое число студентов испытывали трудности в решении сложных заданий, были ошибки и им приходилось повторно выполнить задания.

Список использованных источников:

1. Корнакова Е.Е. Медицинская паразитология: учеб. Для студ. Сред. Проф.образования/ Е.Е. Корнакова. – М.: Издательский центр «Академи», 2017. – 224 с., [24] л. Цв.ил.
2. Генис Д. Е. Медицинская паразитология. Учебные пособия. 2020. Издательство Лань.
3. Обучающая платформа Moodle. Курс «Основы микробиологии и иммунологии».

**ВЕЛИКАЯ ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ВОЙНА 1941-1945 гг.
В ИСТОРИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ НАРОДА**

*Панферов Денис Александрович
Руководитель: Белопольская Виктория Автандиловна
Аркадакский филиал ГАПОУ Саратовской области
"Саратовский областной базовый медицинский колледж", г. Аркадак*

Актуальность исследования заключается в том, что Великая Отечественная война (далее – ВОВ) 1941—1945 гг. является важнейшим историческим событием XX века, коренным образом повлиявшим на ход мирового процесса и на историческую картину в целом. Среди всех исторических дат ВОВ оставила наиболее глубокий след в памяти русского народа. Даже реформы Петра I, война с Наполеоном, события 1917 г. и последующая за ними Гражданская война меркнут перед трагедией нашей страны, на которую и болью и гордостью отзывается сердце каждого нашего соотечественника, независимо от поколенческих, социально-экономических, национальных и других различий.

Объектом исследования является Великая Отечественная война 1941-1945 гг.

Предметом исследования – особенности Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. в исторической памяти народа.

Целью исследования является анализ Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. в исторической памяти народа.

Память об этой войне является одной из основных составляющих исторического сознания русского народа, как никакое другое духовное явление, выполняющее объединяющую русский социум функцию. Память о событиях этой войны, выдающихся ее участниках, героических поступках наших соотечественников, горечь понесенных огромных утрат несут заряд духовного единения русского общества при всей сложности его социальной структуры и социально-экономических различий. Она играет роль ценностных ориентиров для социального поведения членов нашего общества. Для нее характерно образное, эмоциональное оформление ее содержания, что является главным препятствием при попытках ее корреляции с помощью различных идеологем.

Роль исторической памяти о ВОВ особенно важна и актуальна в процессе формирования патриотического отношения граждан к Отечеству в наши дни, в ходе социального реструктурирования общества, становления новых форм российской государственности, экономических отношений, политической системы, требующих соответствующих идейных, ценностных ориентаций для социального поведения участников этих процессов. В этой связи анализ состояния исторической памяти о ВОВ 1941—1945 гг. представляет научный и практический интерес.

Проанализируем отношение населения к событиям ВОВ.

В памяти людей аккумулируются представления о героических событиях ВОВ, выдающихся героях, массовом героизме на фронтах, самоотверженном труде в тылу. Эти представления играют роль ценностных ориентиров, способствуют формированию гражданского самосознания и патриотизма.

Несмотря на радикальные изменения в русском обществе, драма великой войны не была вытеснена из сознания россиян и по-прежнему сохраняет свой духовно консолидирующий потенциал [5].

Нами был проведен опрос среди 50 жителей г. Аркадака Саратовской области разных возрастов, который показал, что в современном российском обществе сохраняется интерес к событиям прошедшей войны, что подтверждают 30 респондентов.

В массовом сознании утвердилось представление о ВОВ как войне священной, она затронула огромные массы населения. На вопрос: «Был ли кто-то из Ваших ближайших родственников на фронте в годы ВОВ?», утвердительно ответили 35 респондентов.

Согласно данным исследования, спустя 60 лет события ВОВ не интересуют сегодня только 7 человек. Для основной части наших соотечественников Победа в войне — это нравственная ценность, предмет национальной гордости, стереотип самосознания. Память об этой войне не была вытеснена из массового сознания другими историческими событиями.

Совпадают в основном и оценки причин начала войны. Респонденты на первые места единодушно поставили «стремление фашизма к мировому господству» и «стремление ведущих государств мира завладеть новыми территориями, сырьевыми ресурсами, рынками сбыта». Совпадают, как правило, мнения о причинах поражений Красной армии в первые месяцы войны. Несмотря на многообразие существующих ныне трактовок при анализе обнаружилось преобладание устоявшихся ответов: «внезапность нападения фашистской Германии», «военно-техническое превосходство фашистской Германии» [2].

При оценках победы и отношений к ней как знаковому событию в жизни нашего народа самым острым является вопрос о жертвах, их большом количестве. При ответе вопрос: «Какие события, факты войны 1941—1945 гг. вызывают у Вас чувства горечи и боли?», 40 респондентов указали «людские потери». Вопрос: «Какие чувства преобладают у Вас в связи с итогами войны?», показал, что 5 опрошенных испытывают горечь за понесенные нашей страной поражения и потери, а еще 5 человек и гордость, и горечь одновременно.

Весьма устойчиво вошли в историческую память населения такие реалии военных лет, как штрафные батальоны и роты (на них указали 4 респондента), насильственная депортация некоторых народов СССР (2 респондента), заградительные отряды (1 респондент), переход на сторону фашистской Германии тех людей, которые были противниками советского строя (2 респондента). Все это вызывает чувство горечи, особенно в группе людей с высшим образованием и частично в группе со среднеспециальным образованием (например, по вопросам депортации). В возрастной группе 60 лет и старше случаи обращения к этим проблемам встречаются реже.

Исследование выявило наличие в исторической памяти россиян и такого мифа, сотворенного еще фашистскими генералами, что Россию в войне спасли не массовый героизм, а огромная территория и прочие геоклиматические факторы. Так считают в 11 респондентов, причем почти в равной степени во всех возрастных группах. Однако историческая правда заключается в том, что эти невероятно сложные обстоятельства работали и против Красной армии, которая, однако, будучи вначале технически менее оснащенной, смогла все же одержать победу. Для этого потребовались и героизм на фронте и в тылу (отметили 19 респондентов), и патриотизм (21 респондент), и ненависть к фашизму (22 респондента), и наличие талантливых полководцев и военачальников (14 респондентов) и т.д.

Исследование зафиксировало и такой новый феномен памяти о войне, сближающий молодые и старшие поколения, как наличие искажений ее истории. На вопрос: «Как Вы считаете, искажается ли история войны 1941—1945 гг. в некоторых публикациях в печати, передачах, телевидении и радио?», 12 человек (18—24 лет) и 16 человек (60 лет и старше) согласились с этим. Отметим, что это мнение не специализированного, а массового сознания жителей.

Прочное место в памяти народа принадлежит легендарному полководцу Г. Жукову, о чем заявили 41 человек. Хорошо помнят К. Рокоссовского (29 человек), И. Конева (9 человек), Р. Малиновского (5 человек), К. Ворошилова (5 человек). Из числа Героев

Советского Союза были названы Зоя Космодемьянская, Алексей Маресьев, Николай Гастелло, Иван Кожедуб и другие герои.

Одним из главных индикаторов восприятия исторических событий, связанных с войной, является оценка населением роли И. Сталина в войне. Почти 2/3 респондентов рассматривают ее положительно. Обращает на себя внимание выраженная дифференциация количества и степени положительных и отрицательных оценок по возрастным группам. Так, наблюдается постепенное возрастание положительных оценок от 5 человек в младшей группе (18—24 года) к 18 человек — в старшей (свыше 60 лет).

Это свидетельствует о том, что в массовом историческом сознании победа советского народа над фашизмом устойчиво связывается с именем Сталина. Однако оценка его роли не является безусловно положительной для всех периодов войны. Так, значительная часть опрошенных (21 человек) в числе основных причин поражений Красной армии в первые месяцы войны назвали стратегические просчеты Сталина и советского руководства. Этот факт, несомненно, влияет на более критическую оценку роли Сталина в истории страны в целом.

В целом по массиву крупных советских военачальников военных лет «никого не помнят» 8 человек. В группе же 18—24-летних таких 7 человек. Еще более тревожно выглядит ситуация со знанием Героев Советского Союза: «никого не помнят» 17 респондентов, причем возрастной диапазон здесь расширен. В него входят не только 18—24-летние, но и 25—29-летние, и 30—39-летние, в основном люди со средним специальным, средним и неполным средним образованием.

Встречаются в ответах респондентов и ошибки. Респонденты называют героями участников Гражданской войны, не доживших даже до 1941 г. Это Фрунзе, Котовский и Дзержинский. Встречаются даже единичные упоминания Кутузова, Суворова, Нахимова, Ушакова — крупнейших полководцев совсем других войн и времен. Несколько человек в числе полководцев назвали маршала Градова, который является вымышленным образом из показанного по телевидению в конце 2004 г. телевизионного сериала «Московская сага».

Далее рассмотрим отношение населения к открытию второго фронта. Оценка его лидеров.

Проведенное исследование затронуло и вопросы международного характера. Оно позволило, в частности, рассмотреть динамику отношения россиян к странам — союзницам во Второй мировой войне. Большинство респондентов знают, что ядро антигитлеровской коалиции составили СССР, США (41 человек опрошенных) и Англия (21 человек). Наиболее существенным вкладом союзников в разгром фашизма для респондентов стало открытие второго фронта (16 человек) и поставка вооружений, боеприпасов и техники (14 человек).

43 респондента считают, что именно СССР внес решающий вклад в победу, а не союзники (2 человека — США, 2 человека — Англия). Но показательно и то, что 2 человека считают, что победа в войне — это достижение коалиции в целом. Вопрос коалиционности в новых геополитических условиях — вопрос не праздный. Распад СССР, создание Европейского союза, расширение НАТО, другие процессы демонстрируют перераспределение сил и их новое соотношение на мировой арене.

В народной памяти о войне имманентно содержатся представления о сущностных чертах россиян. Осознавая свою роль в достижении победы над «чумой XX века», они отдают должное и союзникам по борьбе. На вопрос: «Как Вы считаете, мог ли СССР победить в войне 1941—1945 гг. без второго фронта?», 43 опрошенных отметили, что победа была неизбежна.

Необходимо отметить, что в исторической памяти жителей г. Аркадака победа над фашизмом является итогом совместной борьбы СССР, внесшего наибольший вклад в победу над фашизмом, и других стран антигитлеровской коалиции — вклад их в достижение победы выступает как единое целое.

Таким образом, ВОВ является сегодня по сути одним из немногих событий XX века, которое позволяет новым поколениям жителей, вступающим в жизнь, причислить себя к великому народу, способному на всемирно-исторические свершения. В условиях идеологических метаморфоз последних десятилетий в России, отсутствия в новейшей истории страны подобного вдохновляющего коллективного опыта актуализация этого события в исторической памяти россиян является важным фактором подъема национального самосознания, российского духа, укрепления единства российского общества.

Историческая память о ВОВ достаточно устойчива и в хорошем смысле консервативна. Сегодня она — практически единственный объединяющий феномен, который характеризует дух и характер нашего народа. Эту консервативность целесообразно сохранять и развивать.

Список использованных источников:

1. Великая Отечественная война. 1941-1945. Краткий научно-популярный очерк. - М.: Издательство политической литературы, 2020. - 544 с.
2. Владимир Путин: «Мы должны строить своё будущее на прочном фундаменте». – [Электронный ресурс]. - https://ruskline.ru/news_rl/2012/09/13/vladimir_putin_my_dolzheny_stroit_svoyo_buduwee_na_prochnom_fundamente/ (дата обращения: 30.01.2023).
3. Гайдукова, Л. В. Герои Советского Союза, Герои Российской Федерации - Кузбассовцы, Участники Великой Отечественной Войны (1941-1945 Гг.): Биобиблиограф. Указатель / Л.В. Гайдукова, Л.Г. Тараненко, К.Л. Губкина. - Москва: Наука, 2019. - 222 с.
4. Нерсесов, Яков Война народная. Великая Отечественная война 1941-1945 / Яков Нерсесов, Владимир Волков. - М.: Белый город, 2018. - 807 с.

ОССЕ КАРЛ ИВАНОВИЧ – АПТЕКАРЬ I СТЕПЕНИ

Рагимова Сабина Гасановна
Чамсутдинова Рукият Магомедсаидовна
Руководитель: Гриценко Виктория Викторовна
ГБУ "Профессиональная образовательная организация
"Астраханский базовый медицинский колледж", г. Астрахань

Первая аптека в Астрахани была открыта в 1714 г. и была предназначена для лекарственного обеспечения войск Низового корпуса. Именно с этого момента астраханские фармацевты ведут отсчет истории аптекарского дела в регионе. 16 октября 1720 г. Петр I послал собственноручный указ губернатору Астраханской губернии Артемию Петровичу Волинскому: «Завести в Астрахани губернский огород, также сделать оранжерею и держать вывозные из Персии деревья и травы, которые не могут зимовать, и для приготовления трав, которые потребны в аптеку, взять из Петербурга в Астрахань аптекаря да огородника» [2, с. 233]. Опубликован был данный указ в шестом томе Полного собрания законов Российской империи, находящемся на хранении в Государственном архиве Астраханской области.

В октябре 1721 г. астраханский Сенат издал свой указ «О содержании в Астрахани аптеки против того, как в Москве таковые аптеки обретаются» [3, с. 462]. Астрахань становится третьим российским городом, после Москвы и Санкт-Петербурга, где была открыта аптека.

Среди старейших аптекарей Астрахани особое место занимает Карл Иванович Оссе, основавший в нашем городе одну из первых вольных (частных) аптек первой половины XIX века.



Рис. 1. Из фондов музея аптеки им. К.И. Оссе. Астрахань (2022) [5]

Карл Иванович Оссе – немец по происхождению, родился в 1804 году в Лейпциге. Отец его, Иоганн Оссе, занимался ювелирным делом. В 1812 году, после смерти отца, Карл вместе с матерью, Региной Оссе, переехал на постоянное место жительства в Санкт-Петербург. Не окончив полного курса научных дисциплин губернской гимназии в Санкт-Петербурге, Оссе поступил вольнослушателем в Медико - хирургическую академию. После сдачи экзаменов 20 августа 1826 года он стал кандидатом фармации 1-го отделения, а через два года ему было присвоено звание провизора 2-го отделения. В это же время он становится помощником столоначальника в Медицинском департаменте МВД Российской империи. Проработав там пять месяцев, Карл Оссе подал прошение об увольнении и выехал в Астрахань. По приезду, он открыл собственную аптеку на Полицейской улице в доме Кирилла Федорова (ныне это аптека № 2, относится к аптечной сети «На здоровье» на улице Кирова. В 1993 г. аптеке № 2 присвоили имя К.И. Оссе) [1, с. 10].



Рис. 2. Аптека им. К.И. Оссе. Астрахань (2022) [5]

С открытием аптеки Карл Иванович с головой погрузился в ее обустройство. Он предложил заменить бумажные наклейки внутри выдвижных ящиков в шкафах для аптекарских товаров на металлические таблички, прикрепляемые с наружной стороны. Также он неоднократно составлял «реестр потребных вещей и посуды» [1, с. 15]. Были затребованы: котлы из меди и железа, передвижная железная печь, различные сита, мензурки различных размеров, ступки (медные, хрустальные, мраморные). Через несколько лет он стал хлопотать о приобретении 30 ящиков из липового дерева хорошей столярной работы. Это были шкафчики для медикаментов, подлежащих раздельному хранению.

В аптеке Оссе всегда кипела жизнь. Здесь изготавливали разнообразные лекарственные средства: капли, пилюли, порошки, чай, мази, и прочие препараты, имевшие спрос в то время. При аптеке Оссе имела химико-бактериологическая лаборатория. Все, что делал Оссе, в то время выходило за рамки обычных обязанностей аптекаря.

Большой вклад Карл Иванович внес в борьбу с холерой. Оссе переехал в Астрахань в 1830 году в разгар эпидемии холеры. Он постоянно и в достаточной степени снабжал медикаментами городские и сельские больницы Астрахани. При этом он продавал лекарства по ценам ниже установленного тарифа, чтобы сделать лечение более доступным для всех нуждающихся. Для этого он «день и ночь находился в своей аптеке, занимаясь до изнеможения сил, что кроме Врачебной Управы могут засвидетельствовать все бывшие врачи в Астрахани» [4, с. 30]. В начале эпидемии холеры он лишился своего помощника. Ни в больницах, ни в тюрьме не нашлось помощников аптекаря или учеников, которые могли бы ему помогать при изготовлении лекарств. Он практически один занимался изготовлением лекарственных средств. Во время эпидемии он неустанно работал и шел на большие скидки. Был случай, когда он для откомандированного в сельскую местность врача изготовил и собрал 21 наименование медикаментов для борьбы с холерой на сумму более 36 рублей с вычетом скидки в 15 %. Это были различные обезболивающие и успокоительные средства, противосудорожные и слабительные средства, препараты против кожных заболеваний и для дезинсекции. Среди медикаментов были 3 фунта листьев соли мяты перечной и 2 фунта горькой соли. За самоотверженный труд в борьбе с холерой Карл Иванович Оссе получил награду в виде золотых часов с золотой цепочкой от Министерства внутренних дел и орден Святой Анны III степени. 30 мая 1838 года правление Императорского университета города Казани направило в Астраханский приказ общественного призрения письмо, из которого следовало, что Совет университета передал в правление «Диплом для провизора г-на Оссе о присвоении ему звания аптекаря 1-й степени». Так он стал аптекарем не только в душе, но и на деле [1, с. 54].



Рис. 3. Из фондов музея аптеки им. К.И. Оссе. Астрахань (2022).

Рабочий кабинет К.И. Оссе [5]

К.И. Оссе проводил большую исследовательскую работу. Так, в 1836 г. им был проведён химический анализ лечебной грязи Тинакского озера и доказано, что по своим свойствам она не уступает грязям знаменитого Сакского озера в Крыму.

Карл Иванович Оссе всегда пользовался признанием у жителей города. Обслуживая бедноту, он проявлял высокие нравственные качества. Оссе ежегодно тратил 50 рублей положенных ему квартирных денег на благотворительность. За 9 лет службы в аптеке он отпустил беднякам за свой счет лекарств на сумму 1180 рублей серебром, что было по тем временам большой суммой.

Помимо аптекарских дел К.И. Оссе активно принимал участие в управленческой деятельности. 7 февраля 1837 года был назначен на пост директора Астраханского губернского комитета Общества попечительного о тюрьмах. За что получил поощрение – орден Святого Станислава II степени. Всем узникам тюремного замка он отпускал медикаменты со значительной скидкой. Наряду с другими добровольными пожертвованиями он делал ежегодный взнос в размере от 5 до 15 рублей серебром на вспомоществование узникам. Также он обеспечивал медикаментами Астраханский институт для воспитания девиц. За это он получил орден Святого Владимира IV степени[5].

Что касается семьи Карла Ивановича, то она у него была большая. В браке с Адель Ребиндер у них родилось 13 детей – пять девочек и восемь мальчиков. После смерти Карла Ивановича Оссе, в 1874 году аптеку унаследовал его сын Эрнест Карлович Оссе. Сам Э.К. Оссе скончался в Санкт-Петербурге от апоплексического удара в 1903 году. Вскоре аптека по наследству перешла к сыну Эрнеста - Карлу. Он стал представителем третьего поколения владельца аптеки Оссе в Астрахани, пока ее не экспроприировали в результате Октябрьской революции. Этим решением был положен конец существованию частной аптеки Оссе в Астрахани. Вскоре и его жизнь трагически оборвалась: он умер от голода в Санкт-Петербурге, а это значит, ушел последний потомок Иоганна К. Оссе и Карла И. Оссе, который носил имя Оссе. Несмотря на трагическую судьбу потомков Карла Ивановича Оссе, его имя до сих пор живо в памяти потомков[1, с. 114].

В советские годы нигде официально имя Карла Оссе не употреблялось. Однако, по воспоминаниям бабушки (ныне покойной) нашего руководителя Гриценко В.В. - Дьяковой Марии Ивановны, в детстве, когда бабушка отправляла ее купить лекарства, обязательно указывала:

— Покупай только в аптеке Оссе.

Хотя в годы социализма на вывеске значилось: «Аптека № 2», но народ, как видите, помнил, где в нашем городе знак качества! Хотя столько лет прошло и несколько поколений минуло.

В декабре 2022 г. сотрудники аптеки № 2 «На здоровье» решили открыть выставку, посвящённую её основателю. С помощью музейных работников им удалось воссоздать рабочий кабинет аптекаря. Все экспонаты собирались более 10 лет, их покупали на аукционах, некоторые из них были преподнесены в дар иностранными коллегами, и подарены местными жителями.



Рис. 4. Из фондов музея аптеки им. К.И. Оссе. Астрахань (2022) [5]

На выставке можно увидеть старинные вещи, документы, фотографии, справочники. Сохранились колбы, весы, аптечные пузырьки 1840-х г. с оттиском К. Оссе. Увидеть экспонаты музея могут астраханцы и гости нашего города при посещении аптеки.



Рис. 5. Из фондов музея аптеки им. К.И. Оссе. Астрахань (2022) [5]

Благодаря своей скромности и отзывчивости, а также помощи нуждающимся К.И. Оссе заслужил уважение и почитание в Астраханском крае.

Список использованных источников:

1. ГААО. Ф. 1. Оп. 9. Д. 1030. Л. 216-240.
2. ГААО. Ф. 1. Оп. 9. Д. 1030. Л. 451-480.
3. Бауэр Вольф. Карл Иванович Оссе. Немецкий аптекарь в царской России - Астрахань: Центр информационной компетенции, 2009. - 150 с.
4. Слащева М.А. Аптекарь I степени. Карл Иванович Оссе // Медицинские вести Астраханской области. - 2017. - № 6. - с. 29 - 32
5. <https://pharmvestnik.ru/articles/pervaja-v-gorode.html>

ЗНАМЕНИТЫЕ ВРАЧИ – ТРУЭНТЫ

Воробина Мария Сергеевна

*Руководитель: Белоусова Галина Александровна
ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград*

Медицинская среда - богата и разнообразна. Наряду с простыми тружениками, решившими всецело посвятить себя исключительно медицине, встречаются люди, по тем или иным причинам не пожелавшие ограничить свою деятельность только профессией.

Таких врачей в мировой практике принято называть труэнтами, что в переводе с английского означает «прогульщик». Среди труэнтов встречались и встречаются по сей день люди, занимающиеся разными видами деятельности. Чаще всего врачи-труэнты больше известны нам именно по своим увлечениям и деятельностью, не связанными с медициной.

Цель исследования: рассказать о врачах, которые внесли большой вклад в развитие разных отраслей науки, культуры, образования.

Задачи исследования: охарактеризовать явление труэнтизма и ознакомиться с историей этого явления; проследить вклад врачей – труэнтов в развитие литературы, географии, богословия.

Слово «труэнт» появилось на свет в 1936 году с легкой руки знаменитого британского хирурга лорда Беркли Мойнигана. Во время своей Линакровской лекции в Кембриджском университете он рассказал о 61 враче, прославившемся вне медицины — в политике, литературе, искусстве, философии, спорте, в шутку назвав их труэнтами, то есть прогульщиками.

Анатолий Зильбер первым придумал термин «медицинский труэнтизм». А еще написал книгу «Врачи-труэнты. Очерки о врачах, прославившихся вне медицины». По словам Анатолия Зильбера, врач-труэнт стремится помочь больному всем тем, что он усвоил в другой специальности, поэтому он приносит больше пользы, чем просто врач.

Чаще всего труэнтами были писатели. Одним из таких был Антон Павлович Чехов. Хочется верить, что, если спросить любого человека, знает ли он врача-писателя, тот вспомнит Антона Павловича Чехова, который медицину называл своей законной женой, а изящную словесность — любовницей. Общеизвестный классик мировой литературы, писатель, драматург, окончил медицинский факультет Московского университета. Работал уездным врачом в Чикинской больнице подмосковного Воскресенска, затем некоторое время заведовал больницей в Звенигороде.

Медицина органично влилась в творчество Чехова. За 26 лет писательской жизни он создал около 900 произведений, и сюжеты очень многих из них были так или иначе связаны с медициной, например, «Палата № 6», «Черный монах», «Ионыч».

В 1899 году, за 5 лет до смерти от туберкулеза, в своей автобиографии Антон Чехов писал: «Занятия медицинскими науками имели серьезное влияние на мою литературную деятельность, они значительно раздвинули область моих наблюдений, обогатили меня знаниями, истинную цену которых для меня, как писателя, может понять только тот, кто сам врач. Знакомство с естественными науками, научным методом всегда держало меня настороже, и я старался, где было возможно, сообразоваться с научными данными, а где невозможно, не писать вовсе».

Также хочется сказать про гениального русского писателя, драматурга, режиссера и актера Михаила Афанасьевича Булгакова. Он окончил медицинский факультет Киевского университета Св. Владимира с отличием, продолжив семейную традицию: оба его дяди были знаменитыми врачами.

После начала Первой мировой войны некоторое время работал в прифронтовой зоне, служил военврачом во время Брусиловского прорыва. Затем был направлен на работу в село Никольское Смоленской губернии, после чего работал в Вязьме. Писательскую деятельность начинал в 1921 году, публикуя фельетоны в разных журналах и газетах, включая медицинские.

В рассказе «Вьюга» Булгаков пишет, что после того, как молодой земский врач отнял ногу у девушки, попавшей в мялку для льна, он прославился настолько, что под тяжестью своей славы едва не погиб: пошел такой наплыв пациентов, что приезжало в день по 100 человек, а еще стационарное отделение на 30 человек, причем операции делал он же. Заканчивая учебу в медицинском университете, Булгаков выбрал детские болезни. Но в земской больнице он вынужден был заниматься всем и сразу.

За время пребывания в Никольской земской больнице провел ампутацию бедра, 3 ампутации пальцев, 18 выскабливаний матки, 2 наложения акушерских щипцов, 3 поворота плода и ручное удаление последа, трахеотомию и удаление атеромы и липомы, удаление под хлороформом осколков раздробленных ребер после огнестрельного ранения, бесчисленное вскрытие абсцессов и зашиваний ран.

У Михаила Булгакова с детства были больные почки, что и привело к смерти. Хорошо, что он успел продиктовать своей жене текст «Мастера и Маргариты», прежде чем умер от почечной недостаточности. О своей жизни он написал в «Записках юного врача», о смерти — творческой и физической — в этом последнем романе.

Валентин Феликсович Войно – Ясенецкий тоже был личностью невероятно разносторонней и противоречивой: религиозный деятель и ученый, профессор и духовный писатель, доктор богословия и доктор медицинских наук, хирург, автор трудов по анестезиологии и гнойной хирургии.

Происходил из знатного, но обедневшего польского рода. Окончив гимназию и художественное училище, поступил на медицинский факультет Киевского университета. Несмотря на то, что, по собственному признанию, ненавидел естественные науки, он все же предпочел художественной карьере хирургию.

«Произошла интересная эволюция моих способностей: умение весьма тонко рисовать и моя любовь к форме перешли в любовь к анатомии и тонкую художественную работу при анатомической препаровке и при операциях на трупах. Из неудавшегося художника я стал художником в анатомии и хирургии», писал В.Ф. Войно – Ясенецкий.

Войно – Ясенецкий работать начал в Киевском медицинском госпитале Красного Креста, в составе которого и отправился на Русско-японскую войну. Заведовал хирургическим отделением эвакуационного госпиталя, после войны поработал земским врачом, пока не перебрался в Москву.

В 1915 году за книгу «Регионарная анестезия» получил премию имени Хойнацкого, которую присуждали ученым, сказавшим новое слово в медицине. Войно-Ясенецкий поставил своей задачей глубокое самостоятельное изучение диагностики и терапии гнойных заболеваний за десятилетия до открытия антибиотиков, когда практически нечем было противостоять раневой инфекции.

«Я изучал медицину с исключительной целью, быть всю жизнь деревенским, мужицким врачом, помогать бедным людям», писал Валентин Феликсович. После смерти жены от туберкулеза он идет в священники, затем принимает монашеский постриг под именем Луки, а позднее становится епископом. И получает 11 лет лагерей и ссылок. В медицину вернулся только в годы Великой Отечественной войны, когда его отозвали из ссылки и назначили консультантом всех госпиталей края и главным хирургом эвакогоспиталя, но оставили на положении ссыльного — дважды в неделю он обязан был отмечаться в милиции. Ездил по госпиталям, консультировал хирургов, осматривал раненых, самых тяжелых, признанных безнадежными, переводил в свой госпиталь и спасал. Каждого раненого помнил в лицо, знал его фамилию, держал в памяти все подробности операции и послеоперационного периода.

После войны оперировать стал меньше. Какое-то время принимал на дому, на дверях висела табличка о том, что бесплатный прием ведется ежедневно, кроме праздничных и предпраздничных дней. Но, даже когда полностью ослеп, консультировал и безошибочно определял болезни. Всегда говорил, что пишущий о нем «ни в коем случае не должен отделять облик архиепископа Луки от лица хирурга Войно-Ясенецкого».

Также хочется упомянуть еще о двух личностях, чьи фамилии известны в медицинских кругах.

Первый из них, Томас Лайонел Ходжкин. Лимфома Ходжкина — у каждого сотого онкологического больного в мире. И еще вдвое больше пациентов страдают иными лимфомами, которые называются неходжкинскими. 2 ноября 1826 года молодой врач,

выпускник Эдинбургского университета Томас Ходжкин при вскрытии впервые увидел злокачественную опухоль, названную впоследствии (спустя 33 года) его именем.

Родился Томас Ходжкин в семье британских квакеров, и ему с самого детства прививали мысль, что человек призван служить другим. Однако впечатлительный юноша, начитавшись о приключениях, при первой же возможности пустился путешествовать по странам Востока. Даже когда вернулся и стал доктором, в Лондоне надолго не задержался: отправился в Италию, Испанию, Францию повышать квалификацию. Легко стал членом Королевского колледжа врачей. А параллельно — почетным секретарем Королевского географического общества. В совершенстве знал французский, итальянский, немецкий, латинский, греческий. Совершил за 40 лет очень много поездок по странам Северной Африки, Ближнего Востока, в основном с благотворительными целями, издал книгу с собственными рисунками. Участвовал в создании «Общества защиты аборигенов», которое отстаивало права коренных жителей колоний, способствовало мирному принятию ими христианской религии, изучало их обычаи и нравы.

Условия в дороге были, как во времена Крестовых походов. В Марокко приходилось спать на земле и пить воду из луж. В Средиземном море едва не потерпели кораблекрушение. А во время поездки в Палестину Ходжкин умер от тяжелой формы дизентерии.

Второй такой личностью был Джейкоб Бигелоу - американский ботаник, врач, один из зачинателей эфирного наркоза, доктор медицины, механик и поэт. Именно Джейкоб Бигелоу опубликовал первую в мире статью об ингаляционном наркозе в бостонском медицинском журнале в ноябре 1846 года. Интересы в медицине имел разносторонние: например, исследовал структуру и функцию тазобедренной связки. У него была одна из самых успешных в Бостоне практик.

А еще интересовался проблемами механики, вел курс ботаники в Гарвардском университете, издал многотомную «Американскую медицинскую ботанику», в которой описаны свойства самых интересных с точки зрения медицины, растений. Был президентом Американской академии искусств и наук на протяжении четверти века и членом этой организации в течение 67 лет.

Таким образом, из представленных выше биографий знаменитых деятелей науки, культуры и политики, среди людей, повлиявших на наш мир, наше сознание и мировоззрение, большой процент составляют врачи. Может быть, это связано с гуманистическим пафосом, которым проникнута профессия врача — непосредственного защитника человечества и помощника ему, ведь все эти знаменитые люди, тем или иным образом, желали служить ближнему, помочь каждому человеку, утешить и успокоить или напротив, возбудить и повести за собой к светлому будущему. Так или иначе, эти люди постарались добиться своего, даже выходя за рамки профессии врача, и пусть их пример вдохновит нас на великие свершения.

Список использованных источников:

1. Абакумов М.М. Ранение сердца. М.: «Здравоохранение». 2004г. - 112с.

2. Бусыгина И.К. Ваш выбор. Сборник профессий.: Нижний -Тагил. 2001г. - 25с.

СЕСТРЫ МИЛОСЕРДИЯ НА ПОЛЯХ СРАЖЕНИЯ

Тарасова Мария Дмитриевна

Руководитель: Белоусова Галина Александровна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

***Если б все профессии на свете
Вдруг сложить горю на планете,
То, наверно, у её вершины***

*Вспыхнуло бы слово: «Медицина».
Ибо чуть не с каменного века
Не было почетнее судьбы,
Чем сражаться в пламени борьбы
За спасенье жизни человека.*
Э. Асадов

Сегодня часто можно услышать с экранов телевизоров, радиоприемников и других средств массовой информации слова о милосердии. Они вылетают оттуда словно семена. Люди слышат их, но воспринимают все по-разному. Кто – то не обращает на них внимание, кто – то делает вид, что не слышит, а кому-то эти слова проникают глубоко в душу и прорастают множеством добрых дел. И пусть таких людей пока не очень много, но они были, есть и будут всегда.

Проблема милосердия в настоящее время привлекает все больше внимания самых широких общественных кругов, в том числе и ученых. В связи со всем этим особую актуальность приобретает изучение тех форм благотворительности и тех социальных институтов, которые ею занимались в дореволюционной России. Одним из таких институтов, зародившихся в XIX веке, были общины сестер милосердия. Потому не случайным является стремление возродить ныне этот институт и рост интереса к его деятельности в прошлом.

Цель исследования: познакомиться с историей служения сестер милосердия в России и исследовать подвиг сестер милосердия в Великой Отечественной войне.

Задачи исследования: расширить свои знания о сестрах милосердия;

рассмотреть деятельность сестер милосердия в период войн.

«В бою под Ковной меня контузило. Я долго лежал в беспомощности. А когда очнулся, передо мной стояла девушка в форме сестры милосердия. Она поманила меня за собой и легко пошла вперед. Через некоторое время показались наши позиции, а девушка куда-то пропала. Я повсюду искал её, но так и не нашел». Такое письмо пришло в газету «Речь» в октябре 1915 года. Георгиевский кавалер Пётр Соймонов просил найти свою спасительницу. После публикации в редакцию посыпались сотни писем. Оказалось, что эту сестру встречали на всех фронтах. Она отыскивала раненых, уводила к своим и исчезала. Фронтовые корреспонденты называли эти рассказы «Легенды о летучей сестрице». Но солдаты верили.

Повествование пойдет о храбрых девушках, женщинах, которые в лазаретах и госпиталях сражались за каждую жизнь, не зная отдыха и сна. В историю они вошли под прекрасным названием – «Сестры милосердия». Решив однажды посвятить свою жизнь крайне тяжелому, но благородному делу, они следовали ему до самого конца. Сестры считали своим долгом - помогать человеку, который в этом нуждается.

Кто же они такие и почему о них стоит говорить? Какой вклад они внесли в историю медицины?

Вообще, впервые о женщинах при госпиталях упоминается в петровском Уставе воинском 1716 года. В нем женщинам полагалось «*больным служить ... и платье на них мыть*», то есть заниматься хозяйственным обслуживанием. При Николае I возникают общины сестер милосердия для службы в гражданских госпиталях.

И вот 1854 год. Разгар Крымской войны. «Никогда не забуду я того вечера, когда мы получили известия, что французы и англичане высадились в Крыму. С каким нетерпением мы хватались тогда за газеты. И вот прочитали, что французские сестры поехали в госпитали, потом в английские госпитали поехала мисс Найтингейл с дамами и сёстрами. А что ж мы-то? Неужели у нас ничего не будет? Это мысль не оставляла меня». Великая княгиня Елена Павловна своей властью и своими средствами учредила Крестовоздвиженскую общину сестёр милосердия для попечения раненных и больных воинах.

Английские и французские сёстры милосердия, приехавшие в Крым, обучались для работы в обычных больницах. Но специальных знаний для оказания помощи на поле боя не получал еще никто и никогда. Елена Павловна предложила обучить общину и сестёр Николаю Ивановичу Пирогову. Виртуоз практической хирургии и диагностики. Он был известен и как создатель новой медицинской дисциплины – военно-полевой хирургии. Так же он первый заговорил о женском уходе за больными. Что именно женщины могут уделить ту заботу и внимание, сострадание, которое они так ждут. На собственном опыте подготовил программу обучения сестёр милосердия для работы в условиях фронта. Но, к сожалению, обучать было некого. Елена Павловна обратилась ко всем русским женщинам, не связанным семейными обязанностями, с призывом принести свою долю жертвы и добра Отчизне. И они пошли.

В письмах жене Н. И. Пирогов отмечал, что сестры «...день и ночь попеременно бывают в госпиталях, помогают при перевязке, бывают и при операциях, раздают больным чай и вино, наблюдают за служителями и за зрителями и даже врачами. Присутствие женщины, опрятно одетой и с участием помогающей, оживляет плачевную юдоль страданий и бедствий».

Наверняка, многим известно имя Дарьи Севастопольской. В истории её так же называют Ангелом последней надежды. Один из домов приспособила под госпиталь, в котором помогала больным и раненым. Позже к ней присоединились другие женщины. В импровизированный госпиталь сносили перевязочный материалы, еду, воду, одежды. Кроме того, переодеваясь в мужскую одежду, Дарья участвовала в боях и ходила в разведку. Была награждена лично Николаем I золотой медалью на Владимирской ленте с надписью: «За усердие».

Так же стоит отметить Екатерину Михайловну Бакунину. По утверждениям свидетелей, эта женщина работала больше других. Без сна и отдыха помогала больным, ассистировала хирургам в тяжелых операциях. Не раз проводила у операционного стола по двое суток подряд. В честь неё была создана медаль «Сестра милосердия Екатерина Бакунина».

И еще много других имен, которые спасали жизни людям, ставя под угрозу свои. Тысячи мужественных и бесстрашных женщин, которые считали своим долгом помочь нуждающимся. С тех пор общины Сестёр милосердия стали появляться по всей России. И свою особую актуальность приобретали в тяжелые для Русской земли времена.

Первая мировая война. Санитарных запасов хватило бы всего на 4 месяца войны, но она затянулась на 4 года. С каждым днём ситуация в стране ухудшалась, бои становились тяжелее, ситуации в госпиталях были катастрофические. Всё больше женщин стремились вступить в ряды Сестёр милосердия, проявляя свое чувство патриотизма. Им было от 18 до 40 лет. Иногда же и несовершеннолетние девочки, которые были равнодушны к судьбе русской армии шли на этот поступок, их принимали по соглашению родителей.

Сестры милосердия погибали наравне с солдатами, и они становились не только их утешительницами в госпиталях, но и помощницами, которые даже могли повести за собой в бой солдат.

Одной из таких была учительница из Ставрополя Римма Иванова. Она начала работать в тылу в лазарете для больных и раненых воинов. Но все время стремилась на фронт. Тогда женщин неохотно пускали на передовую. И в январе 1915 она коротко остригла волосы и ушла на фронт санитаром под мужским именем. Обман быстро раскрыли, и ей пришлось служить под своим настоящим. И уже скоро за спасение раненого она получила свою первую Георгиевскую медаль. «Вы должны радоваться, если любите меня, что мне удалось устроиться и работать там, где я хотела, – писала она родителям с фронта. – Но ведь не для шутки я это сделала и не для собственного удовольствия, а для того, чтобы помочь. Да дайте же мне быть истинной сестрой милосердия. Дайте мне делать то, что хорошо и что нужно делать. Думайте, как хотите, но даю вам честное слово, что многое-многое отдала бы

для того, чтобы облегчить страдания тех, которые проливают кровь». Римма Иванова погибла от разрывной пули. Как писали газеты, ей «пришлось заменить офицера и увлечь за собой храбростью солдат». В истории её имя запечатлели как «Святая Римма».

Великая Отечественная война - самая тяжелая и кровопролитная за всю историю. Все тогда сражались за свободу своей страны. Стон и боль стояли на земле. Медицинские работники боролись за каждую жизнь по одному главному принципу: «Каждый возвращенный в строй воин – это наша победа. Это победа воинской части, в ряды которой вернулся старый, уже закаленный в сражениях воин». Они не на жизнь, а на смерть шли наравне с солдатами. Под огнем выносили раненых с поля боя, оказывались помощь, отправляли в тыл. Многие там погибали.

Маршал Советского Союза И.Х. Баграмян после завершения войны написал: «То, что сделано советской военной медициной в годы минувшей войны, по всей справедливости может быть названо подвигом. Для нас ветеранов Великой Отечественной войны, образ военного медика останется олицетворением высокого гуманизма, мужества, самоотверженности».

С самых первых дней для них стояли тяжелые задачи. Ситуация ухудшалась, враг стремительно наступал, шли ожесточенные бои. Нужно было за кратчайшие сроки предотвратить распространение инфекций, организовать медицинскую помощь, обеспечить население медицинской помощью. Они использовали опыт классиков военной медицины – Н.И. Пирогова, Н.Н. Бурденко. Работников не хватало, в частности хирургов, так как они были мобилизованы в армию. Приходилось работать по совместительству. С каждым днем накапливали собственный опыт, чему-то усердно обучались, везде создавались новые госпитали. Каждый старался помочь, чем мог. Был создан институт главных специалистов фронтов армий, эвакуационных пунктов. В их число входили выдающиеся ученые – медики.

Среди многочисленной армии медицинских работников хочется назвать имя Героя Советского Союза Зинаиды Александровны Самсоновой, которая пошла на фронт, когда ей было всего 17 лет. Перед самой войной она пошла учиться в Егорьевское медицинское училище. В действующей армии она была 1942 года. Стала санитарным инструктором стрелкового батальона. Её любили за улыбку, самоотверженность. Со своими бойцами прошла страшные бои. Отличилась своей храбростью. Взяла на себя командование боем у деревни Холм и повела за собой бойцов. В этом бою последний раз был услышан её удивительный голос: «Орлы, за мной!». Там она погибла. За подвиги ей посмертно присвоили звание Героя Советского союза.

Вера Сергеевна Кашеева родилась в селе Петровка Алтайского края 15 сентября 1922 года, в семье крестьянина. После окончания семилетки в 1941 году её семья переезжает в город Барнаул. Вера идёт работать на меланжевый комбинат, который был в то время самым крупным в Сибири. Здесь же она поступает на вечерние курсы медсестёр. Но, не закончив их, началась война. Вере предложили, как и другим девушкам, пойти учиться на курсы медсестёр Красного Креста. Но Вере хотелось на фронт, она считала, что здесь, в тылу, смогут в госпиталях работать и ухаживать за ранеными и пожилые люди, а молодёжь сейчас должна быть там, на передовой. И Вера всё-таки своего добивается, она уходит в 1942 году на фронт. Её зачисляют в знаменитую Сибирскую дивизию 62-й армии под руководством генерала Чуйкова. Вскоре эта дивизия уже будет стоять у стен Сталинграда и впишет в историю беспримерный героизм своих бойцов. Дивизия, под руководством полковника Гурьева, приняла оборону на заводе «Красный Октябрь». Враг всё наступал и наступал. Дивизия сдерживала натиск врага, который превосходил в несколько раз. Около двадцати часов без перерыва фашисты бомбили завод, где укрылись советские бойцы. Ожесточённый бой длился несколько суток, по двадцать атак в день отбивали бойцы дивизии. Среди этих бойцов была и Вера Кашеева. Медпункт расположили в полуразрушенной мартеновской печи завода. Раненых там держали до темноты, а потом переправляли через Волгу. Передовая находилась в нескольких сотнях метрах от этой печи, но, чтобы дойти от неё, с

раненым, нужно было перелезть через огромные воронки, разрывы бомб и пулемётной очереди, это был уже подвиг. В таком аду Вера не спала уже несколько суток. Она была, как заведённая машина, которая потеряла счёт времени. День и ночь, ночь и день были одни бои и раненые, раненые, раненые. Иногда ей самой приходилось брать в руки автомат и стрелять по врагу. Здесь она была не только санинструктор, но и разведчица, и связная. Боевые товарищи Веру ласково звали: «Наша Вера». Многие бойцы были обязаны Вере своей жизнью. Первую награду «За Отвагу» Вера получила именно в боях за Сталинград. А когда была разгромлена и попала в окружение группировка немецких войск, и по дороге поплелись колонны пленных фашистов, ей был вручён орден Красной Звезды. Кроме этого у неё на груди засверкал гвардейский значок. 22 февраля 1944 года за самоотверженность и милосердие на поле боя, отважному санинструктору Вере Сергеевне Кашеевой было присвоено звание Героя Советского Союза с вручением «Золотой Звезды» и ордена Ленина. В 1973 году ей была вручена награда Международного комитета Красного Креста медаль «Флоренс Найтингейл».

В наше время ничуть не меньше важны медицинские работники. Во время пандемии COVID-19 2020 года медицинские сёстры и братья без отдыха находились в горячих точках, спасая жизни людей. Их спецодежда была крайне тяжелой, условия труда порой были невыносимыми. Сами же находились в огромном риске заражения. Они падали замертво, отдавая полностью себя своей работе. Главной их целью, как и всегда, было спасение жизни людей. Это настоящие герои, «Ангелы в белых халатах».

За всю историю медицины люди показали то, насколько преданным можно быть своей работе, народу, которому они служат. Не обращая внимания на риски собственному здоровью, всегда помогали нуждающимся. Могли сутками не отходить от больного, проводить тяжелые операции, стоя на ногах. Им было страшно, тяжело и больно. Но сдаваться просто не могли. Не позволял долг и совесть. Каждый врач, медбрат или медсестра внесли свой вклад, пусть даже и маленький, но неотъемлемый в историю медицины. Об этом надо говорить, помнить. Мы не вправе забывать тех героев, которые отдавали собственные жизни за то, чтобы спасти чужие.

Список использованных источников:

1. Бакунина, Е. М. Воспоминания сестры милосердия Крестовоздвиженской общины (1854-1860) Электронный ресурс. / Е. М. Бакунина. Режим доступа: <http://usefulnurse.narod.ru/biblioteka/Bakunina.html> (дата обращения: 12.12.2022).
2. Власов, П. В. Обитель милосердия / П. В. Власов. М.: Моск. рабочий, 1991.-303 с.
3. Дина Яфасова. Истоки сестринского дела. Глава 2 / Дина Яфасова [Электронный ресурс], - Режим доступа: <http://www.sygeplejersken.dk/nh/manuel/CHAPTER2.htm>

ПОМНИМ...

*Тарасенко Ольга Николаевна
Руководитель: Кривинец Екатерина Ивановна
БПОУ Воронежской области
"Воронежский базовый медицинский колледж", г. Воронеж*

25 января 2023 года Воронеж отметил 80-летие освобождения города от немецко-фашистских захватчиков.

Великая Отечественная война... Она потребовала от советского народа огромного трудового и ратного напряжения, предельной мобилизации материальных ресурсов страны и творческой энергии людей. В считанные дни Воронеж перешёл на трудовой ритм военного времени и оделся в армейскую форму.

Из 1418 суток войны Воронеж 667 суток стоял на боевом посту и отбивался от самолётов, а 212 дней и ночей вел рукопашную схватку с врагом. По началу и продолжительности уличные бои за Воронеж сравнимы только с боями за Сталинград.

История Великой Отечественной войны знает два областных центра, которые будучи разрезанными линией фронта, не пропустили фашистов. Это города - Сталинград и Воронеж. По длительности пребывания на переднем крае Воронеж уступает лишь Ленинграду и Севастополю.

Плечом к плечу с воинами Советской Армии прошли дорогами войны врачи, фельдшера, медицинские сёстры, санинструкторы и санитары-носильщики. Под огнём врага они перевязывали раненых, на себе переносили их в безопасное место, эвакуировали на передовые пункты медицинской помощи, в медсанбаты и госпитали, делали сложнейшие операции и в необходимых случаях становились донорами. Люди в белых халатах или с санитарной сумкой на боку шли на риск ради спасения раненых и нередко погибали сами от пули или осколка.

С первых дней войны в Воронеж стали пребывать эшелоны с ранеными. Все имеющиеся в городе больницы и поликлиники были быстро заполнены. В школах, вузах, общежитиях, детских садах и в других подходящих помещениях располагались новые военные госпитали. Значительная часть госпиталей укомплектовывалась медицинскими кадрами и обслуживающим персоналом.

Особенно тяжёлым было лето 1942 года, когда в районе Воронежа развернулись ожесточённые бои. 7 июля 1942 года Ставка Верховного Главнокомандования создала Воронежский фронт. После упорных боев в начале июля фашистские войска ценой огромных потерь овладели центром города. В тяжёлых уличных боях за Воронеж советские воины проявляли образцы мужества. Они дрались за каждую улицу, за каждый дом. Лейтенант М. Бовкун, боец Г. Вавилов, старшина М. Абызов в разных частях города совершили героические подвиги, закрыв своими телами амбразуры вражеских дзотов. Они посмертно награждены орденами, их именами названы улицы Воронежа.

О напряжённости труда медицинских работников Воронежского фронта свидетельствуют такие факты. Только за день 19 июля 1942 года 309 медсанбат 303-й стрелковой дивизии принял, обработал и эвакуировал в ближайшие госпитали 400 раненых, что в несколько раз превышает суточную норму нагрузки медсанбата. В 303-й стрелковой дивизии героической подвиг совершила санинструктор Антонина Беспалова. В критический момент, когда стрелковый взвод под натиском фашистов оставил свои окопы, Беспалова заменила выбывшего из строя командира, повела взвод в контратаку. Тоня погибла, но враг был отброшен. В память о подвиге бесстрашной санитарки ее именем названа одна из улиц города Воронежа[2, с.42].

Во время боев за Воронеж добрая слава ходила о санинструкторе Зине Тусноловой. Когда начались, война она окончила курсы медицинских сестёр и добровольцем ушла на фронт. Ее распределили в состав 849-го стрелкового полка Сибирской дивизии. Уже 19 июля 1942 года она участвовала в боях под Воронежем. Не щадя своих сил, под огнём противника вынесла с поля боя 40 раненых бойцов за что награждена орденом Красной звезды. Позже число спасённых ею бойцов и командиров возросло до 128. Это ее первый подвиг. Второй ставит ее рядом с такими богатыми духом, как Алексей Мересьев. Это подвиг преодоления себя, возвращение к полноценной жизни в строй бойцов. В феврале 1943 года в бою в районе села Горшечного Зина, спасая командира взвода, была тяжело ранена в обе ноги. Превозмогая боль, она подползла к раненому командиру и увидела, что он мёртв. Забрав его документы, поползла обратно, выбиваясь из последних сил. В это время фашисты перешли в контратаку. Зина притворилась мёртвой. К ней подошёл фашист, ткнул ногой в живот, затем ударил прикладом винтовки по голове, девушка потеряла сознание. Только на другой день ее нашли разведчики и отправили в госпиталь. Туснолова нашла в себе мужество перенести восемь операций рук и ног, научилась ходить на протезах и писать искусственными пальцами. Еще не выйдя из госпиталя, она стала пламенным агитатором, ее выступления на заводах и в печати звали к отмщению за все неисчислимые страдания нашей Родины.

Ее имя, начертанное на орудиях, танках и самолётах, вело в перед, к победе. Имя

Зины Тусноловой стало символом мужества и героизма. Родина высоко оценила ратный подвиг Зинаиды Михайловны, присвоив ей звание Героя Советского Союза. Международным Красным крестом она удостоена медали «Флоренс Найтингейл» - награды за высшую доблесть, которой до нее обладали только две медсестры нашей страны [1, с.139].

Захватив правобережную часть Воронежа, немецко-фашистские мерзавцы установили чудовищный режим террора и насилий, имевший своей целью массовое истребление мирного населения. Гитлеровцы врываются в дома, расстреливали женщин, стариков и детей заживо закапывали людей в землю, вешали на деревьях, телеграфных столбах, на специально построенных виселицах.

В здании школы №29 по улице 20-летия Октября немцы организовали госпиталь для захваченных в плен раненых советских воинов. Сюда же поступали местные жители, получившие ранения во время бомбёжек, артобстрелов города. Медицинского персонала практически не было, как не было медикаментов и перевязочных средств. В эти дни в госпитале появилась врач Ревекка Матвеевна Мухина. Она пришла, повинувшись врачебному долгу, зная что в госпитале находятся советские люди, которым нужна ее помощь.

Мухина разыскала в городе несколько знакомых врачей и привлекла их к работе в госпитале, нашла лекарства и бинты. Раненые стали поправляться. Но вместо того, чтобы идти в лагерь для военнопленных, как этого требовали оккупационные власти, они ночью тайком переправлялись через реку в расположение наших войск. Об этом стало известно оккупационным властям. 10 августа 1942 года во дворе госпиталя Ревекка Мухина была расстреляна. А 27 августа фашисты ликвидировали госпиталь, расстреляли за городом в Песчаном логу 452 человека.

Военный подвиг медработников Воронежской области был высоко оценен Советским правительством. За героизм и мужество, проявленные при спасении жизни раненых и больных советских воинов, многие врачи, сестры, санитары, дружинницы были награждены орденами и медалями.

Многие медработники области, защищая Родину, пали смертью храбрых. Уроженец села Ровеньки Воронежской области фельдшер Николай Никитич Кравцов в годы Великой Отечественной войны участвовал в боях на разных участках 2-го и 3-го Украинских фронтов. 29 сентября 1944 года началось наступление 3-го Украинского фронта на территории Югославии. Среди особо отличившихся в боях за освобождение города Белграда 17-18 октября 1944 года был военфельдшер Н.Н. Кравцов. Он не только оказывал помощь раненым, но и вместе с бойцами непосредственно участвовал в сражениях. На пути наступления группы, в которой был Николай Кравцов, оказался вражеский дзот, пулемёты которого не давали возможности продвигаться вперёд. Кравцов со связкой гранат бросился к дзоту и своим телом закрыл амбразуру. Он повторил подвиг Александра Матросова. Н.Н. Кравцову посмертно присвоено звание Героя Советского Союза. Похоронен в братской могиле в Белграде. На военном кладбище ему сооружен памятник.

Известен самоотверженный поступок главного врача Семилукской районной больницы А.А. Тернухова. В условиях фашистской оккупации, подвергая себя опасности, он принял в больницу 40 тяжелораненых бойцов и командиров, выдав их за жителей ближайших сел. Все эти раненые выздоровели. Многим из них удалось перейти через линию фронта.

Война поставила ответственные и чрезвычайно сложные задачи перед медицинскими институтами и медтехникумами и школами. К началу 1940 года в Воронежской области было 22 медшколы, 10 из них находились в Воронеже.

Суровое дыхание приближающегося фронта осложняло учебный процесс в фельдшерско - акушерской школе. Учащиеся ежедневно ходили к областной больнице, где рыли окопы, копали противотанковые рвы, щели, готовили бомбоубежища. Особенно трудно было осенью и зимой, так как все время стояли сильнейшие морозы и земля превращалась в камень. К привычным, повседневным делам прибавились новые заботы: создать посты

наблюдения за воздух, позаботиться об укрытиях на случай бомбёжки, усилить противопожарную защиту зданий.

В первые же дни войны многие студенты-медики ушли на фронт, выполняя свой патриотический долг в медсанбатах, госпиталях, санитарных поездах и других военно-медицинских учреждениях.

Великий вклад, внесённый медицинскими работами в общее дело и разгрома врага. Это они шли с медсанбатами под ураганным огнём противника, спасая от смерти солдат и офицеров. Они оперировали под разрывами бомб, стоя по несколько суток у операционного стола, не зная не дневного, ни ночного отдыха.

Выпускник 1924 года фельдшерско-акушерского техникума Устинов Николай Прокофьевич в годы войны стал генерал - лейтенантом медицинской службы, занимал должность начальника медицинской службы Прибалтийского фронта. Прошёл войну и выпускник 1925 года Василий Иванович Ливенцев. Награжден орденами: Красной Звезды, Боевого Красного Знамени и Ордена Ленина. В октябре 1949 года был назначен заместителем начальника окружного военного госпиталя города Воронежа [3, с.142].

Вместе с мужчинами героически сражались девушки и женщины. Что было на фронте их главным оружием? Бинт, перевязочный пакет, и слово вселяющее надежду. Оно было порой сильнее всяких лекарств. Сестрички на своих хрупких плечах вынесли с поля боя и спасли жизнь тысячам воинов. Это они - люди в белых халатах, вернули в строй ни одну полнокровную дивизию солдат и офицеров. Среди них были и наши выпускницы.

Калиниченко Александра Андреевна в 1922 году поступила в фельдшерско - акушерскую школу. 25 июня 1941 года была мобилизована и зачислена в 53-й медсанбат 82-й мотострелковой дивизии командиром медицинского взвода. Большая часть ее фронтовой биографии связана с армейским полевым госпиталем 5-ой армии Западного фронта. Выпускница 1941 года Боровая Валентина Никифоровна участница Сталинградской битвы. Оказывала помощь раненым на легендарном Мамаевом кургане, поднимала в атаку бойцов. Из ее воспоминаний: ... Во время войны можно было привыкнуть ко многому - к тяжёлым болям, к летающим над головой ненавистным фашистским самолётам, к голоду и болезням, к отвратительным вшам, к выданным тебе для носки сапогам сорок четвёртого размера и мужскому белью. Невозможно было привыкнуть только к смерти на твоих глазах. Крючкова Зинаида Андреевна была мобилизована на фронт в качестве медицинской сестры на Ленинградский фронт в морскую пехоту в морскую пехоту санинструктором. Затем - Донской фронт, с которым дошла до Будапешта, проходя службу операционной медицинской сестры в военно-полевом госпитале. Победу встретила в Будапеште. Награждена многими орденами и медалями за боевые заслуги. Но всю жизнь запомнила первый бой ... Вокруг рвались снаряды, казалось, земля под ногами горела. Падали убитые, звали на помощь раненые. Возьму раненого на закорки и несусь, плачу, вес во мне 46 кг. [1, с.162].

Человек жив памятью. Пока есть память – есть жизнь на земле.

Годы Великой Отечественной войны, когда страна воевала от мала до велика, не забудутся никогда. Ведь это наша история, память сердца. Хочется поклониться всем тем, кто воевал и умирал на фронтах Великой Отечественной войны. Для того, чтобы продолжалась мирная жизнь, чтобы спокойно спали дети, чтобы радовались, любили, были счастливы люди. Пусть будет только мир! Советские солдаты этот мир спасли.

Люди!

Покуда сердца стучатся,—помните!

Какою ценой завоевано счастье,—...

Пожалуйста, помните! (Р. Рождественский.)

Список использованных источников:

1. *Говорят ветераны. Сборник. Воронеж – Под общ. ред. А.С. Ванерха, 2005.- 160с.*
2. *Материалы музея «История колледжа», 2022.*

МЕТРО ЛОНДОНА

*Касьяненко Дарья Александровна,
Руководитель: Маслова Ольга Александровна
ГБПОУ Жирновский педагогический колледж", г. Жирновск*

Вот уже полтора века метро, перевозящее за день до нескольких миллионов человек в различные точки города, минуя пробки, воспринимается нами как неотъемлемая часть жизни в любом мегаполисе. И это не только самый эффективный способ транспортной разгрузки улиц городов-миллионников, метро сегодня - составляющая поп-культуры: под землей устраиваются выставки, снимаются кинофильмы, а некоторые станции стали самостоятельными произведениями искусства, посмотреть на которые приезжают туристы из других стран.

Но в середине XIX века, когда все только начиналось, городские дороги разительно отличались от современных: не было ни автобусов, ни троллейбусов, ни автомобилей, движение было медленным, а общественным транспортом в основном служили экипажи и конки. Так зачем же в неспешном XIX веке понадобилось такое затратное сооружение, как подземная железная дорога?

В Англии, родине первого метро, была развитая сеть железных дорог: со столичных вокзалов можно было попасть почти в любую точку страны. Но при этом общественный транспорт в самом Лондоне оставлял желать лучшего: основным средством передвижения были медленные конки и экипажи, добираться с одного вокзала на другой было неудобно, да и железнодорожные маршруты, доставлявшие пассажиров в Лондон, не доходили до главного делового и торгового центра. Кроме того, постоянно растущее население требовало усовершенствования общественного транспорта: каждое утро из пригородов в столицу стекались тысячи людей - рабочих и служащих, спешащих скорее добраться до своих рабочих мест. По вечерам этот людской поток устремлялся в обратном направлении. Вопрос об удобном общественном транспорте стал очень остро.[3]

Надо сказать, что в описываемое время в Англии каждый год открывалось несколько новых железнодорожных маршрутов, поэтому идея пустить поезд под землей современникам не показалась такой уж абсурдной. Тем более, что надежность и удобство подземного транспортного сообщения доказал открытый в 1843 году тоннель под Темзой.

История его создания следующая.

Оглянувшись в прошлое, отметим, что отправной точкой в истории строительства метро стал изобретенный в 1814 году английским инженером Марком Брюнелем тоннелепроходческий щит - впоследствии наиболее эффективное средство метростроения во всем мире. Эту идею Брюнелю «подсказал» морской моллюск-древоточец, способный при помощи своей раковины бурить отверстия в обломках затонувших кораблей. В патенте, выданном Брюнелю в 1818 году, была механическая копия такого червя для бурения тоннелей со сборной тубинговой отделкой, размещенной по спирали. Это и был прообраз будущих механизированных щитов.[1]

В 1814 году российский император Александр I в качестве победителя Наполеона был с почётом принят в Лондоне. Там русскому самодержцу представили наиболее выдающихся деятелей Англии, в числе которых был член Лондонского королевского общества Марк Брюнель. В результате этой встречи с англичанином был заключен контракт на проектирование шоссейной переправы через Неву в Петербурге. Начатую в 1814 г. работу он передал российским заказчикам в начале 20-х годов в двух вариантах: мостовом и

тоннельном. К сожалению, гениальное изобретение английского инженера не удалось воплотить в жизнь на российской земле: лишившись поддержки скончавшегося императора, Брюнель переработал чертежи применительно к Темзе. Именно этот тоннель и продемонстрировал современникам удобство и надежность подземного сообщения.

Строительство тоннеля, 1830 г.



Строительство тоннеля было начато в 1825 году, а открытие для публики состоялось 25 марта 1843 года. В ходе работ случались аварии, тоннель затапливало и гибли люди, из-за проблем с финансами работы несколько раз останавливались. Тоннель Брюнеля, находящийся на глубине 23 метра от поверхности воды, имел поперечное сечение 6 на 11 метров и длину 396 метров.

До 1869 года тоннель использовался как пешеходный, но в 1869 при продлении первого участка метро, там были пущены поезда. Так в лондонском метрополитене появился самый старый участок, который был построен до его пуска.[4]

Метро в нашем современном представлении было придумано лондонцем Чарльзом Пирсоном, который в 1846 году представил свой проект Королевской комиссии по делам столичных железных дорог. Через несколько лет, в 1853 году, была создана компания North Metropolitan Railway Co, которая со значительным опозданием, вызванным денежными затруднениями, прорыла первый тоннель на Истон Сквер в январе 1860 года. Чарльз Пирсон не дожидаясь открытия метрополитена, он умер в январе 1862 года.

Строительство метрополитена в Лондоне.

Первая в мире линия метро, соединявшая Фаррингдон-стрит и Паддингтон, была введена в эксплуатацию 10 января 1863 года. На ее открытие собрался чуть ли не весь город. В то далекое время в составе поезда было всего четыре вагона с газовым освещением, которое, однако, если верить «Дейли Телеграф», было настолько ярким, что без труда можно было читать газету. Вагоны тянул локомотив, работающий на коксе (угле), наполняя туннель дымом и паром (на электрическую паровая тяга была заменена почти через 30 лет - в 1890 году).

Лондонское метро было единственной в мире паровой подземкой и стало первой электрифицированной подземной железной дорогой. Первая линия, длиною около 3,5 км, состояла из семи станций, но это незначительное по современным меркам расстояние поезд преодолевал за 33 минуты. Удобство подземного железнодорожного транспорта превзошло все ожидания: в первый день работы 6 составов по 4 вагона, отправляясь через каждые четверть часа, совершили в общем итоге 120 поездок в обе стороны, перевезя 30 тысяч пассажиров.[2]

Наибольшую выгоду от подземки получили низко оплачиваемые неквалифицированные работники, которые имели право на использование специальных дешевых поездов до 6 часов утра. Журналист Генри Мэйхью брал интервью у некоторых таких пассажиров в 1865 году и первым объяснил, что «этот подземный способ передвижения всегда поражал нас как место, полное кокни». Все бедняки, с кем он говорил, выражали энтузиазм по поводу того, что метро позволило им жить дальше - в более дешевых



домах, избавив от необходимости ежедневно преодолевать пешком многие мили до работы.

В том же 1863 году было принято решение о строительстве в Лондоне кольцевой линии протяжённостью 30 км. Открытая 1 октября 1868 года, она пересекалась с первой веткой на станции «Сауф Кенсингтон», так что впервые появилась возможность пересест с одной подземной трассы на другую.

Первой электрифицированной веткой метро была лондонская линия Сити Сауф, открытая официально 4 ноября 1890 года, когда принц Уэльский впервые совершил подземное путешествие от станции «Кинг Уильям Стрит» до станции «Овал».

К слову, использование электричества было не единственным революционным шагом в развитии метрополитена. Еще одним новшеством стало появление в 1911 году эскалаторов, решивших проблему значительных очередей у входа в метро и заменивших собой менее удобные и просторные лифты.

Не сразу появилась и привычная нам разноцветная схема метрополитена. И так же, как и само метро, своим появлением она обязана англичанам. До начала прошлого века линии лондонского метро строились различными компаниями, каждая из которых, естественно, стремилась разрекламировать именно свои услуги. Разобраться в разрозненной информации о линиях, размещенной на различных текстовых листовках, пассажирам было подчас весьма затруднительно.



Выходом из сложившегося положения стала публикации в 1908 году схемы, созданной Альбертом Стенлеем, которая объединила все 8 линий лондонского метро в единую сеть. Для удобства использования схемы каждая линия была обозначена собственным цветом. Надо отметить, что первая схема метро пользовалась просто колоссальным спросом: только за первый год было продано 6 миллионов ее экземпляров.

Второй метрополитен был открыт в Нью-Йорке в 1868. Он был надземным, однако первые надземные участки не сохранились и впоследствии были заменены подземными. А в начале XX века собственными подземками уже могли похвастаться Будапешт (открыта в 1896 г.), Париж (1900), Берлин (1902), Токио (1925).

В России первая линия метрополитена была торжественно открыта в Москве 15 мая 1935 года. Позже на территории Советского Союза метрополитены были открыты также в Ленинграде (1955), Киеве (1960), Тбилиси (1966), Баку (1967), Харькове (1975), Ташкенте (1977), Ереване (1981), Минске (1984), Горьком (1985), Новосибирске (1986), Куйбышеве (1987) и Свердловске (1991).

Список использованных источников:

1. Букреева, С. Метро Лондона - первое в мире. [Электронный ресурс] - URL: <https://undergroundexpert.info/metropoliteny-mira-i-rf/metro-mira/londonskoe-metro/> (дата обращения: 13.01.2023)
2. Метро Лондона. [Электронный ресурс] - URL: <https://london-life.ru/metro-londona/> (дата обращения: 10.01.2023)
3. Метро Лондона: экскурс в историю. [Электронный ресурс] - URL: <https://englandlife.ru/metro-v-londone/> (дата обращения: 17.01.2023)
4. Рассел, Джесси Лондонский метрополитен/ Джесси Рассел [Электронный ресурс]. Изд-во: Книга по требованию, 2012.- 58с.- URL: (дата обращения: 13.01.2023)

ТЕАТР И КИНЕМАТОГРАФ

Выпова Ангелина Александровна

Руководитель: Яковлева Светлана Викторовна

*ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

В век информационных технологий, люди, вовлекаясь в виртуальный мир, очень часто забывают о реальном. Но жизнь – это живые эмоции, моральные ценности, а так же общепринятые правила поведения в обществе. Да, нынешние технологии упрощают нам жизнь, но есть и обратная сторона медали: лишают живого общения. Ранее интересное, становится скучным и нудным для нынешнего поколения детей, поэтому нужно узнать причину снижения спроса посещения театра и кинотеатра.

На мой взгляд, проблема развития театра и кинематографа на данный момент, очень актуальна. Люди перестали ходить в театры, предпочитая им, сидение дома у экранов телевизоров или «зависанием» в социальных сетях. А ведь театр является не только местом, где можно увидеть любимую постановку или живую игру актеров, но еще место встреч и общения людей друг с другом. Ведь нам порой так не хватает «живого слова», которое помогает нам идти вперед и решать собственные проблемы. Смотря на игру актеров, мы часто можем увидеть самих себя, анализируем круг своего общения, задумываемся о своей жизни, а также поступках.

Кино и театр – это два совершенно разных вида искусства, объединённые между собой литературой. Каждый из них изображает произведение разными способами, применяя различные методы. Нельзя сравнить кино с театром, ведь это абсолютно разные вещи. Фильм снимается довольно долгое время. Актеры готовятся к каждой отдельной сцене и могут переигрывать ее раз за разом, пока не добьются идеального эффекта. В театре же можно увидеть настоящую живую игру людей, неподдельную мимику, не заученные до механики жесты. Конечно, кино имеет преимущество перед театром, так как на его создание уходит масса труда, денег и времени. Фильмы предлагают зрителю яркую, динамичную картину, насыщенную всевозможными спец. эффектами. В основном люди отдают предпочтение просмотру кино, в котором есть шикарный визуальный ряд, минимум диалогов и больше экшена. Мало кого сейчас интересуют классические драмы, снятые по романам великих писателей. В театре же, наоборот, предпочтение отдается классике, хотя и создаются современные пьесы, пишутся увлекательные сценарии.

Настоящие ценители искусства, всегда выберут театр, так как ничто не может заменить ту потрясающую атмосферу, которую нам предлагают актеры пьес. Живое выступление всегда ценится выше, чем снятое на камеру. Поход в театр – это словно приключение – все здесь дышит искусством. Подводя итог всему вышесказанному, можно отметить, что сравнивать кино и театр не имеет смысла, так как это два абсолютно разных вида искусства.

Данные статистик СМИ кричат о том, насколько за последние годы театр утратил свою привлекательность для молодого поколения. По результатам исследований ФОМа, в России театральным искусством увлекается только 6% людей в возрасте 16-25 лет, так что молодых театралов приходится называть крайне немногочисленной, но по праву выдающейся группой на фоне остальной молодежи.

Главной причиной угасающего интереса молодежи к театру сегодня принято считать новый, современный образ жизни, оснащенный высокотехнологичными информационными технологиями. И правда, многие электронные устройства, присутствующие в нашей жизни повседневно, — телевизоры, компьютеры и не только – быстро преподносят информацию в настолько простой и увлекательной форме, что театрализованные представления не всегда способны эффективно конкурировать с ними. Постоянно в СМИ и реальной жизни мы

говорим о том, как мир технологий заполонил все вокруг нас, заставляя людей забывать о других способах общения с окружающей действительностью и его познания. Но мир театра, в отличие от технологичного, не только окружает человека, но и существует внутри него самого.

Дело в том, что перед людьми всегда стояла цель научиться воплощать эмоциональный мир в реальный, без каких-либо искажений, познавать его совместно с другими и будоражить чувства своим «душевным клиентам». А мир театра — это чудесное сплетение искусств, в котором люди творчески соединяют все способы самовыражения! Даже на примере повседневной жизни, не преодолевая расстояний на пути к зданию театра, люди, пускай даже неосознанно, все равно соприкасаются с театральным искусством: мы тщательно подбираем репертуар для образа, с которым выйдем в общество, как актеры готовимся к своему очередному появлению на сцене. Несмотря на то, что реклама — это очевидный двигатель прогресса, театр в ней все-таки не нуждается. Существование театра, как явление, поддерживается не популярностью спектаклей или представлений, не новыми тенденциями и модой, а стремлением общества взаимодействовать и обмениваться информацией и душевными переживаниями. Театру нет нужды громко напоминать о себе с рекламных слоганов. Он будет всегда вековать рядом с человеком и не потеряет своей актуальности, как бы сомнительно о нем не откликалась современная молодежь.

Примером для подражания у подростков являются бандиты и преступники из любимых боевиков и сериалов, которые не запрещают молодежи, смотреть родители. Отечественный и зарубежный кинематограф «про бандитов», пошлые комедии, реклама пива, сигарет и прочая запрещаемая продукция, подталкивает подрастающее поколение к необдуманным поступкам. Телевизионные образы формируют нравственные идеалы ребенка. Но идеалы должны учить душевной доброте, морали и социальным нормам. Именно поэтому родители, учителя, решая задачи воспитания, должны опираться не только на предыдущий опыт поколений, но и применять современные методы в воспитании нравственности, которые доступны подрастающему поколению. Киноискусство — вот что нравится подросткам. Казалось бы, просто хобби или досуг, но сколько можно отразить в одном лишь фильме информации, чтобы та повлияла и изменила мировоззрение подростка. Правильный выбор фильма тоже немаловажная задача. Кино формирует мировоззрение подрастающего поколения, обогащает его духовное начало, насыщает эмоционально. Также можно сказать, что кино имеет и психологическое воздействие. Ведь под действием кино возникают различные чувства и эмоции, вызванные улыбкой или слезами, радостью или грустью, возбуждением или ощущением душевного покоя. Кино может менять внутреннее состояние, его характер, поведение и даже привычки.

Просмотр киноленты с какими-либо событиями влияет на сознание человека значительно больше, чем если бы это объяснялось с помощью слов. Сама природа кино социализирует людей, объединяет их — и не только потому, что оно является синтезом всех прочих искусств, но и потому что кино учит нравственности. А без обучения нравственности даже самые грамотные люди не смогут взаимодействовать и нормально функционировать в обществе, где, помимо знаний, существует и человеческие аспекты морали и нормы. Предположить, что путь к тому или другому виду искусства у каждого из нас пролегает через разные препятствия, вовсе не сложно. Так, у как кого-то насыщенный и плодотворный путь к познанию театрального искусства берет свое начало уже в зрелом возрасте, когда человек принимает эту необходимость на основе своего жизненного опыта. Сила детских впечатлений настолько велика, что сохраняет свое влияние на человека на протяжении всей его жизни. Вместе с быстро растущим организмом, все мыслительные процессы детей так же проходят намного быстрее и требуют фундаментального развития. Поэтому малыши всегда готовы к новым открытиям! Поход ребенка в театр — это прекрасная возможность подарить ему новые ощущения и ускорить процесс формирования личности.

Да, и несмотря на свою самобытность, театр нуждается в новом поколении зрителей, актеров и режиссеров, в их свежем взгляде на различные проблемы. Театр всегда идет в ногу со временем, параллельно возобновляясь с развитием культуры общества и его образа жизни. К настоящему времени театральное искусство приобретает массовый характер. Зрительские залы наполняются людьми разных культур, увлечений и профессий, в связи с чем современный театр стал нести больше экспериментальный характер. Классические произведения переписываются на современный манер, создаются новые планы помещений и технологии производства составляющих частей представления, разрабатываются неординарные методы воздействия на зрителя.

Далеко не каждый провинциальный город России может похвастать собственным профессиональным театром. История Камышинского театра очень богата. До сих пор неизвестна точная дата основания театра, одни краеведы относят это событие к 1862 году, другие к 1905. Но первый профессиональный драматический театр в Камышине был образован 12 октября 1910 года.

На разных этапах своего развития театр назывался: сначала – колхозно-совхозный, затем – передвижной, городской, областной гастрольный, и наконец, Камышинский драматический театр.

В 1995 году при Камышинском драматическом театре был создан театр кукол «Калейдоскоп», котором работают молодые актёры. Театральная труппа не только работает на профессиональной сцене, но и проводит творческие встречи с учащимися школ города, устраивают представления в городском парке, показывают кукольные спектакли в детских приютах и детских садах города.

Второй центр культуры и досуга Кинотеатр «Дружба» - самое яркое здание старой части города Камышина. Ежегодно его посещают более 100 тысяч горожан.

Кинотеатр «Дружба» торжественно открыл зрителям двери 7 февраля 1960 года и вскоре стал для камышан любимым местом отдыха. «Дружба» всегда являлась Своеобразным культурным центром, где не только «крутили» кино.

В «Дружке» устраивали встречи со зрителями актёры советского кино – Михаил Пуговкин, Сергей Галкин и другие. Проводили выставки своих работ местные художники – Евгений Синилов, Павел Лефтор, Сергей Костецкий. Каждый год зимой перед кинотеатром красуется новогодняя елка.

Сегодня «Дружба» - это современный кинотеатр и культурно-досуговое учреждение, здесь можно посмотреть премьеру нового фильма в формате 2D-3D, посетить концерты, творческие встречи, кинофестивали.

Но примечателен он не зданием и внутренним антуражем, а своими нестандартными рукотворными афишами. Рисованные постеры стали фишкой кинотеатра "Дружба", и фото новых работ художника Василия Чеботарева мгновенно распространяются в Сети, едва те успевают появиться.

С 2021 года у молодежи России есть личные средства на культурные мероприятия. Они выдаются всем гражданам страны с 14 до 22 лет на специальную карту, названную «Пушкинской». Получить ее могут все, вне зависимости от места проживания и финансового статуса. Такая программа – отличная возможность для культурных экспериментов. Чаще всего у молодежи не хватает личных денег на выставки и постановки, а родители считают, что ребенок не оценит высокого искусства и лучше потратить деньги на то, что он действительно любит и ценит. С картой от государства можно не бояться пробовать искусство на зубок. Да, возможно, опера не понравится, но вдруг, наоборот, попадет в самое сердце?

Как сообщает пресс-служба администрации Камышина, по «Пушкинской карте» в городе было приобретено почти 18 тысяч билетов в учреждения культуры. Школьники, студенты и рабочая молодежь посещают местный историко-краеведческий музей, ДК «Текстильщик» и драматический театр — эти три учреждения работают по «Пушкинской

карте» с сентября 2021 года. Если учесть, что в городе проживает около 20 тысяч молодых людей, из которых более 9 тысяч составляют школьники, то картой воспользовались порядка 8-10 тысяч молодых камышан.

В конце хотелось бы обратиться к юным читателям и попросить их не лишать себя и своих близких возможности общения с театром, с вечной сокровищницей богатых чувств и знаний. Ведь как говорил К.С. Станиславский: «Пускай старая мудрость направляет юную бодрость и силу, пускай юная бодрость и сила поддерживают старую мудрость»

Список использованных источников:

- 1 Александров С.Е. Из истории кино. Сборник. Выпуск 7. - М.: Искусство, 1968.
 2. Бондаренко Е.А. Путешествие в мир Кино. - М.: ОЛМА-ПРЕСС Гранд, 2003
 3. Георгиева Т. С. Русская культура: история и современность. Учеб. Пособие. – М.: Юрайт, 2001.
 4. Еременко Е. Д. Новый век российского кино. Конфликт мнений, диалог поколений; - , 2011. - 240 с.
 5. Медведев А. Только о кино.- Кино в России - история XX век // Искусство кино. 1999.- №2 - с.5.
 6. Садуль Ж. Всеобщая история кино.- М.: Искусство, 1958. с.45
- Интернет-ресурсы
<http://www.kam.su/city/read/36>

РОЛЬ ПЕТРА I В ИСТОРИИ МАЛОЙ РОДИНЫ

Жеребцова Анна Дмитриевна

Руководитель: Яковлева Светлана Викторовна

*ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

Какой он Камышин? Город был основан в 1668 году. Раньше он назывался Дмитриевском. Позднее был переименован в Камышин в честь притока реки Волги — Камышинки. Город был основан как сторожевая крепость и защищал от набегов кочевников караваны судов, идущих вверх по Волге. Позднее из крепости образовался маленький городок. А уже из маленького торгового городка вырос в большой промышленный город, город интеллигенции. Камышин гордится своими земляками — героями Великой Отечественной войны: Федоровым, Маресьевым, Сорокиным, Лазаревым. В нашем городе родился и жил известный поэт, певец и композитор Евгений Мартынов. Здесь вырос летчик-космонавт Малышев. Также в Камышине жили и живут не менее талантливые люди. Люди с большой буквы! Как видите, город имеет богатую историю.

В любом городе есть такие замечательные места, которые делают его непохожим на другие! Безусловно, к ним можно отнести историко-краеведческий музей. Это не просто музей, это невероятно красивое здание, стоящее на крутом берегу реки. Здание музея — исторический памятник архитектуры, ему больше ста лет, но он до сих пор радует нас своими выставками. Конечно, наша Набережная — самое романтическое место в городе, здесь по сложившейся традиции выпускники школ встречают свой первый рассвет взрослой жизни!

Я люблю Камышин за то, что он моя родина, мой дом, моя маленькая Русь, за то, что он неповторим! Люблю каждую улицу, каждое дерево. Люблю свой двор, своих друзей, свои качели, свою песочницу. Потому что все это — мое! И любовь эта не просто слова, это замирание сердца при виде сломанного дерева, сорванных и брошенных цветов, это благодарность за жизнь, за настоящих друзей, за первую влюбленность, за семью, за чистое небо над головой! История родного города тесно связана с именем Великого Петра I.

Во время первого азовского похода в 1695 году главные силы российских войск прошли Волгой из Казани до Царицына мимо устья Камышинки. Секретари Петра оставили в судовом журнале запись: «В седьмом часу дня проплыли реку Камышинку и место, где бывал город Камышенок, который разорил Стенька Разин»[7, с. 20].

В 1699 году по указу Петра I Камышин получил в собственность «земли и рыбные ловли от речки Ураковки до Шишкина буерака». Соответствующие этому указу жалованные царские грамоты были вручены коменданту Дмитриевской крепости.

Из века в век наш городок имел большой доход, благодаря этому указу.

В 1722 году 50-летний император предпринял свой последний дальний поход – в Персию. 15 мая в Успенском соборе в Москве состоялась служба и молебен, после которых император отправился в поход. 22 июня императорский струг покинул гостеприимный Саратов и уже на следующий день пристал к Камышинке. (По одним данным Петр I посетил Камышин 15 июня по другим 23 июня).

«1722. Июнь 15-го. Поутру на рассвете прибыли к Камышинкам, где с города стреляли из пятнадцати, им ответствовало из трех пушек, где Его Величество изволил осмотреть город. И тут был часа с два, пошли в путь.

И шли весь день на парусах и пришли к Царицыну ввечеру...» (из «Походного журнала Петра I»).

Пётр пожелал осмотреть город, оценить обороноспособность крепости. За два часа пребывания в городе царь успел обсудить с воеводой роль города в защите низового Поволжья, волжского торгового пути, заволжских степей и борьбе с набегами.

Петр I разделил Дмитриевский полк на пеших и конных, конные стали именоваться городовыми казаками. Уходя из Дмитриевска в путь на Каспий, Петр I взял с собой 40 человек в качестве гребцов. Из них вернулось только два человека. («Таньков и Кока, а прочие все в Перси померли»)

А возвратясь из Персидского похода, и отведав камышинских арбузов, он ввёл на них налог. И если в те времена наши земляки жили за счёт арбузов, то этот нововведённый налог отрицательно сказался на их благосостоянии.

Недалеко от Камышина находится узловая станция Петров Вал. История названия связана с попытками Петра соединить Волгу с Доном через Иловлю. А работы первоначально велись именно здесь.

Стремясь найти выход русским судам в Черное море, Петр I завоевал в 1696 г. турецкую крепость Азов и приказал строить Волго-Донской канал. Проект был составлен голландским адмиралом Крюйсом и одобрен Парижской академией наук.

Длина канала предполагалась около трёх километров, канал должен был иметь четыре плотины (запруды) и десять шлюзов. В месте соединения канала с истоком реки Камышинки планировалось строительство нового города «Пётр-город».

Уже летом 1697 года начались работы, 15 тысяч рабочих начали рыть канал из притока Волги Камышинки к притоку Дона Иловле. На строительство были согнаны крепостные, которые не понимали значения этого проекта, не имели ни желания, ни умения. Канал прокопали почти до половины, сделали даже несколько шлюзов, но строительство его так и не было завершено.

Время сделало своё дело. Всё, что было сооружено, пришло в негодность, разрушилось. И только вырытый на несколько километров в длину канал, как немой свидетель, напоминает о том далёком времени, когда люди хотели соединить Камышинку с Иловлей. Эти валы не что иное, как гигантская могила, в которой покоятся десятки тысяч строителей канала, которые пытались преодолеть не только расстояние, но и время.

Живет, обрастая новыми красками и подробностями, легенда об арбузе. Во время второго посещения Дмитриевска в конце июля 1722 года, когда Петр I направлялся в персидский поход, как гласит Предание: воевода города угостил царя таким сочным и сладким арбузом, что он, воскликнув: "Зело отменный плод!", приказал произвести

троекратный салют и отлить большой медный арбуз для укрепления его на шпиге городской ратуши. Приказ царя был исполнен. Арбуз был медным, на нём были чернью нанесены

Прошло время, и арбуз бесследно исчез. Одни утверждают, что арбуз был похищен во время взятия города Пугачёвым, другие, что его спрятали городские власти, а после не смогли отыскать. Третьи, что он расплавился во время одного из больших пожаров, бывших в городе в XVIII столетии.

Но легенда об арбузе сделала Камышин Столицей арбузного фестиваля. В 2007 году прошел первый арбузный фестиваль, организованный Группой компаний «Бизнес-системы» в бухте реки Камышинки перед Бородинским мостом. Тогда фестиваль собрал около тысячи камышан и гостей города.

С 2008 года основным организатором Арбузного фестиваля становится Администрация городского округа - города Камышина и праздник приобретает общегородское значение.

С этого года и по сей день маршрут «Арбузного парада» проходит по центральным улицам Камышина и Бородинскому мосту. Театрализованное шествие, в котором принимают участие предприятия города, учебные заведения, ТОСы и все желающие. Праздничные колонны создают незабываемую картину и поражают своим разнообразием и масштабом.

Кроме того, ежегодно парад сопровождает парусная регата – еще одно обязательное событие в рамках фестиваля, которое оставляет яркое впечатление у гостей города.

Каждый фестиваль имеет свою тематику, которая находит отражение в костюмах участников и украшении колонн: сказочное, цветочное, карнавальное, интернациональное оформление. Участники и гости праздника могут угоститься арбузами или приобрести сувенир на память. Присутствующих ждет множество мероприятий, конкурсов и спортивных состязаний. Одно из них - «Арбузное дефиле». Демонстрация костюмов проходит на главной сцене фестиваля. За самые креативные костюмы участники дефиле получают ценные призы и подарки.

В 2010 году камышане освоили новый вид искусства – карвинг, и с тех пор мастер-классы и конкурс художественной резьбы по плодам являются неотъемлемой частью каждого арбузного фестиваля.

Сам фестиваль проходит на нескольких площадках города. И, если на первом фестивале их было только две, то к девятому - число игровых зон увеличилось до десяти! На концертных площадках фестиваля в разные годы выступали известные творческие коллективы.

Таким образом, год от года фестиваль «Зело отменный плод!» становится все красочней, масштабней и интересней. Растет и число гостей и участников. Посетить Арбузный фестиваль стремятся не только россияне, но и жители других стран.

XII арбузный фестиваль вошел в ТОП-6 гастрономических событий регионов России в августе 2019 года по версии аналитического агентства Турстат.

Репортаж об арбузном фестивале в Камышине показали по Первому каналу.

В 2019 году в Камышине установили памятник арбузу, а сам город прославился на всю страну, как столица арбузного фестиваля.

Чугунный плод весом 1,2 тонны изготовлен ООО «Камышинский завод слесарно-монтажного инструмента». На основе уникальной технологии были отлиты конструкции в форме арбузных долек, из которых сформирована большая ягода. Литые формы обработаны и покрыты специальным материалом.



Если б Камышинка могла говорить,
Если б она могла не молчать,

Сколько б легенд могла она излить,
Сколько историй могла б рассказать.
(Из народного фольклора).

Список использованных источников:

1. Брюсов В. Г. «Новая летопись Камышина» - Камышин, 2019.
Камышин – арбузная столица // Камертон. – 2010. – 21 августа.
 2. Лацилин, Б. С. Медный арбуз / Борис Степанович Лацилин // Здоровье и экология. – 2007. – № 9. – С. 36. Легенды об арбузе.
 3. Мезин, С. А. Петроград на Камышинке /С. А. Мезин // Стрежень. Вып. 8. – Волгоград, 2010. –С. 163–170.
 4. Хорошунов, Е. Камышинские шлюзы / Евгений Хорошунов // Камышин далёкий и близкий / Евгений Хорошунов. – Камышин, 2000. – С. 41-63.
 5. Шантарин, В. Петр I и Камышин / Владимир Шантарин // Камертон. – 2002. – 18 января.
 6. Шендаков, Г. Н. На Камышинке реке / Геннадий Николаевич Шендаков // Вольный край камышинский / Геннадий Николаевич Шендаков. – Волгоград, 1994. – С. 20-30.
- Интернет-ресурсы:
https://arbuzfest.ru/o_festivale/istorija_festivalja.aspx

ПЕРВЫЙ И ПОСЛЕДНИЙ БОЙ 1077-ГО ЗЕНИТНО-Артиллерийского полка: ПОДВИГ ЗЕНИТЧИЦ

*Карпова Софья Григорьевна
Руководитель: Яковлева Светлана Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

Вы слышали о том, как 75 молодых девчонок помогли мужчинам остановить врага на окраине Сталинграда и участвовали в боях, в которых было подбито 83 немецких танка!? Многие из тех девчат заплатили за это своими жизнями...

23 августа 1942 года к 16.00 часам 14 танковый корпус генерала фон Витерсхайма установил контроль над северной окраиной Сталинграда (районы «Латошинка» и «Рынок») и, таким образом, 62-я армия была отрезана от основных сил Сталинградского фронта.

Десятки немецких танков 16-й бронетанковой дивизии под командованием генерал-лейтенанта Хубе прорвались в район Тракторного завода, в полутора километрах от производственных цехов завода. У противника возникала благоприятная возможность для дальнейшего наращивания успеха. Однако планы успешного немецкого наступления будут сорваны, и продвижение противника будет остановлено, благодаря сопротивлению, оказанному силами 1077-го зенитно-артиллерийского полка ПВО, в том числе военными девушками-добровольцами и заводскими рабочими.

В состав 1077-го зенитно-артиллерийского полка были зачислены еще в марте 1942 года 75 девушек-добровольцев, которых распределили среди дивизионов, где многие из них приняли свой первый и последний бой. Командиром 1077-го ЗЕНАП был подполковник В.Е. Герман.

Первоначально, задача 1077-го зенитного полка года состояла в том, чтобы обеспечивать противовоздушную оборону и прикрытие производственно-промышленной зоны Сталинграда. Поэтому все, что оставалось делать в этой обстановке расчетам зенитных орудий 1077-го полка, это поставить свои зенитные орудия на прямую наводку и открыть огонь в упор по наступающим немецким бронетанковым подразделениям. Каждое из 37 имевшихся в городе зенитных орудий превратилось в настоящую цитадель обороны. И после очередной немецкой неудачной атаки на позиции зенитчиц совершили налёты пикировщики

Ju-87, а также Me-109. При этом девушкам был отдан приказ не открывать огонь по воздушным целям, а беречь все снаряды для танков противника. С 23 по 24 августа 1942 года зенитчицами 1077-го полка были подбиты 83 танка, из них 33 уничтожены; дополнительно уничтожены 15 грузовых транспортных автомобилей, три батальона пехоты и две цистерны с горючим, а также сбиты по разным данным от 14 до 20 самолётов. Но и сам полк потерял все орудия: очень немногие зенитчицы пережили эту атаку и сумели спастись.

Благодаря героизму бойцов 1077 ЗЕНАП, нашему командованию удалось перегруппировать войска и организовать контрудар, в результате которого прорвавшиеся к городу немецкие войска оказались отрезанными от основных сил. Только через неделю после переброски на плацдарм новых пехотных дивизий немцам удалось возобновить наступление. За это время была организована оборона города.

Захватив с боем уничтоженные огневые позиции 1077-го зенитно-артиллерийского полка, немецкие солдаты были шокированы тем, что все это время им противостояли наряду с мужчинами, хрупкие девушки, вчерашние выпускницы средней школы. Именно тогда и родилась немецкая легенда «О Сталинградских зенитчицах-амазонках», которую, впоследствии будут пересказывать на свой лад многие журналисты и корреспонденты как на русском, так и на английском языках, описывая события, которые произошли 23 и 24 августа на этом участке фронта в самом начале Сталинградского сражения.

Среди наших земляков-камышан есть немало участников Сталинградской битвы. Все они, безусловно, настоящие ГЕРОИ!

Григорьева Валентина Павловна родилась 2 февраля 1922 года в городе Камышине. В семье было двое детей: Валя и Алеша. Валя пошла в школу с шести лет. В 1939 году окончила 10 классов и поступила в Астраханский педагогический институт на двухгодичное учительское отделение. В 1941 году окончила институт и вернулась в Камышин. В апреле



1942 в числе 56 девушек города ушла добровольцем на фронт. Служила в зенитно-артиллерийском полку № 1077, который в августе 1942 на северо-западе вынес всю тяжесть обороны города.

Приводим отрывок из воспоминаний Валентины Павловны: "Пишет вам ветеран Великой Отечественной войны и труда Григорьева Валентина Павловна. Дело касается одной из страниц войны. В апреле 1942 года 56 девчат (19-20 лет) добровольно ушли на фронт. Это был первый массовый набор. Девчата из Камышина и других районов были размещены в 1077 зенитном артиллерийском полку севернее тракторного завода в районе Спартановки-Винновки-Рынок 23 августа на расположение полка двинулась 16 фашистская танковая дивизия (200 танков и 200 бронемашин с мотопехотой) при поддержке авиации. Нам поступил приказ: «По самолетам не стрелять! Отражать наземные цели!» Как все это было - неопишимо. За два дня наш полк уничтожил 83 немецких танка и сорвал замысел противника войти в город с севера. Сейчас на месте, где были бои, находится поселок «Водстрой» и алюминиевый завод. В поселке одна из улиц названа в честь нас - улица Зенитчиков и создан музей нашего полка».

Это уже потом командир 1077 зенитного артиллерийского полка подполковник Рассохин написал в Наградном листе командиру дальномерного отделения Валентине Григорьевой: «Участвуя в обороне САЛИНГРАДА от немецко-фашистских захватчиков, тов. Григорьева проявила образцы мужества, самоотверженности и стойкости. Находясь в непосредственной близости с противником под разрывами бомб, снарядов вражеских орудий, не покидала своего боевого поста, она твердо, уверенно и быстро ловила дальномером цель противника. Благодаря её мужеству и стойкости 15 сентября 1942 года

дальномером своевременно была поймана цель, в результате сбит один самолет противника. Достоянна правительственной награды – медали «За боевые заслуги»

Из Сталинграда полк был переброшен на юг, в район Керченского пролива. В мае 1944 года закончилась битва за полуостров Крым, в которой Григорьева Валентина Павловна принимала активное участие. 1945 год - окончание войны встретила в г. Симферополе, в этом же году вышла замуж.

Её боевые награды — медаль «За оборону Сталинграда», медаль «За боевые заслуги», орден Отечественной войны и другие.

Наказ Валентины Павловны Григорьевой, адресованным нам, ныне живущим:

«Вам мое слово, потомки. Говорю от имени своих товарищей – комсомольцев 40-х годов, свидетелей периода репрессий 30-х гг. Нашим маяком был Павка Корчагин, мы во всем старались походить на него...мы стремились научиться водить самолеты, как отважный герой Водопьянов; знали твердо, что защитниками станем милой Родины своей. И действительно, с первых же дней войны, мы двинулись в военкомат с одной просьбой – идти на фронт. Многие ребята нашего выпуска 1939 года СШ № 1 не вернулись с войны... Трудности военного лихолетья хлебнули все, горе постучало в каждый дом, но беда только крепче сплотила советский народ. Мы твердо верили в нашу победу. Живите с миром!».

21 февраля 2013 года Валентины Павловны не стало. Похоронена в Камышине. ВЕЧНАЯ ПАМЯТЬ!

В дни празднования 75-летия победы в Сталинградской битве Президент РФ В. Путин призвал молодое поколение не только гордиться былыми победами, но и добиваться своих результатов, чтобы быть достойным памяти предков. Конечно, тогда речь шла о достижениях в мирное время. Но когда пришло время защитить интересы Родины, молодое поколение не подвело и доказало: предков достойны! Каждый день мы узнаем о наших героях в рамках специальной военной операции на территории Украины, которым, как в песне, «нет двадцати пяти». Но их подвиги как будто сошли со страниц книг о Великой Отечественной войне. Очень похоже!

Среди участников специальной военной операции на территории Украины есть и выпускники нашего колледжа. К сожалению, есть и погибшие...

Разве могли предполагать защитники Сталинграда, что спустя всего лишь 80 лет из освободителей они превратятся в оккупантов, что те, кто были врагами, в один момент станут героями, а их внуки и правнуки вновь встанут на борьбу с неонацизмом...

И поэтому сегодня, как никогда, мы должны изучать документальную хронику, монографии, рассказы очевидцев событий Великой Отечественной войны. И это не только наш долг перед павшими, это необходимо нам самим, чтобы не забыть, кто мы! Надо всегда помнить великие слова М. В. Ломоносова: "Народ, не знающий своего прошлого, не имеет будущего"

Каждый год в Камышине вспоминают девушек из 1077-го зенитно-артиллерийского полка, которые совершили свой беспримерный подвиг 23-24 августа 1942 года в Сталинграде.

Волонтерское объединение «ЛИДЕР» индустриально-педагогического колледжа им. Героя Советского Союза А.П. Маресьева ведет системную работу по сохранению памяти об участниках ВОВ в рамках социального проекта «Могилы предков забывать нельзя». Это не только просветительские мероприятия, но и акции по благоустройству.

Помнить о героях этой войны, об их подвигах - задача нынешнего и будущих поколений.

Список использованных источников:

1. Архив семейный В. П. Григорьевой.
2. Камышинский городской архив.
3. МБУК «Камышинский историко-краеведческий музей».
4. Люби и знай свой край. Учебное пособие. - Камышин, 1993.

5. Сульдин, А. Сталинградская битва. Полная хроника - 200 дней и ночей /А. Сульдин. - М.: АСТ; Времена 2, 2013. - 160с., ил.
6. Шамаев В. За право жить. - Камышин, 2008.
7. Шамаев В. Юность комсомольская моя. - Камышин, 2009.
- Интернет-ресурсы:
- <http://forum.patriotcenter.ru/index.php?topic=21149.0>
- https://pamyat-naroda.ru/heroes/podvig-chelovek_nagrazhdenie43774132/
- <https://tass.ru/obschestvo/4926179>

ИСТОРИЯ ХРАМОВ ГОРОДА КАМЫШИНА

Миракова Ульяна Николаевна
Руководитель: Латкина Татьяна Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин

Центральным местом в истории каждого населенного пункта всегда была церковь. Церковь - это священное место в жизни любого жителя города или села, и главный институт воспитания в России. Ведь человек начинал свой жизненный путь со своего крещения в церкви, и в последний путь его проводжали через церковь. Не значит ли это, что именно церковь - тот духовный стержень, утратив который, человек теряет душу, а это значит и духовность, чуткость и многие другие человеческие качества.

Целью исследования является изучение религиозных объектов, имеющих на территории города Камышина в XIX веке.

Задачи:

проанализировать историю создания религиозных сооружений в городе Камышине, утраченных после революции;

рассказать о восстановленных и действующих храмах города Камышина.

История нашего государства хранит память о разных временах. Были столетия, когда люди возводили церкви и молились Богу за здоровье и упокой. Но были и семьдесят с лишним лет, когда определение «атеист» (сразу после революционного семнадцатого года — «безбожник») превозносилось как почетное звание. К 1930 годам страна впала в опьяняющий антицерковный угар: церкви и храмы разрушались повсеместно, напоказ, при огромных скоплениях народа. Не избежал подобной участи и Камышин... Сегодня мы вспомним о том, какие прекрасные церкви украшали наш город (рис. 1).



1. План город Камышина 1894 года.

В 1668 году по указу царя Алексея Михайловича в устье Камышинки прибыл стрелецкий полк. Служивые ставят небольшую крепость, чтобы закрыть знаменитую разбойничью переволоку из беспокойного Дона через Иловлю в Волгу. За некоторое время до этого знаменательного события именно здесь переволокли свои струги молодцы Стеньки Разина. В историко-краеведческом музее хранится летопись, в которой рассказывается, что стрельцы тут же по прибытии поставили деревянную церквушку.

Нетрудно предположить, до какой степени после возвращения с Каспия был возмущен новой крепостью Стенька Разин. Недолго думая, он спалил городок до головешки. Очевидцы рассказывали: «...воровские казаки были в Камышине 2 дни и из церкви иконы и ... всякую казну взяли с собою. И того ж числа Камышинский город сожгли...»

Первая церковь погибла в огне. Вот как повествует летопись: казаки-разинцы разорили камышинский храм, взяв из него «утварь церковную и божье милосердие — иконы».

Шли годы... Город был отстроен заново. В 1769 году руководитель Оренбургской физической экспедиции, академик Иван Иванович Лепехин оставил следующее описание нашего города: «Город Дмитриевск стоит на самом волжском берегу. С восточной стороны протекает речка Камышинка, а с полуденной Волга. Самое большое достоинство сего города составляет соляная пристань, которая питает большую часть города... Церквей только три, две деревянные и одна каменная...».

Во второй половине XIX века Камышин представлял собой уездный город, который занимал почетное место в системе волжской торговли. В 1879 году в нем проживало 13 644 человека.

Камышин преобразуется. Центр города застраивается каменными домами. Разбогатевшее купечество возводит особняки на престижных улицах. Ни одно из частных строений не повторяет другое: готические башенки, лепные карнизы, каменные кокошники над окнами украшали фасады зданий. В начале XX века центральные улицы города — Царицынская, Саратовская, Астраханская были вымощены камнем. Культурная жизнь города определялась наличием нескольких учреждений, существовала городская библиотека, действовал частный музей древностей. В городе было 9 церквей — 7 православных (пять в виде отдельно стоящих зданий и две домовые — Иоанна Златоуста при духовном училище и Петра и Павла при тюремном замке), 1 католическая и 1 лютеранская.

Дмитриевская приходская церковь — каменная, главный престол во имя святого Димитрия, кроме того — еще один придел в честь Смоленской иконы Богородицы. Церкви

принадлежит каменная сторожка, с пристроенными к ней каменным дровяником и кладовой. Церковный притч состоит из одного священника и одного псаломщика (рис. 2).



2. Камышин. Церковь Димитрия Солунского (старая).

Троицкая церковь (Старый собор) — ныне приходская церковь, построена в 1743 году, каменная... Храм находится в северо-восточной стороне города, при устье реки Камышинки; к нему пристроены два придела: один — в 1765 году во имя святителя и чудотворца Николая, а другой — в 1857 году во имя великомученика Георгия, сооруженный купцом Ковалевым. В 1830-31 годах перед собором выстроена высокая каменная колокольня. В этой церкви находится икона Казанской Божьей Матери, принесенная первыми жителями города из Казани, кроме того, плащаница, пожертвованная в 1760 году и книга «большой требник Петра Могилы». Троицкая приходская церковь, бывшая прежде соборной, имеет главный престол во имя Святой Троицы, кроме того два придела: один — во имя святого великомученика и победоносца Георгия, и другой — во имя святого Николая чудотворца. Церкви принадлежит каменная сторожка и при ней, в одном доме — училище. Священник — 1, диакон — 1, псаломщик — 1 (рис. 3).



3. Камышин. Троицкая церковь (Старый собор)

Успенская церковь. В Дмитриевске до 1770 года стояла старая деревянная Успенская церковь; ее предложено было, перенеся на другое место, ремонтировать, но за гнильностью леса это оказалось невозможным, почему построена новая церковь Успения Божьей Матери, с приделом Святого Дмитрия, освященная 20 октября 1773 года на прежнем

антиминсе, выданном епископом Астраханским Илларионом. По современной описи показана каменной, с приделом архистратига Михаила. Главный престол во имя Успения Божьей Матери, кроме того, два придела: с правой стороны — во имя благоверной княгини Ольги, с левой — во имя святого архистратига Михаила. При церкви каменная сторожка и такая же кладовая. Притч состоит из одного священника, одного диакона и одного псаломщика (рис. 4).



4. Камышин. Церковь Успения Пресвятой Богородицы (старая).

Вознесенская соборная церковь. Помещена на Базарной площади; каменная, пятиглавая, прочная. В 1882 году на средства горожан устроена особая каменная колокольня с церковью в ней во имя благоверного князя Александра Невского; и церковь и колокольня освящены 5 февраля 1884 года. Главный престол собора — во имя Вознесения Христова, кроме того, в нем два придельных: с правой стороны — во имя святого великомученика Пантелеимона, с левой — в честь иконы Казанской Богоматери. Ей принадлежат каменная сторожка и деревянная лавка около ограды. Притч состоит из: протоиерея, двух священников, диакона, псаломщика — диакона и двух псаломщиков (рис. 5).



5. Камышин. Собор Вознесения Господня.

Николаевская кладбищенская церковь. Построена и освящена 22 марта 1775 года, перестроена в 1824 году тщанием горожан на каменную. Притч состоит из священника и диакона. О ней говорится, что в 1773 году после бывшего в Камышине «морового поветрия»

запрещено было по причине заразы хоронить при церквях мертвые тела, уничтожен был «убогий дом» и отведено было под кладбище особое место, на котором 22 марта 1775 года «при городе, на выгонной земле, где погребаются умершие», отстроена и освящена Никольская церковь (рис. 6).



6. Церковь Николая Чудотворца.

К Великой Отечественной войне в Камышине осталась лишь Никольская церковь. Сегодня она имеет статус кафедрального собора. Все остальные церкви были разрушены, и теперь только старинные фотографии напоминают нам об их красоте.

Список использованных источников:

1. Серебряная, В.В. Проблемы сохранения архитектурного наследия города Камышина // Интернет-вестник ВолгГАСУ. Сер. Политематическая. 2009. Вып. 1(2). Гос. рег. № 0420900065/0014. www.vestnik.vgasu.ru.
2. Смелов, Л. История Камышина и Нижнего Поволжья / <https://infokam.su/n3601.html>

ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МУЗЕЕВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Новикова Алиса Евгеньевна

Руководитель Яковлева Светлана Викторовна

ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин

Музей - это живой организм, который собрал в себе и прошлое, и настоящее истории человечества. У каждой семьи есть своя история, свои семейные традиции и ценности, которые помогают человеку найти точку опоры в своей жизни. Ведь как известно, без прошлого нет настоящего и будущего.

Музей - это учреждение культуры, осуществляющие сбор, научное исследование и хранение памятников культуры и искусства. Он призван организовывать деятельность людей по сохранению знаний о прошлом и их передаче молодому поколению.

Одним из основных направлений в деятельности музеев на современном этапе является культурно-образовательная деятельность, в ходе которой реализуется воспитательная и образовательная функции.

Всего насчитывается несколько базовых форм культурно - образовательной деятельности. Это экскурсия, лекция, консультация, научные чтения (конференции, сессии, заседания), клуб (кружок, студия), конкурс (олимпиада, викторина), встреча с интересным человеком, концерт (литературный вечер, театрализованное представление, киносеанс), праздник.

Под образовательной деятельностью музея мы понимаем педагогически организованный процесс интерпретации и трансляции историко-культурного потенциала его собрания, направленный на формирование личности через вхождение в культуру и постижение ее смыслов и ценностей, иными словами образование культурой. Образовательная деятельность в музее строится на передаче опыта, аккумулированного в памятниках материальной и духовной культуры. Образовательный процесс приобщает индивида к социально-культурному опыту человечества, что позволяет считать образование способом овладения культурой, то есть процессом совершенствования человека, его культурного роста и развития.

При первом знакомстве музейный педагог предоставляет посетителю информацию быть тщательно отобранную, не перегруженную фактами и деталями, а также максимально экспрессивную. От качества музейной информации, ее доступности и выразительности, зависит дальнейшее развитие контактов с музейной аудиторией. Следующим качественно новым уровнем освоения музейной информации является обучение, включающее в себя передачу и усвоение конкретных знаний, приобретение умений и навыков. Обучение в музее предполагает получение дополнительных или альтернативных знаний, которые невозможно или не в полной мере, возможно, получить в других образовательных учреждениях. Этому способствует интенсивное внедрение музейно-педагогических обучающих, в том числе и мультимедийных программ, основанных на подлинных музейных предметах. Отличительными чертами обучения в музее являются, в первую очередь, неформальность и добровольность. В процессе обучения в музее личное эмоциональное переживание углубляет полученную вербальную информацию.

Высший уровень постижения музейной информации предусматривает развитие творческих возможностей личности и предполагает использование потенциала историко-культурного наследия для выявления наклонностей и раскрытия творческих способностей личности. В музее имеются особые условия для стимулирования творческого процесса. Наиболее действенным из них является возможность «вхождения» в систему лучших образцов, традиций, примеров культуры прошлого. В музеях это направление может быть реализовано в форме студии, творческой лаборатории, музейного театра, а также в других интерактивных формах.

Современная музейная педагогика еще недостаточно уделяет внимания такому перспективному направлению как рекреация. Оно связано с организацией свободного времени в пространстве музея в соответствии с желаниями и ожиданиями музейной аудитории, удовлетворением потребности в отдыхе в музейной среде. Специфика музея (здание, в котором он расположен, архитектурно-художественное решение экспозиций, состав коллекций, окружающая среда) в значительной мере усиливает эмоциональное воздействие форм проведения свободного времени. Большая часть рекреационных форм рассчитана на поливозрастную аудиторию (ярмарка, карнавал, бал, концерт, праздник и т.д.), однако существуют и специально разработанные формы отдыха и развлечения для определенных категорий посетителей (игровая комната для дошкольников, елка в музее для младших школьников, чаепитие для людей пожилого возраста и пр.). Чаще всего данные формы имеют комплексный характер, то есть могут включать в себя элементы других форм.

Пандемия коронавирусной инфекции заставила всех сидеть дома. Все заведения для активного проведения свободного времени были закрыты. Музеи также постигла эта участь. Для решения такой проблемы, музеи были вынуждены прибегнуть к nano - технологиям, в данном случае, создать виртуальные экскурсии.

Поначалу это были сайты реальных музеев. Затем появились собственно виртуальные музеи, которые существуют исключительно в глобальной сети и не имеют реального аналога.

Впрочем, отдельные музеи, например, знаменитые Лувр или Эрмитаж, благодаря новейшим технологическим возможностям предлагают пользователям сети не просто слайд-

шоу, а панорамные изображения залов и зданий музея. В результате такие виртуальные прогулки превращаются в настоящее увлекательнейшее путешествие, так как круговой панорамный обзор создает иллюзию включения в реальную музейную среду.

Конечно, абсолютизировать даже такое «продвинутое» виртуальное общение с ценностями культуры, которое предлагают Лувр и Эрмитаж, не стоит, так как «любое общение учеников с произведением через Интернет является заменителем настоящего восприятия искусства». И поэтому работа с произведениями искусства в сети Интернет должна осуществляться либо как подготовительная к восприятию этого произведения в реальности, либо в качестве замены восприятия реального произведения искусства при невозможности увидеть или услышать его в подлиннике. При этом самое главное на данном этапе сформировать у обучающихся интерес и желание проверить свои впечатления в живом общении с музеем.

Во всем мире практикуется так называемая «Ночь музеев» - международная акция, приуроченная к Международному дню музеев, во время которой можно осмотреть музейные экспозиции ночью. В эту ночь многие музеи открыты для посетителей после захода солнца и почти до утра. Основная цель акции - показать ресурс, возможности, потенциал современных музеев, привлечь в музеи молодежь.

Региональное самосознание создает возможность для человека осознать собственную значимость, в том числе и как, части определенного сообщества, ощутить свою принадлежность к малой и большой Родине. В настоящее время наблюдается кризис как национального, так и регионального самосознания, особенно в молодежной среде, связанный с ценностно-нормативной неустойчивостью и социально-экономической нестабильностью, характеризующийся разрушением основ патриотизма, вызванный, в том числе, попытками фальсификации исторических фактов, деформацией механизмов передачи ценностей от старшего поколения к младшему.

Местный музей, помимо сказанного, является еще и сосредоточением истории и культуры отдельного региона, наиболее полно отражает его специфику, осуществляя отбор и сохранение образцов культуры, воплощающих ценности, особо значимые для местного сообщества, главным инструментом трансляции которых является культурно-образовательная деятельность, теоретическую основу которой составляют принципы музейной педагогики.

В моем родном городе Камышине, с целью решения задач гражданского, патриотического и эстетического воспитания молодежи создано ряд учреждений культуры. Дошкольники, школьники и студенты города посещают музеи, выставки в рамках образовательной внеклассной деятельности.

а) Камышинский историко-краеведческий музей.

Краеведческие традиции в городе существуют достаточно давно. Камышинский краеведческий музей расположен в здании бывшей Земской управы и открыт в 1961 году. Здание возведено в 1901 году и является памятником истории и архитектуры, красивейшем в Нижнем Поволжье. Музей создавался за счёт средств местного населения. В каждом зале музея экспонируется множество археологических находок, фотографий, объектов быта. Посетителям очень интересна будет коллекция отпечатков на камнях, окаменелостей старейших растений, которым десятки миллионов лет. Другие экспозиции музея знакомят с последовательным заселением края различными племенами; с историей основания города-крепости при впадении реки Камышинки в Волгу; указами Петра I, Екатерины II, касающимися развития края; крестьянскими восстаниями в крае в 17-18 веках под предводительством Степана Разина, Кондратия Булавина, Емельяна Пугачева. Помимо выставочной деятельности, здесь хранится коллекция научной литературы, представленная 16,5 тысячами книг. В музее организовываются временные выставки таких художников, как Поленов, Шишкин, Рерих и других художников.

б) Музей А.П. Маресьева в Камышине.

20 мая 2016 года, в день 100-летия со дня рождения Героя Советского Союза Алексея Маресьева состоялось торжественное открытие Центра патриотического воспитания имени А.П. Маресьева. Центр патриотического воспитания расположился в здании, которое было построено в 1891 году как «Уездное по воинским делам присутствие». На первом этаже здания расположились выставочные залы, которые рассказывают о жизненном пути легендарного летчика: «Крылья мечты», «Продолжение подвига», «Посол мира». «Интерактивный зал» вызвал большой интерес у посетителей, т.к. его мультимедийная начинка не только является гидом по всей экспозиции Центра, но и содержит информацию о «маресьевцах» - людях, которые подобно Алексею Маресьеву, смогли, несмотря на тяжелейшие обстоятельства, преодолеть все трудности и показать, что они не инвалиды, а полноценные личности. Мультимедийная диорама «Воздушный бой», демонстрирует трехмерную проекцию о сражении на Курской дуге в 1943 году, а также симулятор управления самолетом времен Великой Отечественной войны. На втором этаже Центра расположились художественная галерея и классы для проведения занятий патриотической направленности.

в) Музей военной техники под открытым небом в Парке Победы в Камышине

Экспозиция под открытым небом была открыта 21 ноября 2007 года. Данный музей расположен за зданием где с 1950 по 1959 располагался штаб 23 бригады особого назначения, одного из первых соединений будущих Ракетных войск стратегического назначения. Все установленные экспонаты были куплены частным предпринимателем. Коллекция состоит из самолетов, например, СУ-24, МиГ-21, МиГ-29, и макета ракеты Р-300 стратегического назначения.

г) Художественная галерея Камышинского историко-краеведческого музея

Наш город гордится музеями и выставочными залами, они несут нагрузку не только развлекательных объектов, но и культурного, нравственного и патриотического воспитания.

К сожалению, не все камышинские музеи могут похвастаться своей технической оснащенностью, что соответственно приводит к невысокой посещаемости. Для разрешения этой проблемы, в нашем краеведческом музее проводятся выставки экспонатов, привезенных из ведущих музеев нашей страны (Санкт-Петербург, Москва и др.).

Кроме того, наше государство в целях повышения уровня культурного просвещения современной молодежи выпустило пушкинскую карту, которая позволяет посещать выставки, музеи, театры и т. д.

Список использованных источников:

- 1.Абанкина Т. Социальный маркетинг в «цивилизации досуга» // Маркетинг. Менеджмент. Музеи / Под редакцией Щербакова, А. В. Лебедева. – Москва.: Прогресс-Традиция, 2001. – 348 с.
- 2.Буров, Н.В. Образовательно-воспитательная деятельность музея в условиях модернизации общества / Н. В. Буров // Педагогика. - 2011. - № 6.
- 3.Грачева Е. С. Культурно-образовательная деятельность музея: социологический аспект // Молодой ученый. — 2010. – 245 с.
- 4.Свиридова, Н.В. Историческое образование школьников средствами музейной педагогики // Фестиваль педагогических идей "Открытый урок". - Москва., Просвещение, 2005.
- 5.. Шляхтина Л.М. Основы музейного дела: теория и практика: Учебное пособие. 3-е изд.- Издательство Планета Музыки, 2016 г.- 248 с.
6. Юренева Т. Ю. Музееведение. – Москва: Академический проспект, 2003. –560 с
- 7.Юхневич М. Ю. Я поведу тебя в музей: Учебное пособие по музейной педагогике. – Москва.: Российский институт культурологии, 2001. – 223 с.

БОЛЬШИЕ ЦЕЛИ «МАЛЕНЬКИХ ВОЙН»

Войны ради достижения желаемого и установления новых сфер влияния – одна из сложнейших проблем прошлого и настоящего. Несмотря на созданные человеком множество возможностей решать проблемы цивилизованным способом за столом переговоров, по-прежнему государства прибегают к традиционным способам демонстрации силы путем войн.

В современном мире многие страны подвержены социально-экономическим и политическим кризисам, многие считают, что «маленькая победоносная война» – лучший выход из кризисов. Рассмотрим, как эти войны зачастую перерастают от победы в поражения и ведут к революциям. Речь пойдет о Германии и России в начале XX века и их авантюрах на африканском континенте и Дальнем Востоке.

Всем известно, что ещё при Александре III Россия начала резкий поворот, как во внешней, так и во внутренней политике. Россию уже не устраивал альянс с Германией и Австро-Венгрией, который был выгоден в эпоху Николая I, и то лишь на первом этапе. Но никто не ожидал, что монархическая Россия пойдёт на союз с республиканской Францией. Но этот союз был заключен. И это лишний раз подчеркивает способность Александра III лавировать. Его не смутила ни таможенная война с Германией, ни приход французских инвестиций. Оставаясь консерватором, отец Александр III готовился отдать Россию сыну Николаю II, к сожалению, либералу. После Ходынки на впечатлительного Николая II оказывал серьёзное давление его кузен Вильгельм II, к началу XX века эти две «горячие» головы втянули свои страны в авантюры.

Как известно, в начале XX века каждая держава, которую считали великой, имела колонии. Германия же, поднявшись на крыло, с высоты орлиного полёта рассматривала: какие бы земли занять ей? И, наконец, её выбор пал на Юго-Западную Африку. Этот выбор не был случайным. Во-первых, здесь ещё не закрепились англичане, договор с которыми подписали туземцы, во-вторых, долгое время тут работали германские миссионеры и географы. Германские миссионеры служили во имя веры, да и к тому же собирали богатый этнографический и социально-экологический материал. Географы рассматривали основные направления, перспективы строительства и исследовали природные ресурсы. После того как отношения между англичанами и местными племенами обострились немцы поспешили заверить туземцев, что они гораздо лучше и надёжней. Договор между немцами и туземцами был подписан. Англичане отошли на второй план. Но переселенцев было мало. Надо было как-то привлечь людей для переезда в Африку. Сначала в Юго-Западную Африку хлынули авантюристы, промышлявшие оружием, но этот торговый сектор уже был занят англичанами и голландцами. К тому же, после англо-бурской войны 1902 года у многих на руках было оружие. Тогда в одной из газет было опубликовано объявление о находках залежей золота. Показывали и само золото. Но каково же было разочарование людей, когда ведущие эксперты заявили: «Да, это золото! Но австрийского происхождения». Когда подделка вскрылась, разразился грандиозный скандал. Естественно, золотоискателей не нашлось. И всё же, правительство придумало, как заманить людей: им пообещали солидные земельные участки. Но, что из себя представляют земельные участки без живности? Прагматичные немцы рассудили, что скот можно купить у местного населения. Несмотря на протесты губернатора Леттвена, который писал в Берлин о беспорядках, чиновники предложили закрыть на это глаза. Что же делали переселенцы? Они просто обманывали туземцев, выменивая животных на вещи или покупая по дешёвке. В конце концов, большая часть скота оказалась у немецких колонистов. А что такое потеря скота для кочевника? К слову, туземцы были кочевниками. Это фактически потеря смысла жизни. Напряжение стало нарастать. И в

этот момент была изнасилована переселенцами местная девушка-туземка. Это стало последней каплей. [1, с. 137]

Как и водится, любое восстание начиналось успешно, но затем пребывавшие войска отесняли племена в пустыню, где большая часть и погибла, а к остальным применили геноцид. Губернатора Леттвена, чтобы он не мешал своими заступническими действиями, отправили в отставку. Немцы торжествовали. Но это была «пиррова» победа, так как разозленное таким поведением население освободится от немецкого протектората и вернется к английскому, а вскоре появится Южно-Африканский союз (далее – ЮАС). Возникает резонный вопрос: нужна ли была колония Германии? Может ей стоило сосредоточиться на европейском континенте? Как видим, попытка завладеть Юго-Западной Африкой провалилась.

Германский император Вильгельм II толкал к ненужной войне и Россию. Убедил Николая II добиться доминирования на Дальнем Востоке. Обострение отношений с Японией императора не беспокоило. Вот что по этому поводу вспоминали современники: «Корейские лесные факторы послужили той территорией, на почве которой возникли русско-японские подразделения. Эти факторы и были захвачены высокопоставленными лицами, Безобразовым и К., составившими акционерное общество. Когда японцы, боясь, что Россия захватит Корею в свои руки, стали протестовать против захвата русским акционерным обществом корейских лесов, высокопоставленные акционеры поняли, что удержать захваченное можно только силой». [1, с.179]

Но стоит понимать, что Япония была не одинока, за её спиной стояли вечные соперники России: США и Великобритания, снабжавшие её оружием и финансировавшие военщину. Был еще один фактор, который скажется на начальном этапе – внезапность. Причем, даже это позволило крейсеру «Варягу» и канонеркой лодке «Кореец» нанести противнику достаточный урон. Однако, будет несправедливо не отметить еще одного человека, который провоцировал Николая II, - его кузен Вильгельм II. Вот что он писал: «Всякий человек без предвзятого мнения обязан признать, что Корея должна быть и будет русской». И император совершил одну из роковых – решил расширить границы с помощью оружия. Но если русская армия или флот выходили воевать за границу, то либо в коалиции, либо после дипломатических переговоров, либо как реакция на революцию. Но здесь Николай был непреклонен. 25 января 1904 года Япония прекращает дипломатические отношения. Только тут Николай идет на компромисс с Японией, но было уже поздно. 27 января Япония начала войну. Далее следует высказывание Витте: «Россия не может воевать! Она может воевать только тогда, если неприятель вторгается в сердце её». Снабжение было не самого лучшего качества: «... шинель из рыхлого сукна, которое на свет просвечивало, а при дожде впитывало влагу и весило до 20 фунтов, сапоги, сшитые из плохо выделанной, непрожированной конины, на деревянных гвоздях, они разваливались через две недели». [1, с. 221]

Еще одним роковым решением стал поход эскадры Рождественского на Дальний Восток. Надо было пройти огромное расстояние и оказаться у Цусимского пролива. Об исходе Цусимского сражения до сих пор идут споры. Считаем, что, во многом, фактор роли Рождественского сыграл на руку Японии. Россия к тому же переживала, так «кстати» для противника, вспыхнувшую революцию 1917 года. Но если вспомнить лозунг большевиков: «Превратим империалистическую войну в гражданскую!», то не стоит этому удивляться. Это подорвало дух Николая II, т.к. «... рухнула надежда на благополучный исход войны. Он был подавлен потерей своего детища - флота, не говоря о гибели многих офицеров, столь любимых и благодетельствованных им». [1, с. 251]

Но в этот момент сама Япония балансировала на грани поражения. Не смотря на победы на море, Россия могла перейти к позиционной войне на Дальнем Востоке. Финансы Японии иссохли, а западные державы, ослабив обе страны, решили, что настало время мира. И тут Николай II «переломил» себя и согласился послать на переговоры Витте. Итоги

переговоров известны: Россия уступила часть территорий, в частности, оккупированный Южный Сахалин. 17 августа 1905 года Николай II записал: «Ночью пришла телеграмма от Витте с известием, что переговоры о мире приведены к окончанию. Весь день ходил как в дурмане после этого...». 25 августа новая запись: «в 2 ½ во дворце начался выход в молебен по случаю заключения мира: должен осознать, что радостного настроения не чувствовал». [1, с. 215]

Реакция Витте была иной: «В то время никто не ожидал такого благоприятного для России результата и весь мир прокричал, что это первая русская победа после сплошных наших поражений». [1, с. 237]

Говоря о русско-японской войне, следует отметить, что особо негативную реакцию она получила в кругах элиты. К самой войне общество идеологически было готово, т. к. русские писатели и публицисты неоднократно поднимали вопрос о «желтой угрозе». Даже западные послы и журналисты отмечали, что степень опасности со стороны Востока Россией переоценивается, поэтому и встретили войну с подъемом. И как мы уже отмечали, огромную помощь Японии оказали США и Англия, но даже их помощь была не беспредельна. В 1905 году, несмотря на господство на море и победы на суше, Япония стояла на грани поражения, потому что победы Японии были «пирровы». Потери русских войск были в разы меньше, чем у противника, поэтому правительство Японии решило пойти на переговоры. Посыл Витте был «Ни пяди земли не отдавайте!» И если б не революция, которая вспыхнула подозрительно «вовремя», то Россия выиграла бы войну и не потеряла территории. [1, с. 291]

Таким образом, рассмотрены две «победоносные» войны, обернувшиеся крахом для двух империй. И объясняется это тем, что обе страны никогда ранее не имели колоний вне собственных границ, если и делили сферы влияния, то совместно с другими державами. Здоровый консерватизм был основой политики Российской и Германской империй, но когда на смену консерватизму приходит либерализм с присущим ему авантюризмом, то это приводит к последствиям, о которых говорилось выше. И еще одна черта, которая роднит эти войны, – инициатива войны исходила от правящей элиты, ставившей свои интересы выше интересов народа.

Список использованных источников:

1. Елисеева, Н.Л. Николай II глазами современников / Н.Л. Елисеева. – Санкт-Петербург: Амфора, 2016. – 360 с.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИСТОРИИ ПОВСЕДНЕВНОСТИ

Камбиева Фатимат Алимовна

Руководитель: Шереужев Аскер Жилиябиевич

*Медицинский колледж ФГБОУ "Кабардино-Балкарский
государственный университет имени Х.М. Бербеков", г. Нальчик*

В процессе развития исторического познания появляется необходимость в пересмотре многих явлений и событий жизни. Это связано с изменением научных теорий благодаря совершенствованию исследовательских методов. В научном мире все больше исследователей обратились к изучению вопросов повседневной жизни, которые позволяют не только сформировать целостную картину прошлого, но и ответить на глубокие жизненные вопросы современности. Такой исследовательский подход позволяет расширить границы предмета истории, изучить ранее не затрагиваемые стороны событий жизни. В сфере общественных отношений существуют различные уровни повседневной жизни: повседневная жизнь городского и сельского населения; крестьян, рабочих, интеллигенции; различных этнических групп и др.

Повседневность складывается из совокупности привычных социальных взаимодействий, укладов жизни, правил обихода и т.д. Взаимодействие людей и их уклада

жизни формируют повседневную жизнь[9]. Однако реконструировать повседневную жизнь не так просто. Во-первых, она весьма широкий круг вопросов включает. Во-вторых, у исследователей либо нет источников, либо их очень много. В-третьих, эмоциональные реакции на бытовые и малозначимые факты зачастую восстановить куда трудней, чем сами факты. В-четвертых, исследователи понимают свои задачи по-разному. Однако в главном они сходятся: повседневная жизнь имеется везде и всегда, но она неоднородна по своему содержанию. Именно категория повседневности позволяет увидеть те, вещи, которые невозможно обнаружить с первого взгляда. Альфред Шюц сравнивал повседневность с воздухом, поскольку так же его не замечаем[12, с.127].

Учитывая разные категории повседневности, можно сказать, подлинное исследование аспектов повседневности, выявление всевозможных факторов и особенностей повседневной жизни возможны только при использовании междисциплинарных методов и принципов.

Философ и социолог Альфред Шюц одним из первых отметил существование повседневности в жизни. Он предложил отказаться от восприятия нашего мира как изначально заданного и сосредоточиться на процессе складывания картины мира у людей, соответственно их стремлениям, фантазиям, сомнениям, реакциям на частные события, воспоминаниями о прошлом и представлениями о будущем[12, с.23-34].

Представители Школы «Анналов» добились выделения «структуры повседневности», куда входили человеческая психология и ежедневные события. Работы Ф. Броделя[1]. послужили толчком к переходу от истории событий и поисков общих закономерностей развития к исследованию историко-психологических, историко-демографических или историко-культурных направлений. Н. Элиас утверждал, что структура повседневности не обладает характером более или менее автономной структуры, но является составной частью структуры определенного социального слоя [13, с. 24].

Стоит помнить, что повседневная жизнь зависит от общества и его структур и носит конкретно-исторический характер. Однако повседневность является индивидуальной интерпретацией времени и пространства. В «Обществе потребления» Ж. Бодрийяр говорит, что повседневная жизнь «не является просто суммой повседневных факторов и действий, проявлением банальности и повторения; она есть система интерпретации» [2, с. 16].

Так, повседневностью можно считать самопознание общества или определенного человека. Ю. Л. Бессмертный отмечает, что всякий поступок «есть не механическое следование той или иной норме и не воспроизведение традиционного обычая, а тот или иной казус человеческого поведения...» [3, с. 38].

При анализе повседневностей в различных общностях возможно применение герменевтического метода исследований, поскольку истолкование значений иной культуры нужно рассматривать через призму этой культуры. Возможность вжиться в людей определенного периода идут на большую пользу исследователя.

Люди исходят из обстоятельства конкретной ситуации, в которой он находится в определенное время. Это зависит от материальных, культурных и других возможностей [3, с. 16, 34-46].

П.Н. Кондрашов с позиций марксистской парадигмы рассматривает повседневность как определенную форму деятельности людей, которые направлены на удовлетворение непосредственных потребностей трудовых будней, домашнего быта и свободного времени, которые. Так, исследователь выделил главные сферы повседневности - труд, быт и отдых, а также характерные черты, как автоматизм и привычность.

В своих исследованиях Н.Л. Пушкарева указывает, что история повседневности - «это отрасль исторического знания, предметом изучения которой является сфера человеческой обыденности в ее историко-культурных, политико-событийных, этнических и конфессиональных контекстах» [10].

По ее мнению категория повседневного включает «событийную область публичной повседневной жизни, прежде всего, мелкие частные события, пути приспособления людей к

событиям внешнего мира; обстоятельства частной, личной домашней жизни, быт в самом широком смысле; эмоциональную сторону событий и явлений, переживание обыденных фактов и бытовых обстоятельств отдельными людьми и группами людей; отделяя «историю повседневного» в жизни простых и великих людей от «истории неповседневного», к последнему обычно склонны относить: праздники, точнее, праздничное и небудничное в обыденной жизни — если оно, конечно, не разыгрывается по одному и тому же, повторяющемуся сценарию - тогда даже праздники (как что-то необычное, яркое, неповторимое) «оповседневливаются», рутинизируются; нечто чрезвычайное и значимособытийное; разнообразные, в особенности - необычные формы отдыха и праздности в противовес обыденной работе, труду; жизнь необычных людей, необычный образ жизни, который никем не повторяется, могут быть описаны как повседневные этих чудаков, но какие-либо обобщения невозможны» [10].

Б.Т. Гатаева историю повседневности рассматривает в качестве системы практических знаний, включающих в себя определенное знание норм этикета, общепринятого в данной социальной среде, и направленных для достижения той или иной цели [5]. И.В. Нарский считает, что методологический подход истории повседневности «обосновывает необходимость изучения и социальных структур, и их восприятия современниками во взаимодействии и взаимовлиянии, она предполагает и сложную историческую аргументацию, и совместимость описания с высоким уровнем теоретичности. Сама повседневность рассматривается в таком случае как место пересечения «объективного» и «субъективного» и определяется как «культурно оформленное взаимодействие действий и интерпретаций «действительности»», специфичное для различных слоев, на которое решающее влияние все же оказывали и оказывают материальные условия и их изменения» [8, с. 344]. Ю.А. Поляков считает, что «история повседневности — это сумма миллиардов судеб людей, живущих в далеком и близком минувшем, имеющих как общие, глобальные черты, так и специфические, региональные, национальные, наконец, индивидуальные. Задача - обрисовать их образ в историческом разрезе, выявляя общее и особенное, неизменное, сохраняющееся столетиями, и новое, ежедневно рождаемое буднями» [11, с. 125-132.]. По мнению А.В. Курьяновича, «история повседневности не ограничивается привычной констатацией - для нее важно выявить сложную эволюцию и логику развития внутреннего мира человека - этого средоточия человеческой специфики, активности, индивидуальности и мотивации его деятельности, рассмотреть возможности, движущие силы тенденции самосовершенствования (упадка человека), а также характер сотворенного им своего бытия, то есть реконструировать повседневную жизнь» [6, с. 278.].

К.Н. Любутин определяет повседневность как «форму непосредственной человеческой деятельности, представляющая собой совокупность повседневного бытия, то есть, чем занимаются люди в обычной жизни; обыденного сознания, то есть какие мысли, эмоции и чувства испытывает человек, отражающиеся в особом психологическом состоянии» [7, с. 217.].

Этнометодологию изучения повседневности предложил Г. Гарфинкель. Суть его этнометодологических исследований, которые призваны выявить логику повседневности, заключалась в неожиданном нарушении общепринятого и нормального хода событий, действий людей, что позволяло бы выявить содержание и формы обыденных «идей» и представлений, не обнаруживающихся при нормальном течении жизни. Он считал, что повседневные действия людей систематизированы и организованы. При изучении повседневности он опирался на структурные правила жизненных интересов. Применял он следующие методы: заведомое нарушение индивидом своего обычного поведения, наблюдение за реакцией окружения, дальнейшее описание своих впечатлений; простое описание индивидом организации его повседневной жизни, объяснения многообразных аспектов жизни на повседневном уровне, осмысление взаимодействия [4, с. 256].

Целесообразным представляется, что для исследования повседневности нужно сочетать методы: феноменологический (непосредственное созерцание); этнометодологический (нарушение привычного хода жизни, чтобы вызвать необычные ситуации и высветить свойственное для этой повседневности); герменевтический (понимание, «вживание», «вчувствование», в том числе интерпретация реальности сквозь призму культуры; анализ текстов, в т.ч. литературных); диалектический (понимание повседневного бытия как единой субстанции в её различных проявлениях, категориях и видах существования); экзистенциальный (представления повседневного как сменяющих друг друга состояний индивида, переживающего во времени свою повседневность); а также социологический (преимущественно качественных).

В целом при определении объекта, предмета и методов исследования истории повседневности, российские и зарубежные специалисты пришли к обоснованным выводам. История повседневности – это еще одна попытка понять историю как многослойный процесс, воспроизводящийся и трансформирующийся теми, кто является объектом и субъектом истории одновременно. Традиционно мыслящий историк старается без искажений использовать в своем исследовании достоверный источник, а историк повседневности – более внимательно вчитаться в текст для того, чтобы поразмышлять об обстоятельствах высказывания в нем идей. Такая методологическая установка дает возможность проникнуть в смысл высказанного, а также учесть скрытый смысл, случайно прорвавшийся из глубин сознания. Историк повседневности изучает не просто быт, но и повседневное сознание и поведение людей, а также использует психологический прием вчувствования, позволяющий ему интерпретировать чужие мысли и слова, давая им свой «перевод». При изучении повседневности важно сочетание методов, используемых как на микро-, так и на макроуровне исторического исследования.

Особенности изучения истории повседневности состоят в возможности применения методов различных наук, например, социологии, философии, культурологии и этнологии, что дает возможность целостно исследовать определенную проблему.

Список использованных источников:

1. Бродель, Ф. Материальная цивилизация, экономика и капитализм: XV-XVIII вв.: в 3-х т. / Ф. Бродель. – М.: Прогресс, 1986. Т. 1. – 623 с.
2. Бодрийяр, Ж. Общество потребления: его мифы и структура / Ж. Бодрийяр. – М.: Культурная революция, Республика, 2006. – 269 с.
3. Бессмертный, Ю. Л. Это странное, странное прошлое... // Диалог со временем: альманах интеллектуальной истории / под ред. Л. П. Репиной и В. И. Уколовой / Ю.Л. Бессмертный. – М., 2000. Вып. 3. – С. 34-38.
4. Белановский, С.А. Индивидуальное глубокое интервью / С.А. Белановский. – М.: Никколо-Медиа, 2001. – 320 с.
5. Гатаева Б.Т. Концепции повседневности в зарубежной культурологии / Б.Т. Гатаева, // Россия - Запад - Восток: компаративные проблемы современной философии: Сб. ст. / Науч. ред. А.С. Колесников. – 2004 –// URL: <http://anthropology.ru/ru/texts/gataeva/russiahtml> (дата обращения: 30.12.2022).
6. Курьянович А.В. История повседневности: особенности подхода, цели и методы / А.В. Курьянович, // История в XXI веке: историко-антропологический подход в преподавании и изучении истории человечества: Материалы междунар. интернет-конф., проходившей 20.03.–14.05.2001 г. на информационно-образовательном портале www.auditorium.ru / под общей ред. В.В. Керова. М.: Моск. общественный науч. фонд, 2001. – 413 с.
7. Любутин, К.Н. Диалектика повседневности: методологический подход / К.Н. Любутин. – Екатеринбург: УрГУ; ИФиПУрО РАН; РФО, 2007. – 295 с.
8. Нарский, И.В. Жизнь в катастрофе: Будни Урала в 1917-1922 гг. / И.В. Нарский. – М.: Рос. полит. энцикл. (РОССПЭН). 2001. – 613 с.

9. Пушкарева Н.Л. «История повседневности» и этнографическое исследование быта: расхождения и пересечения / Н.Л. Пушкарева, // URL:<http://anthroserbia.org/Content/PDF/Articles/103020bbf8e14a1b8739c34cb8d89484.pdf> (дата обращения: 30.12.2022).
10. Пушкарева Н.Л. Предмет и методы изучения истории повседневности / Н.Л. Пушкарева, // Этнографическое обозрение. Вопросы теории. 2004. – № 5. – URL: <https://naukarus.com/predmet-i-metody-izucheniya-istorii-povsednevnosti> (дата обращения: 30.12.2022).
11. Поляков Ю.А. Человек в повседневности (исторические аспекты) / Ю.А. Поляков, // Отечественная история. 2000. – № 3. – С. 125-132.
12. Шюц А. Структура повседневного мышления / А. Шюц, // Социологические исследования. 1988. – № 2. – С. 125-137.
13. Элиас, Н. О процессе цивилизации: социогенетические и психогенетические исследования: в 2-х т. / Н. Элиас. – М., СПб.: Университетская книга, 2001. – 336 с.

ОСОБЕННОСТИ МЕЖНАЦИОНАЛЬНЫХ КОНФЛИКТОВ В СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Агеенко Елизавета Владимировна
Руководитель: Антипова Наталья Станиславовна
Анапский филиал ГБПОУ "Новороссийский медицинский колледж", г. Анапа

Проблема межэтнических отношений всегда была и будет актуальной в России, где проживают люди разных национальностей, культур и религий. Проблема межнационального общения сложна и многогранна. Основы толерантности к представителям других народов закладываются в раннем детстве в процессе патриотического воспитания и интернациональных контактов. Молодежь является одной из основных социальных групп в нашем обществе. Поэтому, дальнейшее социально-экономическое, политическое и культурное развитие общества и государства в целом зависит от интересов, мнений и ценностей, сложившихся у молодежи. Молодое поколение активно участвует в социальных процессах, происходящих в стране, и влияние молодежи на общественно-политическую ситуацию с каждым годом возрастает. В связи с возрождением национальных культур народов, проживающих в России, возрождением традиций возникает вопрос об отношении молодежи к этим проблемам. Взгляды молодежи на этническое развитие, понимание и усвоение этого процесса окажут влияние на дальнейшее восстановление и развитие национальных культур и межэтнических отношений.

Важно отметить, что современная молодежь более националистическая, она враждебна к одной или многим национальностям, что порождает высокую вероятность развития социальных конфликтов. Причина такого поведения молодежи кроется в развитии сети Интернет, которая в настоящее время стала наиболее эффективным средством воздействия экстремистов на молодежь. Интернет крайне популярен среди молодых людей вследствие легкого доступа для общественности, анонимности общения, слабой регламентации на государственном уровне, глобального распространения, высокой скорости передачи информации, дешевизны и простоты использования, мультимедийных возможностей.

Как же бороться с этой проблемой? В первую очередь необходимо проводить реальную профилактическую работу среди молодежи. Важно отметить, что гармония в межнациональных отношениях может быть достигнута только тогда, когда молодые люди смогут преодолеть индивидуализм и разобщенность, проникнутся духом товарищества и взаимопомощи, поймут, что вместе добиться успеха легче, чем в одиночку.

Еще одна негативная тенденция современного общества проявляется в том, что экстремизм в России «молодеет», наиболее часто совершают преступления молодые люди в возрасте 15-25 лет. Увеличивается количество преступлений, поднимается уровень насилия, его проявления становятся более жестокими и профессиональными. Особое место в этом ряду занимает экстремистское поведение молодёжи, связанное с совершением действий насильственного характера по национальным, религиозным и политическим мотивам. Глубокую обеспокоенность вызывает растущее влияние в обществе экстремистских молодёжных группировок и леворадикальных организаций. Наблюдается процесс втягивания в экстремистскую деятельность неформальных молодёжных объединений и организаций (футбольных фанатов, байкеров и др.), деятельность которых ранее не носила экстремистский характер. Одновременно отмечается рост числа противоправных акций, совершаемых членами неформальных молодёжных группировок националистического толка и радикальной политической направленности, а также расширение масштабов антиобщественных выступлений молодёжных объединений.

На сегодняшний день с проблемой пытаются бороться на государственном уровне. Так, были приняты основные концептуальные документы в сфере государственной национальной политики. Главным актом является Стратегия государственной национальной политики Российской Федерации на период до 2025 года, на нормы которой опираются не только федеральные, но и региональные органы власти, уполномоченные по решению межнациональных и межконфессиональных проблем (около 30 субъектов РФ приняли региональные стратегии). За последние годы наблюдается рост числа субъектов, получивших поддержку для решения межнациональных проблем: 2018 год — 39 субъектов; 2020 год — 43; 2021 год — 53. Из перечня мероприятий Стратегии, направленных на укрепление гражданского единства, гармонизацию межнациональных отношений и содействие этнокультурному многообразию народов России, около 5 ориентированы исключительно на молодёжь. В 2014 году распоряжением Правительства были утверждены «Основы государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года», приоритетными задачами в рамках укрепления межнационального единства были сформулированы следующие: формирование системы ценностей с учетом многонациональной основы нашего государства, развитие в молодежной среде культуры созидательных межэтнических отношений.

Решение рассматриваемой проблемы должны способствовать также образовательные организации путем внедрения в образовательные программы уроков патриотического воспитания для формирования религиозной и этнической толерантности, морально-нравственных ценностей. В связи с этим с 1 сентября 2022 года во в учебные планы всех учебных заведений был включен цикл занятий «Разговоры о важном». Также необходима организация досуговых и спортивных мероприятий по развитию социальной активности молодежи. В условиях социально-экономической нестабильности большинство спортивных секций и клубов по интересам, особенно в регионах, являются платными, что лишает молодых людей возможности самореализации. Экстремистские организации используют это в собственных целях, вовлекая в свою деятельность, которая не требует ни материальных, ни высокоинтеллектуальных затрат. Необходимо и становление системы мониторинга для оперативного отслеживания межэтнической и межконфессиональной напряженности и своевременной нейтрализации разгорающихся конфликтов между представителями национальных и культурных групп. На сегодняшний день мониторингом межэтнической напряженности занимается Федеральное агентство по делам национальностей Российской Федерации, созданное в 2015 году.

Дополнительным фактором, усложняющим и без того непростую картину этнических взаимоотношений в РФ и ставящим сложные задачи перед ее государственными органами, является нехватка молодых квалифицированных специалистов в данной сфере. Особенно остро данная проблема ощущается на региональном и муниципальном уровнях, где ввиду

отсутствия средств или несвоевременных управленческих решений возникают этноконфессиональные конфликты, которые перерастают в проблемы государственного масштаба. Стоит отметить что, в 2015 года в Московском государственном университете имени М.В. Ломоносова была принята магистерская программа «Управление в сфере межнациональных и государственно-конфессиональных отношений», главной целью которой является обучение специалистов для работы в органах власти различных уровней в сфере регулирования межнациональных и государственно-конфессиональных отношений.

Ведущая роль в воспитании духовно-нравственных ценностных ориентаций принадлежит традиционным конфессиям. Особый вклад в развитие конфессиональной общественной молодежной политики внесла Русская Православная Церковь, в рамках которой в апреле 2000 года Священным Синодом была принята «Концепция молодежного служения РПЦ».

Подводя итог, можно отметить, что на сегодняшний день государственная молодежная политика находится на стадии становления и не может в полной мере реализовывать свои цели и задачи, эффективно отвечая на вызовы времени. В результате возникают проблемы, в том числе и в сфере межнациональных отношений. Поэтому в современных условиях очень важным фактором является четкое определение направлений государственной национальной политики Российской Федерации по работе с молодежью, призванных гармонизировать отношения между проживающими в государстве многочисленными этническими и конфессиональными общностями.

Список использованных источников:

1. Гуриева С. Д. Проблемы межнациональных отношений в молодежной среде //Казанский педагогический журнал. , 2008. —№10. —с. 88-96
2. Клесова С. В. Воспитание толерантности у студенческой молодежи // Молодой ученый. — 2012. — №4. — С. 357-359.
3. Назаров, В. Л. Профилактика экстремизма в молодежной среде : учеб. пособие : Изд-во Урал. ун-та, 2018. – 204 с. ISBN 978-5-7996-2453-8.
4. Пинаев, П.В. Национализм в молодежной среде современного российского общества / П.В. Пинаев, Ю.Ю. Яцкевич // Вестник Пермского университета. — 2014. — № 3 (19).

ИСТОРИЯ МОЕЙ СЕМЬИ В ИСТОРИИ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

*Самойлов Дмитрий Юрьевич
Руководитель: Курова Елена Валентиновна
ГБПОУ Самарской области
"Отраденский нефтяной техникум", г. Отрадный*

Актуальность исследования

В XXI веке тема Великой Отечественной войны особенно актуальна, так как последнее время многие хотят лишить Россию права считать себя правопреемницей страны-победительницы СССР. Сегодня обязанность нас, молодого поколения показать не только своим одноклассникам, гражданам своей страны, но и всему миру рассказать правду о той войне. Войне - особой, потому что велась она за выживание нашего народа.

Тем более что последние события на Украине показывают - фашизм до конца не побежден. Мы знаем примеры создания неонацистских молодежных организаций, которые не только искажают факты и события Великой Отечественной войны, но и ведут активную работу по привлечению молодых людей в свои ряды.

Без памяти о Великой Отечественной войне не будет единого народа в нашей стране. Ведь нельзя быть патриотом, не чувствуя личной связи с Родиной, не зная, как любили, берегли и защищали ее наши предки, наши отцы и деды. Как мы будем смотреть в глаза ветеранам, если не сможем уберечь память о войне.

Цель работы – на примере своих родственников, испытавших все тяготы войны, показать мужество и героизм советского народа, ведь история страны, складывается из истории отдельных судеб.

Задачи:

1. Собрать информацию о родственниках, принимавших участие в военных действиях.
2. Изучить и систематизировать документальные источники об истории моей семьи.
3. Определить роль моей семьи в истории Великой Отечественной войны.
4. Привлечь внимание сверстников к изучению истории Родины.

Объект исследования: история семьи и ее связь с историей страны.

Предмет исследования: архив семьи Аношкиных.

Методы исследования: изучение семейного архива, анализ документов и фотографий из семейного архива и интернет-ресурсов, беседа с родственниками, обобщение полученных данных.

В период с 1941 по 1945 годы наша страна переживала одну из самых страшных войн на земле. Умирали люди, рушились и горели города, всюду лилась кровь, и в каждую семью приходило горе. Но наш народ сплотился в единую силу и с неимоверной волей давал отпор фашистским захватчикам. Все мы знаем о таких героических сражениях как битва под Москвой, Курская битва, Сталинградская битва, знаем о людях в блокадном Ленинграде, которые в холоде и голоде не сдались и защищали город.

Но я хочу рассказать о людях из своей семьи, которые внесли посильных вклад в общую победу.

Моего прадедушку зовут Иван Кириллович Аношкин. Это дедушка моей мамы. К большому сожалению я его никогда не видел, не видела моя мама, своего отца не видел даже мой дедушка - его называли в честь отца Иваном, Иван Иванович.

Но мы много о нем знаем из рассказов прабабушки Аношкиной Елизаветы Осиповны, в девичестве Щербаковой, и старших сестер моего дедушки: Аношкиной Любовь Ивановны и Летуновской Антонины Ивановны. Вот история его жизни.

Иван Кириллович Аношкин родился в июле 1910 года в селе Малый Толкай тогда еще Бугурусланского района Самарской губернии (в настоящее время Похвистневский район Самарской области) в большой крестьянской семье. Кроме прадедушки в семье было еще трое детей: два сына и две дочери. Детство его, как и любого другого крестьянского ребенка, было трудным. С малых лет прадедушка работал в поле, помогая родителям. Несмотря на тяжелые условия: непосильный труд, голод, родители постарались дать сыну начальное образование. Прадедушка учился в начальной школе в селе Малый Толкай до 7 класса.

В январе 1920 года в селе Малый Толкай открылся первый Мордовский педагогический техникум. Оба брата Иван и Андрей продолжили обучение в этом учебном заведении. В последующем Андрей стал главным редактором районной газеты в Иса克林ском районе губернии. Прадедушка Иван, еще будучи студентом, стал комсомольским лидером, а затем и членом ВКПб. В селе Малый Толкай в те годы было образовано три колхоза: «Восход», «Трудовик», «Возрождение». После окончания техникума прадедушка возглавил один из колхозов – «Трудовик».

Со слов прабабушки, прадеда в колхозе очень уважали, он был ответственным, трудолюбивым, справедливым и смелым человеком. Дед гарцевал на лошади, ежедневно объезжая поля, урожай был неплохой, люди довольны. «Трудовик» числился среди передовиков.

Деда призвали на службу в Красную Армию, он прослужил примерно с 1930 по 1935 годы. Вернувшись в родное село, продолжил работать председателем колхоза.

Приезд сына из армии всегда был большим праздником, а в селе это праздник для всех жителей. Взрослые сидели за столом, а дети стояли в дверях, в воротах и исподтишка поглядывали на солдата. Так и моя прабабушка Лиза, ей было 17 лет, когда дед вернулся домой из армии. Вся ребятня и молодежь сбежались к дому солдата. Тогда она впервые обратила внимание на деда. Пришел brave солдат, его ярко красные штаны «свалили бабушку наповал». Дед тоже заметил смущенную девушку в воротах. Это была любовь с первого взгляда. Большая любовь на всю оставшуюся жизнь. Осенью 1935 года прадед пришел к родителям прабабушки со сватами. Мама прабабушки сказала жениху: «Куда же ты ее берешь? Она еще со своей сестрой из-за ложки дерется.» На что дед ответил: «Отдайте ее за меня, я ей самую красивую ложку куплю».

На рождество 1936 года состоялась свадьба. Украшенные упряжки лошадей, развивающиеся Красные флаги. Гуляло все село, женился председатель колхоза! Свадьба была по законам Партии. Дед попросил бабушку убрать все иконы из дома, на что бабушка ответила: «Уберешь иконы, я уйду следом за ними». Несмотря на членство в партии, должность, деду пришлось смириться. Иконы остались в доме. Одна из них до сих пор хранится в нашем доме.

В сентябре 1936 года родилась старшая из дочерей – Тоня, в марте 1938 года родилась вторая дочь – Люба. Но семейное счастье продолжалось не долго. Летом 1939 года деда срочно призвали в ряды Красной Армии и отправили на далекий Кольский полуостров. Обстановка в стране была в то время очень напряженной. В ноябре 1939 года началась советско-финская война. Все рассчитывали, что война будет недолгой. Дед писал бабушке: «Не переживай, война скоро закончится, вернусь домой. Расти и береги детей.» Дед прошел всю финскую войну и только летом 1940 года вернулся домой.

Бабушка вспоминала, что дед вернулся с войны, а мысли его были далеки от дома. Он не хотел пугать семью, но обстановка в стране оставалась серьезной. Дед знал, что войны с Германией не избежать. [1, с 6].

В марте 1941 года прадеда вновь призвали в армию. Оставив дома беременную жену и двоих детей, дед с тяжелым сердцем, со слезами на глазах уехал из дома. Бабушка рассказывала, что предчувствовала плохое. Предчувствия ее оправдались. Она видела любимого мужа в последний раз.

Деда отправили в Точские лагеря, известно, что он служил в артиллерийском полку № 9922, который в 1941 году был отправлен на Западный фронт.

15 июня 1941 года родился долгожданный сын, восточку о его рождении было отправить некуда. Бабушка назвала сына Иваном, в честь отца.

21 июня 1941 года началась Великая Отечественная война, война долгая и жестокая. Всего одно письмо получила бабушка от деда. Он писал, что чувствует, что родится сын. Просил беречь себя и детей, не ждать скорой встречи. Это письмо очень долго хранилось у нас, его часто перечитывали со слезами на глазах. При формировании Книги Памяти Самарской области, письмо передали в администрацию поселения, где его «благополучно» и потеряли.

Прадедущка воевал в Белоруссии. С первого дня войны там сложилась наиболее тревожная обстановка. В ходе ожесточенных боев в июле 1941 года, в районе города Жлобин Гомельской области мой прадед пропал без вести.

Уже в послевоенные годы бабушка получила известие от сослуживца деда. Он рассказывал, что с дедом в июле 1941 года попали в плен в районе города Жлобин Гомельской области, дед был контужен. Во время пребывания в лагере для военнопленных Stalag (Шталаг X XD 310) дед старался всех поддерживать, помогал чем мог. Здоровье его, конечно, подорвалось. Дед заболел «водяной» и умер в 1943 году [3, с.8].

Место его захоронения стало известно только в 2020 году, после опубликования архивных документов. Первичное место захоронения - Германия, земля Бремен. Вот что писал немецкий журнал Der Spiegel:

Здесь повсюду были бараки для подневольных работников и военнопленных. С 1941 года в Бремене-Ослебсхаузене им приходилось работать на порт - и на военную экономику. Сколько подневольных работников было похоронено здесь? Возможно, три тысячи или значительно больше. Наспех сооруженное, скрытое от глаз кладбище для подневольных работников, военнопленных, чьи жизни ничего не стоили. В послевоенные годы в земле было найдено 446 тел. Их планировалось перезахоронить на обычном кладбище в Бремене - но там числится только 70 могил, считается, что там еще покоятся от 280 до 300 умерших - покинутых и забытых. В своей переписке поздней осенью 1941 года нацистские ведомства договорились хоронить здесь умерших в простых деревянных ящиках без всяких церемоний. Позже их вообще должны были заворачивать в промасленную бумагу, чтобы тела разлагались еще быстрее, а участок можно было бы застроить - после войны. У входа в Бремене установлен деревянный мемориал в память о погибших и похороненных здесь: стилизованный православный крест. Возможно там и есть захоронение моего прадедушки. [4, с.9].

Сослуживец деда, кто он нам неизвестно, передал бабушке портмоне прадеда. Оно до сих пор хранится у нас, это наша семейная реликвия.

Прабабушка осталась вдовой с тремя детьми на руках. Она больше не вышла замуж, до конца дней своих хранила верность своему единственному...

Читая произведения о войне, я не перестаю удивляться мужеству, стойкости и героизму наших русских людей. И всегда вспоминаю своих родных, которые, не жалея себя боролись за свободу. Они сделали все, чтобы я, все мы радовались весеннему солнышку, могли спокойно учиться и жить под мирным небом. Это они ценой своих жизней приблизили Победу. Значит судьба каждого сражавшегося за мою родину, это история целой страны. Страны, которую мы, молодое поколение должны сделать еще более богатой и процветающей. Страну такую, о которой мечтали они, идя в бой [2, с.4].

Каждая семья потеряла кого-то из близких в этой войне и нашему поколению важно сохранить память об этом. Весной мы с ребятами оформляли альбом творческих работ. Там есть и материал, который предоставил я. Один из экземпляров альбома, мы подарили сотрудникам Центральной библиотеки и надеемся, что он будет востребован читателями нашего города.

Я думаю, что исследование, которое я провел важно не только для нашей семьи, оно принесет свои плоды. И в будущем люди поймут, что рисовать фашистскую свастику на домах или сносить памятники героям войны это проявление неуважения к истории своей страны и к тем героям, благодаря которым мы живем под мирным голубым небом.

Список использованных источников:

1. *Архив семьи Аношкиных*
2. *Книга памяти Самарской области* / <https://ru.openlist.wiki>
3. *Электронный банк документов Подвиг народа в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.* / -URL : <http://www.podvignaroda.ru> (дата обращения: 06.12.2022). - Загл. с экрана. - Яз рус
4. *Обобщенный банк данных Мемориал* / - URL : <http://www.obd-memorial.ru> (дата обращения: 12.12.2022). - Загл. с экрана. - Яз рус

К ВОПРОСУ О ДЕПОРТАЦИИ КОРЕЙЦЕВ В СОВЕТСКОМ ГОСУДАРСТВЕ

Ли Алина Витальевна

Руководитель: Турсунов Фаррух Акбарович

АНОО ВО Центросоюза РФ

"Сибирский университет потребительской кооперации", г. Новосибирск

Тема депортации корейцев с Дальнего Востока и их поселения в республиках Центральной (Средней) Азии в течение долгого времени оставалась в числе запрещенных. Отсутствие доступа к архивным источникам не позволяло исследовать её достаточно основательно. Выходившие в свет работы опирались главным образом на мемуары. В 60-е годы XX века, и в частности в годы перестройки эта проблема начала привлекать все большего внимания историков и публицистов.

Отметим, что под депортацией мы понимаем принудительную высылку лица или группы лиц в другую местность с принуждением и под конвоем. В СССР тотальной депортации были подвергнуты десять народов: корейцы, немцы, финны, карачаевцы, калмыки, чеченцы, ингуши, балкарцы, крымские татары и турки-месхетинцы.

Первые официальные документы о корейцах в Российской империи датируются 1864 годом. На тот период времени корейцы уже небольшими группами стали эмигрировать на Дальний Восток. Царское правительство в целом отнеслось доброжелательно к новым жителям, потому что они осваивали новые земли. Корейский народ в большинстве случаев перебирался в Российскую империю на почве серьёзных засух, неурожая и стихийных бедствий, которые происходили на их родине. Заметим, что ещё в конце XIX века первые корейские поселенцы перебирались и на территорию Казахстана, отсюда большая часть современных корейцев в Казахстане депортированные в 1937 году - это есть общины дальневосточных корейцев и являются их потомками.

Изначально корейцы перебирались на российскую территорию (в соседний Уссурийский край), спасаясь от голода и малоземелья, а после аннексии Кореи Японией в 1910 году – от японского угнетения. После подавления японцами в Корее массовых протестов населения к нескольким десяткам тысяч российских корейцев жившим на Дальнем Востоке добавились еще как минимум 100 тысяч.

Стоит отметить, что отношение к корейцам в царской России было неоднозначным. Так, например, Приамурский генерал-губернатор Павел Унтербергер в 1908 году писал министру внутренних дел: «...Нельзя также надеяться на лояльность этого элемента в случае войны с Японией или Китаем; напротив того, они тогда представят из себя чрезвычайно благоприятную почву для широкой организации врагами шпионства» [1]. Необходимо признать, что эти заявления не были такими уж необоснованными. В Русско-японскую войну во Владивостоке существовала разветвлённая разведывательная сеть Японии, представители которой успешно маскировались под корейских ремесленников, водоносов, прислугу, а также вербовали с теми же целями непосредственно корейцев.

В результате, а также потому, что корейцы в Приморье составляли до трети всего населения, с 20-х годов стали разрабатываться меры по их отселению от границ оккупированной японцами Кореи. Первоначально планировалось расселить часть корейцев в Хабаровском и Амурском округах – туда переселили около 1,5 тыс. человек, однако это не решало проблемы. Чуть позже появился другой вариант решения вопроса. В это время Казахстан и Узбекистан планировали завести у себя рисоводство, однако местные крестьяне не знали особенностей культивации риса. Поэтому руководители обеих республик попросили Москву организовать приезд к ним корейских добровольцев – «природных специалистов» в этом деле. В 1929 году удалось собрать 220 корейцев, согласившихся ехать в Среднюю Азию. В итоге ещё до массового переселения корейцев с Дальнего Востока в Ташкентской области уже существовало тридцать корейских колхозов. Как пишет Ким В.Н. «...в 1937 году 60% всей посевной площади риса в Союзе занимал именно Узбекистан, который выращивали корейцы» [2,с.41]. Процесс сбора урожая риса был очень трудоёмкий. К тому же корейцам пришлось освоить поливное земледелие, которое уже было развито в Узбекистане.

Возрастающая угроза нападения милитаристской Японии на Дальний Восток в 1930 году в совокупности с внутрисполитическими факторами, обострил вопрос благонадежности корейцев. Советское руководство 21 августа 1937 года принимает назревшее решение. Вступило в силу постановление СНК ССР и ЦК ВКП (б) «О выселении корейского населения

из пограничных районов Дальневосточного края» [5].

Переселение корейцев на территории Средней Азии преследовало также и экономические цели. Освоение целинных земель не принесло должных результатов, политика объединения единоличных крестьянских хозяйств (коллективизация) там тормозила: десятки тысяч погибли, не меньшее число откочевало за пределы мест расселения. Острый дефицит трудовых ресурсов могли покрыть трудолюбивые корейцы. Следует отметить, что массовая депортация корейцев с Приморья была связана и с внешнеполитической необходимостью. Это было вызвано желанием Москвы пойти на уступки Токио, который был раздражен антияпонски настроенными корейцами на приграничных территориях. Советский Союз всеми средствами намеревался отсрочить войну на Дальнем Востоке.

Полагая, что, корейцы как лица, имеющие родственников в Японии подданных императора, могут показать нелояльность при возникновении пограничных конфликтов, власти решили их депортировать вглубь страны. Постановление Совета народных комиссаров (СНК) от 21 августа 1937 г. «О выселении корейского населения пограничных районов Дальневосточного края» предусматривало завершение всей операции к 1 января 1938 года [4]. Но по факту выселение было спешным и быстрым. За две-три недели казахские и узбекские колхозы были оповещены о переселении корейцев в Центральную Азию. Уже к 25 октября 1937 году Дальний Восток покинули 36 442 корейских семейства, или 171 781 человек. Вместе с корейцами депортации подверглись 7 тысяч китайцев. Постановление о депортации корейцев появилось в августе 1937-го, а поезда двинулись уже в сентябре, из-за чего местные власти не были готовы к приезду переселенцев [3]. Выселение было насильственным, большинство корейцев понимали, что их депортировали из-за сходства с японцами. Всю дорогу их сопровождали военные конвои, которые следили за переселенцами. Ехали семьями в товарных вагонах. Исторически главным пунктом размещения корейцев была Южно-Казахстанская и Западно-Казахстанская области: Актюбинская, Кызылординская, Карагандинская и Гурьевский округ Казахстана.

Согласно Постановлению СНК СССР «О порядке расчетов с переселяемыми в Казахскую и Узбекскую ССР корейцами» от 5 сентября 1937 года на каждую семью приходилось по 6 тыс. рублей. Сюда были заложены перевозка одной семьи, питание и медицинское обслуживание, оплата за оставляемые посевы, постройки и семенной инвентарь, ссуда на строительство домов, снабжение водой. Однако вагонов для перевозки имущества корейцев во время не было предоставлено и корейцы были вынуждены оставить свое имущество и скот на Дальнем Востоке. Поэтому советское правительство издало Постановление СНК СССР «О смете расходов по переселению второй очереди корейцев из ДВК» и Приложение к нему от 7 октября 1937 г., в котором говорилось о перечислении корейцам компенсации за утраченное имущество [4].

Невзирая на то, что Постановление советского правительства спрашивало незамедлительного переселения корейцев, первый железнодорожный эшелон отправился из Приморья лишь 9 сентября 1937 года – спустя полмесяца после принятия решения. Корейцам разрешали брать с собой самое необходимое. Нажитую мебель и обустроенные дома пришлось оставить на Дальнем Востоке. Люди тащили с собой швейные машинки, тазы, горшки и семена для посева, брали все, что можно унести в руках. Большую часть корейцев вывезли в Казахстан – около 170 000 человек и 80 000 человек – в Узбекистан.

В совокупности с Дальнего Востока в Центрально-азиатские республики СССР было депортировано свыше 250 тысячи корейцев. Отдельные группы переселенцев достигли даже Астраханской области.

К сожалению, корейцы не были готовы ни морально, ни физически к жизни на новых территориях. Капитальная смена образа жизни явно не пошла им на пользу. Не были готовы к приему такого числа переселенцев и власти среднеазиатских республик, в частности Узбекистана и Казахстана, где была наибольшая концентрация корейцев. Из советской казны

на нужды переселенцев была выделена внушительная сумма почти в 200 млн. рублей, однако, как подсчитали историки, она едва смогла покрыть четверть всех потребностей депортированных. В частности, власти так и не смогли компенсировать убытки от оставленного на Дальнем Востоке имущества.

Однако, в отличие от других депортированных народов – чеченцев, ингушей, кабардинцев, турков-месхетинцев, крымских татар, немцев – корейцы были свободны в мобильности в пределах Средней Азии, их дети могли посещать школы, а рабочим расти по карьерной лестнице и даже занимать руководящие должности. После начала Великой Отечественной войны корейцам, как и лицам других неблагонадёжных народов, не было возможности отправиться на фронт, однако их допускали в ряды трудовой армии, в плане которой входило строительство дорог и промышленных объектов.

В пятидесятые годы, получив паспорта, советские корейцы смогли выезжать за пределы Средней Азии, учиться в России и даже получили возможность вернуться на Дальний Восток. Но мало кто захотел опять сниматься с обжитого места.

В Приморье корейцы начали возвращаться в небольшом количестве с 60-х годов, но уже в качестве не крестьян, а инженеров, учителей, врачей, учёных и т.д. – после того, как корейская молодёжь устремилась в города за получением высшего образования, в том числе в Москву и Ленинград. Часть «новых приморских корейцев» перебралась в Приморский край с южного Сахалина, где корейское население появилось в результате японской «мобилизации» для работы на шахтах и рыбных промыслах.[6].

Следует подчеркнуть, что первым шагом на пути восстановления исторической справедливости в отношении репрессированных народов явилось принятие Декларации Верховного Совета СССР от 14 ноября 1989 года «О признании незаконными и преступными репрессивных актов против народов, подвергшихся насильственному переселению, и обеспечении их прав».

СССР в 1990 году установил дипломатические отношения с Республикой Южная Корея. В июне 1990 года была основана Ассоциация корейцев Казахстана, которая вносит значительную лепту в поддержание культурного наследия корейской диаспоры республики.

Таким образом, следует отметить, что в современных условиях, по нашему мнению, важен обстоятельный анализ событий в советский период истории, включающий и такие сложные вопросы как роль и место политических репрессий, их воздействие на все стороны общественно-политической жизни корейской общности. Это позволяет также выявить состояние общества, формирование самосознания и национального сознания, консолидации сообществ в Российской Федерации. Рассмотрение отдельной этнической общности как органичной части целого позволяет определить процессы, происходящие внутри самой общности, и во взаимоотношениях ее с другими общностями.

Отсюда, достижение единства правового, политического, социально-экономического пространства, единства в сфере развития культуры народов России принимает в государстве необратимый характер. В связи с этим считаем, что особую важность приобретают следующие приоритетные направления:

- формирование политических и гражданских ценностей;
- воспитание культуры межнационального общения;
- формирование установок толерантности.

Именно с решением этих задач связана и проблема национальной самоидентификации общества, решение которой невозможно без прочного и обоснованного исторического фундамента, идеологической основы.

Список использованных источников:

1. Воынец А. «К выселению приступить немедленно...» История депортации корейцев Дальнего Востока. <https://dv.land/history/k-vyseleniyu-pristupit-nemedlenno/> (дата обращения: 10.01.2023)

2. Ким П. Г. *Корейцы Республики Узбекистан: История и современность*. – Ташкент: Узбекистан, 1993. – 176 с.
3. Пензова Д. *Корейцы в Узбекистане: как они здесь оказались, и через что им пришлось пройти*. Uz News - <http://uznews.uz/posts/> (дата обращения: 12.01.2023).
4. *Постановление СНК СССР № 1772-388сс «О смете расходов по переселению второй очереди корейцев из ДВК» и приложение к нему 07.10.1937*. alexanderyakovlev.org/fond/issues-doc/ (дата обращения: 15.01.2023).
5. *Постановление Совета Народных Комиссаров Союза ССР и Центрального Комитета ВКП(б). О выселении корейского населения пограничных районов Дальневосточного края. 21 августа 1937 г.* <http://docs.historyrussia.org/postanovlenie.../> (дата обращения: 16.01.2023)
6. Филиппов Р. *Наши корейцы*. / *Проза.ру* proza.ru/ (дата обращения: 18.01.2023)

ПИСЬМА С ФРОНТА

Баширова Ирина Дамировна

Руководитель: Дёмина Олеся Петровна

ГАПОУ Республики Башкортостан

"Стерлитамакский медицинский колледж", г. Стерлитамак

Введение: Почему я выбрала именно эту тему? Наверное, потому, что я очень часто бывала в комнате Боевой Славы и видела, как преподаватель истории бережно перебирала эти пожелтевшие от времени фронтовые письма – треугольники, написанные простым карандашом. Мне захотелось узнать, а что в них написано.

Этим письмам уже за восемьдесят, но они свободно читаются. По этическим правилам мы не имеем права читать письма, адресованные другому человеку. Но так как письма переданы в музей, то они стали доступны каждому заинтересованному человеку. С чувством волнения я беру в руки ветхие листики – письма с фронта и читаю, читаю, читаю.

Мне захотелось узнать о человеке, который посылал письма с фронта своей семье, кому были адресованы весточки. Через письма можно представить, как воевал советский солдат, чем жил, что помогало ему устоять перед врагом и защитить свою Родину, свою семью. На эти и другие вопросы мне захотелось найти ответ, а также сделать письма говорящими, чтобы из глубины военных лет дошли до нашего современника мысли и думы простого солдата, который выполнял свой священный долг – защищал нашу Родину в годы Великой Отечественной войны. Именно поэтому тема моей работы очень актуальна на сегодняшний день.

Цель исследования: узнать, что представляют из себя письма с фронта.

В соответствии с названной целью я поставила следующие задачи:

1. Узнать, как была создана система военно – полевой почты во время войны;
2. Выяснить, о каких событиях идет речь в письмах;
3. Сохранить эти ценные документы в нескольких вариантах и передать их другим потомкам, кто заинтересуется в их изучении.

Объектом моего исследования являются письма с фронта. Предметом данного исследования являются переживания и чувства участников войны, выраженные во фронтовых треугольниках. Методы исследования – теоретический и сопоставительный анализ материалов, экскурсии в комнату боевой славы. Формы исследования: изучение архивных данных и литературы, соответствующей заявленной теме.

Глава I. Система военно – полевой почты во время войны.

Во многих российских семьях бережно хранятся пожелтевшие от времени, истончившиеся в местах сгибов, исписанные, как правило, карандашом листочки с поблекшими штампами полевой почты и отметками военной цензуры. Письма с фронтов

Великой Отечественной — как ждали их! Не зря фронтовой треугольник остался в нашем сознании как один из символов той грозной эпохи.

С началом войны была нарушена привычная жизнь огромной массы людей: более 5 млн. человек оказались в действующей армии на западных рубежах страны. Призванные по мобилизации проходили подготовку в тыловых гарнизонах. Началась эвакуация из районов прифронтовой полосы. Все сдвинулось с привычных мест, переехало, поменяло адрес. Миллионы семей оказались разлученными. И только почта могла помочь жителям огромной страны не потерять друг друга.

В 1941 г. в действующую армию ежемесячно доставлялось до 70 млн. писем и более 30 млн. газет. Отмечая огромное значение почты для поддержания духа воинов на фронте и рабочих в тылу, главная в то время газета страны «Правда» 18 августа 1941 г. писала: «Важно, чтобы письмо бойца родным, письма и посылки бойцам, которые идут со всех концов страны, не задерживались по вине связистов. Каждое такое письмо, каждая такая посылка именем отцов, матерей, братьев и сестер, родных и знакомых, именем всего советского народа вливают новые силы в бойца, вдохновляют его на новые подвиги».

Как же работали связисты в условиях той страшнейшей войны? В прифронтовых административных центрах были созданы военно-почтовые сортировочные пункты, а по мере необходимости и фронтовые ВПСП, всего в годы войны их было около 40. Знаменательно, что за первые семь месяцев войны ГКО принял три решения, направленных на улучшение продвижения воинской корреспонденции. В частности, запрещалась мобилизовывать почтовый транспорт для военных и хозяйственных потребностей, разрешалось прицеплять почтовые вагоны ко всем видам поездов, даже к воинским эшелонам. С 1 марта 1942 г. на все постпакеты и мешки с военной почтой крепились отличительные адресные ярлыки «Воинский», и они отправлялись в первую очередь.

Задержка корреспонденции или засылка ее не по назначению расценивались почтовыми органами как должностное преступление. Для военных почт по последствиям это было как приказ «Ни шагу назад!» на передовой. При резко возросшем объеме переписки не доставало конвертов и открыток. Многочисленные издательства по заказу органов связи и по личной инициативе приступили к их выпуску, но на передовую в первую очередь доставляли боеприпасы, сухари, консервы, спирт, мешки с почтой. Конвертов не хватало. В такой-то обстановке и родился фронтовой «треугольник». Народ прозвал его солдатским.

Какой путь проходили письма с фронта? Солдат бросал письмо в почтовый ящик, сооруженный из подручных средств и укрепленный в удобном месте. Почтальон части ежедневно выбирал конверты, «треугольники», открытки, секретки и относил на полевую почтовую станцию, там все послания обрабатывались календарными штемпелями и закладывались в мешки, которые транспортом части отправлялись на базу полевой почты. Оттуда корреспонденция, рассортированная по направлениям, передавалась на ВПСП. Дальнейший путь проходил обычными маршрутами в почтовых вагонах.

Послания в действующую армию и на флоты из местных почтовых отделений направлялись на ближайший ВПСП. Его работники сортировали отправления по станциям и переправляли их на армейские базы или фронтовые сортировочные пункты. Доставка корреспонденции с полевых почтовых станций на передовые подразделения, на корабли, как правило, требовала большого мужества. Нередко путь почтальона к блиндажам и окопам составлял десятки километров и проходил под пулями врага. Как известно, почти вся почта с фронта просматривалась. На почтовых отправлениях ставился штамп с текстом «Просмотрено военной цензурой».

Глава II. Письма как источник информации.

Хотя письма являются субъективным источником информации о событиях, очевидцем которых был их автор, тем не менее нельзя полностью познать историю, не взглянув на нее глазами современников, не испытав чувств, которые они переживали в момент создания письма. Для меня они ценны также тем, что в них фронтовик проявлял свое

отношение к происходящим событиям, выражал свои чувства по отношению к своим близким.

Разница во времени, отделяющая меня от автора писем, огромна и не позволяет, с одной стороны, относиться к нему фамильярно. Если бы он был сейчас живым, то ему было бы уже за 100 лет. Но, когда он писал эти письма в 1941 - 1944 годах, то ему, наверно, было лет 18 – 20. Таким образом, для меня эти фронтовики (а в моей работе я рассматриваю письма двух фронтовиков) останутся вечно молодыми, почти моими ровесниками. Поэтому в своей работе я буду называть их просто Павликом и Ибрагимом, не столь для удобства, сколь для того, чтобы еще раз подчеркнуть мою близость к их возрасту и духу.

Всего писем, которые имеются в комнате Боевой Славы колледжа 11 штук, из них три написаны Павликом и восемь – Ибрагимом. Из восьми писем, написанных последним, лишь три на русском языке, а остальные на узбекском. Перед началом исследования я совместно со своим преподавателем истории провел большую работу по сохранению данных писем. Каждое письмо было упаковано в отдельную файловую папку. Затем все письма с помощью современной компьютерной техники были преобразованы в цифровые файлы и сохранены на жестком диске компьютера. Одной из целей такой обработки писем было желание сохранить эти документы и передать их другим потомкам, кто заинтересуется в их изучении.

Кроме того, цифровой вариант писем исключает при работе постоянный контакт с подлинниками, а, значит, продлевает их жизнь. С помощью компьютера можно также увеличить письмо, прочитать трудночитаемые места. Для удобства изучения все письма были переписаны в виде Word-документов, причем, если была возможность, на каждом письме прочитывались штампы, по которым можно было определить место, дату отправления и получения письма. Это помогло мне впоследствии с хронологией писем. Например, авторы писем имели обыкновение ставить дату в каждом письме.

Что же представляют из себя фронтовые письма? Письма, благодаря их бережному хранению, великолепно читаются, хотя написаны иногда на плохой бумаге, а иногда и на обрывках документов. Все они написаны карандашом, и только адреса, куда отправляются письма, прописаны чернилами. Самыми проблемными местами для чтения были сгибы. Видимо, часто их доставали получатели и перечитывали.

По сгибам можно определить, что часть писем посылались адресатам в форме простых треугольников. Два письма написаны на специальных бланках, в которых имелась художественная заставка, посвященная борьбе с фашистами. Почти все письма не имеют марок, так как солдатские вести с фронта доставлялись родным и близким бесплатно. Но одно письмо, отправленное Павликом, содержит штамп «Оплатить».

Каждое письмо, отсылаемое из воинской части, либо из госпиталя, проверялось военной цензурой. В письмах Павлика и Ибрагима не было ни одного вычеркнутого слова, хотя на каждом письме имеется штамп «Просмотрено военной цензурой». Это обстоятельство не создало мне дополнительных трудностей в прочтении писем. Но я предполагаю, что автор писем не мог до конца откровенно высказывать свои мысли, делиться увиденным. Под штампом цензора указывался также его номер, что могло быть использовано для определения места отправления письма.

О многом рассказывают фронтовые письма, многому учат. Учат тому, как жить и бороться за свое счастье, как трудиться, как беречь свое доброе имя. И хотя письма адресованы родным и близким, узкому кругу лиц, они выражают общее настроение людей, с оружием в руках защищавших честь и свободу нашей Родины, а по существу, обращены к каждому из нас, к нашим сердцам, к нашим мыслям и чувствам. Поэтому и дороги нам эти пропахшие порохом бесценные документы.

Глава III. Фрагменты писем. Вот, что написано в письмах с фронта: 29 июня 1944 г.

Марьям и сын Шафкат!!! Привет также Суфие и Дильбе!!

Так же привет всем знакомым и друзьям. Если жив Сидоров, с которым я давно знаком, то передайте ему мой пламенный привет. Сам сейчас жив, здоров. Письма Шафката от 18

мая и Марьям от 28 мая, которые были посланы в Актюбинск передали товарищи, прибывшие от туда. Спасибо я от сюда написал три письма.

Хисамутдинов Ибрагим. Полевая почта №77685 «ж»

Здравствуйте Папа, Мама, Римма, Людочка со Славущкой!!!

Это мое третье письмо с фронта. Только мне неизвестно дошли ли до вас те два. И перевод на четыреста рублей, я должен сообщить Вам, что я переведу свою зарплату неполную на имя Людмилы, а ты Людочка можешь помогать матери в Моисеево. Эти деньги и пусть Славик помнит своего папу.

Мне правда не совсем удобно писать вам письма, когда с вами я не виделся. Как я хотел все это сделать, оставались совсем считанные дни. И ты Люда была бы со мной, но взорвавшийся Гитлер помешал этому. Он получит от нас достойный отпор, будет разбит – в этом твердая уверенность нашего народа. Вас прошу ждать меня, в особенности Люда – тебя прошу, чтоб сын наш рос крепким, бодрым и всегда счастливым, если сильно будешь скучать, отвези Славу к моей матери. Пусть он погостит там, а потом обратно. Работать устраивайся в Красном.

Еще одну вещь напишу Вам, только серьезно ее продумайте!!! Если злая пуля унесет мою жизнь и я больше не увижусь с вами, тебе Люда желаю счастья еще большего, но прошу тебя как достойную жену мою любить сына, уважать его, помня одно я всегда любил вас и сейчас, идя в бой, я вдесятеро сильнее становлюсь, смелее, я вас защищаю и сотни таких как я и ты.

Но я буду жив – ни что меня не сразит! Никогда!

Все. Иду в бой. Помните мои слова: целую крепко вас. Тебя Славущка с мамой целую.

Ваш Павлик. 17 июля 1941 г.

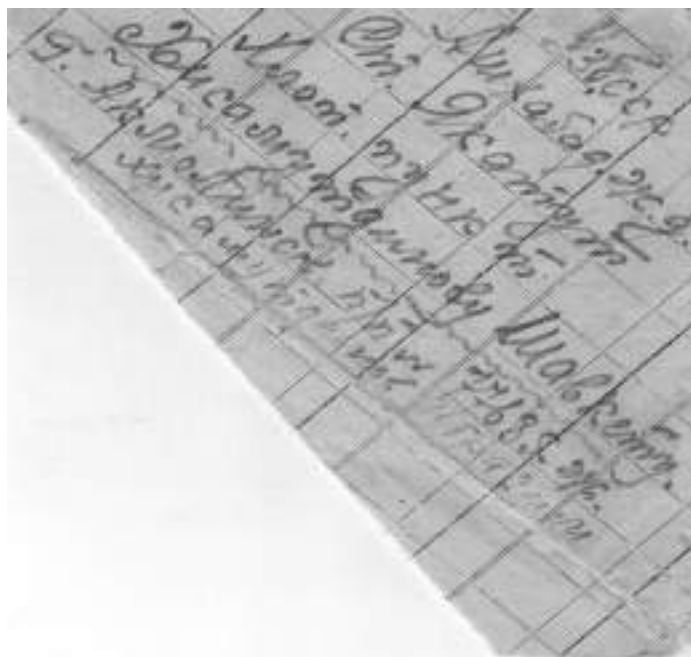
Заключение. Становясь старше, мы всё больше осознаём, какой дорогой ценой завоёвана Победа. Сколько уже поколений родилось и выросло после той страшной войны. Но будущего не бывает без прошлого. Не имеем права мы, живущие сегодня, на то, чтобы наши сердца замолчали, так как нет в России семьи, которую бы война обошла стороной.

Понимая ценность этих реликвий, мы должны сохранить их для наших детей и внуков, чтобы память о войне никогда не прерывалась. Сейчас по-другому понимаешь ценность жизни в мирное время и бессмысленность любой войны.

Список использованных источников:

1. Архив комнаты Боевой Славы колледжа.
2. Мясников В.А. «Письма павших (1941-1944 г)». - Верхне-Волжское книжное издательство, 1981
3. А. Меленберг // Новая газета: Победа. Время после беды.-18.05.2007

Приложения



Треугольник Ибрагима



Письмо Павлика

СТАЛИНГРАД. ПОСЛЕВОЕННОЕ ВОЗРОЖДЕНИЯ ГОРОДА

Авдеева Кристина Александровна
Руководитель: Шашлова Лилия Борисовна

В 2023 году исполнится 80 лет Сталинградской битве. С каждым днем очевидцев Великой Отечественной Войны становится меньше – это ведет к информационному заблуждению, переписыванию истории, частому в наше время, поэтому молодежь старается возобновить утраченные страницы истории, в том числе Сталинградской битвы.

Сталинградская битва самая большая по масштабу. Немецко-фашистские варвары с особым ожесточением разрушали промышленность города. Мертвыми гигантами застыли заводы «Красный Октябрь», СТЗ, Баррикады.

Фашистскими оккупантами было сожжено и разрушено 41685 из 47 тысяч домов, 124 школы, 120 детских садов, 60 яслей, 14 театров и кинотеатров, 75 рабочих клубов, дворцы культуры, 2 цирка, 15 больниц, 68 амбулаторий и поликлиник, медицинский, педагогический и механический институты, десятки техникумов. Было полностью уничтожено городское коммунальное хозяйство. Ни одного промышленного предприятия из 126 не сохранилось, 48 заводов были стерты с лица земли. Разрушены все трамвайные и шоссезные дороги и мосты, выведена из строя высоковольтная линия электропередач от первой до последней опоры, полностью погибло окаймляющее город «зеленое кольцо», сожжены все парки и сады города.

Сталинград стал одним из первых городов, возрождение которого происходило в условиях продолжавшихся военных действий. Его защищала и поднимала из руин вся страна.

20-21 января 1943 года на XI пленуме обкома партии был определен целый ряд задач, которые необходимо было решать комплексно и одновременно в масштабах всего города:

1. Необходимо провести учет населения, обеспечить его продуктами и одеждой, выявить и организовать детей, потерявших родителей.
2. Очистить город от мин и трупов, восстановить энергоносители, железную дорогу и водный транспорт, телеграфную, и почтовую связь.
3. Заново создать коллективы поднимаемых из руин предприятий и развернуть подготовку квалифицированных кадров.
4. Расширить местную промышленность стройматериалов, наладить производства кирпича, стекла, черепицы, извести, алебаstra.

В городе был создан ГлавСталинградстрой, подчиненный совету Министров РСФСР. Эта организация вела основные работы по восстановлению города.

Началась очистка города - героя. Труженикам Сталинграда в первый период строительных работ приходилось преодолевать исключительные трудности. С территории СТЗ было везено свыше 8 тыс. вагонов обломков, битого кирпича, железа, мусора. Примерно столько же с территорий каждого большого предприятия.

Прежде всего, надо было очистить улицы от трупов, мин, разбитой военной техники, обломков и мусора. За короткий период было убрано и захоронено 125816 трупов немецких солдат и офицеров. Было обезврежено 1 063 000 мин, авиабомб, снарядов, гранат и различных «сюрпризов».

Центром возрождения города стал Кировский район, пострадавший во время оккупации меньше других. Некоторые социально-бытовые объекты были отремонтированы самими жителями Сталинграда. Так до окончания боев (в январе 1943года) в Бекетовке стал действовать маслозавод, в Красноармейском районе - мельница, во всех районах в приспособленных помещениях были устроены хлебопекарни, магазины, бани, открылись столовые и ларьки. Постепенно восстанавливалась работа Райпищкомбинатов, и налаживалось обеспечение населения продуктами питания.

Сразу же после освобождения Сталинграда развернулась работа по очистке города от завалов, снарядов, авиабомб, разбитой техники, мин, уборке трупов, ремонту и строительству дорог и мостов. В ней принимали участие все жители, советские солдаты и военнопленные.

К разборке руин привлекались военнопленные. На 22 февраля 1943 года в Сталинграде было захвачено в плен 91545 человек. Они направлялись на промышленные работы и строительные объекты, а после войны на строительство жилфондов и культурно-бытовых объектов, разрушенных во время боев. Их привлечение к труду в военное время осуществлялось в соответствии с «Положением о трудовом использовании военнопленных». В Сталинграде были организованы и производственные лагеря: Бекетовский (№ 108), Тракторный (№ 163), Приволжский (№361), Краснооктябрьский (№ 362). Военнопленные восстанавливали «Красный Октябрь», СТЗ, «Баррикад», Стал ГРЭС, судостроительный завод; строили дома, школы, больницы, столовые, клубы; ремонтировали дороги.

К восстановительным работам привлекался и спецконтингент - бывшие советские военнослужащие, находившиеся в окружении или в плену противника. В 1943 году организован спецлагерь, в котором содержалось 2774 человека. Спецконтингент восстанавливал заводы, строил административные здания и жилые дома и т. д.

3 февраля 1945 года спецлагерь расформирован.

Бурным потоком разлилось патриотическое добровольное движение трудящихся за быстрое восстановление родного города. Началось оно, когда работницы Дзержинского района во главе с Черкасовой организовали добровольческую бригаду, которая приняла участие в восстановлении всем известного в стране дома сержанта Павлова.

13 июня члены бригады Черкасовой обратились к жителям с открытым письмом, они говорили: «Героические защитники Сталинграда, отстоявшие город, ушли вперед, на запад и продолжают биться с врагом, не зная отдыха ни днем, ни ночью, не щадя своих сил и жизни. Так будем же достойны, и мы наших Героев - Сталинградцев, будем трудиться на восстановление родного города так же самоотверженно, как борются с врагом наши мужья, отцы и дети ...».

Черкасовцы работали на стройках в свободное время, бесплатно. Они выполняли самую разнообразную работу по восстановлению больниц, детских садов, яслей общежитий, жилых домов и транспорта.

15 июня 1943 года бюро горкома ВКП(б) одобрило патриотический почин Черкасовской бригады и призвало партийные, комсомольские и профсоюзные организации приступить к формированию добровольческих бригад. Вскоре примеру Черкасовой последовали другие. Тысячи людей различных профессий в свободные от основной работы часы и в воскресные дни выходили на стройки, чтобы своим трудом помочь строительству.

К осени 1943 года в город прибыло 23 тысячи молодых строителей.

Из всех республик, краев и областей в Сталинград поступали средства и различные материалы. Только с марта по май 1943 года в город на Волге был направлен 671 вагон со строительными материалами, товарами широкого потребления. Вся страна следила за ходом возрождения города-героя. Каждый пытался помочь Сталинграду.

В те дни газета «Правда» писала:

«Вся страна спешит ему на помощь. Ведь со Сталинградом сроднилось за героические дни его обороны сердце каждого советского человека. Ведь этот город стал символом нашей чести, вдохновенным образом нашей любви к родине. Вся страна защищала Сталинград, вся страна будет его строить!»

Вся страна восстанавливала Сталинград и каждый вносил свой вклад.

Сталинград являлся важным транспортным узлом:

- Во время Сталинградской битвы в городе и на подступах к нему были разрушены все железные дороги, протяжением в 425 км., мосты, вокзалы, станционные сооружения, 5

депо, мастерские, уничтожен весь подвижной состав. Во время Сталинградского сражения великой отечественной войны.

- Сталинградский речной порт был полностью разрушен. К 1953г. он восстановлен и реконструирован, причальная линия тянется почти на 70 км. от железнодорожной станции «Причальная» на севере до Волго-Донского канала на юге. Восстановлено 22 км трамвайных путей, 2 трамвайные подстанции — «Центральная» и «Лазурь».

- Отремонтировано и восстановлено 49 трамвайных вагонов, механические мастерские при трамвайном парке с 15-ю станками. Пущен в эксплуатацию трамвай первой очереди от центра до завода «Красный Октябрь» в декабре.

Транспорт и связь в жизни любого города - важная составляющая инфраструктуры. Но для Сталинграда, протянувшегося на несколько десятков километров, они имели особое значение. В короткие сроки был восстановлен железнодорожный узел и открыто регулярное сообщение с Москвой, и пригородное круглосуточное движение. Протяжение дорог значительно возросло, построены новые вокзалы.

Восстановлен и бесперебойно работает Южный водопровод (в Бекетовке) на 3000 км. Центральный водопровод на мощность воды 10 000 — 12000 км в сутки и подает в настоящее время 6000 км. Восстановлено 33 км городских водопроводных сетей, 20 водоразборных колонок.

По Северному водопроводу восстановлена насосная станция 1-го подъема на мощность 86 т. км и водовод — 14 км (от насосной станции 1-го подъема до завода «Красный Октябрь»), высоковольтная линия протяжением 7 км к насосной станции 1-го подъема.

По канализации восстановлено 10 км канализационных коллекторов. Отремонтированы смотровые колодцы на водопроводных и канализационных сетях.

Подготовлено квалифицированных рабочих 687 чел. обучается 122 чел. Отремонтировано и восстановлено асфальтовых мостовых 9500 кв. м, булыжных мостовых — 42 500 кв. м.

Восстановлена силами города больница № 7, отремонтировано и восстановлено помещение поликлиники № 3. Заканчиваются работы по переоборудованию помещения б. спец склада под помещение инфекционного корпуса 1-ой советской больницы. Приспособлено помещение детских яслей под больницу. Восстановлено здание АТС (производственный корпус сдан под монтаж).

Как же дело обстояло с разработкой нового генерального плана Сталинграда? При управлении главного архитектора города в 1943г. была создана архитектурно-проектная мастерская для разработки проектов детальной планировки и строительства жилых и гражданских зданий. Мастерская была маломощная, поэтому взять на себя решение крупных планировочных задач не могла. Разработку генерального плана Сталинграда правительство поручило Академии архитектуры СССР.

Авторский коллектив архитекторов во главе с вице-президентом К.С. Алабяна насчитывало 150 человек. В него входили член-корреспондент Академии архитектуры СССР Н.Х. Поляков, архитекторы Д.М. Соболев, А.Е. Пожарский, инженер В. А. Бурятия и т.д.

5 августа 1944г. был утвержден проект генерального плана Академии архитектуры СССР. Благодаря этому плану сегодня мы имеем такой красивый город.

Список использованных источников:

1. <https://riac34.ru/news/112821/> Сталинград-1943: с чего начиналось восстановление (25.10.2022)
2. http://www.volgograd-history.ru/history/stalingrad/article_008.html Возрождение. История Сталинграда (31.10.2022)

ЭТОТ ДЕНЬ МЫ ПРИБЛИЖАЛИ КАК МОГЛИ. СТАЛИНГРАДСКАЯ ГРЭС В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ.

*Архипов Олег
Владимирович*

Вараев Билал Абубакарович

Руководитель: Тушева Наталья Николаевна

*ГБПОУ "Волгоградский профессиональный техникум
кадровых ресурсов", Волгоград*

Актуальность. Сталинградская битва занимает особое место среди событий Великой Отечественной войны. Героический подвиг защитников Сталинграда, солдат и офицеров, известен всему миру, но великая Победа ковалась не только на полях сражений. Гражданское население сыграло огромную роль в защите города от врага, проявляя выдержку и героизм на трудовых фронтах. Упорный труд в цехах днем и ночью, под ураганным артиллерийским огнем, бомбежками значил для Победы не меньше.

Основной *целью* нашей работы является изучение, анализ и обобщение имеющихся источников о деятельности работников Сталинградской ГРЭС в годы Великой Отечественной войны.

Предметом исследования являются публикации о Сталинградской битве и вкладе энергетиков в защиту города.

Методологической основой работы стали сбор, анализ литературы по теме исследования, изучение исторических источников, посвященных Сталинградской битве (теоретические методы исследования).

Источники: широкий круг опубликованных материалов) и материалы музея Кировского района города Волгограда.

Практическая значимость работы состоит в том, что материалы работы могут применяться в лекционных курсах по краеведению.

Сталинградская ГРЭС в годы войны.

22 июля 1929 года на южной окраине Сталинграда, в районе Бекетовки, начались работы по строительству государственной районной электростанции. 8 ноября 1930 г. состоялся торжественный пуск Сталинградской ГРЭС.

С первых дней войны все заводы Сталинграда были переориентированы на выпуск военной продукции. Ответственность за энергоснабжение предприятий города несли работники ГРЭС. Работа электростанции по бесперебойному снабжению электроэнергией промышленности города, которая обеспечивала выпуск военной продукции, происходила в трудных условиях. С первых дней августа Кировский район города подвергался систематическим налетам вражеской авиации. Коллективу ГРЭС приходилось работать в условиях частых «воздушных тревог» и заступать на очередную вахту почти без отдыха.

В результате массовых налетов и бомбежки города 23–25 августа были основательно повреждены линия передач от ГРЭС до города и городская электрическая подстанция. Энергоснабжение сталинградского хлебозавода и водозабора прекратилось. Город остался без воды и без хлеба. Восстановление проходило в весьма тяжелой обстановке, под непрерывной бомбежкой вражеской авиации. Но, несмотря на трудности, линия передачи и городская подстанция были восстановлены, и к 29 августа город получил электроэнергию, что дало возможность пустить водопровод, городскую мельницу и обеспечить население водой и хлебом.

К воздушным бомбежкам впоследствии прибавился минометный обстрел северной и южной окраин города. И только когда немецкие войска заняли территорию, по которой

проходила линия электропередач, коллектив ГРЭС прекратил подачу электроэнергии в город. Электростанция переключилась на удовлетворение потребностей Кировского района. Оставшийся на станции персонал, 123 человека, круглые сутки самоотверженно восстанавливает агрегаты, химический цех дает не только техническую, но и питьевую воду для фронта и части города.

К 13 сентября фашистские войска, заняв господствующие высоты, начался систематический артиллерийский обстрел Сталинградской ГРЭС. Но, несмотря на серьезные повреждения агрегатов, станция продолжала работать. Более того, не было ни одного случая, чтобы кто-нибудь из работников оставил свой пост. Примеров героизма более чем достаточно.

Подвиг работников СталГРЭС.

В разгар рабочего дня на станцию обрушился артиллерийский огонь. Один из снарядов разорвался неподалеку от мазутопровода, если станция остановится, замрут станки на тракторном заводе, где выпускали танки, прекратится выпуск орудий и снарядов к ним на других предприятиях города. Старший кочегар Константин Николаевич Харитонов, кинулся к месту повреждения и курткой устранил повреждение. Горячая нефть обожгла грудь, руки, но котлы не остановились, станция продолжала работать.

Стремление поддержать работу станции во время воздушного налета стоило жизни слесарю — турбинисту А.В. Парамонову. Воздушная тревога застала его за неотложной работой. Бомба, пробив крышу, разорвалась над третьей турбиной, где как раз и устранял повреждение слесарь. Осколок оборвал его жизнь. Водосмотр М. В. Дубоносов, находясь на вахте на площадке под крышей, один, невзирая на рвущиеся вокруг снаряды и падающие поблизости осколки, не покинул свой пост и продолжал регулировать уровень воды в котле.

К 13 сентября фашистские войска, заняв господствующие высоты, начали систематический артиллерийский обстрел Сталинградской ГРЭС. Начался удивлявший даже сталинградских военных «турнир» упорства и мужества, рабочих Стал ГРЭС и немецкой артиллерии, и бомбардировочной авиации.

Едва над трубами СталГРЭСа появлялся дымок - немецкие батареи открывали огонь. Но все же изо дня в день рабочие упрямо поднимали давление в котлах, зная, что этим они вызывают на себя огонь немецких тяжелых батарей. Иногда рабочие, видели, как на гребне окрестных холмов появлялись немецкие танки. Бывали минуты, когда казалось, вот-вот танки прорвутся к СталГРЭС. Тогда директор отдавал приказ держать наготове ящики с толлом, которым были заминированы главные агрегаты. К концу сентября предприятия Сталинграда значительно снизили потребление электроэнергии. Поэтому электростанция работала только ночью.

С 23 октября станция начала работать круглые сутки. Спустя некоторое время фашисты возобновили обстрел станции из артиллерии, который продолжался до 10 ноября. В те дни главный инженер Сталинградской ГРЭС Константин Васильевич Зубанов лично вынес с территории станции три неразорвавшихся снаряда, причем, один из них — с 43-метровой высоты, по крутой лесенке шириною меньше аршина. 4-5 ноября 1942 г. электростанция подвергалась яростным налетам вражеской авиации, сбросившей на Сталинградскую ГРЭС около 200 бомб. Электростанция, не смотря на старания энергетиков, оказалась надолго выведена из строя.

Зимой 1941-1942 гг. вспомогательные цеха электростанции: ремонтно-механический, гараж и частично электроцех, использовались для оказания помощи фронтовым частям Красной Армии. Летом 1942 года, работа этих цехов уже на 80—90% была направлена исключительно на помощь фронту: производили зарядку аккумуляторов, снабжали энергией фронтовые радиостанции, производили ремонта танков и "катюш" в мастерских СталГРЭС. Рабочими гаража было отремонтировано более 50 автомашин, 10 различных электроприборов для артиллерии, зенитных батарей и автомашин. Рабочие ГРЭС смонтировали несколько электрощитов для походных зарядных станций.

Станция работала. Даже в те дни, когда создавалась угроза ее захвата гитлеровцами. Она обеспечивала ток командный пункт и узел связи 64-й армии, а также подачу энергии на близлежащие предприятия Кировского и Красноармейского районов, работавших для нужд фронта. До последних дней великой битвы на берегу Волги работали сталинградские энергетики, не зная усталости, не ведая страха. Командующий - 64-й армией генерал Шумилов рассказывал, как солдаты и офицеры передовой линии фронта, расположенной в районе СталГРЭС, говорили о том, что станцию бомбят, а она спокойно дымит своими трубами, что такого они еще не видели.

Возрождение СталГРЭС из руин и пепла. 2 февраля 1943 года на Сталинградской земле установилась тишина. Началась работа по восстановлению станции. Первые агрегаты — котел и аварийную турбину запустили в марте 1943 года. Запуск станции помог поднять из руин тракторный завод, металлургический завод «Красный Октябрь», метизный завод и другие предприятия. Продукция этих предприятий была необходима фронту, для победы над врагом. В 1944 году на станции работали пять котлов, и это была большая победа.

Памятный знак в сквере. В ходе налётов и артобстрелов непосредственно на территории Стал ГРЭС погибли 24 человека. В их числе 14 работников станции, девять красноармейцев и один боец охраны НКВД. Всем им, а также сталгрэсовцам, погибшим на фронтах Великой Отечественной, и посвящён памятный знак, установленный в сквере недалеко от проходной.

1 февраля, в канун 70-летия разгрома немецко-фашистских войск под Сталинградом, на памятном знаке в сквере у Волгоградской ГРЭС торжественно открыты мраморные плиты с именами энергетиков, погибших в годы Великой Отечественной войны. Но фотографий почти не сохранилось, порой даже имя, отчество неизвестны – только фамилия. Остается надежда, что со временем сведения будут уточнены и дополнены, для этого оставили на плитах свободное место. Три фотографии всё же удалось найти. Это портреты летчика, Героя Советского Союза Николая Константиновича Савенкова, командира роты Михаила Тимофеевича Балонина и заместителя парторга СталГРЭС Михаила Владимировича Никитина.

Заключение.

Изучив материалы по истории Сталинградской ГРЭС, мы сделали выводы, что энергетики вписали яркие страницы в героическую оборону Сталинграда. За время Сталинградской битвы работники Стал.ГРЭС ценой собственной жизни помогали отстаивать город, давали электроэнергию, чтобы в городе был хлеб и вода, чтобы работали оборонные предприятия. А в самые тяжелые дни Сталинградской битвы, когда электростанция не могла выполнять свою основную функцию, в цехах проводился ремонт автомобилей и электроприборы для артиллерии и зенитных батарей для нужд фронта.

Родина с благодарностью вспоминает тружеников тыла, чьи героические усилия обеспечили успешное решение великой задачи - защиты свободы и независимости нашей страны. Эта победа ковалась на фронтах и в тылу, и работники Стал.ГРЭС внесли в нее неоценимый вклад, их трудовой подвиг навсегда вписан в героическую историю нашей Родины.

Список использованных источников:

1. Аргасцева С.А., Андреева Е.Н. и др. *Битва за Сталинград.* Волгоград, 2003.
2. *Битва за Сталинград.* / Под ред. А.А.Кольтюкова и Ю.П.Квятковского. М.; СПб., 2002.
3. *Великая Отечественная война, 1941-1945. События. Люди. Документы: Краткий исторический справочник.* – М.: Политиздат, 1990.
4. *Государственный музей-панорама "Сталинградская битва".*
5. Драхлер А.Б. *Отечественная история с древнейших времён до наших дней.* – М.: ВЛАДОС – ПРЕСС, 2001.
6. Поцелуев В. А. *«История России 20 столетия»* – М. 1997.
7. *Советская историческая энциклопедия.* – М.: Изд-во «Сов. энциклопедия», 1987.

9. Чужанов А.С. Сталинградский дневник (1941-1943 г.г.). – Н-Волжское издание, 1979.

[illegible]



ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Кузнецова Софья Артемовна

Руководитель: Гаврилюк Евгения Юрьевна

КГБПОУ "Хабаровский государственный медицинский колледж"

им. Г.С. Макарова министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск

Великая Отечественная война – страшнейшее событие XX века. На долю нашей страны приходится 26,6 млн погибших, в число которых входят военнослужащие – 8,7 млн. Эти цифры могли бы быть больше, если бы наши медицинские работники не проявили бы свою самоотверженность в борьбе за жизни людей, при этом рискуя собственной.

В данной работе рассматриваются вклады ученых-микробиологов в Победу. Наши биологи, продемонстрировав свои способности и силу в короткие сроки, смогли пройти проверку Великой Отечественной войной. В дальнейшем научные достижения использовались и в оборонных целях [6]. Достижения медицины и здравоохранения нашей страны в годы Великой Отечественной войны — славная страница истории, непреходящая ценность для следующих поколений.

С первых дней войны учёные России включились в активную работу по разработке лекарств, вакцин, налаживанию работы санитарно-эпидемической службы. У истоков развития всей военной медицины, на наш взгляд, стоит учёный-микробиолог Зинаида Виссарионовна Ермольева. Разработанный ею пенициллин помог спасти от гибели многих раненных, у которых развивался инфекционный процесс – заражение крови. Исследования в её лаборатории показали, что некоторые виды плесени обладают антибактериальным действием[5]. Необходимый для производства пенициллина грибок искали везде, где только можно: в траве, на земле, даже на стенах бомбоубежищ. И уже в 1942 году на базе Всесоюзного института экспериментальной медицины, который возглавляла Зинаида Виссарионовна, ею было получено соединение, от которого выздоравливали даже, казалось бы, безнадежные больные. Первый отечественный антибиотик получил название «крустозин» и в 1943 году его запустили в массовое производство[3]. Появление нового лекарства стало настоящим прорывом в медицине, помогло избежать многих ампутаций и осложнений, что позволило большому количеству солдат вернуться в строй и продолжать борьбу за свободу Родины. За своё открытие З.И. Ермольева в 1943 году получила сталинскую премию, а зарубежные коллеги почтительно прозвали её «Мадам Пенициллин».

Рождение пенициллина послужило толчком для создания ряда других антибиотиков. Так, советский биолог Георгий Францевич Гаузе вместе с женой - учёным-химиком Марией Георгиевной Бражниковой - в годы войны синтезировал первый оригинальный советский антибиотик – «Грамицидин С». Срочно было налажено массовое производство нового препарата и отправка его на фронт. Благодаря противомикробному действию антибиотиков во время войны были спасены десятки тысяч жизней при таких опасных заболеваниях, как газовая гангрена, столбняк, менингит, септические (гнойные) инфекции[5].

Наряду с антибиотиками создавались и другие лекарственные препараты, необходимые для лечения раненных. Для лечения длительно незаживающих ран Исааком Яковлевичем Постовским была предложена комбинация сульфамидных препаратов с бентонитовой глиной — средство, используемое и сегодня в медицине, так называемая «Паста Постовского».

В годы войны ранения были страшны не только бактериальными инфекциями, но и кровопотерей, что ставило ряд задач для учёных для создания методов по переливанию крови. Ранее переливание крови производилось примитивными методами, воронками или посредством набора стеклянных и резиновых трубок – метод сифона.

Во время войны сифонный метод был усовершенствован путём включения в него стеклянных капельницы и тройника. Определение группы крови перед гемотрансфузией возлагалась на лаборантов или медицинских сестёр. При большой загруженности медперсонала и большом количестве пострадавших, переливалась кровь группы О(1), так как это позволяло обойтись без определения группы крови у раненных. В остальных же случаях кровь переливалась той же группы, что у пострадавшего. Также лаборантам отводилась роль в подготовке крови к переливанию, так как в годы Великой Отечественной войны была признана необходимость подогревания крови до 38⁰ при быстром введении тяжелораненым первых порций. В остальных случаях использовалась кровь, находившаяся в тёплой комнате 1-2 часа. В последующем изучении истории болезни подтвердили правильность подобной тактики: так как в 95% трансфузий не было осложнений. Благодаря использованию переливания крови был значительно снижен процент смертности от травматического шока.

Проблемой кровотечений озадачился и профессор Борис Александрович Кудряшов. Разработанный им и внедренный в производство препарат тромбин обладал чрезвычайно ценным свойством за 3-6 секунд свертывать изливающуюся из раны кровь в сгусток – тромб, который закрывал рассеченные кровеносные сосуды и тем самым останавливал кровотечение. Особенно ценным было свойство тромбина останавливать так называемые паренхиматозные (тканевые) и капиллярные кровотечения из мозга, печени, легких, селезенки и других органов и тканей. Таким эффективным средством борьбы с кровотечениями медицина до этого не располагала.

Наряду в борьбе с кровотечениями учёными проводились исследования изменения состава крови при острогнойных инфекциях, применение бикарбоната алюминия для лечения ран, велись цитологические исследования ран при гемотерапии и т.д.

В годы войны не только инфекционные болезни и ранения угрожали здоровью людей, из-за постоянного дефицита продуктов распространялись дистрофия и цинга. Был освоен упрощенный метод получения витамина С из единственного доступного источника – хвои. Было решено организовать группу, в которую вошли бы химики, биохимики, инженеры. Руководителем группы назначили Алексея Дмитриевича Беззубова, который в первую мировую войну сам переболел цингой. Группа Алексея Дмитриевича подготовила проект по производству хвойного настоя из источника сырья «хвойной лапки». Технологический цикл был достаточно прост: лапку сортировали, мыли, отделяли иглы от древесины, опять мыли и разминали. Затем экстрагировали витамин С, обрабатывая размятую хвою 0,5%-ным раствором уксусной, или лимонной, или виннокаменной кислоты (благо их в предостаточном количестве можно было найти на складах кондитерских предприятий). Полученный настой фильтровали и расфасовывали в бутылки, стеклянные баллоны или

бочки. Этот зеленоватый кисленький напиток менее всего походил на лекарственную микстуру. По официальным медицинским рекомендациям того времени человеку требовалось в день 20 мг аскорбиновой кислоты, что и было одной дозой. Сто - двести граммов хвойного настоя ежедневно поддерживали необходимый уровень витамина С в организме. Хвойные установки быстро организовали в больницах, на предприятиях, в научных и учебных учреждениях, в некоторых воинских частях. О том, как приготовить хвойный настой в домашних условиях, многократно передавали по ленинградскому радио. Каждое утро истощенные женщины тянулись в лес, состригали хвойные лапки, набивали ими мешки и на колясках, санках, лошадях переправляли на заготовительные пункты. Это был тяжелый труд. Для госпиталей, больниц, детских учреждений было рекомендовано еще одно противощеточное средство – суп из проросшего гороха. Было известно, что проросшие семена растений содержат витамин С, поэтому, прежде чем варить суп, горох надо было замачивать и проращивать. В одной тарелке такого супа содержалось около двух доз аскорбиновой кислоты.

В годы Великой Отечественной войны специалисты санитарно-эпидемиологической службы внесли большой вклад в дело обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия страны. Организатором и первым главным врачом краевой санэпидслужбы был Кузнецов Иван Маркелович. И.М. Кузнецов – участник Великой Отечественной войны (1942-1945 гг.). После демобилизации в 1947 году его назначили на должность главного врача Краевой санэпидстанции, где он проработал до 1949 года.

В годы войны сформировалась система полевых подвижных противоэпидемических подразделений – санитарно-эпидемиологические отряды (СЭО), инфекционные госпитали (ИГ) и обмывочно-дезинфекционные роты (ОДР), а также санитарно-контрольные пункты, санитарно-эпидемиологические лаборатории, инфекционные полевые подвижные госпитали (ИППГ), обмывочно-дезинфекционные роты, гарнизонные банно-дезинфекционно-прачечные отряды. Только на Дальнем Востоке концу войны функционировали 26 отделов санитарно-эпидемиологических инспекций с санбаклабораториями и дезинфекционными службами, самостоятельные дезпункты, дезотряды и дезинспекторы, работавшие под руководством и контролем врачей; действовали санитарно-контрольные станции, подчиняющиеся непосредственно Наркомату здравоохранения, смотровые пункты морского ведомства и Тихоокеанского флота.

Роль санитарно-гигиенических мероприятий в армии была столь велика, что уже в начале войны была создана постоянная гигиеническая организация, а на втором году войны введены должности фронтовых и армейских санитарных инспекторов-гигиенистов. В их функцию входило решение вопросов, связанных с организацией питания и водоснабжения войск, размещением их в полевых условиях, с санитарной очисткой территории, санитарным обеспечением перевозок войск железнодорожным, автомобильным и водным транспортом, профилактикой отморожений, личной гигиеной военнослужащих, а также проведение санитарной разведки по местам передвижения войск. Приходилось решать различные проблемы, важнейшей из которых было обеспечение армейских подразделений доброкачественной питьевой водой. Для этого необходимо было знать все известные способы и средства очистки и обезвреживания воды в полевых условиях, гигиенические требования к ее качеству и нормам потребления, проводить предварительное обследование санитарного состояния водоисточников с оценкой качества воды в них, осуществлять обеззараживание воды в колодцах, а так-же обеззараживание индивидуальных запасов воды. Решение этого вопроса возлагало особую ответственность на военных санитарных врачей, которые должны были осуществлять повседневный контроль.

В годы Великой Отечественной Войны благодаря медицинской лабораторной службе были синтезированы новые лекарственные препараты, усовершенствована система переливания крови, разработаны способы получения витаминов. Благодаря санитарно-гигиенической лабораторной службе удалось ограничить распространение инфекционных

заболеваний. Но и это далеко не весь перечень открытий и достижений. Многие исследования, проведенные в дни войны, были призваны помочь решению и других задач. Профессор Д.А. Транковский проводил микроскопический анализ сортов древесины для авиационной промышленности и микроскопический анализ материалов – заменителей кожи, необходимых для изготовления кирзовых сапог. Лаборант О. Н. Чистякова участвовала в разработке методов контроля склейки авиационной древесины.

Великая Отечественная Война стала огромным испытанием и проверкой сил медицинской лабораторной службы. «Новое - это хорошо забытое старое». Как оказалось, существующие сегодня национальные стандарты оказания медицинской помощи имели свой «прообраз» уже во время войны. И на сегодняшний день открытия, сделанные в период 1941-1945 годов, широко применяются в современной медицине, спасая ежедневно миллионы жизней.

Список использованных источников:

1. Асанин, Ю. С., Варламов В.М., Георгиевский А. С. и др. Медицинское обеспечение Советской Армии в операциях ВОВ 1941-1945 гг. - М.: Военное издательство, 1991. Т. I, II.
2. Баграмян, И.Х. Так шли мы к победе. - М.: Воениздат, 1977. - 608 с.
3. Военно-медицинская подготовка / Под ред. Ф.И. Комарова. - М.: Медицина, 1983.
4. Гергиевский, А.С., Погодин, Ю.И., Кулишенко, В.В. Исторический очерк факультета руководящего состава Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова (1943-1993 гг.). - СПб., 1993.
5. Гладких, П.Ф., Шелепов, А.Н., Русев, И.Т. Очерки истории отечественной военной медицины. - СПб: Изд-во «Б», 2007.
6. Суслопарова Ф. Невидимый фронт // В тылу и на фронте. URL: http://www.az.ru/women_cd2/12/9/i80_343.htm (дата обращения: 20.01.2023).

ЧЕЛОВЕК–ЛЕГЕНДА:ИВАН ПЕТРОВИЧ БУРМАШЕВ

Бегусова Анна Николаевна

*Руководитель: Василенко Гульнара Исраиловна
ГБПОУ "Дубовский педагогический колледж", г. Дубовка*

Процесс воспитания будет эффективным, если за словами стоят люди, чьи героические судьбы являются для молодых примером служения Родине и выбранному делу. В педагогического колледжа вплетены тысячи судеб выпускников, которыми можно гордиться. Особое место среди них отводится участникам Великой Отечественной войны. Иван Петрович Бурмашев человек - легенда, горожане называли его Дубовским Макаренко. Его путь в педагогическую профессию был долгим – через войну.

Цель исследования: провести биографическое исследование о жизни и профессиональной деятельности выпускника Дубовского педагогического училища – ветерана Великой отечественной войны, Почетного гражданина г. Дубовки Ивана Петровича Бурмашева и пополнить ими экспозицию музея колледжа. *Задачи исследования:* проследить военную судьбу И.П. Бурмашева на основе изучения публикаций и документов домашнего архива ветерана; изучить профессиональную биографию Ивана Петровича в послевоенное время; выявить влияние педагогического образования на службу И.П. Бурмашева в милиции.

Военные университеты. Не верится, что Ваня Бурмашев бросил бы школу, не начнись война. Сельский парнишка из Тетеревятки Камышинского района, окончивший 9 классов, сознательно пошел на курсы шоферов, ведь на фронт в первую очередь забирали водителей. А ему хотелось на фронт. И он поступил на водительские курсы в Ленинске.

Получив права, Ваня сел за руль «полуторки», на которой доставлял продовольствие из Сталинграда в Дубовку. Фашисты рвались к Волге, Ивану приходилось пробираться на

склады за мукой и солью под обстрелами и бомбежкой. А однажды в районе поселка выше Тракторного его и еще двоих ребят схватили немцы, избили и закрыли в какой-то деревянной постройке. Семнадцатилетние парни за трое суток сделали подкоп и бежали. К их радости «полупторка» стояла на том же самом месте, где их остановили. И они удрали на ней под самым носом у фашистов. Вернувшись в Дубовку, Ваня поехал в военкомат, рассказал, как все было, соврал только про свой возраст. И его сразу же мобилизовали на Сталинградский фронт. Так в неполные 16 лет Иван стал шофером артиллерийского дивизиона. Спустя годы, он вспоминал о пережитом: «...Перед глазами вспыхнули подробности августовского боя. Вот к машине подбегает комбат с обожжённым лицом: «Гони, сынок, на склад! Снаряды кончаются!» Крутнул рукоятку горячей полупторки, погнал. По дороге обстреляли немецкие автоматчики, но прорвался. Пока нагрузился снарядами и патронами, с командного пункта прибежал связной: «Немцы перерезали дорогу к батарее». «Так я мигом к ним. Задворками, огородами провезу. Я же местный,» - затараторил Ваня. До батареи осталось рукой подать, когда под правое переднее колесо легла мина. Очнулся Иван на лафете пушки. Боец лил на него воду из фляжки, говорил что-то доброе, улыбался... А слов не слышно: контузия! Только по жестам понял, что снаряды привез вовремя, батарея бьет прямой наводкой» [1, с. 104].

Из госпиталя вернулся в свою воинскую часть. Вместе с однополчанами бил фашистов под Киевом, Двинском, Ригой. А потом почти по всей Европе. «Под Ригой я многих друзей потерял, - вспоминал Иван. - Разведывательная рота дивизии прорыва глубоко вклинилась в расположение противника и оказалась отрезанной от своих основных сил. Фашисты быстро сориентировались и обрушились на горстку разведчиков. Командир роты приказал отходить, сам прыгнул в кабину к молодому шоферу и крикнул: «А мы с тобою прикроем отход роты. Трое добровольцев - со мной!» Пока они поливали немцев из пулеметов, врезаясь в самую гущу захватчиков, рота организованно втягивалась в лес. «Отходим и мы!» - скомандовал капитан. И в этот момент в машину попала граната. Очнулся Ваня в медсанбате» [1, с. 105].

Сколько боеприпасов перевез на фронт молоденький шофер! За самоотверженную водительскую службу получил свою первую награду – медаль «За оборону Сталинграда».

Много тысяч километров проехал на своей «Полупторке» Ваня по дорогам войны, добрался до Венгрии. 18 марта 1945 г. в бою, проходившем северо-восточнее города Салдус, в трудных метеорологических условиях в дождь и грязь доставлял боеприпасы на боевой порядок дивизиона, обеспечивая сослуживцев снарядами точно в срок. Медаль «За боевые заслуги», полученная Иваном 29 мая 1945г., стала наградой бойцу за смелость и сноровку.

9 мая 1945 г. война для него не закончилась. В боях за Родину с японскими захватчиками шофер Бурмашев вновь проявлял мужество и отвагу. Преодолевая степи Китая, водитель боевой машины не имел ни одной задержки. Пробираясь через горы, болота, по ущельям, он всегда доставлял груз в срок. 20 августа 1945 г. Иван получил медаль «За боевые заслуги». Иван Петрович также был награжден орденом Отечественной войны II Степени.

Работа в детском доме. По окончании службы Иван Петрович Бурмашев начал свою трудовую деятельность воспитателем в детском доме, одновременно учился в Дубовском педагогическом техникуме. Это предопределило его дальнейшую судьбу.

В очерке Н. Громова «Секреты педагогики» описана встреча ветерана с пионерами, которые попросили его рассказать о жизни после войны. Иван Петрович ответил: «Послевоенная моя жизнь начинается опять-таки еще в самой середине войны. ...Кроме разрушений, пожаров, ни с чем не сравнимого горя, война несла сиротство. При освобождении от захватчиков наших сел, деревень, хуторов в дивизию попадали дети, пережившие ужасы войны, лишенные крова и родителей. Солдаты тепло и заботливо относились к ним...».

Семнадцатилетний Ваня сроднился с мальчишками - ничто так не сплачивает людей, как вместе пережитое горе. Через армейскую газету Иван обращается к воинам с просьбой оказать Дубовскому детскому дому материальную помощь. Сержант Бурмашев пишет, что он, солдат армии-победительницы, считает себя ответственным за воспитание детей погибших воинов. Десятки тысяч бойцов отозвались на призыв сталинградца»[1, с. 106].

Возвратившись на родину, Бурмашев работает в Дубовском детском доме воспитателем, поступает в педагогический техникум. Для одних детей он мудрый советчик, для других - старший брат, для третьих - строгий судья. В меру своих сил и способностей старался заменить детям незаменимое или хотя бы смягчить их сиротскую долю. Когда последнему детдомовцу исполнилось восемнадцать, Иван Петрович встал перед сложнейшей проблемой: менять профессию. В райкоме партии ему посоветовали идти в милицию.

Служба в милиции – продолжение педагогической деятельности. И вот он снова с детьми. На этот раз с трудными. «Иван Петрович признавался: «Когда я вижу подростка на скамье подсудимых, мне становится стыдно перед совестью, перед памятью своих друзей-фронтовиков, стыдно за всех нас взрослых, не сумевших предотвратить правонарушение мальчишки». Как сделать так, чтобы подросток не нарушал закон? В поисках ответа Бурмашев перечитал работы крупнейших педагогов - Макаренко, Сухомлинского, Ушинского...

И решил Иван Бурмашев увлечь мальчишек города Дубовки спортом. Быть сильным, ловким, непобедимым - естественное желание всех ребят, из-за этого они придут в клуб, согласны будут принять местные порядки и нормы, подчиниться моральному и дисциплинарному кодексу. Посоветовавшись с руководством райотдела внутренних дел, Бурмашев просит у городского Совета помещение для подросткового спортивного клуба. И такое помещение нашлось. Располагалась комната в подвале районо, который Иван Петрович сам отремонтировал. Две малые комнатухи стали местом пребывания не только милиционера, но и его верных помощников – дзержинцев. Подростки назвали клуб «Олимпия», определив перспективную цель не иначе как победа на Олимпиаде.

Иван Петрович увлеченно размышлял о проблемах воспитания трудных ребят: «Занимаясь с подростками в «Олимпии», я окончательно убедился, что природная склонность к физическому совершенству преобладает над всеми остальными желаниями и склонностями. При умелом использовании этой возрастной особенности можно не только поправить однажды оступившегося подростка, но и сформировать заново личность, развить качественно новые черты в ней. Занимаясь спортом в одной из спортивных секций или команд, мальчишка «заражается» коллективизмом независимо от своей воли. А всякая совместная деятельность не обходится без взаимного влияния, взаимообогащения и взаимопроникновения. Из задиристых грубоватых забияк вырастают смелые, жизнерадостные, честные юноши, способные на труд и на подвиг».

Была у Бурмашева и другая трудность - с организационной стороной клуба: где взять деньги на оплату руководителей секций, тренеров? И тогда на помощь пришли работники милиции во главе с начальником Дубовского отдела подполковником Ю. А. Пешехоновым. Милиционер Н. К. Усачев возглавил секцию бокса, участковый инспектор Г. П. Ермилов - самбо, начальник паспортного стола Н. Ф. Печаткин - секцию служебного собаководства.

Спорт - не единственное педагогическое средство в работе с подростками. Спорт - лишь повод для вовлечения в клуб. Здесь намечен комплекс воспитательных мер. Бурмашев предложил создать кружки, факультативы, лектории...

Все праздники, связанные с крупными победами в Великой Отечественной войне, отмечаются организованно. 2 февраля приглашали в «Олимпию» участников Сталинградской битвы и участников парада на Красной площади. Рассказывая о своих подвигах и подвигах сверстников, погибших при освобождении нашей Родины, ветераны войны заставляли подростков задуматься о жизни, подвиге, о своем месте в жизни, о счастье.

Именно он в середине 60-х организовал отряд «Юный дзержинец», в который поначалу входили только мальчики-подростки. В отряде было полное самоуправление, проводились рейды и патрулирования, были вечера и КВНы, на каникулах здесь организовывали летние лагеря. Иван Петрович не командовал, казалось, что подростки всё решают и делают сами.

Чтобы отвлечь от улицы «трудных», попавших на учёт за правонарушения, Петрович сначала «устраивал» их в школьные кружки и в Дом пионеров, а потом загорелся идеей открыть настоящий спортивный клуб. Он вообще быстро загорался, увлекался и доводил дело до конца. Он смело шёл в самые высокие кабинеты, к самым влиятельным людям. И ему помогали. Никто не смел отказать фронтовику, потому что он просил для детей. Потому что он спасал их, выводя напрямую дорогу жизни, иногда силком выволакивал из трясины криминала. И спортивный клуб «Олимпия» был открыт. В старом купеческом здании, в котором прежде находился инкубатор. Одному Ивану Петровичу было известно, сколько сил и энергии было затрачено, чтобы преодолеть все чиновничьи преграды, чтобы найти средства, чтобы добиться финансирования. В это здание перешла и детская комната милиции.

Бурмашев старался привлечь в «Олимпию» трудных подростков, стоящих на учете за правонарушения, чтобы спорт отвлек их от вредных привычек и дурных компаний. Инспектор искал для них интересные занятия: единоборства, атлетическая и художественная гимнастика, теннис. В клубе был оборудован тир, построена голубятня. Одно время там даже содержался орел – раненую птицу нашли и принесли туда мальчишки. Ребята постигали в клубе и основы собаководства. На каникулах для подростков организовывали летние лагеря.

Иван Петрович вместе с инспектором Л.Г. Костиной посещали все 25 школ района. Ежемесячно встречались с каждым подростком, состоящим на учёте в детской комнате милиции, еженедельно проводили рейды, ежедневно занимались дзержинцами, сами вели секции в спортивном клубе. В начале 70-х возникла новая идея: чтобы сократить количество правонарушений и преступлений подростков, решили объединить усилия всех организаций района, связанных с воспитанием детей. Инициатива воплотилась в совместный план почти 20-ти организаций. Координаторами выступали инспекторы детской комнаты милиции. За новые и неординарные формы работы с детьми Бурмашев И.П. в 80-е годы получил орден Дружбы народов. заслуженный отдых Иван Петрович ушел в звании капитана милиции в 1982 г. Но общественную деятельность не прекратил, участвовал в работе по патриотическому воспитанию подрастающего поколения[2, с. 2]. Скончался Иван Петрович 18 ноября 2007 г.

Несколько поколений ребят помнят И. П. Бурмашева. Особую благодарность к нему испытывают бывшие «трудные», те, которых уберег от тюрьмы. Сегодня они вспоминают, как инспектор не оставлял их без своего пристального внимания. Его преданность педагогической профессии и любовь к людям принесли ценные результаты - множество спасенных судеб. Фронтовик, педагог, милиционер признан почетным жителем города Дубовки.

Трудную и прекрасную жизнь прожил Иван Петрович. Война, работа в детском доме, в милиции. Вся послевоенная жизнь ветерана – выпускника Дубовского педагогического техникума пронизана призванием к педагогике. Работая 30 лет в детской комнате милиции, он был верным другом мальчишек. Вытаскивал трудных подростков из дурных компаний, приводил их в секции и кружки. И пацаны возвращались в школу, показывали спортивные рекорды. Он был другом, защитником, судьей и наставником ребят.

30 января 2019 г. полицейскому классу средней общеобразовательной школы №1 г. Дубовки присвоено имя ветерана Великой Отечественной войны, капитана милиции Ивана Петровича Бурмашева. Юные кадеты изучают славную биографию героя, участвуют в мероприятиях, посвященных ветерану, встречаются с его родственниками. Подготовленные нами в ходе исследования материалы об И. П. Бурмашеве дополнили экспозицию музея

истории Дубовского педагогического колледжа. На курсовом классном часе «Героев помним» мы рассказали о судьбе И.П. Бурмашева студентам 2 курса. Пример героического служения Родине, педагогической профессии стал для молодых людей предметом гордости.

Список использованных источников:

1. Громов Н., Степенов Н. *Секреты педагогики. //Беспокойные будни: сборн. / Сост. И.С. Гуммер. – Волгоград: Ниж. – Волж. КН изд-во, 1982 г., - С.103 – 108.*
2. Мазницкий А. Дубовский Макаренко. // А. Мазницкий. - *Сельская новь. – Дубовка, 2 февраля 2008 г., С. 2.*

ДРЕВЕСНО-КУСТАРНИКОВАЯ ФЛОРА АМУРСКОГО БУЛЬВАРА г. ХАБАРОВСК

Кожевникова Жанна Антоновна

Руководитель: Гаврилюк Евгения Юрьевна

КГБПОУ "Хабаровский государственный медицинский колледж"

им. Г.С. Макарова министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск

В современных крупных городах с большим числом промышленных предприятий, развитой сетью городского транспорта, жилой и общественной застройкой создаются условия, неблагоприятно влияющие на здоровье человека. Основное средство оздоровления воздуха городов — широкое развитие системы зеленых насаждений.

Зелень в любое время года действует на человека умиротворяюще, снижает нервное напряжение. Велика роль деревьев и цветущих кустарников в экзотическом воздействии на человека. Зелени в нашем городе сравнительно много, ассортимент деревьев и кустарников разнообразен.

Цель исследования: изучить древесно-кустарниковый ярус Амурского бульвара г. Хабаровска.

Задачи:

1. Ознакомиться с историей возникновения Амурского бульвара г. Хабаровска.
2. Составить список деревьев и кустарников, произрастающих на Амурском бульваре г. Хабаровска.

При изучении Амурского бульвара г. Хабаровска мы пользовались методами наблюдения, описания и метод линейного маршрута.

Для достижения этой цели была проведена следующая работа:

1. Проанализирована научно-популярная и справочная литература, где рассматривается история города.
2. Составлен список древесно-кустарниковой флоры Амурского бульвара.

Хабаровск — старинный русский город, широко и привольно раскинувшийся на правом холмистом берегу величественного Амура. Хабаровск является крупным,

культурным и научным центром Дальнего Востока. Город с 600-тысячным населением является наиболее значимым промышленным и культурным центром, где сосредоточены современные фабрики и заводы, представляющие самые разнообразные отрасли народного хозяйства, работает немало число высших и среднетехнических учебных заведений, научно-исследовательских и проективных институтов, театров и музеев, общеобразовательных, музыкальных и художественных школ. Город с богатой историей и традициями [5].

История Хабаровска непосредственно связана с освоением Россией берегов Амура и Тихого океана.

31 мая 1858 г. солдаты 13-го линейного Сибирского батальона под командованием капитана Я.В. Дьяченко основали военный пост Хабаровку, названный в честь русского землепроходца XVII века Ерофея Хабарова. С 30 октября 1880 г. селение Хабаровка получает статус города. В 80-е годы в городе появились первые каменные дома, а в 1913 г. их насчитывалось более сотни. Город в 1893 г. был переименован в Хабаровск. В 1893 году впервые произведена инструментальная топографическая съемка города [5].

Хабаровск быстро растет. Появляются новые кварталы, микрорайоны, производственные предприятия. Река Чердымовка, протекающая по центральной части города, была завалена нечистотами, портила вид города, загрязняла Амур, мешала прокладке магистралей. Теперь на месте старой, грязной реки - Амурский бульвар [4].

Амурский бульвар г. Хабаровска располагается в центральной части города, общая протяженность около трёх с половиной километров. Бульвар пересекают 19 улиц.

Хабаровск с его бульварами, парками, садами и лесопитомниками - один из самых зеленых городов Российской Федерации. Общая площадь всех насаждений составляет более 4 тысячи гектар.

Растительность окрестностей Хабаровска относится к северной подзоне зоны хвойно-широколиственных смешанных лесов. Наиболее достопримечательным местом, с сохранившейся аборигенной флорой и растительностью, является хребет Хекцир и прилегающие к нему равнины.

В окрестностях Хабаровска можно встретить реликтовые растения. К ним относятся бразения Шребера, лотос Комарова, актинидия коломикта, груша уссурийская. Также встречаются и эндемичные виды растения. К ним относятся Бархат амурский, маакия амурская, аралия маньчжурская.

На Воронежских высотах сохранился лесной массив, сочетающий в себе искусственные и естественные лесонасаждения из хвойных и смешанных пород деревьев. Здесь можно встретить посадки бархата амурского, ясеня маньчжурского, ореха маньчжурского, заросли рододендрона даурского и рябинника рябинолистного. В окрестных районах города естественный растительный покров сильно нарушен и на месте бывших кедрово-широколиственных лесов раскинулись сельскохозяйственные угодья с небольшими участками осинового и березового лесов.

Левобережье Амура сплошь занято разнотравно-вейниковыми лугами. Здесь можно встретить очень редкие и интересные водные растения, как, например, кубышку японскую, водяной орех, кувшинку четырехгранную.

В городе, кроме представителей местной флоры, произрастают растения, занесенные к нам из разных концов нашей страны и из других стран. Такие как ослинник, ячмень гривастый, шелковица и другие. Разнообразие растительности с обилием плодов обусловило здесь развитие и разнообразие животного мира [5].

С ростом урбанизации рвутся (или ослабевают) естественные контакты человека с природой. Его повседневное окружение составляет искусственная городская среда - многоэтажные дома и шумные улицы, асфальт, загрязненный воздух.

И все-таки, трудно представить себе город, полностью избавленный и «очищенный» от природы. Она проникает в него не только самопроизвольно, но и по воле человека (зеленые насаждения, парки, скверы). В результате в городах складывается свой мир

урбанизированной природы, так непохожей на дикую ни по составу, богатству и разнообразию видов, ни даже просто по массе, ни по законам формирования. Именно эта городская природа — одна из форм существования современной биосферы - является основным «природным фоном» для горожанина [3].

В состав городской флоры входят такие растения, которые лучше приспособлены к недостатку влаги, засоленности почвы и вообще более требовательны к почвенным условиям. Для существования растений в городских условиях главным является: свет, тепловой режим почвы, влага и воздушная среда.

Растительное сообщество — не случайное сборище растений, а организованная система. Жизнь в растительном сообществе, в окружении других растений, естественна и для наших обычных городских видов, широко применяемых в озеленении. Деревьям свойственно расти в лесу, кустарникам — под пологом или на опушке леса, среди кустарниковых зарослей, травам — большей частью в составе лугового или степного травостоя.

В городе древесные и кустарниковые породы часто бывают лишены привычной фитоценотической обстановки: на улицах и бульварах они растут в рядовой посадке, а во дворах, скверах и т.д. - нередко и совсем изолированно.

Зеленые насаждения — это один из наиболее важных компонентов урбоэкосистемы. В поддержании круговорота веществ и энергии в экосистемах большую роль играют животные и микроорганизмы. [3]

Изучая древесно-кустарниковую флору Амурского бульвара г. Хабаровска, мы линейным маршрутом проходя по бульвару записывали встречаемые виды древесной и кустарниковой флоры, отмечая устойчивость их к дыму и газу, обладание фитонцидными свойствами и те деревья и кустарники, которые радуют нас своим цветением.

Исследовав древесно-кустарниковые растения Амурского бульвара г. Хабаровска можно сделать следующие выводы:

1. Древесно-кустарниковых растения Амурского бульвара представлены 42 видами растений (24 видов деревьев, 6 видов дерево-кустов, 12 видов кустарников).

2. Из 42 древесно-кустарниковых растений 17 (38,64%) устойчивы к дыму и газу; 16 (38,1%) — обладают фитонцидными свойствами и 21 (47,73%) растений — красиво цветут.

3. Самыми преобладающими, чаще встречающимися видами деревьев, являются: ильм сродный, сосна обыкновенная, ясень маньчжурский, тополь Максимовича, осина давида, береза плосколистная, клен ясенилистный; из кустарников — сирень амурская, пузыреплодник амурский.

4. Среди растений Амурского бульвара 10 видов эндемиков Дальнего Востока.

За время проведения исследований была проанализирована научно-популярная, справочная литература и интернет-ресурсы, где рассматривается экология города и видовое разнообразие древесно-кустарниковой флоры. Проведен подсчет зеленых насаждений на территории Амурского бульвара с учетом количественного состава и состоянием растений. Составлен список древесно-кустарниковой флоры Амурского бульвара г. Хабаровск.

В заключение хотелось сказать, что территория Амурского бульвара хорошо озеленена и разнообразна, поэтому мы предлагаем на данной территории создать учебную экологическую тропу, для того чтобы проводить экскурсии и фенологические наблюдения за разными видами растений в разное время года. Для этого расширить ее видовой состав древесно-кустарниковой флорой эндемиками и реликтами Хабаровского края.

Список использованных источников:

1. Артамонов, Н.И. Растения и чистота природной среды / Н. И. Артамонов ; Академия наук СССР. — Москва : «Наука», 1986. — 172 с.
2. Биологические экскурсии: Учебно-методическое пособие. В 2 частях. Часть 1. - Хабаровск: Издательство ХГПУ, 1999.

3. Горышина, Т.К. *Растения в городе. [Текст] / Т.К. Горышина. - Ленинград : Изд-во Ленинградского университета, 1991. - 227 с.*
4. Рябов, Н. П. *Улицы Хабаровска рассказывают... [Текст] / Н.П. Рябов. - Хабаровск : Кн. изд-во, 1977. - 237 с.*
5. *Хабаровск /Географический атлас/ Главное управление геодезии и картографии при совете министров СССР. Москва, 1989.*

ОБРЯДЫ И ОБЫЧАИ, СВЯЗАННЫЕ С РОЖДЕНИЕМ И ВОСПИТАНИЕМ РЕБЕНКА У ЧЕЧЕНЦЕВ В КОНЦЕ XIX- НАЧАЛЕ XX ВВ.

*Джамалханова Амина Адамовна
Руководитель: Абдуразакова Хава Хусейновна
ГБПОУ "Чеченский базовый медицинский колледж", г. Грозный*

В каждой семье чеченцев рождение ребенка – радостное событие. Бытовало множество обычаев и обрядов, связанных с рождением ребенка, которые строго выполнялись. По народным воззрениям чеченцев исполнение этих обрядов обеспечивало здоровье и благополучие матери и новорожденного, счастье человека на всем протяжении его жизни, успехи в избранной им профессии, в браке и т.д.

Рождение ребенка занимает особое место в мировоззрении каждого человека и в культуре целом. Процесс рождения ребенка связан с хорошо разработанным ритуалом, включающим в себя ряд обязательных обрядовых действий, направленных на обеспечение благополучия ребенка и всей семьи.

Цикл обычаев и обрядов, связанных с рождением детей у чеченцев, можно разделить на такие этапы: обычаи и обряды, предшествующие родам; обычаи и обряды, связанные с родами; обычаи и обряды, связанные с послеродовым периодом. Подобное деление обрядов, связанных с рождением на группы, было не только у чеченцев, но и у других народов Чечни. [7, с. 113]

Известно, что чеченские женщины были главными хранителями обычаев и обрядов, связанных с рождением воспитанием детей. Так, значительная часть обрядов свадебного цикла была посвящена пожеланиям многодетности и благополучия молодой семье. Обеспечению многочисленного, здорового и счастливого потомства служил весь комплекс свадебных обычаев и обрядов; для этого использовались различные магические приемы и ритуалы. Одним из главных, напрямую связанных с многочисленным потомством мужского пола, был следующий ритуал: после ввода невесты в дом ей давали поддержать маленького мальчика, а затем осыпали просом.

У чеченцев, как и у большинства народов мира, бездетность считалась большим горем, несчастьем, особенно для женщины. Женщина начинала предпринять определенные действия, которые должны были способствовать появлению ребенка, если через несколько лет семейной жизни беременность не наступала. В этом случае женщины нередко обращались к святым местам «зиярташ». В случае появления на свет такого «вымоленного» ребенка, процессия вновь являлась туда уже с белым бараном. Его резали и раздавали мясо, а также награждали ценными подарками сопровождающих лиц, с удовольствием исполнявших эту миссию. По поводу посещения чеченскими женщинами «святых мест» Б. Далгат писал: «Тушоли особенно почитается женщинами. Тушоли является преимущественно богиней деторождения».

В культуре чеченцев материнство всегда было центральным в понятии женской судьбы, главным предназначением женщины. Полностью реализовавшей себя могла считать лишь та женщина, которая родила сына. Женщина, у которой были сыновья и вообще много

детей и внуков, пользовалась уважением, у нее было особое место в социуме – «дукху берий нана».

Беременную старались оберегать от испуга, разных стрессовых ситуаций, ей не разрешалось посещать больных, поднимать тяжелые вещи, после захода солнца выходить на улицу и выбрасывать мусор.

Помогала при родах женщина-повитуха, которая, по воззрениям чеченцев, первую очередь не должна была быть «глазливой» - «б1аьрг хуьлуш хила ца езара», поскольку считалось, что если ребенка сглазят в момент рождения или в самом начале жизни, то его нельзя будет вылечить никакими средствами.

Примечательно, что еще древние индийские врачи учили: если дитя родится на свет с какими-то телесными дефектами (деформация головы, ног, рук и т.д.), то их следует исправлять. Этому мнению придерживались и многие народы Кавказа, у которых способы правления родовых дефектов имели свои особенности. Ребенку до трехлетнего возраста по утрам, когда он просыпался, и по вечерам, когда его укладывали в колыбель, мать или бабушка специально прямили пальцы рук и ног (а также и нос), массируя их иногда так сильно, что ребенок порой плакал от боли.

Ребенка и мать сразу же после рождения купали в теплой воде (ребенка купали подсоленной воде), а через 3 дня в теплой воде с мылом, насухо вытирали и смазывали топленым коровьим маслом. Так продолжалось в течение 6 недель, кроме одного дня в неделю, когда ребенка только мыли теплой водой с мылом. Чеченцы вполне обоснованно считали, что частое купание ребенка должно способствовать его росту – «Бер сих - сиха лийча мел до – т1едог1а», - говорили они.

Чеченцы использовали колыбель общекавказского типа («ага»), ее легко было брать на поле, вынести во двор, т.е. она всегда была рядом с матерью. Колыбель была необходима, поскольку давала матери отлучаться по своим хозяйственным, домашним делам и при этом не опасаться, что ребенок упадет и т.д. Жесткая фиксация ребенка в колыбели была гарантией от травм. Традиционной люлькой пользуются чеченские женщины и по сей день.

К обрядам, исполнявшимся в первые месяцы жизни ребенка, следует отнести и первую стрижку волос. Обычно это делали через 1-2 недели после рождения, если же ребенок был слабым, не прибавлял в весе, то и раньше. Для этой церемонии выбирали дни, которые считали «хорошими» - понедельник («оршот де») или четверг («йеъри де»). Как правило, это поручали молодому и здоровому парню, ближайшему родственнику, которого по окончании стрижки одаривали кисетом, рубашкой, хотя в народе говорили, что одаривать следует золотом (по весу стриженных волос).

«Хьакьигат дар» - обязательный обряд, совершаемый в первый год жизни ребенка. Его могли совершать в любой день года, но наиболее приемлемым, считался период от 7-9 дней до 9-11 месяцев после рождения ребенка; обряд «хьакьигат дар» могли совершить и позже, если по каким-то причинам он не был совершен ранее.

Жертвенному барану, предназначенному для этого обряда, должно было быть больше года. Для мальчика резали двух баранов для девочки – одного. Средства на устройство обряда «хьакьигат дар» должны были быть выделены отцом ребенка. Часть мяса шла на раздачу как подношение – «саг1а» соседям и малоимущим, а остальное мясо варили, приглашали родственников, соседей и совершали мовлид.

Таким образом, чеченцы, как другие народы мира, вырабатывали свои приемы, обычаи и обряды, связанные с рождением и первым периодом жизни ребенка. Они развивались путем регулярного повторения и передачи из поколения в поколение. Обряды и обычаи у чеченцев, связанные с рождением ребенка, имело много общего с другими народами Кавказа. Видимо это объясняется общностью экологических, идеологических, социально-экономических и рядом других условий. [3, с. 243]

Воспитание детей. Одним из важнейших жизненных испытаний, которое всегда и во все времена выпадает на долю человека - это создание семьи и воспитание детей, достойных

своей семьи и общества. М. Ахмадов пишет в своей интересной и очень востребованной книге по этике: «Бог сказал в своем священном Коране, что Он (Бог) спросит человека о трех вещах: о нем самом (что он делал, говорил...), о его семье и его имуществе. Поэтому оставление семьи кем-либо из родителей или развод по незначительной причине, вследствие чего страдают дети, есть большой грех». [1, с. 79]

Воспитание детей у чеченцев носило семейно-общественный характер. Большое значение придавалось воспитанию в семье. Об этом свидетельствует бытующее до настоящего времени выражение: «Чохь цахилла г'иллакх-оьздангалла нахаца хир дац, я цунах дан х'лумадац» («Если не воспитан в доме, то воспитанность не проявится и среди людей, и даже если проявится-не стоит ничего»). [4, с.377]

В раннем к ребенку относились ласково, терпеливо, сдержанно. На него не кричали, не сердились, старшие не показывали своего раздражения, уныния. Неумение сдерживать себя, сердиться на детей считалось и считается пороком. О таком человеке говорили: «Собар дац цуьнгахь» («У него нет терпения»). Но эмоциональный тон менялся по мере взросления ребенка: от мягких запретов в раннем детстве к требовательной строгости в отрочестве и в юности. Эмоции уступали место предупреждениям, поучениям, наказаниям, хотя для чеченцев характерен достаточно гуманный метод воспитания. Для отца было характерно проявлять строгости и авторитет, для матери-мягкости и терпение.

Самое значительное место в народной педагогике чеченцев занимало трудовое воспитание. В процессе совместного труда со взрослыми дети приобретали трудовые навыки и умения.

Трудовое воспитание подрастающего поколения включало как составной элемент и физическое воспитание. С детства чеченца приучали к оружию, к меткой стрельбе из лука, арбалета, ружья, Дети часто устраивали игру-соревнование в скачке, в стрельбе на скаку, в стрельбе на меткость. [2, с. 189].

Основными методами воспитания были: убеждения, наставления, поучения; при этом главное внимание уделялось выработке таких привычек, как терпение, упорство, настойчивость, уважение к родителям, старшим, усвоение этикета. Эти приемы вырабатывались и развивались путем постоянного повторения и передачи из поколения в поколение. Большую роль в воспитании подрастающего поколения играл этикет: правила поведения дома, в гостях, на улице, в общественных местах. [3, с. 380]

Положительное влияние на воспитание детей оказывал обычай гостеприимства. Мальчики должны были встречать гостя у ворот, обращаться к нему соответствующим приветствием, помогали слезть с коня, вели в дом, принимали верхнюю одежду, выполняли просьбы и поручения гостя, что было своеобразной тренировкой вежливости и проверкой почтительного отношения к старшим. Не вставать при появлении стариков или же сесть без их настойчивого приглашения расценивается, как большой недостаток в воспитании, как нарушение обычая. [6, с. 71]

Считалось в высшей степени неприличным вмешиваться в разговор старших, громко смеяться в их присутствии. Дети приучались исполнять наставления, просьбы родителей и старших.

Этикет уделяет большое внимание правилам гостеприимства, и дети с раннего возраста становились непосредственными участниками приема гостей.

Примечательно, что у чеченского общества был характерен широкий круг воспитателей, поскольку за воспитанием детей были ответственны не только родители, но и все ближайшие родственники: дедушки, бабушки, дяди, тети и т.д.

В целом основной воспитательной функцией семьи являлась межпоколенная передача детям практических и хозяйственных навыков. [5, с. 56]

Сегодня, в условиях возрождения духовной и идеологической основы и материальной базы обучения молодежи, изучение традиционных норм взаимоотношений между

поколениями и их пропаганда является важнейшими задачами общества и обязанностью этнологов и педагогов, которые должны учитывать это в своей деятельности.

Именно народ является создателем и хранителем норм этикета, которые способствуют воспитанию, народного характера и соответствуют его этнической психологии

Список использованных источников:

1. Мужухоева Э. Д. Некоторые изменения в семейно-бытовых отношениях вайнахов во второй половине XIX в. // Семейно-бытовая обрядность вайнахов. Грозный: Чечено-Ингушский институт истории, социологии и философии, 1982. – 164 с.
2. Хасбулатова З. И. Воспитание детей у чеченцев: обычаи и традиции (XIX- начало XX вв.) М. 2007. - 415 с.
3. Хасбулатова З. И. Семья и семейные отношения // Чеченцы. М., 2012. – 351-355 с.
4. Хасбулатова З. И. Семейные обряды чеченцев и ингушей в конце XIX-XX в. // Семейно-бытовая обрядность вайнахов. Грозный, 1982. - 14-37 с.
5. Хасбулатова З.И. Обряды и обычаи, связанные с рождением и воспитанием ребенка // Чеченцы. М., 2012. – 624 с.
6. Чеченцы / отв. ред. Л. Т. Соловьева, В. А. Тишков, З. И. Хасбулатова. М. 2012. -612 с.
7. Чеченцы: Обычаи, традиции, нравы. Социально-философский аспект / Д. Д. Межидов, И. Ю. Алироев. Грозный 1992. -207 с.

**ПРОЕКТ МУЗЕЯ ИСТОРИИ ЯКУТСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА.
ПЕРЕДВИЖНАЯ ВЫСТАВКА «САКВОЯЖ ДОКТОРА».
ЦИКЛ ВЫЕЗДНЫХ ТЕМАТИЧЕСКИХ ЭКСПОЗИЦИЙ РАССЧИТАН
НА ДОШКОЛЬНИКОВ, ШКОЛЬНИКОВ И ДЛЯ ВСЕХ ТЕХ,
КТО ИНТЕРЕСУЕТСЯ ИСТОРИЕЙ МЕДИЦИНЫ.**

Черемкин Станислав Васильевич
Руководители: Шарапова Александра Владимировна
Сергеева Лена Робертовна
ГБПОУ Республики Саха (Якутия)
"Якутский медицинский колледж", г. Якутск

Если вам некогда посетить музей – музей придет к вам!

Более чем 115-летняя история Якутской фельдшерско-акушерской школы, ныне медицинского колледжа, богата яркими событиями и увлекательными историями. Благодаря Музею истории колледжа, молодежь имеет возможность больше узнать историю развития здравоохранения в республике, соприкоснуться с непростыми, полными драматизма и героизма судьбами выпускников, брать с них пример преданности делу и продолжать их традиции. В наше время, концепция музейного пространства, при которой для получения информации человеку необходим экскурсовод или высокий уровень специальных знаний, постепенно теряет актуальность. Современный музей – это и инсталляции в музее и гармоничное сочетание мультимедиа, интерактивных элементов, света, звукового сопровождения, дизайна интерьера, инфографики; всё должно быть собрано в единую картину.

Цель проекта: создание условий для расширения образовательного пространства музея истории Якутского медицинского колледжа путем организации передвижной выставки.

Задачи проекта:

✓ Формирование у подрастающего поколения объективного подхода к историческим событиям в жизни страны, правильного восприятия настоящего и предвидения будущего;

- ✓ Развитие интереса к истории развития медицины в Якутии;
- ✓ Взаимное сотрудничество с другими колледжами, школами, с детскими садами, проведение профориентационной работы.

Новизна проекта: особенность идеи заключается в использовании трех принципов:

- ✓ Доступность: «музей – передвижная экспозиция»;
- ✓ Развлечение: «музей – досуговый центр»;
- ✓ Образование: «музей - лаборатория».

Ожидаемый результат: основной набор услуг, которые предлагают музеи, не всегда интересен школьникам и молодежи, поэтому создание передвижных экспозиций-выставок повысит интерес и привлечет новых посетителей и абитуриентов.

Первая выездная экспозиция из цикла «Саквояж доктора» называется «**Сестра милосердия**», посвященная памяти английской медсестры Кэт Марсден, одной из основательниц движения сестер милосердия в Якутии.

Этот выставка создана для размещения информации и экспонатов, которые позволяют приобщиться к идее, заложенной в основу движения сестёр милосердия и Красного Креста, задачей которых было спасать человеческие жизни на фронтах войн. Важнейшая часть экспозиции – манекены, одетые в исторические костюмы сестер милосердия, медицинские инструменты и техника.

В программе выставки:

- Лекция «**Путешествие за волшебной травой**», однажды и навсегда посвятив себя служению больным проказой и в надежде облегчить их участь, отважная сестра милосердия из Англии, Кэт Марсден услышала о некоем растении, произрастающем в Якутии и якобы способном облегчать страдания больных и даже излечивать лепру в некоторых случаях. Она отправилась в одиночку на санях и верхом на лошади в далекую Сибирь в поисках травы. Совершив поистине непревзойдённую поездку из Англии до Вилюйска, ей удалось вызвать такой интерес местных властей и церкви к своей благородной миссии, что в скором времени в далекой Якутии была построена колония для прокаженных и церковь Св. Пантелеимона. Многие люди по праву считают подвиг английской сестры милосердия примером доброты, милосердия и беззаветного служения людям.

- Мастер-классы «**Изготовление отвара**», «**Лесная аптека**» - мы считаем, что пропаганду об эффективности применения лекарственных трав для лечения, личной гигиены, профилактики необходимо проводить среди населения, используя все средства (беседы, мастер-классы, лектории, оформление стендов), чтобы выработать у людей положительное отношение к использованию лекарственных трав.

- Мастер-класс «**Занимательная медицина**» на занятии музейный педагог расскажет о самых необычных и загадочных фактах из истории медицины, о сестрах милосердия, об эволюции медицинских инструментов, о старинных и современных методах лечения и диагностики. Дети и взрослые смогут познакомиться с уникальными медицинскими инструментами, интерактивные задания и загадки помогут усвоить самые непростые вещи увлекательно и легко!

- Игра-квест «**Скорая помощь**» включает такие манипуляции как, техника наложения повязок, транспортная иммобилизация, оказание первой медицинской помощи, СЛР и другие. Участники в ходе игры смогут приобрести важнейшие практические навыки, необходимые в повседневной жизни: как правильно обработать ранки, ссадины, порезы и ожог; как пользоваться йодом, зелёнойкой, перекисью водорода; как наложить стерильную повязку.

- **Фотозона:** с целью создания условий для художественно-эстетического развития, конструктивного творчества детей, развития умений воплощать творческие замыслы, предоставления возможности для самовыражения. В фотозоне будут расположены старинные медицинские инструменты, оборудование, формы сестры милосердия, халаты, колпаки, маски и т.д.

Во время занятий и мастер-классов активно будут использоваться медицинские инструменты из музейной коллекции, манекены, различные приборы, материалы для выполнения интерактивных заданий.

Основными средствами передачи информации являются информационные стенды, документы, фотографии, экспонаты и пояснительные материалы, находящиеся около экспонатов.

Одной из важнейших особенностей выставки предполагается использование интерактивных приёмов подачи материала: отдельные экспонаты, можно будет не только рассматривать, но и взаимодействовать с ними тактильно, что создаст эмоциональную связь посетитель-экспонат, таким образом, эмоции, чувства и знания, приобретённые в музейном пространстве, становятся более глубокими.

Площадь необходимая для экспонирования – 30 кв.м.

В планах создание экспозиции «Аптекарь», «Военно-полевой госпиталь», «Зубной врач».

Выводы:

1. Опыт реализации представленного проекта может быть использован в других образовательных учреждениях;
 2. Практический результат освоения проекта позволит оценить риски и социальные эффекты подобных инноваций;
 3. Передвижная выставка позволит эффективно проводить профориентационную работу, профессиональные конкурсы, кружковую и научно-исследовательскую деятельность, повышающую интерес студентов к изучению дисциплины, создаст условия для самообразования, саморазвития;
 4. Колледж сможет расширить получение коммерческой прибыли.
- Мероприятия



Рисунок 1. Сотрудничество с историческим парком «Россия – Моя история»

Рисунок 2. Выездная выставка в музее «Боевой славы»



Рисунок 3. Интерактивная выставка

Список использованных источников:

1. Полякова, М. А., Баранова, С. И., Сундиева, А. А. Мировые тренды и музейная практика в России. Издательство: РГГУ, 2019 г.
2. Калугина, Т. П. Художественный музей как феномен культуры Культурология Издательство: Издательский дом «Петрополис»-2001
3. <https://www.livelib.ru/selection/2467-literatura-po-muzejnomu-delu>
4. <https://historymedjournal.com/ru/>

ГРАФФИТИ: ВАНДАЛИЗМ ИЛИ ИСКУССТВО

Байдукова Екатерина Алексеевна,
Руководитель: Маслова Ольга Александровна,
ГБПОУ "Жирновский педагогический колледж", г. Жирновск

Нередко гуляя по улице, на здании, гараже или заборе можно заметить нечто яркое, громадное, непонятное. Ты остановишься, попытаешься разобраться, фантазируешь и ломаешь голову. Наконец, перед тобой вырисовываются буквы, но разобрать – какие, невозможно. Эти буквы, как большая задача, которую нужно непременно решить, не зная ни формул, ни ход решения. Эта задача носит название – **граффити**.

Термин «граффити» от греческого слова «Graphein», означающий «писать», и от итальянского слова «Graffito»-«царапать».

Граффити - изображения, рисунки или надписи, выцарапанные, написанные или нарисованные краской или чернилами на стенах и других поверхностях. К граффити можно отнести любой вид уличного раскрашивания стен, на которых можно найти все: от простых написанных слов до изысканных рисунков.

История термина Graffiti переносит нас к доисторическому человеку, рисующему на стене пещеры. Первые образцы граффити были найдены еще на античных памятниках. Наскальные рисунки древних людей могут рассказать нам о многом из того, что происходило в их жизни.

В Древнем Египте наскальными рисунками полнятся усыпальницы и пирамиды. В гробницах фараонов, к примеру, было принято изображать весь их жизненный путь от рождения до смерти.

Древняя Греция и Древний Рим, также оставили множество наскальных свидетельств, напоминающих нам об их существовании. Греки любили записывать мудрые изречения, римляне отмечали в рисунках доблесть солдат, красоту женщин.

У восточных славян граффити имеют долгую и богатую историю. В Новгороде сохранилось 10 граффити 11 века. Большей частью древнерусские граффити - это записи на стенах храмов, поэтому самое частое их содержание - молитвенные просьбы.

Граффити, каким мы знаем его сегодня, зародилось в Нью-Йорке как часть хип-хоп-культуры. Родоначальники жанра использовали самые обычные маркеры и аэрозоли, которые нередко “заимствовали” у зазевавшихся продавцов в магазине. Немало рабочих инструментов изготавливалось собственноручно.

Нью-Йорк уже не считается мировой столицей граффити – несколько лет назад этот титул “отобрал” у него Лос-Анджелес, но он по-прежнему почитается как “колыбель” граффити. Именно там родился мир уличного искусства - со своей техникой, стилем и слэнгом. Точнее было бы сказать - стилями. Ведь граффити - это множество направлений и течений.

Три основных стиля граффити:

WILD STYLE (в переводе с англ. дикий стиль) - в этом стиле значение слова или фразы полностью теряется. Основной акцент на сложность переплетения букв.

BUBBLE LETTERS - Используется в основном для бомбинга. Это экстремальный вид граффити, обычно рисуется на разных видах транспорта. Изначально это было метро, но московские (и не только) реалии заставили наших современных бомберов переключиться на наземные поезда (хотя это тоже связано с риском). Для бомбинга обычно важно не качество изображения, а количество и скорость, поэтому они рисуют очень быстро и небрежно. С него все и началось.

FX STYLE (или daim style) - Буквы трёхмерные и часто завёрнуты настолько, что теряешь чувство нереальности букв. Кажется, что можно до них рукой дотронуться.

Но каждому стилю – свое время. Сложность композиции работы – уже не главное, важно разработать шрифт, соблюсти форму и цвет. Также сейчас снова возродился интерес к флопам (те самые bubble letters). В Россию все тренды приходят из Европы и просачиваются через специализированные журналы – каталоги, составленные из фотографий работ разных художников. Многие российские команды совершают трипы в Европу, а Европейские художники часто приезжают к нам. Снимаются видео и передаются «из рук в руки». Иногда они появляются на прилавках специализированных магазинов.

Типы современных граффити можно разделить на три условных группы:

1) Трафаретные. Само название говорит за себя – эти рисунки выполняются по заранее подготовленному шаблону, т. е. к стене прикладывают, например, кусок картона с вырезами в форме нужных букв или рисунка.

2) Художественные граффити – это рисунки или слова, выполненные в каком-либо стиле, они намного больше трафаретных. Для того чтобы нанести его на стену, может потребоваться не один день. Такие граффити ценятся больше всего.

3) Малохудожественные. Чаще всего представляют собой надписи или же отдельные слова, очень часто нецензурные и несвойственные литературной речи.

Объектами граффити могут быть различные постройки, машины, бытовые предметы, такие как холодильник и т. д. Порой дело доходит даже до одежды.

Как вы думаете, сколько на свете существует средств и способов самовыражения?

В эпоху технологического прогресса их просто не счесть. Возможности человека стали практически безграничны. Однако, несмотря на это, люди не перестали рисовать на стенах. Только вот далеко не все воспринимают разрисованные стены, как способ

самовыражения. Для них это скорее хулиганство, чем творчество. Сколько существует граффити, столько оно подвергается гонениям. Стоящие на страже закона и порядка твердят одно: роспись муниципального имущества - при всей (эстетической) ценности этой самой росписи - представляет серьезную угрозу обществу. Многие называют это вандализмом.

В России на сегодняшний день преобладает негативное отношение общества к этому направлению молодежной субкультуры, что легко объясняется обилием некачественных и неприличных рисунков и нецензурных надписей на улицах наших городов, среди которых редкие шедевры зачастую остаются незамеченными. Кроме того, тем же способом продвижения своих идей в массы часто пользуются не самые благонадежные и миролюбивые молодежные организации. Еще большее неприятие общества райтеры вызывают из-за прямых ассоциаций своего творчества с откровенным вандализмом – уродованием памятников архитектуры, оскорблением национальных и культурных ценностей. Однако на самом деле вандалы не имеют прямого отношения к искусству граффити.

Вот только граффити тут причем? Не всякая надпись на стене – граффити! Некоторые считают, что граффити – это своеобразная форма девиантного поведения, очень распространенная среди подростков и молодежи. С этим можно поспорить.

Граффити - это своеобразная *альтернатива* традиционным способам выразить свое мнение, самое свободное из средств самовыражения. В общем, полная свобода творчества. И такое творчество чаще всего мы видим на улице (стены зданий, гаражей, подземных переходов, таксофонные кабинки, асфальтовое покрытие во дворах и т. д.); транспорт тоже используют для рисования, и, конечно, нельзя забывать про подъезды и лестницы. Если говорить о крупных городах, то там есть так называемые галереи граффити, то есть стены, полностью изрисованные краской.

Язык граффити становится универсальным, так как все больше людей его понимают и принимают. Рисунки на стенах перестали приравнивать к хулиганству. И уж конечно, вандализмом, это никак назвать нельзя.

Граффити – это действительно искусство, искусство самовыражения, искусство нарисовать свое собственное я.

Мы провели опрос по следующим вопросам:

1. Знаете ли вы, что такое граффити?
2. Ваше отношение к граффити: положительное или отрицательное?
3. Какие стили граффити вам известны?
4. Считаете ли вы граффити искусством?
5. Есть ли у вас опыт выполнения рисунков или надписей в стиле граффити?

Были опрошены 28 студентов колледжа из 411, 315 и 211 групп.

На 1 вопрос: Знаете ли вы, что такое граффити? - 96,4% ответили положительно.

Во 2 вопросе: Ваше отношение к граффити: положительное или отрицательное? - ответы распределились следующим образом: положительное отношение - 92,9%, отрицательного отношения нет, нейтральное - 7,1%.

Не знают никаких стилей граффити - 53,5% опрошенных, остальные, т.е. 46,5% назвали от 1 до 6 стилей из 13 широко известных.

Считают граффити искусством 96,4% опрошенных.

Имеют опыт рисования граффити 39,2%. Это студентки 411 группы, которые принимали участие в волонтерском проекте и расписывали стену по ул.Куйбышева.



По мнению большинства опрошенных подростков, граффити имеет большое значение в современном обществе и они считают, что это доступный способ донести до общества свои идеи и мысли.

Список использованных источников:

1. Вудуорд, У. Покажи мне, что ты рисуешь. // Ровесник. - 1994г.
2. Граффити: искусство или вандализм. [Электронный ресурс] - URL: <https://multiurok.ru/files/proekt-na-temu-graffiti-iskusstvo-ili-vandalizm.html> (Дата доступа: 04.11.2022)
3. Мулина, О. В нарисованном городе ярче живется//Семья. – 2019. - №33. - С. 93
4. Сайт для поклонников граффити. [Электронный ресурс] - URL: <https://www.graffitizone.org/> (Дата доступа: 10.11.2022)
5. Изобразительное искусство. 8 класс: учебник для общеобразовательных учреждений/ (Т.Я. Шпикалова, Л.В. Ершова, Г.А. Поровская и др.); под ред. Т.Я. Шпикаловой. М. : Просвещение, 2020.
6. Прохоров, А. М. Советский Энциклопедический Словарь. [Электронный ресурс] // Москва - 1988 г. (Дата доступа: 16.01.2023)
7. Луков, В. Хип-хоп культура // Знание. Понимание. Умение. — 2015. — № 1. - С. 25

ИЗМЕНЕНИЕ ГРАЖДАНСКОЙ ПОЗИЦИИ И ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ МОЛОДЕЖИ ЧЕРЕЗ ВОЛОНТЕРСКО-НАСТАВНИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

*Хамзин Богдан Раилевич
Руководитель: Курова Елена Валентиновна
ГБПОУ Самарской области
"Отраденский нефтяной техникум", г. Отрадный*

Актуальность исследования

Общественное развитие России на современном этапе характеризуется не просто развитием гражданского общества, но и принятием концепции субъектности молодежи при определении движущей силы формирования правового государства. Становление гражданского общества предполагает взятие ответственности каждого члена общества за его судьбу и активное участие молодых людей в качестве преобразователей современной России.

В Национальной доктрине образования в Российской Федерации определена не только государственная политика в области образования, но и дан социальный заказ на воспитание человека с активной жизненной и профессиональной позицией, трудолюбивого и

высоконравственного патриота своей Родины, уважающего права и свободы личности, традиции и культуры других народов.

Стратегической задачей современной образовательной политики является стимулирование активности молодежи, в том числе через наставническую и волонтерскую деятельность. Однако смена ценностных ориентиров, нарушение духовного единства общества, непринятие идей старшего поколения, а также деформация традиционных для страны моральных норм и нравственных установок приводит к обесцениванию в молодежной среде таких понятий как «патриотизм», «долг», «совесть». А ведь молодёжь является довольно широкой социально-демографической группой, составляющей основу будущего [1, с.9].

Цель работы – исследовать изменение гражданской позиции и ценностных ориентаций молодежи, вовлеченных в волонтерскую и наставническую деятельность на примере отряда «Добро» студенческой волонтерской организации «ЭкОНТ».

Задачи:

1. Рассмотреть роль ценностных ориентаций в формировании гражданской активности молодежи.
2. Определить волонтерство и наставничество как вид участия молодых людей в общественной жизни.
3. Изучить нормативно-правовое обеспечение волонтерской и наставнической деятельности.
4. Выявить роль добровольческой и наставнической деятельности в формировании ценностных ориентаций и изменении гражданской активности молодежи.
5. Исследовать изменение гражданской позиции и ценностных ориентаций, обучающихся ГБПОУ «ОНТ», вовлеченных в волонтерскую и наставническую деятельность.
6. Способствовать распространению практики деятельности волонтерской организации «ЭкОНТ» на другие регионы.

Объект исследования: волонтерская и наставническая деятельность отряда «Добро» студенческой организации «ЭкОНТ» в ГБПОУ «Отраденский нефтяной техникум».

Предмет исследования: изменение гражданской позиции и жизненной ориентации обучающихся ГБПОУ «ОНТ» через участие в добровольческой и наставнической деятельности.

Методы исследования: интервьюирование, анкетирование, анализ нормативно-правовой базы, обобщение полученных данных.

Гипотеза: распространение положительного опыта работы отряда «Добро» студенческой организации «ЭкОНТ» приведет к увеличению доли молодого поколения занимающихся волонтерской и наставнической деятельностью.

В современных условиях добровольческая деятельность приобретает особую актуальность и закрепляется Конституцией Российской Федерации, Федеральным законом от 28 июня 1995 г. № 98-ФЗ «О государственной поддержке молодежных и детских общественных объединений», является одним из видов благотворительной деятельности и осуществляется на основании Закона РФ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» №135-ФЗ от 11 августа 1995 г.» [2, с.3].

В Самарской области в 2018 Губернатор Д. Азаров издал Постановление «О мерах по развитию добровольчества (волонтерства) в Самарской области» которые призваны содействовать активному внедрению стандарта поддержки добровольчества (волонтерства) в Самарском регионе [3, с.8]. Подготовка компетентных специалистов, которые должны в дальнейшем эффективно конкурировать на рынке труда, развитие у студентов soft skills (гибких навыков) основная задача государства и образовательных учреждений [4, с15].

В настоящее время волонтерское движение получило развитие в связи с растущим числом социальных проблем, в решении которых при современной экономической ситуации волонтеры незаменимы[1, с. 15]. Вовлечение молодежи в добровольческую и наставническую деятельность является важным ресурсом для реализации программы

воспитания и социализации обучающихся ГБПОУ «Отраденский нефтяной техникум». Под руководством педагогов-наставников каждая группа, начиная с первого курса участвует в разработке и реализации своего проекта в рамках волонтерско-наставнической деятельности.

Большинство студентов нашего техникума с первого курса обучения определяются с направлением волонтерско-наставнической деятельности которое им близко: эковолонтерство, событийное волонтерство, патриотическое волонтерство, волонтеры-наставники и т.д..

В прошлом году я стал студентом первого курса Отраденского нефтяного техникума, и с первых дней учебы, пройдя обучение по программе «Школа реальных дел» (программа подготовки волонтеров-наставников) со всеми обучающимися нашей группы включился в разработку и реализацию проекта «НЭП» (Нефтяники. Экологи. Порядок.). Совместно с нашим наставником, выпускницей техникума мы разработали основные этапы проекта.

1 этап - подготовительный. Цель первого этапа - диагностика первоначальных знаний студентов нашей группы об основах экологических знаний и обучение по программе «Школа реальных дел» для включения в волонтерскую и наставническую деятельность по различным направлениям.

2 этап - пропедевтический. Цель второго этапа формирование у студентов и родителей нашей группы интереса к необходимости защиты окружающей среды. Процесс создания структуры взаимодействия всех участников проекта, подбор нормативно-правовой базы, разработка совместно с наставником системы мероприятий (дорожной карты), обсуждение целей и задач нашего волонтерского отряда, создание необходимых условий для реализации проекта.

За это небольшое время мы уже стали участниками урока экологической грамотности для школьников в городском музее, встречались с руководителями предприятий, где обсуждали темы экологической направленности, проводили беседы в стенах библиотек города. Сейчас студенты нашего отряда «Добро» уже являются инспекторами Всероссийского общества охраны природы и многие уже осознали необходимость проведения работы по улучшению состояния окружающей среды не только в городе Отрадный, но и за его пределами.

3 этап – итоговый. Совместно с наставником мы разрабатываем и проводим акции, убираем улицы, берега водоемов, оказываем помощь в уборке территории детского лагеря, пансионата для ветеранов войны и труда.

Участие в акциях на этом этапе - это осознание важности той работы, в которую мы все вовлечены. Решение экологических проблем предполагает реализацию широкого спектра гражданских инициатив: формирование нашей личной заинтересованности в решении экологических проблем, увеличение количества студентов, осуществляющих на практике комплекс мероприятий, направленных на защиту окружающей среды, привлечение организаций-партнеров, руководителей различных служб города, для реализации намеченных целей. На этом этапе при проведении анкетирования, одноклассники все чаще стали называть среди своих социальных ролей такие как «гражданин», «россиянин», «житель Отрадного» и т.п.

В настоящее время, нами, вместе с наставниками выстраивается модель взаимодействия и сотрудничества с различными структурами, включая бизнес, общественность и власть, ведь поддержание гармонии отношений человека и природы, все чаще озвучивается в качестве приоритета общественных интересов, политики, экономики и культуры.

Приступая к реализации проекта, я провел опрос среди своих одноклассников и других студентов техникума попросив их написать определение «социальная активность молодежи» и «волонтерско-наставническая деятельность», а также описать основные качества личности необходимые для участия в волонтерском и наставническом движении. Студенты первого курса, входящие в студенческую организацию «ЭкОНТ», по моему мнению, имеют

представление о волонтерской деятельности, однако многие оказались не готовы к реализации мероприятий не затрагивающие их личные интересы, выявилась неготовность студентов к включению их в решение общественных задач.

Опрос респондентов, которые уже не первый год занимаются добровольчеством показал, что совместная волонтерская и наставническая деятельность приводит к пониманию ценностного отношения к своей малой и большой Родине.

Подводя итоги можно сказать, что участие в добровольческом и наставническом движении меняет гражданскую позицию личности каждого и всего нашего коллектива в целом.

Сейчас мы только делаем первые шаги в качестве волонтеров-наставников, но опрос среди выпускников: Будут ли они заниматься волонтерской и наставнической деятельностью, покинув стены учебного заведения? - показал, что большая их часть будет оказывать безвозмездную помощь, чтобы приносить пользу при каждом удобном случае (таких оказалось 40%). Есть среди опрошенных и те, кто с полной уверенностью сказал, что будут всегда заниматься добровольческой деятельностью и активно включатся в проект «Старший наставник», реализуемый в нашем техникуме.

В течение четырех лет в нашем техникуме волонтерам выдают волонтерские книжки, которые отражают деятельность студента в волонтерском объединении на всем протяжении его учебы. Это позволяет работодателю взглянуть на выпускника, при устройстве на работу, с другой стороны. Это один из мотивирующих факторов вовлеченности молодежи в добровольческую общность, поскольку у молодых людей проблема трудоустройства стоит в приоритете после получения образования.

Положительный опыт добровольческой деятельности отряда «Добро» и студенческой организации «ЭкОНТ» приводит не только к увеличению доли молодого поколения занимающихся волонтерской и наставнической деятельностью, но и выражается в признании ее как отдельного вида занятости молодежи, способной развить самые лучшие качества в человеке.

Таким образом, полученные в ходе исследования данные, говорят о том, что молодежь, занимающаяся волонтерской и наставнической деятельностью более подготовлена к жизни в современном обществе, студенты техникума более уверены в себе, у них сформированы soft skills навыки больше чем у сверстников, их жизненные устремления выше, а ценностные ориентации приобретают общественную значимость.

Какой бы не была наша добровольческая и наставническая деятельность, она всегда подразумевала взаимодействие с другими людьми и знакомство с другими волонтерами. Такой коллективный труд, умение организовывать мероприятия и принимать в них активное участие, является важным стимулом для продолжения работы в данном направлении.

Таким образом, занятие волонтерско-наставнической деятельностью влияет как на человека, занимающегося ею, так и на общество в целом и помогает не только сформировать стойкую гражданскую позицию индивида, но «помогает решать социальные проблемы» принося пользу всему обществу.

Список использованных источников:

1. Гуркина, А. Л. Основы формирования ценностных ориентаций личности / А. Л. Гуркина. // Молодой ученый. - 2016.- № 26 (130)
2. Федеральный закон от 28 июня 1995 г. № 98-ФЗ «О государственной поддержке молодежных и детских общественных объединений» (с изменениями и дополнениями)
3. Постановление Губернатора Самарской области от 20.08.2018 № 152 «О мерах по развитию добровольчества (волонтерства) в Самарской области»
4. Указ Президента РФ от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года»

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗКУЛЬТУРНЫХ ПАУЗ НА УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЯХ ДЛЯ СТУДЕНТОВ "ВОЛГОГРАДСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА"

Манохина Татьяна Валерьевна

Руководитель: Воронина Светлана Андреевна

ГАПОУ «Волгоградский медицинский колледж», Волгоград

Для обеспечения нормальной жизнедеятельности организма человека необходима достаточная активность скелетных мышц. Работа мышечного аппарата способствует развитию мозга.

Двигательная деятельность улучшает функционирование дыхательной, сердечно-сосудистой и других систем организма.

В последнее десятилетие исследователи отмечают рост заболеваемости студентов во время обучения. При этом, чаще всего, это связано с недостаточной двигательной активностью: каждый день студенты проводят по 6 часов на парах, столько же времени они посвящают самостоятельной подготовке, пребывая долгое время в сидячем положении. Кроме того, они испытывают постоянное умственное и психическое напряжение, что может отрицательно сказаться на процессе адаптации к обучению.

Действенной и доступной формой занятий является физкультурная пауза. К сожалению, в учебных учреждениях ее практически перестали применять. Между тем, физкультурная пауза может стать дополнительной формой двигательной активности, так же она решает задачу активного отдыха студентов и повышения их работоспособности.

На учебных аудиторных занятиях студенты большую часть времени проводят сидя с прямым или согнутым положением туловища, находясь в напряженном состоянии. Это естественно способствует хронической перегрузке позвоночника. Рабочие движения задействуют небольшие группы мышц: чаще всего, кисти рук. Учебная деятельность, как известно, связана с повышенным нервно-мышечным напряжением. Усталость наступает после 2-3 часов, это проявляется в рассеянном внимании, раздражительности, вялости, головных болях. Среди возможных отклонений в здоровье выделяют также: ожирение, снижение зрения, нарушение работы пищеварительных органов, снижение иммунитета, психические расстройства. Проводить физкультурную паузу целесообразно прямо в аудитории, поэтому и упражнения должны подбираться соответствующие.

Для студентов рекомендуются физкультурные паузы для улучшения мозгового кровообращения: наклоны, повороты, круговые движения головой. Это оказывает «механическое воздействие на стенки шейных кровеносных сосудов, повышая их эластичность, раздражение вестибулярного аппарата, связанное с выполнением этих движений, способствует расширению кровеносных сосудов головного мозга, а дыхательные упражнения увеличивают их кровенаполнение»[1]. Кроме того, необходимо включать упражнения с чередованием напряжения и расслабления отдельных мышечных групп плечевого пояса и спины: дельтовидной, подлопаточной. Необходимы и упражнения, улучшающие кровообращение в нижней части туловища и ног: «они усиливают венозное кровообращение в этих частях тела, чем способствуют предотвращению развития застойных явлений в брюшной полости, а также отечности в нижних конечностях»[2].

На основании изученного материала, совместно с преподавателями физической культуры, был составлен комплекс упражнений, который можно применять на учебных занятиях.

1. Марш с небольшим подъемом колена, полностью отрывая стопы от пола (30 секунд);

2. Марш и одновременные подъем плеч вверх/вниз (8 раз), круговые движения в плечевых суставах вперед и назад (по 8 раз), поочередный подъем плеч вверх/вниз (по 8 раз);

3. Марш и одновременные повороты головы направо/налево (по 8 раз в каждую сторону);

4. Марш с одновременным подниманием рук в стороны и выполняем круговых движений в лучезапястном суставе, в кистевом суставе вперед/назад (по 8 раз), круговые - в локтевом суставе вперед/назад (по 8 раз), круговые движения прямыми руками вперед/назад (8 раз);

5. ИП – стоя ноги на ширине плеч, руки поднимаем вверх (вдох), с выдохом берем одной рукой за запястье другой и тянем в сторону, слегка наклоняясь (упражнение выполняется в каждую сторону по 2 раза);

6. ИП - стоя ноги на ширине плеч, руки поднимаем вверх (вдох), кисти сцепляем в замок и тянемся ладонями вверх, вытягивая позвоночник (10 секунд). Руки, сцепленные в замок опускаем перед собой, прогибаясь в спине, затем сцепляем кисти в замок за спиной, сводим лопатки, расправляя плечи (по 5 секунд сохраняем оба положения);

7. ИП - стоя ноги на ширине плеч, руки вниз, отрываем одну ногу от пола выполнить круговые движение стопой, голенью, опуская ногу на пол круговые движения в тазобедренном суставе (по 8 раз в обоих направлениях). То же самое выполняем другой ногой;

8. ИП - стоя ноги на ширине плеч, руки на пояс, выполнить выпады ногой назад (по 8 раз каждой ногой);

9. ИП - стоя ноги на ширине плеч, руки на пояс, выполнить динамические полуприседания (16 раз), затем сохраняем положение полуприсяд на 8 секунд;

10. ИП - стоя ноги на ширине плеч, руки подняты перед собой, встряхиваем кисти рук;

11. ИП – стоя в удобном положении, вес тяжести на двух ногах, руки расслаблены вдоль туловища, выполняем круговые вращения глазами (по 8 в каждую сторону), зажмурить, затем широко раскрыть глаза (10 раз), растереть ладони и положить на глаза, медленно досчитав до десяти.

12. Марш с небольшим подъемом колена, полностью отрывая стопы от пола (30 секунд).

Предложенный комплекс упражнений рассчитан на 5-7 минут. Марш на месте будет способствовать ускорению обменных процессов, воздействовать одновременно на мышцы ног и туловища. Соединения марша с поворотами головы, подъемами плеч и скручиваниями сосредоточит внимание, разовьет координацию, улучшит кровообращение в верхней части туловища. Упражнения № 5, 6 рекомендуются для вытяжения позвоночника, снятия напряжения с мышц спины, укреплению брюшного пояса. Упражнения № 7, 8, 9 позволяют растянуть, расслабить и укрепить мышцы ног – практически самую неподвижную часть тела в течение учебного дня. Упражнение № 10 направлено на расслабление мышц рук, больше всего задействованных во время учебы. Упражнение № 11 является профилактикой ухудшения зрения, упражнение № 12 снимет утомление, повысит работоспособность.

«Обычно физкультпаузу проводя через 2, 5 – 3 часа после начала работы, а последующую – через 1, 5 – 2 часа после обеда. Комплекс обычно состоит из 5 – 7 упражнений»[3]. Поэтому проводить физкультурные паузы необходимо в моменты, предшествующие развитию утомления, чтобы предотвратить возможности снижения работоспособности.

Исходя из вышесказанного, физкультурную паузу целесообразно проводить через 3 часа после начала учебного дня, то есть около полудня, а вторая физкультурная пауза – в

середине послеобеденной пары. Если проведение двух физкультурных пауз невозможно, то рекомендуется проводить ее в середине учебного дня – в перерыв на предобеденной паре.

Введение физкультурной паузы не потребует дополнительного времени, помещения и специальной подготовки студентов.

Физические упражнения, выполняемые регулярно в течение учебного дня, снимут нервно-мышечное напряжение, повысят иммунитет, работоспособность, улучшат уровень усвоения нового материала. Кроме того, повысится вработываемость, улучшится дисциплина, активный отдых тонизирует весь организм.

Список использованных источников:

1. Жеребцов А. В. *Физкультура и труд* [Электронный ресурс]. - URL.: <http://archive.volgodonskgorod.ru/read.php?id0=2176> (Дата обращения 17.11.2016)
2. Жеребцов А. В. *Физкультура и труд* [Электронный ресурс]. - URL.: <http://archive.volgodonskgorod.ru/read.php?id0=2176> (Дата обращения 17.11.2016)
3. Кузнецов В. С., Холодов Ж. К. *Теория и методика физической культуры и спорта: учебник для студ. учреждений высш. проф. образования.* – М.: Издательский центр «Академия», 2014. - С. 285-286

ЧАСТИЧНАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ В ВОЛГОГРАДЕ И ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Паришина Валерия Николаевна

Руководитель: Лагерева Елена Александровна

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Президент Владимир Путин с 21 сентября 2022 года объявил в России частичную мобилизацию и постановил начать призыв граждан на военную службу. Об этом гласит Указ Президента Российской Федерации от 21.09.2022 №647 «Об объявлении частичной мобилизации в Российской Федерации».

Призыв граждан по мобилизации — это комплекс мероприятий, проводимых военными комиссариатами, призывными комиссиями по мобилизации при содействии органов исполнительной власти субъектов Федерации и органов местного самоуправления по обеспечению своевременного и гарантированного укомплектования личным составом воинских частей до штатов военного времени. Мобилизация бывает общей и частичной.

Объектом исследования являются граждане призванные в рамках частичной мобилизации в городе Волгограде и Волгоградской области.

Предмет исследования – процессы частичной мобилизации граждан Волгограда и Волгоградской области.

Цель исследования – комплексное изучение процессов частичной мобилизации в городе Волгограде и Волгоградской области.

Методы исследования: обобщение, классификация, анализ.

Призыв по мобилизации включает в себя оповещение граждан и организаций о ее проведении, доставку граждан в места сбора и пункты приема мобилизационных ресурсов воинских частей, а также документальное оформление призыва.

Призыву подлежат военнообязанные, не имеющие отсрочки. В указе президента о мобилизации не указаны количество, звания, возраст и другие характеристики тех, кто будет призван на военную службу. Министерство обороны должно установить количество и сроки призыва для каждого региона отдельно.

К военнообязанным относятся граждане, пребывающие в запасе, среди мужчин это:

- Прошедшие военную службу и уволенные в запас;
- Выпускники военных университетов (военных учебных центров) или тех, где есть военная кафедра;

- Не прошедшие службу в связи с освобождением от призыва (например, ограниченная категория годности по здоровью «В»);
- Не прошедшие службу в связи с отсрочкой при достижении 27 лет;
- Не прошедшие службу без оснований при достижении 27 лет;
- Прошедшие альтернативную гражданскую службу.

Призывники (граждане мужского пола в возрасте от 18 до 27 лет, не состоящие в запасе) не относятся к военнообязанным и не подлежат призыву по мобилизации, а только по срочной военной службе.

В рамках частичной мобилизации граждане обязаны:

- Явиться по вызову военных комиссаров для определения своего предназначения;
- Выполнять требования, изложенные в полученных ими мобилизационных предписаниях, повестках и распоряжениях военных комиссариатов;
- В военное время также предоставлять здания, сооружения, транспортные средства и другое имущество, находящиеся в их собственности, с возмещением государством понесенных ими убытков.

Призыв граждан осуществляет призывная комиссия. Те, кто подлежит призыву по частичной мобилизации должны явиться на сборные пункты в срок, указанный в повестке, мобилизационном предписании или распоряжении военного комиссариата (в некоторых случаях — федерального органа исполнительной власти). Поэтому если у военнообязанного нет повестки или мобилизационного предписания, то он не должен никуда являться.

Вечером 21 сентября 2022 года Андрей Иванович Бочаров губернатор Волгоградской области провёл заседание мобилизационной комиссии. В работе приняли участие представители силовых ведомств и Минобороны РФ. Порядка 3,5 тысяч мужчин из нашего региона попали под мобилизацию. Всего будет призвано 300 тысяч человек по всей России.

4 октября 2022 года Волгоградская область выполнила задачи первого этапа частичной мобилизации.

На основании Постановления губернатора Волгоградской области №621 от 12.10.2022 семьям граждан, призванным на территории Волгоградской области по частичной мобилизации, окажут дополнительную социальную помощь. В частности, согласно Постановлению губернатора Волгоградской области №622 от 12.10.2022, решено:

- Предоставить детям мобилизованных граждан бесплатное посещение занятий (кружки, секции и иные подобные занятия) в государственных образовательных организациях Волгоградской области;
- Зачислить детей мобилизованных граждан в первоочередном порядке в лагеря, организованные общеобразовательными организациями для отдыха и оздоровления во время каникул;
- Предоставить членам семей мобилизованных граждан права на внеочередное предоставление срочных социальных услуг, оказываемых в организациях социального обслуживания;
- Предоставить членам семей мобилизованных граждан из числа нуждающихся в социальном обслуживании, права на внеочередное направление в организации стационарного социального обслуживания;
- Предоставить членам семей мобилизованных граждан в первоочередном порядке технических средств реабилитации во временное пользование бесплатно;
- Содействовать в оформлении мер социальной поддержки членам семей мобилизованных граждан;
- Предоставить в первоочередном порядке услуг в сфере занятости населения, в том числе в поиске подходящей работы, в организации профессиональной ориентации граждан в целях выбора сферы деятельности, трудоустройства, прохождения

профессионального обучения и получения дополнительного профессионального образования.

В рамках нашей исследовательской работы была разработана анкета и проведен опрос среди студентов первого курса Волгоградского медицинского колледжа на разных специальностях, касаемо частичной мобилизации в нашей области и всей страны в целом.

В анкетировании приняли участие 60 студентов.

Студентам были заданы следующие вопросы и получены такие результаты опроса:

- Ваше отношение к указу Президента РФ о частичной мобилизации в России.

64% студентов заявили, что поддерживают такой шаг. Не поддерживают решение о частичной мобилизации 31% опрошенных.

- Есть ли в ваших семьях призванные (мобилизованные)?

У 56% опрошенных студентов были мобилизованы родственники, в частности мужчины. 44% мужчин из семей студентов не подлежат частичной мобилизации.

Как бы вы отреагировали, если бы были призваны: «Ваш отец, брат, дедушка, дядя или другой близкий вам человек?»

О том, что необходимо встать на защиту Родины, если она того требует, сообщила половина обучающихся, другая же считает, что в военных действиях должны участвовать только профессионалы, и за себя они боятся.

- Как вы считаете, необходима была ли частичная мобилизация в России?

69% думают, что частичная мобилизация была необходимой мерой для победы, другие 31% считают, что можно было решить проблемы и другим путем.

- Какие эмоции вы испытываете по поводу мобилизации;

53% опрошенных испытывают негативные эмоции (гнев, страх и т.д.) по поводу мобилизации, 47% сообщили о нейтральных чувствах (спокойное принятие).

- Опасаетесь ли вы за своих родственников?

71% студентов опасаются за своих родственников из-за мобилизации, в частности, это девушки, 29% не опасаются.

Согласно общим результатам опроса можно сказать, что большинство студентов положительно расположены к частичной мобилизации и поддерживают этот шаг.



Опрос среди студентов «Волгоградского медицинского колледжа»

Хотим напомнить, что студенты - медики являются военнообязанными и по достижению призывного возраста могут быть так же призваны на военную службу.

Наши студенты принимали активное участие в викторине и посетили дискуссионное заседание клуба ВОПООРВ «Материнское право» тема для обсуждения: «Инициатива введения в школах начальной военной подготовки».

В условиях нестабильной внешнеполитической и внешнеэкономической обстановки существенно возрастает роль мобилизационной подготовки и мобилизации. Для многих это довольно тяжелый моральный термин, условия которого не так уж легко принять. Но именно такие ситуации заставляют гордиться нашим поколением, которое понимает всю необходимость и серьезность данных операций. В общем по всей России было мобилизовано 300 тыс. граждан, часть из которых наши Волгоградцы.

Список использованных источников:

1. Указ Президента Российской Федерации от 21.09.2022 №647 «Об объявлении частичной мобилизации в Российской Федерации»
2. Постановление Правительства РФ от 20 октября 2022г. №1874 «О мерах поддержки мобилизованных лиц»
3. Военная доктрина Российской Федерации. –М.: Проспект, 2020. -256с.
4. ФЗ «О статусе военнослужащих».. –М.: Омега-Л, 2019.- 740с.

ИЗМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

*Яровая Любовь Андреевна
Руководитель: Нилова Людмила Геннадьевна
ГАПОУ “Волгоградский медицинский колледж”, Волгоград*

Суррогатное материнство официально разрешено в разных странах, в том числе и в России. Для многих суррогатное материнство — единственная возможность стать родителями.

Суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям.

Есть законодательно утвержденный список показаний, по которым женщина имеет право принять участие в программе суррогатного материнства:

- отсутствие матки (врожденное и приобретенное);
- деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или в результате заболеваний;
- патология эндометрия (синехии, облитерация полости матки, атрофия эндометрия);
- неудачные повторные попытки ЭКО (3 и более) при неоднократном получении эмбрионов хорошего качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности;
- привычное не вынашивание беременности (3 и более самопроизвольных выкидыша в анамнезе).

Совет Федерации 14 декабря 2022 года одобрил закон, регулирующий новые нормы суррогатного материнства. 19.12.22 года Федеральный закон № 538 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» был подписан Президентом РФ и вступил в законную силу. Документ вносит существенные ограничения в данный вид ВРТ (вспомогательные репродуктивные технологии).

Цель работы - изучить изменения законодательства в области регулирования суррогатного материнства.

Исходя из поставленной цели, необходимо решить следующие задачи:

3. Изучить новые требования законодательства в части применения суррогатного материнства.

4. Рассмотреть введенные ограничения в данной области.

Гипотеза данной работы: «Введение новых законодательных норм конкретизировало и ужесточило требования к участникам программы суррогатного материнства».

Согласно требованиям, изложенным в новом документе, теперь суррогатное материнство разрешено только парам, брак которых официально зарегистрирован. Также программой могут воспользоваться одинокие женщины. В указанных выше случаях суррогатное материнство допустимо, но только при невозможности вынашивания и рождения женщиной малыша естественным путем, обусловленной медицинскими показаниями.

Ребенок, появившийся на свет на территории РФ, получает при рождении российское гражданство, для иностранцев программа недоступна. Использование данного вида ВРТ разрешено только парам, где оба супруга или один из них является гражданином Российской Федерации.

Требования к суррогатным мамам в законе почти не изменились, единственное новое требование – суррогатная мать обязана иметь российское гражданство.

Одно из самых важных изменений — запрет донорства ооцитов в программах суррогатного материнства. Для получения эмбрионов должен использоваться генетический материал как одинокой женщины, так и супружеской пары, а не стороннего кандидата. Дополнительно отметим, что донорство яйцеклеток по-прежнему доступно в протоколе ЭКО. Родители теперь обозначаются как генетические родители (раньше были «биологическими»).

Прежде всего, ограничения затронут иностранных лиц. Объясняется это тем, что ранее большое количество жителей других стран приезжали на территорию России, чтобы воспользоваться программой суррогатного материнства, а после возвращались за рубеж, где невозможно отследить судьбу рожденного ребенка. Также ограничения коснутся пациентов с онкологическими патологиями. Их участие в программах будет ограничено.

Прошлый вариант закона допускал, что женщины, которым по медицинским показаниям нельзя было провести стимуляцию яичников для получения яйцеклетки, могли воспользоваться донорским материалом и услугами суррогатной мамы. Теперь это сделать невозможно. Потенциальными родителями ребенка могут стать только генетические отец и мать.

Что касается одиноких женщин, то они могут применять протокол ЭКО с использованием донорской спермы. Также им по-прежнему доступны услуги суррогатных мам. Но только при условии, что будет использована яйцеклетка будущей матери и сперма донора. Включение в протокол ооцитов сторонней женщины категорически запрещено, ребенок должен унаследовать генетический материал будущей матери.

Таким образом, внесённые изменения в первую очередь коснутся иностранцев. Также программы суррогатного материнства теперь недоступны парам, которые ранее могли воспользоваться донорскими ооцитами, и партнерам, официально не зарегистрировавшим брак.

Список использованных источников:

1. Применение вспомогательных репродуктивных технологий // КонсультантПлюс - URL: <https://www.consultant.ru/> (дата обращения: 04.02.2023).
2. Федеральный закон от 19 декабря 2022 г. N 538-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации"// Гарант.ру - URL: <https://www.garant.ru/> (дата обращения: 05.02.2023).
3. Новый закон о суррогатном материнстве 2022// AngelBaby - URL: <https://angelbaby.ru/> (дата обращения: 04.02.2023).

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ПРАВА В РОССИИ

Богаченко Полина Сергеевна

Кондрашова Алина Игоревна

*Руководитель: Заварзина Галина Владимировна
ГБПОУ "Волгоградский политехнический колледж
имени В.И. Вернадского, Волгоград*

Экологическое право – самостоятельная комплексная отрасль права, регулирующая отношения в области взаимодействия общества и человека с окружающей средой.

В России первые правовые нормы природоохранительного характера связывались с защитой частновладельческих прав на природные ресурсы. Впервые такие нормы появились еще в «Русской Правде». Так, ст. 69 «Пространной правды» за промысел («покражу») бобра предусматривала штраф в 12 гривен, что было равно наказанию за убийство холопа. Бобры и многие ценные пушные звери считались собственностью князя.

Законодательство России XV-XVI веков охраняло природные объекты великокняжеских, монастырских и общинных владений от посягательств на них со стороны иных лиц.

Уголовное право в России как система стало формироваться с конца XVII века в Уложении 1649г. Охрана природной среды нашла отражение в разделе об ответственности за имущественные преступления, и касалась она в основном вопросов ограничения охоты и охраны лесов. В этот же период было подготовлено 67 указов об ограничении отстрела лесного зверья. Целью этих указов было положить конец хищническому истреблению животных. Так, только в одном 1653 года через Архангельск за границу было вывезено 350 тыс. белчихих шкурок.

При Петре I также принимались меры по охране животных - объектов охоты. Особой охране подлежали лоси. С представителей высших сословий за незаконную охоту на лосей взыскивали штраф 100 руб., а людям низших сословий грозило «наказание жестокое без всякой пощады» и «ссылка в Азов с женами и детьми на вечное житье». Указом 1704г. запрещалось ловить рыбу переметами, поскольку этот способ массового лова препятствовал не только «великой», но и «малой» рыбе пройти к местам нереста. В 1721г. Петр I издал Указ об ограничении добычи жемчуга в северных реках России.

До конца XIX века в России не было закона об охоте. Такой закон был принят 3 февраля 1892г. С его принятием были внесены изменения в ст. 949 Уложения о наказаниях уголовных и исправительных 1845г. Она стала предусматривать, что «полевые, лесные и охотничьи сторожа, уличенные в ложном показании, подвергаются сверх наказаний, определенных в ст. 943, «удалению от должности с лишением всех прав на занятие».

По Указу царя от 1678г. за порубку леса в заповедных засечных лесах с виновных взимался штраф: «За проложенную дорогу в лесу и за высежку дерева с гранью - 10 руб., а за проложенную стезжку и за высеченное дерево без грани - 5 руб.» Кроме того, виновный подвергался «битью кнутом в городах в торговые дни при многих людях...». За повторную порубку деревьев предусматривалась смертная казнь.

Петр I объявлял некоторые леса заповедными, невзирая на принадлежность лесных угодий (казенные, помещичьи, монастырские). За порубку заповедных лесов виновные подвергались штрафу в 10 руб., а за «многую заповедных лесов посечку» – смертной казни.

За умышленный поджог леса в качестве наказания определялась смертная казнь. В 1724г. в дополнениях к указанному предписывалось виновных в порубке леса

валодмейстеров (управляющих лесами) и сторожей наказывать кнутом и, вырезав ноздри, ссылатъ вечно на каторжные работы.

Многие статьи Уложения о наказаниях уголовных и исправительных 1845г. предусматривали ответственность чиновников лесного хозяйства и служащих за разрешение самовольной порубки леса или за участие в таких деяниях (штрафы, заключение в тюрьму, ссылка в Сибирь). Однако и эти меры не могли остановить интенсивное истребление лесов. Согласно отчету Министерства юстиции за 1860г. за незаконную порубку казенных лесов было предъявлено обвинение 17 641 человеку, что составляло 25% от общего числа всех обвиняемых за различные преступления (72 489). 5 виновных были приговорены к ссылке и 34 - направлены в арестантские работы.

Несмотря на наличие в законодательстве России XVII-XIX веков некоторых природоохранных уголовно-правовых норм в целом развитие их существенно отставало от развития законодательства об охране и использовании природных ресурсов. Только в Петровский период было принято 60 указов об охране природы, в пост петровский период - более 140 законов, а в период Александровских и пред реформенных преобразований - более 300 законов. Однако законотворческая деятельность не соответствовала практике применения закона, поскольку казенные ведомства, крупные частные промышленники не были заинтересованы в его реализации, так как оно лишало бы их основных доходов.

Система норм, обеспечивающих охрану природы, начала складываться лишь к концу XIXв., именно в это время экологические интересы сложились в качестве объекта уголовно-правовой охраны в России. Уложение о наказаниях уголовных и исправительных наибольшее внимание уделяло вопросам ответственности за посягательство на живую природу. Некоторая часть норм при этом содержится в главе «О нарушении постановлений для обеспечения народного продовольствия» и предусматривает уголовно - правовые санкции за «безвременное и излишнее истребление служащими в пищу диких животных и рыб». Преступлением объявлялось самовольное создание рыбных заводов; незаконный улов рыбы; непринятие должностными лицами «мер по прекращению охоты и звериной и птичьей ловли в запрещенное время и в запрещенных местах», «допущение торговли добытою в запрещенное время дичью». Специальная глава отводилась статьям о наказуемости нарушений правил о казенных и частных лесах: за самовольную рубку деревьев, укрывательство или покупку похищенного или самовольно срубленного другими лицами леса, ненадлежащее выполнение обязанностей или злоупотребление ими со стороны «лесных чинов и стражи», сопротивление такого рода лицам. Подобные составы защищали не столько экологические интересы, сколько интересы собственности государства и частных лиц. Несколько с иных позиций осуществлялась защита неживой природы: воздуха и воды. В главе «О нарушении правил для охранения чистоты воздуха и безвредности воды, а также безвредности съестных припасов» законодатель признавал наказуемыми действия того, кто «построит, призванные по законам вредными для чистоты воздуха или воды, фабрику, мануфактуру или завод в городе, хотя бы вне города, но выше одного по течению реки или протока». Помимо ареста от 7 дней до 3 месяцев содеянное влекло за собой уничтожение построенного за счёт виновного. Отдельная санкция устанавливалась за выброс в воду ядовитых или сильнодействующих веществ с намерением лишить кого-либо жизни.

Уголовное Уложение 1903 года пошло по пути значительного смещения акцентов в уголовно-правовой оценке социальной направленности многих из вышеперечисленных преступлений. Сконструировав особую главу - «О нарушении постановлений, ограждающих народное благосостояние», законодатель, с одной стороны, объединил в ней составы, ранее изложенные в разных разделах Особой части, а с другой - предусмотрел основания уголовной ответственности за ряд новых деяний. Немало статей данной главы было призвано обеспечить охрану диких животных и птиц. Формулируя составы незаконной охоты, Уголовное Уложение установило к тому же специальные санкции за:

- 1) убой зубра или самки лося, оленя, дикой козы;
- 2) «недозволенное разорение птичьих гнёзд или вынимание из них яиц или птенцов;
- 3) реализацию и покупку с целью продажи дичи, убитой в запрещённое время.

В более унифицированном виде предусмотренного основания уголовной ответственности за рыбную и иную ловлю «в недозволенное время, в недозволенных местах, запрещёнными способами или без соблюдения предписанных правил». Не были оставлены без внимания и общественные интересы в части защиты от распространения заразных болезней среди домашних животных, сельскохозяйственных растений, плодовых деревьев и т. п.

Для защиты лесов общегосударственного значения в 1917 г. был принят Декрет, объявивший преступными лесопорубки без надлежащего разрешения. В 1918 г. была издана норма, устанавливающая ответственность за нарушения порядка производства лесных заготовок. 27 мая 1918 года был подписан декрет об охране лесов, в котором отмечалось их исключительное водоохранное, почвозащитное, экономическое и культурное значение. В это же время принимаются и декреты об охоте и о регулировании рыбного хозяйства в целях сохранения от расхищения и уничтожения редких пород животных и рыб.

Совет Труда и Оборона в 1920г. принял Постановление «О борьбе с лесными пожарами», предусмотревшее отдачу под Суд военного трибунала лиц, умышленно или по неосторожности вызвавших лесной пожар. Уголовная ответственность за посягательства на фауну основывалась на Декрете СНК «О сроках охоты и праве на охотничье оружие» и Декрете об охоте. Для защиты интересов государства в области использования природных ресурсов в зоне Арктики Декретом СНК «Об охране рыбных и звериных угодий в Северном Ледовитом океане и Белом море» была предусмотрена возможность уголовного преследования за нарушение исключительного права РСФСР на эксплуатацию рыбных и звериных угодий в этих регионах в границах, определенных ст.1 Декрета. Еще до утверждения Уголовного кодекса 1922 года было решено организовать охрану ценных уголков природы с их растительным и животным миром, для чего был принят ряд декретов об учреждении в разных районах страны заповедников.

Уголовный кодекс 1922 года упоминал о двух составах преступлений рассматриваемого вида:

3. за не извещение надлежащих властей о заразной болезни вне зависимости от того, кого она касалась: людей или скота,

4. за охоту и рыбную ловлю в недозволенное время, в недозволенных местах и недозволенными способами и приёмами; выборку камней, песка и прочего без разрешения надлежащих властей и разработку недр земли с нарушением установленных правил.

В УК РСФСР 1926 года нарушение правил охраны леса, производство различного рода запрещенных водных добывающих промыслов, разработка недр, промысел котиков и морских бобров, а позднее (с 1928 года) и незаконная охота стали рассматриваться самостоятельными составами преступлений. Вместе с тем о наказуемости за не извещение о заразной болезни он уже не упоминал.

УК РСФСР 1960 года устанавливал отдельные санкции за более широкий круг деяний против природы, но относил их уже к различным главам Особенной части. В главе «Хозяйственные преступления» речь идёт об известных (незаконное порубка леса, запрещённое занятие рыбным и другими водными добывающими промыслами, разработка недр без соответствующего разрешения и т.д.), и о ряде новых для советского законодательства деяний: нарушение правил лесосплава или взрывных работ, умышленная потравка посевов и повреждение полезащитных насаждений и др.

В начале 1990-х годов было создано Министерство РФ по охране окружающей природной среды. В постсоветской России было принято около трех десятков законов, касающихся экологии: «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (1991), «О недрах» (1992), «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993), «Об

особо охраняемых природных территориях» (1995), «О животном мире» (1995), «Водный кодекс РФ» (1995), «Лесной кодекс РФ» (1997), «Об отходах производства и потребления» (1998) и др. Основополагающий законодательный акт на сегодняшний день, который детально описывает экологические обязанности и права граждан России и регулирует отношения в области всей окружающей среды - это Закон РФ «Об охране окружающей природной среды» (2002). Также к основным нормативно-правовым актам по охране окружающей среды относят: Земельный кодекс РФ (2001), Водный кодекс РФ (2006), Лесной кодекс РФ (2006).

Осенью 2002г. правительство РФ одобрило Экологическую доктрину и план действий по ее реализации. В составе правительства РФ была образована Федеральная служба по экологическому и технологическому контролю. 27 января 2009г. было принято Постановление правительства РФ «Об осуществлении государственного контроля в области охраны окружающей среды (государственного экологического контроля)». В апреле 2012г. президент России Дмитрий Медведев утвердил «Основы государственной политики в области экологического развития Российской Федерации на период до 2030 года», которые стали первым в истории России документом такого уровня, определяющим долгосрочную экологическую стратегию страны.

Сегодня законодательство в области охраны окружающей среды позволяет обеспечивать сохранение качества окружающей среды в Российской Федерации.

Список использованных источников:

1. *Экологическое право России: учеб. пособие / под ред. Н.В.Румянцева. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ЮНИТИ, 2012. – 242 с.*
2. <https://kpfu.ru/portal/docs/F331996391/PRAVO.pdf>
3. <https://be5.biz/pravo/e001/2.html?ysclid=lcx67uo2c3281514353>
4. <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-istoricheskogo-razvitiya-ekologicheskogo-prava-v-rossii?ysclid=lcx68mqzf3972150379>

ГУМАНИТАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

*Плахотный Владислав Андреевич
Руководитель: Лукина Алла Владимировна
ГБПОУ "Ейский медицинский колледж", г. Ейск*

Психология - это, пожалуй, самая сложная, и в то же время самая легкая наука. Сложна она потому, что пытается описать и объяснить постоянно ускользающую от исследователя реальность душевной жизни человека. Легка же психология оттого, что каждый из нас сам переживает те явления, которые составляют предмет интереса психологов: любовь и ненависть, страх и восторг, мечты и воспоминания.

В истории психологии существует большое количество психологических направлений. В этой статье будет рассмотрено такое направление, как гуманистическая психология. Гуманистическая психология - направление в западной психологии, признающее своим главным предметом личность как уникальную целостную систему,

которая представляет собой не нечто заранее данное, а «открытую возможность» самоактуализации, присущую только человеку.

Гуманистическая психология посвящена именно личностным проблемам современного человека, чья внутренняя жизнь оказалась забытой в спешке и суете. Гуманистический подход послужил ответом на классический безличный подход к изучению человеческой психики, который господствовал в начале 20 века. В рамках этого подхода гуманистическая психология оформилась как самостоятельное направление в 1960-х годах. Изначально это направление существовало только в американской психологии, но позже им заинтересовались и европейские специалисты.

Самыми яркими представителями гуманистического направления являются: Абрахам Маслоу, Карл Роджерс, Ролло Мэй, Гордон Олпорт, Виктор Франкл, Джеймс Бьюдженталь, Фредерик Перлз и другие.

Гуманистическая психология исходит из экзистенциальных установок о том, что человек находится в вечном становлении и развитии, сам является творцом себя на основе свободы выбора, осознания смысла жизни и реализации своих возможностей. Экзистенциалистский взгляд на человека берет начало из конкретного и специфического осознания уникальности бытия отдельного человека, существующего в конкретный момент времени и пространства.

Экзистенциалисты полагают, что каждый из нас живет как "сущий-в-мире", осознанно и болезненно постигая наше существование и конечное несуществование (смерть). Мы не существуем вне мира, и мир не имеет значения без нас, живущих в нем. Отвергая понятие, что человек является продуктом либо наследственных факторов, либо влияния окружающей среды, экзистенциалисты подчеркивают идею о том, что, в конце концов, каждый из нас ответствен за то, кто мы и чем становимся. С точки зрения экзистенциалистов, люди сознают, что они в ответе за свою судьбу, и поэтому испытывают стресс, боль отчаяния, страх, одиночество и тревогу. Только сами люди, брошенные в водоворот жизни в данный момент времени и в данном месте, ответственны за выбор, который они делают. Это не означает, что, если людям дана свобода выбора, они непременно будут действовать в своих собственных интересах. Свобода выбора не гарантирует, что выбор будет безупречным и мудрым. Если бы это было так, люди не страдали бы от отчаяния, отчуждения, тревоги, скуки, вины и множества других навязываемых себе неприятных чувств.

Так как экзистенциальная философия полагает, что каждый человек ответствен за свои действия, она апеллирует к гуманистической психологии. Теоретики-гуманисты также подчеркивают, что каждый человек является главным архитектором своего поведения и жизненного опыта. Люди - мыслящие существа, переживающие, решающие и свободно выбирающие свои действия. Следовательно, гуманистическая психология в качестве основной модели принимает ответственного человека, свободно делающего выбор среди предоставленных возможностей. Как заметил Сартр - "Я есть мой выбор".

Абрахам Маслоу - один из самых ярких представителей гуманистического направления. Ведущим концептом в его учении является самоактуализация. Самоактуализация имеет первостепенное значение для всей гуманистической психологии и отражает направленность данного течения. Автор определял самоактуализацию как стремление человека и процесс воплощения им своего потенциала, реализацию наибольшего количества возможностей. «Лучшим путем к хорошей жизни может быть только один: еще более быть самим собой. Научиться высвободить подавленное, познавать собственное «Я», прислушиваться к «голосу импульса», раскрывать свою величественную природу, достигать понимания, проникновения, постигать истину - вот, что требуется» - утверждал А. Маслоу.

В человеке изначально заложены возможности для позитивного развития, а разрушительные силы не являются частью человеческой природой, а появляются вследствие неудовлетворенности основных потребностей. Маслоу считал, что исследовать психические патологии уместно только после того, как будет изучено состояния «нормы», структура

психики здорового человека. А образцом здоровой психики является самоактуализирующийся человек.

Самоактуализации невозможно достигнуть один раз и навсегда, это процесс развития, понимания себя, изучения своей природы длиною в жизнь. Маслоу описывал личность, стремящаяся к самоактуализации, следующим образом: человек принимает себя, мир и окружающих; имеет хорошие отношения с другими людьми; адекватно оценивает ситуацию; сосредоточен на задаче, а не на себе, стремится к автономии от окружающей среды и культуры; он спонтанный, независимый, имеет богатую внутреннюю жизнь, креативен и демократичен. Принципиально отличным от всех других существ человека делает творчество. Оно может проявляться во всевозможных формах и является врожденной способностью личности. Однако эта способность может утратиться в процессе подчинения жестким общественным стандартам и усвоения культурных норм, ограничивающих свободу.

Маслоу предположил, что все потребности врожденные и представил свою концепцию иерархии потребностей в мотивации человека в порядке их очередности и представил ее схематически. удовлетворение потребностей, расположенных внизу иерархии, делает возможным осознание потребностей, расположенных выше в иерархии, и их участие в мотивации. По Маслоу, это является главным принципом, лежащим в основе организации мотивации человека, и чем выше человек может подняться в этой иерархии, тем большую индивидуальность, человеческие качества и психическое здоровье он продемонстрирует. Если потребности более низкого уровня перестанут удовлетворяться, человек вернется на данный уровень и останется там, пока эти потребности не будут в достаточной мере удовлетворены. иерархия потребностей по Маслоу дает понять, что человек на протяжении всей жизни ищет пути к удовлетворению своих потребностей, что человек находится в постоянном поиске и в этом заключается вся его сущность.

Гуманистическая психология - это особое направление, отличающееся от других школ рядом принципиально важных положений для понимания природы человека. Она традиционно включает такие концепции, как теория черт личности Г. Олпорта, теория самоактуализации А. Маслоу, идеи Ш. Бюлера о жизненном пути человека и идеи Р. Мэя.

Каждая из перечисленных теорий использует свой понятийный аппарат, создает оригинальные концепции внутреннего мира человека и его развития на протяжении жизни, верифицирует и обосновывает данные, полученные в ходе эмпирических исследований. Однако различия, существующие между теориями, не являются препятствием, которое не позволяло бы рассматривать их с позиции общих методологических принципов.

Таковыми принципами являются:

1) Принцип развития, который означает, что человек постоянно стремится к новым целям, самосовершенствованию в силу наличия врожденных потребностей - стремления к самореализации, потребности в самореализации, желания осуществлять непрерывное поступательное развитие.

2) Принцип целостности, который позволяет рассматривать личность как сложную, открытую систему, направленную на реализацию всего своего потенциала.

3) Принцип гуманности, утверждающий, что человек по своей природе добр и свободен, и только обстоятельства, препятствующие раскрытию его истинной природы, делают его агрессивным и отчужденным.

4) Принцип целенаправленного детерминизма, который предполагает изучение черт личности в связи с ориентацией человека на будущее, то есть в связи с его ожиданиями, целями и ценностями, отвергая при этом идею каузального детерминизма.

5) Принцип активности, позволяющий принимать субъекта как самостоятельно мыслящее и действующее существо, в жизни которого другой человек (например, психотерапевт) может играть роль поддерживающего, безусловно принимающего, создающего благоприятные условия для его развития.

6) Принцип не экспериментального изучения личности, в основе которого лежит идея

целостности, а значит невозможность адекватного изучения личности по отдельным фрагментам, поскольку система (как и личность) обычно обладает свойствами, которые не содержатся в ее отдельных частях.

7) Принцип репрезентативности, который означает, что цель и объект исследования в гуманистической психологии совпадают, поскольку задача изучения нормальной и полноценно функционирующей личности реализуется в отборе здоровых, самоактуализированных индивидов.

Каждый опыт в жизни человека, даже если он оценивается им как негативный, является полезным, значимым опытом, уже содержащимся во внутренней жизни личности, достойным уважения и признания - хотя бы как урок, который, возможно, дорого нам обошелся, но который защищает нас от многих ошибок в настоящем и будущем.

Гуманистическая психология часто описывается как отдельная отрасль психологии, но она также представляет перспективу или образ мышления о поведении человека. Гуманистический подход помог открыть новые способы мышления о человеческой мотивации и поведении. Он также представил новые подходы к лечению и методы психотерапии, чтобы справиться с психологическими заболеваниями и способствовать психологическому благополучию. Гуманистическая психология продолжает оказывать мощное влияние и сегодня, и ее влияние можно наблюдать как в других областях психологии, так и в областях образования, философии и даже политики. В настоящее время гуманистическая психология остается важной частью этой области, которая продолжает вносить большой вклад в понимание человеческого разума и поведения.

Список использованных источников:

1. Андреева Г. М. Социальная психология / Андреева Г. М. – Москва: Просвещение, 2000. – 365 с.
2. Купелова Д. П. Основные принципы гуманистической психологии Абрахама Маслоу / Д. П. Купелова, Г. П. Нобашова. Москва: Юрайт, 2019. – 134 с.
3. Нуркова В. В. Общая психология: учебник для вузов / В. В. Нуркова, Н. Б. Березанская. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: Юрайт, 2019. – 524 с.
4. Гордова Н. Л. Значение гуманистической психологии / Н. Л. Гордова // Гуманистическая психология. – 2019 - №2 – URL: <https://megapredmet.ru/1-63597.html> (дата обращения 15.01.2023).
5. Данилов Т. В. Гуманистическая психология: понятие, основные идеи, теории / Т. В. Данилов // Гуманистическая психология. – 2022 – №1 – URL: <https://dnevnik-znaniy.ru/psixologiya/gumanisticheskaya-psixologiya.html> (дата обращения 15.01.2023).
7. Леонтьев Д. А. Гуманистическая психология / Д. А. Леонтьев // Википедия. – 2020 - №1 – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Гуманистическая_психология#cite_note-1 (дата обращения: 15.01.2023).

АДАПТАЦИЯ СТУДЕНТА ПЕРВОКУРСНИКА В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ № 1

Мусдакова Марьям Даировна

*Руководитель: Поливанова Татьяна Владимировна
ГБПОУ Департамента здравоохранения города Москва
"Медицинский колледж № 1", г. Москва*

Адаптивность – это способность адекватно реагировать на требования окружающей среды, регулируя поведение для достижения гомеостаза. Переход в колледж, университет для многих студентов проблематичен, если они не адаптируются быстро и эффективно, это повлияет на их успеваемость. Адаптивность в основном связана с корректировкой мыслей, гибкостью, генерацией решений, а также выявлением и решением проблем. [1, с. 21]

Существуют следующие трудности в адаптации к обучению в колледже:

- нет сильной мотивации к получению знаний о новой профессии;
- страх выступать перед публикой (одногоруппниками, преподавателями);
- социально-экономические проблемы у студентов с других городов и регионов;
- отсутствие поддержки со стороны родных и близких.

Адаптация делится на две категории: психологическая и социальная. Психологическая адаптация означает, что вы испытали счастье и удовлетворение, а ваше психическое состояние стабильно, в то время как социальная адаптация означает адаптацию к культуре и социальной среде. Первая считается субъективной, которая в основном оценивается на уровне собственной психологии, а вторая является объективной адаптацией, о которой можно судить в основном на уровне действий извне.[2, с.101]

Джеффри Евгенидис в своём романе «Средний пол» писал: «Успех зависит от скорости адаптации к новым обстоятельствам» [2, с.127], поэтому она требует постоянной и быстрой активизации своего адаптивного потенциала с наименьшими усилиями. Быстрая и эффективная адаптация может определить академическую успеваемость и, следовательно, успех в профессионализации.

Адаптация происходит на протяжении всех лет обучения. Только к третьему курсу формируются значимые для студента навыки самоконтроля, организованности, ответственности. Адаптация личности студента к обучению – это сложный, длительный, а порой острый и болезненный процесс. Возрастные особенности характеризуются эмоциональной незрелостью, открытостью, внушаемостью. В это время студентом важно иметь окружение, в котором они находятся. Очень часто в одну группу попадают юноши и девушки с разным социальным уровнем, а именно – провинциалы и городские жители. Период адаптации данных категорий будет разным. Бергман проанализировал, что подростки живут в чрезмерно стимулирующем состоянии, когда они молоды, что затрудняет им выбор и установление приоритетов. [3, с 138]

Другая ключевая причина сложной адаптации связана с программой образования; большинство колледжей следуют сложной методике образования и наличием изнурительного количества учебных материалов.

Концепция адаптации относительна и переменна от одного общества к другому, в соответствии с культурой и убеждениями. Например, в мусульманской республике одно поведение может считаться уместным, но может быть совершенно противоположным в другой. Смена студентом района проживания может повлиять на его психическое состояние, а это отразится на учебе. Поэтому, адаптация, находится в гармонии с окружающей средой является важным для каждого в жизни, и каждый человек придает сознательные или бессознательные усилия для удовлетворения своих потребностей в среде, в которой он живет. Причина сложной адаптации связана с программой образования; большинство колледжей следуют сложной методике образования и наличием изнурительного количества учебных материалов. [3, с 186]

Необходимым условием успешной деятельности студента является освоение новых для него особенностей учебы в колледже. На протяжении первого года обучения происходит вхождение студента первокурсника в студенческий коллектив, формируются навыки и умения рациональной организации умственной деятельности, осознается призвание к выбранной профессии, вырабатывается оптимальный режим труда, досуга и быта развиваются и воспитываются профессионально значимые качества личности. [4, с 58]

Процесс адаптации первокурсника протекает по следующим периодами:

1. умение приспособиться к современной системе обучения,
2. приспособиться к трансформации учебного режима,
3. почувствовать себя комфортно в новом коллективе.

Успешная адаптация студентов первого курса является залогом психологического комфорта студента, учебной успеваемости, общественной активности, а в дальнейшем –

высокого профессионализма и конкурентоспособности. Поэтому системный, научно обоснованный комплексный подход к работе со студентами первого курса и определяет эффективность учебного заведения. [4, с 79]

Целью исследования было определение академической адаптации студентов в образовательной среде первого курса «Медицинского колледжа №1». Нами был проведен опрос среди 42 студентов 1 курса. (Приложение 1)

Анализ ответов показал, что сознательно выбрали медицинский колледж 38% опрошенных студентов, остальные поступили учиться или под влиянием родителей или не смогли поступить в ВУЗ. (Рис 1)

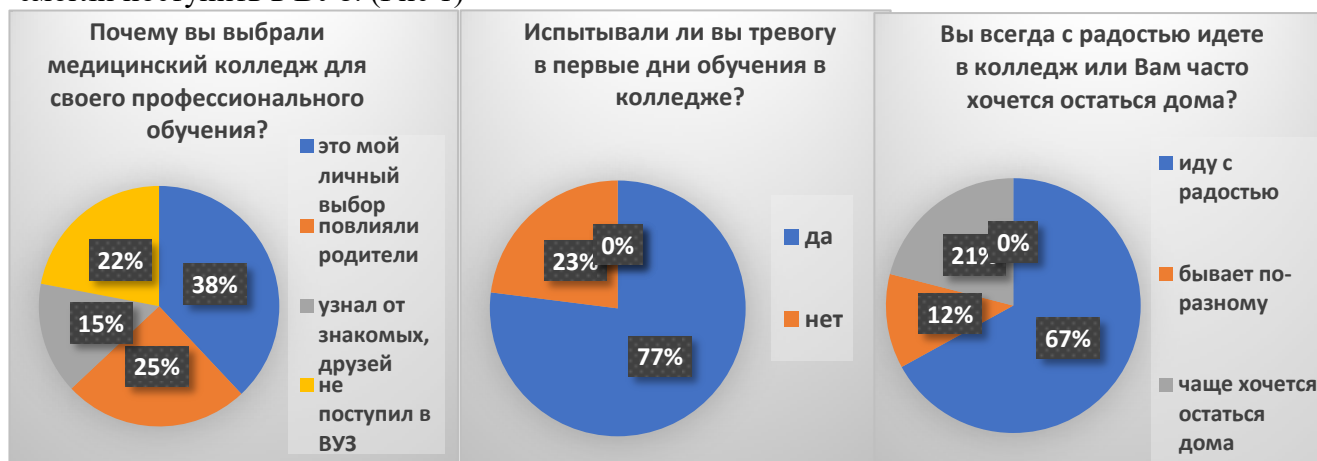


Рис.1

Рис.2

Рис.3

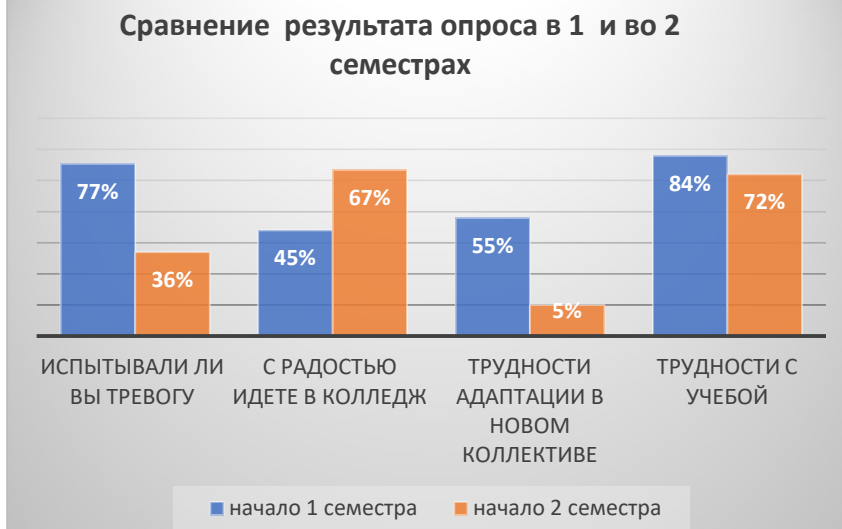
77% студентов испытывали тревогу в первые дни обучения, в дальнейшем уже 67% с удовольствием посещают колледж, всего 21% хотели бы остаться дома, а не ходить на занятия (Рис 2, Рис 3)

На первом этапе обучения для 55% опрошенных оказалось более сложным вхождение в новый коллектив, для 30% сложной оказалась учеба. Во втором семестре картина меняется: уже 72% студентов испытывают трудности в учебе, а не в общении с одногруппниками. (Рис 4, Рис 5).

Рис 4

Рис 5

Рис 6



Помощь в адаптации при обучении в новой образовательной среде в большей мере оказывал классный руководитель. (Рис 6)

При сравнительном анализе результатов опроса в

1 и 2 семестре картина адаптации положительная, хотя проблемы еще остаются и есть над чем работать. Успешность адаптации предполагает готовность студента к преодолению различных трудностей, которые будут возникать в процессе обучения и общения с однокурсниками. Мы считаем эти результаты очень обнадеживающими, так как не адаптируются к новой образовательной среде колледжа те студенты, которые имеют серьезные личностные проблемы. (Рис 7)

Таким образом, чем быстрее студент сможет адаптироваться в новой для него культурно-образовательной среде, тем меньше вероятность возникновения затруднений в актуализации необходимых познавательных и личностных особенностей для успешного обучения в данной среде. Для успешного процесса адаптации мы составили памятку для первокурсников, которая содержит 10 правил. Следуйте им и процесс учебы будет успешным! (Приложение 2)

Список использованных источников:

1. Безюлева Г. В. Психолого-педагогическое сопровождение профессиональной адаптации учащихся и студентов. – М., 2018-402с.
2. Посохова С. Т. Психология адаптирующейся личности. – СПб.: изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2011-354с.
3. Алексеева, Г.В. Проблемы социальной адаптации студентов в процессе построения жизненной перспективы. // Г.В. Алексеева, М.И. Алексеева / Школа на рубеже веков: материалы докладов Всероссийской научной конференции. Смоленск: СГПУ, 2009-267с.
4. Андреева Д. А. Влияние адаптации студентов на учебную активность– Ростов-Дон: Феникс, 2015-185с.

Приложение 1

Анкета

1. Почему вы выбрали медицинский колледж для своего профессионального обучения?
 - это мой личный выбор
 - узнал от знакомых, друзей
 - повлияли родители
 - не поступил в ВУЗ
2. Испытывали ли вы тревогу в первые дни обучения в колледже?
 - да
 - нет
3. Вы всегда с радостью идете в колледж или Вам часто хочется остаться дома?
 - иду с радостью
 - чаще хочется остаться дома
 - бывает по-разному
4. Что для Вас оказалось более сложным в течение первого семестра?
 - обучение
 - условия обучения
 - вхождение в коллектив
5. От кого вы получали помощь в адаптации, решении учебных и жизненных вопросов?
 - от одноклассников
 - от классного руководителя
 - от преподавателей
 - все перечисленное
- Трудности, которые вы сейчас испытываете связаны...
 - с учебной,
 - с условиями обучения
 - общением в группе
 - с преподавателями

Приложение 2

Памятка студенту первокурснику для успешной адаптации в колледже

- 1 Соблюдайте режим дня.

- 2 Следуйте правилам здорового образа жизни.
- 3 Планируйте собственную деятельность.
- 4 Уделяйте больше времени самостоятельному обучению, для вас это залог успешного непрерывного образования.
- 5 Следите за культурой речи, практикуйте бесконфликтное общение.
- 6 Преодолевайте возникающие трудности, не бойтесь преград.
- 7 Занимайтесь любимыми делами, спортом, хобби, это поможет вам развить творческий потенциал и даст возможность на некоторое время переключиться с ведущей (учебной) деятельности и поможет снять эмоциональное напряжение.
- 8 Проявляйте терпение.
- 9 Мыслите позитивно. В каждой ситуации находите хорошие стороны.
- 10 Старайтесь не жалеть себя.

ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ НА ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТА. ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕУТОМЛЕНИЯ.

*Синюкова Наталья Андреевна
Руководитель: Кудрина Анна Юрьевна*

*ГАПОУ Мурманской области
"Мурманский медицинский колледж", г. Мурманск*

Аннотация: в работе рассматривается проблема стресса, как состояния, характеризующегося эмоциональным и физическим напряжением, вызванным воздействием различных неблагоприятных факторов. Практическая составляющая заключается в выявление факторов риска, влияющих на развитие эмоционального дисбаланса у студентов ГАПОУ МО «Мурманский медицинский колледж».

Ключевые слова: стресс, образ жизни, профилактика переутомления

Актуальность

На сегодняшний день распространённость стресса очень велика, известно, что 95% россиян испытывают стресс, а чуть более трети опрошенных (34%) испытывают его постоянно. Данные цифры становятся настораживающими и являются важными для обращения внимания, так как стресс ведет не только к нарушениям организма, но и вызывает проблемы на работе, учебе, ведет к внутриличностным и общественным проблемам.

Цель исследования: приобщение студентов к профилактике своего здоровья.

Задачи исследования:

1. Определить число студентов, страдающих эмоциональным дисбалансом в ГАПОУ МО «Мурманский медицинский колледж»;
2. Выявить факторы возникновения стресса;
3. Предложить методы борьбы со стрессом, а также профилактику переутомления в рамках профессионального учреждения;

Гипотеза: Профилактика- главный «борец» со стрессом.

Объект исследования: стресс и факторы, способствующие его возникновению.

Предмет исследования: студенты ГАПОУ МО «Мурманский медицинский колледж».

Методы исследования: эмпирический, математический.

В условиях бурного развития научно-технического прогресса студентам приходится усваивать большой объем научной информации, решать насущные бытовые проблемы и овладевать многими навыками своей будущей профессиональной деятельности. Все это требует большого напряжения, в том числе психического, и иногда приводит к срыву соответствующих адаптационных механизмов, и, как следствие, к дезадаптации. Поэтому проблема психической адаптации студентов является одной из актуальных современных психологических проблем, что находит отражение в достаточно большом числе публикаций о психических заболеваниях, в том числе пограничных, у студентов [4, с.25].

Для того чтобы выявить процент людей подверженных стрессовым состояниям и имеющих последствия от стресса было проведено исследование на базе ГАПОУ МО «Мурманский медицинский колледж» в нём приняли участие 30 студентов возрастной категории 15-20 лет. Всем участникам предлагалось анонимно определить уровень стресса по шкале психологического стресса Ридера (приложение 1, таблица 1), а также ответить на ряд вопросов анкеты (приложение 3). Вопросы были направлены:

- 1) на выяснение информированности о данном состоянии;
- 2) на выяснение того, знают ли студенты к каким последствиям может привести стресс;
- 4) на определение того, подвержены ли сами студенты колледжа проблеме стресса;
- 5) на выяснение собственных методов профилактики и борьбы с профессиональным переутомлением, а также профилактики стресса.

Результаты и обсуждение

В анкетировании участвовало 30 человек из ГАПОУ МО «Мурманский медицинский колледж». Из них 87% лица женского пола (26 чел.) и 13% лица мужского пола (4 чел.). 37% участников в возрасте от 15 до 17 лет, и 63% в возрасте от 18 до 20.

В результате анализа полученных данных было выяснено, что 93% студентов подвержены факторам стресса, и всего лишь 7% не сталкиваются с таким состоянием. Практически все студенты информированы о данном дисбалансе организма (93%). У 93% студентов очень часто возникают стрессовые ситуации в учебном процессе и дома. И у 7% стрессовых ситуаций практически не возникает. По шкале психологического стресса Ридера было определено, что низкий уровень стресса наблюдается у 23%, средний у 60%, высокий у 17%.

Благодаря данному анкетированию можно отчетливо проследить, что большинство студентов подвержены к фактору стресса, но при этом имеют представление о данном состоянии. Данный процент говорит о том, что у большинства людей не сформирован комплекс качеств, которые позволяют спокойно справляться с действием факторов стресса, не проявляя при этом отрицательных эмоций, влияющих на самого себя и деятельность, а также на окружающих, не приводящих к психическим расстройствам, а, то есть это формирование стрессоустойчивости, которой не присутствует у большинства студентов.

Обучение в среднем или в высшем учебном заведении является стрессовым фактором для определенной категории студентов. В настоящее время большинство исследований подтверждают, что стресс – это спутник студенческой жизни. Этому способствуют: постоянное повышение интенсивности учебного процесса, ежедневное напряжение из-за нехватки времени и сил в попытке решить учебные и бытовые проблемы, хронические заболевания, нарушение цикла «сон-бодрствование», внутригрупповые и семейные конфликты. Стресс, который испытывают студенты также сказывается и на их успехах в обучении, что в свою очередь снижает академическую успеваемость студентов. Трудности с успеваемостью в свою очередь создают дискомфорт, в результате чего общий стресс усиливается, могут возникнуть психосоматические дисфункции. В связи с этим, анализ состояния стрессоустойчивости студентов имеет важное значение не только для разработки способов коррекции их успеваемости, но и для предупреждения нарушений здоровья. Для подтверждения и укрепления полученной информации было проведено исследование на основании полученных данных от студентов по профилактике стресса. В период с 01.11.2022 год по 10.11.2022 года на базе ГАПОУ МО «Мурманский медицинский колледж», было проведено самостоятельное исследование. В котором было использовано уже на практике методы борьбы с эмоциональным перегрузом. Используя все эти методы, каждый день было отмечено по шкале настроения, действенность данной профилактики. На основании этого исследования было выделено, что:

1. не всегда можно избежать стресс, иногда даже этого делать не нужно;
2. данные факторы могут принести как положительный, так и отрицательный результат;
3. избежать стресс, значит отказаться от путешествий и развлечений, пренебречь карьерным ростом, поменьше общаться с окружающими, убеждая себя в том, что нет ничего драгоценнее спокойствия и целостности своей уникальной личности. Это может привести к побочным эффектам, как скука, одиночество, зависть к более успешным коллегам, депрессия.

Стресс, иногда является выходом из тяжелого положения. Когда мы находимся в данной ситуации, мы начинаем быстрее мыслить и искать выход расставляя все приоритеты;

Исходя из проведенных исследования была разработана профилактика по борьбе со стрессом и профессиональным переутомлением, которая отражена в памятке. Благодаря

данной профилактике можно сохранить свое эмоциональное здоровье, предотвратить развитие болезней, а также она направлена на борьбу с вероятными факторами риска.

Выводы

Исходя из результатов проведенной исследовательской работы, можно утверждать, что гипотеза, приведенная нами, подтверждается, использование профилактических мероприятий направленные на стрессовые состояние, могут системно воздействовать на эмоциональную, мотивационную, волевую, поведенческую составляющие личности, на снижение негативных воздействий внешних стресс-факторов, целью чего является предупреждение стрессовых состояний и формирование высокого качества жизни. Благодаря данной профилактике можно избежать различные заболевания, иногда которые являются ведущими для развития других более тяжелых заболеваний.

В ходе полученных данных результатов после проведения исследования был разработан буклет. В памятке отражены основные принципы профилактики со стрессом, на основании рекомендаций студентов, соблюдая которые можно избежать эмоционального перегруза и укрепить своё здоровье.

Список использованных источников:

1. <https://stressundercontrol.ru/assets/docs/2021/Смрещ%20причины%20и%20следствия.pdf>;
2. <https://aif.ru/boostbook/sostojanie-stressa.html> /;
3. <http://medprof18.ru/upload/docs/032f05803ca2e57a1240f1904db50ec0.pdf>;
4. Нартова-Бочавер С.К. «Coping behaviour» в системе понятий психологии личности// Психологический журнал. – 1998. - Т. 18. - №5 – с. 20 – 30
5. Словарь практического психолога / Составитель С.Ю. Головин. Минск: Харвест, 2017. – 800 с.
6. <https://mag.103.by/topic/88073-stress-i-bolezni-kak-volnenije-i-trevoga-vlijajut-na-nash-organizm/>

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Таблица 1

Шкала психологического стресса Ридера

Инструкция: Оцените, пожалуйста, насколько Вы согласны в настоящий момент с каждым из перечисленных в таблице 1 утверждений и обведите в кружок номер, соответствующей категории ответа: «да, согласен», «скорее согласен», «скорее не согласен», «нет, не согласен»

№	Утверждение	Варианты ответов			
		Да, согласен	Скорее согласен	Скорее не согласен	Нет, не согласен
1.	Пожалуй, я человек нервный	1	2	3	4
2.	Я очень беспокоюсь о своей работе	1	2	3	4
3.	Я часто ощущаю нервное напряжение	1	2	3	4
4.	Моя повседневная деятельность вызывает большое напряжение	1	2	3	4
5.	Общаясь с людьми, я часто ощущаю нервное напряжение	1	2	3	4
6.	К концу дня я	1	2	3	4

	совершенно истощен физически и психически				
7.	В моей семье часто возникают напряженные отношения	1	2	3	4

Подсчитайте количество баллов, для этого суммируйте все обведенные Вами цифры и разделите на семь (общее число утверждений). Так Вы сможете определить уровень стресса, влияющий на Ваше здоровье в настоящее время (Приложение 2, таблица 2).

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Таблица 2

Уровень стресса		
Уровень стресса	Средний балл	
	Мужчины	Женщины
Высокий	1-2	1-1,82
Средний	2,01-3	1,83-2,82
Низкий	3,01-4	2,83-4

Итак, если у Вас в настоящее время присутствует высокий уровень стресса, следует как можно быстрее овладеть способами его преодоления. Если ничего не помогает и силы на исходе, следует обратиться к психологу, психотерапевту.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Анкета для студентов (анкетирование анонимное)

- Вопрос 1. Укажите Ваш пол:
Вопрос 2. Укажите ваш возраст:
Вопрос 3. Что вы знаете о стрессе:
Вопрос 4. Подвержены ли вы факторам стресса:
Вопрос 5. Знаете ли вы к каким последствиям ведет стресс, если да, то к каким:
Вопрос 6. Часто ли у вас возникают стрессовые ситуации, если да, то с чем они связаны (учеба, дом, работа и т.д.):
Вопрос 7. Укажите как вы боретесь с данным состоянием (не менее 3):
Вопрос 8. Вы ведёте здоровый образ жизни (да/нет):
Вопрос 9. Готовы ли вы изменить свой образ жизни, с целью борьбы со стрессом? (да/нет):

ПСИХОЛОГИЯ РЕЛИГИИ

*Колесникова Виктория Аркадьевна
Руководитель: Шишкина Елена Владимировна
ГАПОУ Новосибирской области
"Новосибирский медицинский колледж", г. Новосибирск*

Психология религии – отрасль психологии, изучающая психологические и социально-психологические факторы, обуславливающие особенности религиозного сознания, его

структуру и функции. Изучение законов формирования, развития и функционирования религиозной психологии ведется в следующих направлениях:

1) общая теория психологии религии изучает содержание и структуру религиозного сознания, специфику религиозных чувств, психологические функции религии в духовной жизни личности и общества;

2) дифференциальная психологии религии рассматривает религиозное сознание и чувства верующих с учетом конкретной социальной среды и исторической эпохи;

3) психология религиозных групп изучает социально-психологическую структуру религиозных общин, механизмы общения, подражания, внушения, установок и их воздействие на сознание, чувства и поведение верующих;

4) психология религиозного культа исследует воздействие религиозных обрядов на психику человека. [1]

Мы начнем с того, что не будем давать оценку, существует ли высший разум или нет. Примем фактически, что существуют такие люди, которые верят, а мы в свою очередь изучим их. И начнём с понятия как вообще люди становятся верующими. Рассмотрим семь стадий веры по мнению теолога Джеймса Фаулера.

Нулевая стадия – это Первичная вера. Стадия в период человека в возрасте от рождения до двух лет. На данной стадии формируется базовое восприятие ребенком окружающего мира, а именно его вера ограничена доверием/недоверием, добро/зло.

Первая стадия – это Интуитивно-проективная вера. Стадия в период человека в возрасте от двух до семи лет. На данной стадии ребенок совершает свои поступки интуитивно основываясь на полученном опыте прошлых лет жизни. Представления о вере и других аспектах жизни до конца ещё не оформлены.

Вторая стадия – это Мифическая (Буквальная) вера. Стадия в период человека в возрасте от семи до одиннадцати лет. На данной стадии ребенок придаёт смысл своим взаимодействиям с окружающим его миром. Более подробно изучает сказки и мифы, но воспринимает их совсем буквально.

Третья стадия – это Синтетическая (Конвенциональная) вера. Стадия в период человека в возрасте от одиннадцати до тринадцати лет, а в некоторых случаях и до конца жизни. На данной стадии ребенок уже верит в свои убеждения, верит в то, чему его учили, встраивается в группу и принимает веру, которая в ней есть, а после уже боимся из этой веры и группы уйти. Одним из важных признаков этой стадии является то, что здесь формирует образ Бога как образ более авторитетной фигуры.

Четвертая стадия – это Индивидуальная (Рефлексивная) вера. Многие до четвертой стадии так и не доходят. Но если человеку удастся перейти, то тут уже чем раньше в зрелом возрасте, тем легче будет самому человеку. А всё из-за того, что взрослому человеку такая трансформация становится уже более психологически травмирующей. Жизнь уже выстроена в привычный человеку ритм, и никто уже не хочет его менять и как-то перестраивать. Сама же четвертая стадия, это стадия, на которой человек задаёт себе вопросы («А все ли так хорошо в вере, которую я выбрал?») и видит противоречия («Может, в моей вере есть какие-то ошибки?»). Он пытается вернуть веру в себе и уйти от убеждений группы или общества, где он находится, пытается сформировать (или вернуть) своё «Я». Определяет границы, где начинают и заканчиваются свои «Я» и где начинают и заканчиваются границы общества.

Пятая стадия – это Связывающая вера. Стадия примерно где-то в период жизни человека в возрасте от тридцати пяти и до сорока лет. Там, где четвертая стадия так старалась внести ясность и очевидность в смысле границ и идентичности, пятая стадия становится более открытой. На пятой стадии, человек начинает понимать, что сознательное «Я» — это ещё не всё «Я». У меня есть подсознание. На пятой стадии человек более склонен к диалогу с людьми других вероисповеданий, он ищет дополнительную информацию и

исправления своих убеждений, но при этом не обязательно отказываться от своей собственной веры.

Шестая стадия – это Универсальная вера. Очень немногие люди достигают этой стадии веры. Это то, что может достигнуть гуру и наставники. На этой стадии, тут уже не вера есть у человека, а человек есть у веры. Люди более не считают себя центром переживаемого опыта. Они концентрируются на участии в предельной божественной реальности. Такие люди, в определённом смысле отказались от себя, чтобы утверждать своего Бога.

Психология религии принимает во внимание поведение и установки, которые человек или группа определяют как религиозные, потому что они связаны с верой в сверхъестественное существо или с взглядом на жизнь, который не исключает священное измерение и стремится понять его мотивационные факторы [3].

Психология как учение разрешает изучать психическую жизнь человека, подчеркивая её тайные смыслы и намерения как часть их религиозного опыта, при чём сами люди этого не осознают. Исследование психического жизненного опыта предусматривает двойное движение, связанное с весом собственного выбора, с одной стороны, и влиянием религиозной символики, с другой.

Примечательно, что психология считает, что человек не является простым разумным созданием или простым продуктом окружающей среды и образования; необходимо принять самостоятельные представления и процессы, которые, содействуют тому, чтобы любой выбирал, воспринимал или отклонял религиозное измерение жизни. Это означает, что каждый человек живет своей религиозностью в рамках обширного психического опыта, который содержит в себе ключевые переживания, восходящие к его детству, и множественные дальнейшие переживания.

Психология, с иной стороны, признает, что религиозность, очень отмечена историческими и культурными особенностями и унаследованных традиций, приводит к тому, что религиозные символы очень клеймят психический опыт. Например, если религиозность выражается в среде, характеризующейся демократическими отношениями, она окажется отличной от той, которая отмечается в диктаторских структурах.

Исходя из того, что можно испытать и пережить на психическом уровне, выливается основной принцип, согласно которому психология религии не имеет права ничего толковать о действительности или спецификах сверхъестественной жизни, к какой причисляется религиозное поведение. Методические отступления трансцендентальной действительности из ее сферы воздействия приводит к дуальному эффекту.

Во-первых, психология религии не считает себя знающей подтверждать или отвергать соответствующие религиозные утверждения, а впоследствии располагаться до и вне важных вопросов, затрагивающих темы ее исследования. В результате с его личной точки зрения, не обладает значения, что явление, о котором говорят, что оно существует и которое необходимо в качестве движущей силы религиозного поведения, на самом деле существует. Действительно, психологи не идут дальше психологических замечаний, поскольку считают, что они способны исключительно приблизиться к психологической правде религиозной установки, обнаружить факторы, воздействующие на ее возникновение, ее движущие мотивы и намерения, ее восприятие, аффективные, когнитивные и решающие аспекты, а вдобавок конфликты, воздействующие на ее развитие, облегчающие или удерживающие ее.

Во-вторых, психология религии основана на убеждении, что невозможно представить действие сверхъестественной реальности для объяснения данного поведения. По общему признанию, верующие истинно верят, что дух Божий просвещает их умы и готовит их к постижению личных слов Христа. Более того, они убеждены, что молитва и ритуалы влекут за собой веру в божественное действие, по крайней мере, в форме их личной предрасположенности принять его и распознать признаки его присутствия. Более того, вследствие такого подхода им удастся пояснить не только экстраординарные события, но и

саму веру. Психология, с другой стороны, может исключительно следить за данной динамикой и этими взглядами и воспринимать их во внимание, поскольку они вдобавок имеют отчетливые психологические последствия, однако она не может осознать соответствующие религиозное значение утверждений веры, поскольку с подлинно психологической точки зрения они не могут быть экспериментально проверены либо фальсифицированы.

Список использованных источников:

1. *Краткий психологический словарь.* — Ростов-на-Дону: «ФЕНИКС». Л. А. Карпенко, А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский. 1998.
2. <https://ru.fusedlearning.com/james-fowler-spiritual-development> [Электронный источник].
3. Яблоков И. Н. *Психология религии.* [Электронный источник].
4. Угринович М.Д. *Психология религии:* - Москва, 1986.

БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ КАК ФАКТОР ПОЛНОЦЕННОГО ВОСПИТАНИЯ РЕБЁНКА В НЕПОЛНОЙ СЕМЬЕ

Кулиева Дана Руслановна

Руководитель: Лунина Юлия Владимировна

КГБПОУ "Хабаровский государственный медицинский колледж"

им. Г.С. Макарова министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск

В настоящее время достаточно часто встречаются неполные семьи. Они образуются по разным причинам: вследствие разводов, смерти одного из родителей или раздельного их проживания. Семья является неотъемлемым атрибутом общества, реализует многие социально-значимые функции и неопровержимо, что именно семья является фундаментом полноценного развития, воспитания, становления человека как личности. От того, какая это семья, какими традициями она живет, какие в ней царят отношения, зависит будущее детей, рожденных и воспитуемых в ней [3].

Современные социологические исследования свидетельствуют об изменениях в традиционном понятии семьи, где мама – хранительница очага, миротворец, тёплая, любящая, добрая, нежная, заботливая, будет крепко обнимать в радости и в несчастье, отец – добытчик в семье, лидер, защитник, серьёзный, сильный, грозный, может нахмурить строго брови, покатает на санках, научит ездить на велосипеде и многому другому. Также в современном мире наблюдается резкое уменьшение количества браков, увеличение числа разводов и распространение новых форм отношений. Статистика распада семей показывает, что основной кризис в отношениях наступает между пятым и девятым годом совместной жизни. На этот отрезок времени приходится 25% всех разводов [4].

Процесс трансформации затронул и российское общество, так, 47% россиян не верит в прочность и долговечность брака, 27% соотечественников считают брак устаревшим явлением. Согласно данным Росстата в 2020 г. в России насчитывалось 27,7 млн детей младше 18 лет, из них 24,5 млн несовершеннолетних (88%) состоят в «семейных ячейках», то есть воспитываются родителями – обоими сразу или одним из них. Среди таких семей 61,5%, или 9,55 млн, – с двумя родителями. Еще 31,3%, или 4,85 млн семей – одинокие матери с детьми, оставшиеся 7,3%, или 1,13 млн, – одинокие отцы с детьми.

По сравнению с переписью 2010 года семей с одним родителем стало больше. Доля одиноких отцов увеличилась почти в два раза – с 3,7 до 7,3%. А доля одиноких матерей – с 28,9 до 31,3%. Также, 22% детей в России рождается вне официально зарегистрированного брака [6].

Как показывает анализ статистических данных, у детей из неполных семей снижается успеваемость (37,7%), появляются проблемы с дисциплиной (19,6%), повышается потребность во внимании со стороны взрослого (17,4%), происходят побеги из дома (8,7%), возникают конфликты со сверстниками (6,5%) и др. [2, с.76]. Также необходимо отметить, что возможности воспитания в неполной семье ограничены затруднением контроля и надзора за детьми; отсутствие одного из родителей лишает детей возможности познакомиться с разными вариантами семейных взаимоотношений и влечет за собой односторонний характер психического развития.

Исторически сложилось, что семья реализует множество функций, а также формирует базис важнейших человеческих качеств. Стоит отметить, что для стабилизации этого базиса необходимо, чтобы семья была благополучной не только с точки зрения социально-экономического положения, но и психолого-педагогического климата.

Одним из главных условий полноценного развития личности ребенка является его эмоциональное благополучие, которое в условиях неполной семьи во многом зависит от способности единственного родителя создать благоприятный психолого-педагогический климат. Знание о способах формирования психологического климата и управление процессом воспитания является необходимым для всех родителей. Авторы считают, что благоприятный климат в семье оказывает огромное влияние на становление личности ребенка и помогает приобрести необходимые в дальнейшем навыки коммуникации, помогает ребенку быстрее социализироваться и учит правильно расставлять приоритеты в жизни, именно этим обусловлена актуальность нашего исследования. В нашей статье мы выделяем и рассматриваем важность создания благоприятного психолого-педагогического климата в процессе воспитания ребёнка в неполной семье.

Качественное воспитание детей – очень сложный, трудоёмкий процесс. Даже для полной семьи, где в воспитании помимо родителей участвуют ещё и бабушки, дедушки, тёти, дяди, нянечки. В подобной семье каждый родитель занимает своё место и выполняет свои роли.

Но когда в семье один родитель, всё происходит гораздо сложнее. Все роли возлагаются на одного человека. Он становится и матерью, и отцом. И назревает актуальный в наше время вопрос: как воспитать счастливого ребёнка в неполной семье и не нанести психологических травм? Несмотря на то, что проблемы одиноких родителей схожи между собой, одинокой женщине и одинокому мужчине придётся решать проблемы по-разному, потому что отсутствие одного из родителей лишает возможности ребенка полноценно формировать в себе стереотип поведения своего пола.

В материнских семьях у мальчиков формируются неадекватные представления о ролевых функциях отца, мужа, мужчины. В последующем они часто не умеют исполнять свои отцовские обязанности. Воспитывающиеся без отца мальчики либо усваивают «женский» тип поведения, либо создают искаженное представление о мужском поведении. Мальчики с трудом общаются со сверстниками, хуже усваивают истинно мужские роли, но гипертрофируют некоторые мужские черты: грубость, драчливость, жестокость, агрессивность, резкость. У воспитанных без отцов мальчиков труднее развивается способность сочувствовать, управлять своим поведением.

Поэтому, прежде всего, важно проанализировать настоящие сложившиеся факторы. Это можно сделать, ответив на следующие вопросы:

- Кого не хватает в семье?
- Как давно?
- В каком возрасте был ребёнок, когда семья стала неполной?
- Был ли кем-то заменён отсутствующий родственник? (если да, то кем, когда и как)
- Какой личностью был отсутствующий родитель?
- Какой личностью является присутствующий родитель?
- Каким растёт сам ребёнок? [5]

Отвечая на данные вопросы, можно мысленно соединить звенья в целостную логическую цепочку и увидеть предпосылки и следствия возможных психологических проблем ребенка и соответственно провести коррективную программу воспитания.

Авторы согласны с Михальченко П. М., автором статьи «Педагогические аспекты воспитания детей в неполной семье», что родителям для создания благоприятного психолого-педагогического климата, прежде всего, необходимо:

- делиться с ребёнком своими чувствами, не обязательно секретами;
- искренне интересоваться событиями, происходящими в жизни ребенка, избегая оценочных действий;
- рассказывать о том, как они чувствовали себя в детстве, в юности, в том возрасте, в котором сейчас находятся дети, избегая сравнений не в пользу ребенка;
- рассказывать о взаимоотношениях со своими родителями, о возможно возникавших конфликтах и способах их разрешения;
- делиться тем, чем на данный момент интересуются взрослые, то есть говорить о том, что наполняет их каждодневное существование. Такая обратная связь сокращает эмоциональные дистанции и сближает родственных людей [3].

Также необходимо отметить, что самым важным фактором во взаимоотношениях родитель – ребёнок является доверие. Его можно достичь, если вы всегда будете максимально честны со своим ребёнком. Это очень важно в любых семьях. И в полных, и в неполных. Честность и искренность должна проявляться в разных сферах. Но крайнее проявление честности – категоричная критика все же не приветствуется, критика может быть только поддерживающей, то есть мотивирующей. Например, ваша дочка впервые взяла помаду в руки. Вы разозлились, что она испортила вашу помаду. Не ругайте её, улыбнитесь, предложите ей сделать вместе красивый нежный макияж, полюбуйтесь вместе в зеркало, восхититесь результатом, сфотографируйтесь, тогда в будущем девочка будет счастливее, останется благодарной.

В итоге хотелось бы выделить несколько основных рекомендаций, как одинокому родителю воспитать ребёнка, чтобы он получил наименьшую травматизацию и вырос полноценным членом общества:

1. Не стоит подпитывать фантазией образ недостающего родителя. Никаких космонавтов, капитанов дальнего плавания и так далее. Лучше говорить удовлетворительную правду ребенку, согласно его возрасту.

2. Говорить о недостающем родителе в негативном или сверхпозитивном ключе. Лучше приближаться к реальности. Свести к минимуму привнесение своих личных эмоций и чувств по поводу недостающего родителя.

3. Постараться не брать на себя полностью функции недостающего родителя. То есть, к примеру, матери оставаться матерью. Совершенно не обязательно и даже вредно брать на себя мужской образ, чтобы таким образом компенсировать недостающего родителя [1].

4. Лучше найти в окружении человека, который в какой-то степени скомпенсирует недостающую фигуру родителя. Это может быть тренер в секции, руководитель кружка, учитель. Хорошо, когда эта замещающая фигура становится авторитетной и значимой. Также хорошо, когда такой человек знает о своей роли и подпитывает ребенка личным, например, спортивным и житейским примером. Но тут важно, чтобы и ребенок видел в таком человеке близкую ему фигуру, то есть между ними была крепкая привязанность (согласно теории привязанности Г. Ньюфелда) [7]. Такой замещающей фигурой может быть также бабушка или дедушка ребенка.

5. Поддерживайте уровень доверия и понимания со своим ребёнком.

Неполная семья ежедневно сталкивается с рядом трудностей и проблем, но, тем не менее, имеет возможность для полноценного воспитания детей. Родителю необходимо осознавать психологические особенности создающихся ситуаций и не допускать, чтобы они

приводили к неблагоприятным последствиям. Из опыта многих благополучных неполных семей видно, что это возможно.

Список использованных источников:

1. Вырастить счастливого ребенка в неполной семье - это возможно? [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.all-psy.com/ks/virastit-schastlivogo-rebenka-v-nepolnoi-semie.htm> (дата обращения: 23.01.2023).
2. Зубкова Т.С. Неполные семьи // Организация и содержание работы по соц. защите женщин, детей и семей: учеб. пособ. студ. М., 2003. с.75-80.
3. Михальченко, П. М. Педагогические аспекты воспитания детей в неполной семье / П. М. Михальченко. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2022. — № 4 (399). — С. 352-354. — URL: <https://moluch.ru/archive/399/88410/> (дата обращения: 03.02.2023).
4. Официальный сайт Росстат // Статистические Данные // В России Неполных Семей [Электронный ресурс]. – URL: <https://besturisty.ru/statisticheskie-dannye-v-rossii-nepolnyh-semej-v-rossii-2020-rosstat.html> (дата обращения: 23.01.2023).
5. Ребёнок в неполной семье: какая стратегия воспитания правильная? [Электронный ресурс]. – URL: <https://azbyka.ru/deti/rebjonok-v-nepolnoj-seme-kakaja-strategija-vospitanija-pravilnaja> (дата обращения: 03.02.2023).
6. Теория многоуровневой привязанности Г.Ньюфелда [Электронный ресурс]. – URL: <https://olgapisaryk.livejournal.com/120236.html> (дата обращения: 23.01.2023).
7. Сколько в России одиноких матерей и отцов [Электронный ресурс]. – URL: <https://journal.tinkoff.ru/single-parents> (дата обращения: 13.01.2023).
8. Целуйко В.М. Неполная семья. Волгоград, 2006. 256с.

АКАДЕМИЧЕСКАЯ ПРОКРАСТИНАЦИЯ: ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ

Щелкунова Кристина Вячеславовна

Руководитель: Лунина Юлия Владимировна

КГБПОУ "Хабаровский государственный медицинский колледж"

им. Г.С. Макарова министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск

В современной насыщенной жизни многие сталкиваются с проявлением такого феномена, как прокрастинация – склонность откладывать дела и решения, приводящая к психологическим проблемам. Это свойство присуще многим людям разных возрастов и категорий, распространение прокрастинации заметно и среди учащихся профессиональных образовательных организаций.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что прокрастинация как проблема личности значима для тех сообществ, которые характеризуются ориентацией на достижения. Именно в таких условиях находится большинство современных молодых людей, в том числе студентов, получающих профессиональное образование. Они постоянно находятся в условиях выполнения обязательств, требующих соблюдения сроков, в частности учебных задач. Проблема заключается в негативных последствиях прокрастинации: снижение личной продуктивности, трудоспособности, что проявляется в остром эмоциональном переживании личной неудачи и неудовлетворенности собственной работой студентами.

Цель теоретического исследования: выявить психологические особенности проявления академической прокрастинации личности.

Задача исследования: анализ литературных источников с целью конкретизации понятий прокрастинации, видов и методов борьбы с академической прокрастинацией.

Существует множество определений термина и феномена прокрастинации, рассмотрим некоторые из них.

Канадский психолог П. Стил говорит о прокрастинации как о добровольной задержке намеченного курса действий человеком несмотря на ожидаемые негативные последствия.

П. Стил подчеркивает, что прокрастинация чаще всего рассматривается психологами как иррациональная задержка, потому что нет приемлемой причины для задержки. Кроме того, человек может отложить начало и конец намеченного курса действий, несмотря на осознание того, что такое поведение не принесет ни финансовой, ни психологической выгоды.

Сходную точку зрения разделяет К. Лэй, который описывает прокрастинацию как добровольную иррациональную задержку намеченного курса действий, несмотря на тот факт, что он будет иметь негативные последствия для человека.

В «Большом словаре психологии» Б. Г. Мещерякова и В. П. Зинченко есть определение «прокрастинатор» – человека, «склонного к оттягиванию и откладыванию «на потом» выполнения различных, даже самых важных, актуальных дел и задач, а также принятия решений» [2].

В России один из известных исследователей, который занимается изучением прокрастинации – Яна Варваричева. «Прокрастинация позволяет человеку избежать прямой оценки его способностей... Эта позиция приводит к негативным последствиям в профессиональной сфере, однако способствует поддержанию самооценки на необходимом уровне», – пишет автор. [3, с. 3]

На основании анализа литературных источников можно сделать вывод, что ключевыми особенностями прокрастинации являются иррациональность в сочетании с осознанием поведения и пониманием возможных негативных последствий. Это явление может проявляться практически во всех сферах человеческой деятельности: профессиональной, учебной, хозяйственно-бытовой и т.д.

Есть разные виды классификации прокрастинации, в нашем исследовании мы опираемся на классификацию Ноаха Милгрэма, который выделил 5 видов прокрастинации:

- 1) ежедневная (бытовая), т. е. откладывание домашних дел, которые должны выполняться регулярно;
- 2) прокрастинация в принятии решений (в том числе незначительных);
- 3) невротическая, т. е. откладывание жизненно важных решений, таких как выбор профессии или создание семьи;
- 4) компульсивная, при которой у человека сочетаются два вида прокрастинации — поведенческая и в принятии решений;
- 5) академическая, т. е. откладывание выполнения учебных заданий, подготовки к экзаменам и т. д (Milgram N., 1992)

Авторы считают, что особенно актуальна сегодня проблема распространения академической прокрастинации. Данная прокрастинация распространена в области образования среди школьников и студентов. Результаты нескольких исследований выявили широкий спектр негативных последствий академической прокрастинации, включая личные, психологические и медицинские проблемы, приводящие к низкой посещаемости и прогулам, высоким уровням депрессии и низкой самореализации. Вопросам академической прокрастинации посвящены работы авторов:

1. Ларских М. В., Матюхина Н. Г.. Взаимосвязь между перфекционизмом и прокрастинацией у студентов. Цель исследования: изучение зависимости между перфекционизмом и прокрастинацией у студентов. Методы исследования: опросник перфекционизма Гаранян-Холмогоровой, шкала прокрастинации С.Н. Lay [6].

2. Зарипова Т.В., Данилова Н.А. Взаимосвязь академической прокрастинации и учебной мотивации студента. В результате исследования выявлено, что к академической прокрастинации менее склонны студенты, в структуре учебной мотивации которых преобладают внутренние (учебно-познавательные, профессиональные) и позитивные (достижения успеха) мотивы [4].

3. Киселева М.А. Взаимосвязь степени выраженности прокрастинации и самоопределения молодежи. В статье анализируются феномен «прокрастинация» и феномен «самоопределение» в контексте жизненных выборов молодежи. Дана подробная характеристика связи уровней прокрастинации и жизненного, социального, личностного и профессионального самоопределения личности [5].

4. Шустова Н. Е. Смыслоразножизненные ориентации молодых людей с разной степенью выраженности прокрастинации. В работе представлены результаты эмпирического исследования смыслоразножизненных ориентаций молодежи в контексте проблемы прокрастинации. Раскрыта роль смыслоразножизненных ориентаций в построении личностью стратегий достижения цели, показана взаимосвязь склонности откладывать дела «на потом» и размытости представлений о смысле жизни.

5. Скляр Н. А., Коломенская В. В., Взаимосвязь прокрастинации и учебной мотивации в юношеском возрасте. В статье представлены результаты эмпирического исследования особенностей взаимосвязи прокрастинации и учебной мотивации школьников юношеского возраста, которые могут быть использованы для определения путей и способов коррекции учебной активности учащихся [8].

6. Петрова Е. В. Феномен прокрастинации в учебном процессе. В статье анализируются общие глубинные причины его возникновения и проявления, подчеркивается связь феномена с психологическим здоровьем индивидуума, самоуверенностью, самоуважением, стрессами, тревогами и страхами.

Результаты нескольких исследований указывают на две основные причины академической прокрастинации: страх неудачи и неприязнь к задаче или отвращение к ней, причем первая приводит к высокому уровню тревоги и низкому уровню доверия, тогда как вторая отражает отрицательную самооценку. Также общей характеристикой для всех видов прокрастинации является неспособность эффективно организовать время и управление.

Страх перед неудачами и тревога заключаются в избегании тех действий, в отношении которых студент боится неудачи. Формой такого избегания может быть академическая прокрастинация. Возникает психическое состояние, называемое фрустрацией. Потребности человека не удовлетворяются, идеи и планы не реализуются. Длительное отсутствие результатов, достижений, успеха, движения закрепляет у человека представление о себе «Я неудачник», мысли «Я ничего не могу, у меня ничего не получится...».

Неприязнь к задаче или невыполнимые стандарты. Сегодня этот фактор особенно актуален для молодого поколения – цифрового поколения, особенностью которого является зависимость от информационных технологий во всех проявлениях повседневной жизни. Если вокруг ты видишь примеры невероятно красивых, продуктивных, разносторонних и успешных людей, тебе страшно даже начинать работу, ведь планка слишком высока.

На основании проведенного исследования авторы дают следующие рекомендации по борьбе с академической прокрастинацией:

1) Прежде чем выбирать способ борьбы с прокрастинацией, нужно честно признаться себе, что она у вас есть.

2) Следующим этапом борьбы с откладыванием на завтра будет выяснение, какая именно причина лежит в его основе.

3) Выполнение следующих принципов менеджмента:

- Постановка целей. Четко сформулировать цель и результат — пройти половину пути.
- Расстановка приоритетов. Надо понимать, какие дела быстрее приближают вас к намеченной цели.
- Планирование. Следует составлять план на день и четко следовать ему.
- Анализ собственного опыта. План составляется исходя из того, как вы действуете в определенных ситуациях.

- Отдых. Силы необходимо восполнять, поэтому отдых обязательно должен быть включен в план действий.
- Мотивация. Как правило, это результат поставленной цели. Но можно давать себе небольшие вознаграждения при выполнении скучных или трудных задач. Есть также метод наказания: если дело не выполнено, вы лишаете себя какой-то приятной вещи.
- Использование сервисов-помощников. Это могут быть различные сайты, приложения на компьютер или смартфон.
- Чередование разных видов деятельности.

4) Применение принципов тайм-менеджмента: планирование своего времени, определение степени важности дел: срочные, важные, неважные, несрочные и т.д..

Практически все существующие методы управления временем состоят из трех компонентов: приоритизации, планирования и структурирования.

Приоритизация. Чтобы выполнить задачу, нужно определить, насколько она срочная, сложная и важная, и только потом приступить к ее выполнению.

Планирование. Чтобы выполнить задачу, нужно разобраться, когда ее следует сделать и сколько времени на это уйдет.

Структурирование. Чтобы выполнить задачу, нужно понять, как отслеживать ее выполнение и результаты.

Данное исследование, основанное на анализе литературных источников, позволило конкретизировать понятие академической прокрастинации, рассмотреть основные последствия и факторы, являющиеся основанием для возникновения прокрастинации в образовательной среде, а также разработать рекомендации для борьбы с данным явлением.

Список использованных источников:

1. Бодров В.А. Проблема преодоления стресса. «Coping stress» и теоретические подходы к его изучению. Часть 1. // Психологический журнал, 2006, том 27, №2.
2. Большой психологический словарь / под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2003
3. Варваричева Я.И. Феномен прокрастинации: проблемы и перспективы исследования. // Вопросы психологии, 2010, №3
4. Заринова Т.В. Взаимосвязь академической прокрастинации и учебной мотивации студента // Омский научный вестник, № 4/2015, с 122-126//
5. Киселева М.А., Шустова Н.Е., Карина О.В. Проблема влияния прокрастинации на процесс самоопределения личности / Сборники конференций НИЦ Социосфера Выпуск № 20 / 2014.
6. Ларских М.В., Матюхина Н.Г. Взаимосвязь между перфекционизмом и прокрастинацией у студентов // [Электронный ресурс]. – URL: Universum: Психология и образование : электрон. научн. журн. 2015. № 7 (17) . URL: <http://7universum.com/ru/psy/archive/item/2370> (дата обращения 01.02.2023)
7. Как бороться с прокрастинацией и стать победителем // [Электронный ресурс]. – URL: <https://externat.foxford.ru/polezno-znat/put-off> (дата обращения 01.02.2023)
8. Скляр Н.А. Взаимосвязь прокрастинации и учебной мотивации в юношеском возрасте// Омский научный вестник, № 4/2016, с71-76

Филологические исследования:
русский язык, родной язык, литература, родная литература,
иностраный язык

**О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ФОРМИРОВАНИЯ
НОМЕНКЛАТУРЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

Кубатова Камила Рагимовна
Руководитель: Микулан Ольга Викторовна
ГБУ "Профессиональная образовательная организация
"Астраханский базовый медицинский колледж", г. Астрахань

Известно, что терминология развивается параллельно с развитием соответствующей науки. Чтобы полнее представить, как формировалась номенклатура лекарственных средств, обратимся к истории.

Изучая археологические находки, этнографы установили, что, по-видимому, не было на земле такого племени, которое не знало бы лекарственных растений. Самый древний из дошедших до нас медицинских текстов – это клинописная табличка, найденная при раскопках шумерского города Ниппура и относящаяся к III тысячелетию до нашей эры. В 145 строках на шумерском языке даны прописи 15 рецептов. Врачи древнего Шумера использовали растительные продукты, минеральные вещества, части животных. Но до выделения фармации в самостоятельную науку было еще очень далеко. Не существовало лекарствоведения и в античности. В одном лице объединялись врач и фармацевт.

В дошедших до нас сочинениях Гиппократ пользуется словом *pharmakeia* (в латинизированном виде *pharmacia*) для обозначения искусства приготовления лекарств. Слово это заимствовано из древнеегипетского языка. По представлениям древних египтян, все лечебное дело находилось под покровительством бога Тота, которого называли «фармаци» (защитник, исцелитель), отсюда и современные названия, связанные с лекарствоведением. В древнегреческом языке слово *pharmakon* означало лекарство, зелье, волшебный напиток, отраву, яд.

Античные авторы уделяли серьезное внимание совершенствованию и уточнению специального языка медицины. В книге Цельса часто встречаются развернутые объяснения того или иного греческого термина, подыскиваются наиболее точные эквиваленты на латинском языке. Известно, что Гален составил даже специальный словарь к сочинениям Гиппократа, очень беспокоясь о точном значении слов, ввел в терминологию наименования ряда лекарственных форм и средств. Имя его закреплено в названии «галеновы препараты», которым пользуется современная фармация.

Уже в эпоху Средневековья признавали необходимость стандартизации: каждый препарат стремились во всех аптеках готовить по одной и той же прописи, появилось

множество руководств по составлению лекарственных препаратов, соответственно старались пользоваться едиными названиями. Например, к XVI веку у арабов на вооружении имелось 2600 лекарственных веществ, из них 1400 – растительного происхождения.

Огромные успехи химии в начале XIX века привели к появлению большого количества патентованных препаратов, состав и приготовление которых держались в тайне. Раскрыть состав секретных средств, выработать методы идентификации и установить чистоту препаратов – вот те вопросы, которые были поставлены перед аптекарями. В 1877 году в Германии был принят Закон о патентах, который затруднил конкуренцию иностранных предприятий с германскими заводами. В результате, в самой Германии «Aspirinum» (патентованное название) стоил в 24 раза дороже, чем ацетилсалициловая кислота.

В последние десятилетия в номенклатуре лекарственных средств произошли значительные изменения, что говорит о бурном развитии фармакологии и фармацевтической промышленности. Современная медицина обогатилась множеством новых, эффективных синтетических препаратов.

Общее количество лекарств, созданных в XX столетии, весьма велико. Если в начале века число индивидуальных химических соединений, применявшихся в качестве лекарственных средств, исчислялось единицами, то к концу века для этой цели было предложено свыше 12 000 синтетических соединений. Не все они нашли практическое применение, но тем не менее количество изготовленных из них препаратов, применяемых в современной мировой медицине, исчисляется многими тысячами.

Переход России к рыночным отношениям повлиял на многие стороны и аспекты экономики, форм собственности. Появилось множество новых фармацевтических фирм-производителей. Резко увеличился импорт лекарственных средств, включая и параллельный импорт, когда многие лекарственные средства с одним и тем же активным веществом, выпускаемые разными фирмами, попадают на российский фармацевтический рынок под разными названиями-синонимами. На упаковках препаратов отечественного производства пишется латинское и русское название, что предусмотрено Федеральным законом Российской Федерации «Об обращении лекарственных средств», на других (чаще зарубежных) – только русское.

Что касается мировой практики присвоения торговых (фирменных) наименований, то приблизительно до 60-х годов XX века в ней господствовали латинское написание и латинская грамматическая форма. Затем в связи с усилением роли английского языка в документации ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения) фирмы-производители стали все чаще прибегать к оформлению торговых наименований на английском языке. Грамматически это выражалось заменой окончания -um на непроезносимое -e или на нулевое окончание.

Обилие имеющихся и все возрастающее число новых лекарств, и особенно их многочисленных названий, не только затрудняют их запоминание, но могут приводить к неточностям в выборе необходимого лекарства, и его замене в случае необходимости другим препаратом. Чтобы разбираться в этих «джунглях», в настоящее время необходимы определенные усилия. Врачу и фармацевту необходимо знать как «строятся» названия лекарственных средств, какую информацию можно извлечь из торгового наименования. Это в определенной мере поможет ориентироваться в их огромном количестве.

Лекарственный препарат может иметь одно, несколько или значительно больше наименований. Издавна принято, что одно название имеют химические элементы, соли, неорганические кислоты и щелочи (Iodum, Calcii chloridum, Acidum hydrochloricum). Одного названия придерживаются для алкалоидов (Morphinum, Atropinum), за исключением отдельных случаев (Galanthaminum выделен из клубней подснежника Воронова, а Nivalinum – подснежника белого) и для ферментов.

Синтетические органические лекарственные средства имеют, как правило, ряд синонимов, например, Diclofenacum (МНН) имеет около сотни синонимов, Acidum salicylicum насчитывает больше ста.

Еще в начале XX века врачи, фармацевты, производители были обеспокоены тем, что становится все труднее различать, какие именно вещества содержатся в препаратах, производимых и продаваемых под различными торговыми наименованиями. Существовали фармакопейные наименования, зарегистрированные как «общие», т.е. единые для данной страны или для группы стран. Кроме этого, на фармацевтическом рынке быстро увеличивалась численность лекарственных препаратов под различными торговыми названиями, но содержащих одно и то же лекарственное вещество. В условиях такой запутанной номенклатурной реальности назрела необходимость обеспечить идентификацию каждого активного лекарственного вещества посредством единого и общепринятого в глобальном масштабе непатентованного наименования. Впервые о необходимости единых непатентованных наименований заявила Международная фармацевтическая федерация, которая образовала в 1915 году Комитет по международной фармацевтической номенклатуре. С 1953 по 2000 год опубликованы 85 списков международных непатентованных наименований (МНН) общей численностью свыше 7000. В среднем каждый год число их увеличивается на 120-150 единиц.

В одном из наиболее авторитетных в Российской Федерации источнике – «Регистре лекарственных средств» и в современных фармакопеях описание действующего вещества дается под международным непатентованным наименованием. Если оно отсутствует, в справочнике обычно приводится принятое в России латинское название препарата или торговое наименование.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения в течение последних десятилетий разрабатывают необходимые критерии при составлении МНН, рекомендуя использовать «общие основы», указывающие на фармакологическое действие, источник получения, структуру соединения (-cillin-, -cort-, -verin-, -oestr- и другие).

В отличие от МНН наименования коммерческой номенклатуры формируются эмпирически, произвольно, что объясняется определенными целями производящих фирм – этикетирование, продвижение, рекламирование товара. Чаще всего в них нельзя выделить признаки мотивации, поскольку авторы не заложили их в название.

Сравнительно меньшая часть мировой коммерческой номенклатуры лекарственных средств представлена названиями, в структуре которых имеются признаки мотивации, выраженные основами древнегреческого или латинского происхождения (Pulmex, Allergodil, Antithrombinum, Contraspasminum).

Значительная масса торговых названий несет на себе отпечаток размытых, неясных намеков на химическое, главным образом синтетическое происхождение препаратов, которые номинируются путем произвольной комбинации, перестановки слогов или букв исходных систематических химических наименований. Например, Dibazolum образовано на основе научного наименования вещества 2-Бензилбензимидазола гидрохлорид, а МНН данного препарата – Bendazol.

Во второй половине XX века фирмы стали использовать при формировании торговых наименований отдельные слоги, общие основы, заимствованные из МНН, указывающие на принадлежность к одной и той же фармаколо-химической группе. При этом применяются два варианта:

1. Сокращение и перестановка букв и слогов МНН.
2. Включение в состав названия общих основ или целых слогов МНН.

Например, международное непатентованное наименование Carboplatinum послужило основой для создания следующих торговых названий одного и того же лекарственного вещества – Blastocarb, Paraplatin, Cycloplatin.

Активно пополняют список синонимов наименования дженериков, в число которых входит большинство препаратов, производимых фармацевтическими предприятиями России. Они проходят обычную, но строгую законодательную регистрацию под общими названиями, как правило, МНН. При этом возникает необходимость защитить его от воспроизводства другими фирмами под тем же МНН. С этой целью некоторые производители лекарственных препаратов включают в наименования запатентованные элементы названия фирмы: Naproxen-AKRI, Sirupus Bromhexin-AKRI (ОАО «Акрихин»), Hydrocortison Nycomed, Ibuprofen Nycomed (датская фирма «Никомед»).

Таким образом, можно утверждать, что современная номенклатура лекарственных средств – сложный организм, который находится в постоянном развитии, а потому нуждается в постоянном внимании со стороны специалистов – фармацевтов и терминологов. На ее состояние оказывают влияние темпы развития фармацевтической промышленности как в России, так и за рубежом. Одной из основных проблем упорядочения номенклатуры лекарственных средств является мировая синонимия.

Список использованных источников:

1. Машковский, М.Д. *Лекарственные средства* / М.Д. Машковский. – 16-е изд., перераб., испр. и доп., – М.: Новая волна: Издатель Умеренков, 2021. – 1216 с.
2. Чернявский, М. Н. *Латинский язык и основы фармацевтической терминологии: учебник* / М. Н. Чернявский. - 5-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 400 с.
3. *Справочник ВИДАЛЬ. Лекарственные препараты в России.* / Ред. Толмачева Е.А. – М.: Видаль Рус. – 2022. – 1120 с.
4. Ингерлейб, М. Б. *Рецептурный справочник врача* / Ингерлейб М. Б., Инькова А. Н. - Ростов н/Д : Феникс, 2013. - 895 с. (Медицина для вас) - ISBN 978-5-222-20594-5.
5. *Федеральный закон от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»* (ред. от 19.12.2022) / Консультант-плюс. - https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99350/.

ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ГРЕЧЕСКИХ И ЛАТИНСКИХ СЛОВООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В ЭТИМОЛОГИИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

Кастрикина Юлия Алексеевна

Руководитель: Серебрякова Лилия Витальевна,

ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", Волгоград

Быстрое развитие всех отраслей медицины на рубеже XX-XXI веков обусловило необходимость максимально точного и правильного использования специализированной терминологии, без которых невозможна эффективная фиксация и передача научной информации. Современная интернациональная медицинская терминология состоит из сотен тысяч терминов. Они возникали и вовлекались в научный оборот в разное время и в разных странах. Однако большинство этих терминов возникло на основе латинской и греческой лексики. Исходя из этого, невозможно не отметить тот факт, что владение профессиональной терминологией специалистом-медиком напрямую зависит от понимания этимологии, структуры и функционирования, а также истории и культуры тех стран, откуда она произошла.

Таким образом, актуальность данной работы обусловлена необходимостью овладения профессиональной терминологией специалистом-медиком путем понимания ее этимологии, структуры и функционирования.

Целью работы является – исследование этимологии медицинской лексики, содержащей греко-латинские словообразовательные элементы.

Задачи:

1. Проанализировать научно-медицинскую литературу на частоту употребления терминов с греческими и латинскими элементами;
2. Структурировать медицинские термины по категориям, учитывая их этимологические особенности;
3. Выявить медицинские лексические единицы путем их выборки из лекций практических дисциплин колледжа.

Методы:

- описательный (как основной) метод;
- метод теоретического анализа научных данных по медицинской терминологии;
- методы классификации и систематизации;
- этимологический анализ медицинских терминов

В настоящее время, зная определение и значение того или иного термина, мы не всегда принимаем во внимание суть его происхождения, его историю. А между тем, не принимая в расчет важных этимологических сведений о термине, мы теряем часть необходимых знаний в профессиональной области. Так, например, в медицинской терминологии в названиях клинических, фармацевтических и анатомических терминов встречаются *зооморфизмы, апоморфизмы, эпонимы, библеизмы и мифологизмы*, знание которых позволяет избежать ошибок в работе с научными статьями, текстами, учебной литературой профессиональной направленности.

Под термином «зооморфизм» («*zoon*»-животное, «*morphe*»-форма) в языкознании и культуре понимают использование названий животных в элементах языка, быта и других сферах культуры. В анатомической терминологии встречаются следующие зооморфизмы:

- Греческий термин **Amnion** происходит от латинского «**Amnos**– ягненок» и означает жертвенная чаша из овечьей шкуры. В современном мире амнион это внутренняя оболочка плода, охватывающая околоплодные воды. [1,8]
- **Alopecia, ae f** происходит от лат.«**Alopex** – лисица» и означает выпадение волос, чаще на голове. [1]
- **Echinococcus** происходит от лат. «**Echinos** - еж» и означает эхинококк. Поводом для такого названия эхинококка стали хитиновые крючья его сколекса, которые напоминают иголки ежа. [1]
- **Vaccīna** происходит от лат.«**Vacca**– корова» и означает оспа на коровьем вымени. Однако сейчас вакцина для нас это иммунобиологический препарат, который впервые применил Эдвард Дженнер на мальчике Джеймсе Фиппсе против натуральной оспы, полученную из пузырьков на руке больного коровьей оспой, в 1796 г. [1]

В процессе нашего исследования мы обратили внимание, что широкое распространение имеют и *эпонимы*.

От греческого **epionimos**–названный по имени кого- либо или дающий имя кому-либо. То есть данные термины связаны с названиями явлений (например, болезни), понятий, структур или методов по имени человека, впервые обнаружившего или описавшего их.

Эпонимы в фармацевтической терминологии:

Scopolia (лат.) – род семейства Паслёновых, названный в честь тирольского натуралиста и врача Джованни Скополи. [9]

Aristotelia (лат.) – род двудольных растений, названный в честь учёного и философа Древней Греции Аристотеля. Плоды аристотелии напоминают сердечки. [9]

Avicennia (лат.) - род растений семейства Акантовые. Авиценния была названа Линнеем в честь знаменитого персидского врача Авиценны. [9]

Эпонимы в анатомической терминологии:

Ductus venosus Arantii (лат.)- Аранциев проток — венозный проток (ductus venosus). Назван в честь итальянского анатома и хирурга G. C. Aranzi. [2,5]

CanalisVidii (лат.) – Видиев канал–крыловидный канал (canalis pterygoideus). Назван в честь итальянского анатома Видиуса Видуса. Так же его именем названы: Видиева вена, Видиева артерия, Видиев нерв. [2,5]

Tubauterinae Fallopii (лат.) – Маточные трубы или Фаллопиевы трубы. Названы по имени итальянского анатома XVI века Габриэля Фаллопия, впервые описавшего их. Его именем были названы: Фаллопиева заслонка, Фаллопиев канал, Фаллопиева связка. [5]

Tuba Eustachii (лат.) — «Евстахиева труба». Соединительная труба между барабанной полостью и носоглоточным пространством, и **valvula Eustachii**(лат.) — полулунный клапан нижней полой вены (venacavainferior). Названы в честь итальянского врача и анатома Бартоломео Эустахио или Евстахио, Евстахий (лат. Eustachius; итал. Eustachio). [5]

Большое значение, по нашему мнению, имеет понимание *терминов-библейзмов и терминов-мифологизмов*.

Pomum Adami (prominentia laryngea) –Адамово яблоко или кадык. Такое название кадыка основано на библейской истории, согласно которой запретный плод, яблоко из райского сада, которое вкусил Адам, застряло у него в горле. [3]

Ossa crum – священная кость (лат. **sacer** священный) или крестец. В древности его называли "священным" как самую большую кость позвоночника. [8]

Большая часть терминов-мифологизмов вошла в медицинскую терминологию в эпоху Возрождения - период культа античности и классической латыни. В составе анатомических терминов часто используются имена богов и богинь:

Atlas, Atlantis - атлант, первый шейный позвонок. Позвонку дано имя Атланта, греческого титана, державшего на своих плечах небесный свод. [2]

Cornu Ammonis (hipposampus) – Аммонов рог или гиппокамп. Возвышение вещества головного мозга, происходит от имени древнегреческого бога Аммона, который на изображениях дается с бараньей головой и рогами. Термин "Аммонов рог" ввел в медицину болонский медик Дж. Аранций. Сейчас термин считается устаревшим, вместо него рекомендуется использовать "гиппокамп" - морской конек. Но и **hipposampus** тоже мифический зверь, у которого передняя часть тела была как у лошади, а задняя походила на рыбий хвост. [2,7]

Tendo Achillis (t. calcaneus)- ахиллово сухожилие (пяточное). Названо по имени героя Троянской войны Ахилла (Ахиллеса). [7]

Iris(с греч. означает «радуга», с лат. «радужная оболочка») – радужная оболочка глаз. Ирида или Айрис первоначально олицетворение и богиня радуги, дочь Тавманта и Електры, сестра Гарпий.

Мифологизмы встречаются и в клинической терминологии:

Psychiatria, ae, f (лат.)–психиатрия. Происходит от имени богини Психеи — олицетворение души человека. Представлялась в образе бабочки или девушки с крыльями бабочки. [3]

Hygiena(лат.)– гигиена. Происходит от имени богини здоровья Гигиейи, дочери Асклепия и Эпионы (Афины). [3]

Panacea,ae, f (лат.)- мифологическое универсальное средство от всех болезней. Происходит от имени древнегреческой богини Панакии – что означает всеисцеляющая. [6]

Morphinum(лат.Morphine, устар. — морфий) – морфин. Назван в честь Морфея – бога сновидений.

Большое количество мифологизмов используются в фармацевтической терминологии в названиях лекарственных растений, например:

Atropa belladonna (лат.) – Красавка обыкновенная. Очень ядовитое растение. Родовое название (Atropa) получено благодаря греческой богине смерти. Из трех богинь судьбы она была самой старшей. Атропос обрезала нить жизни, используя ножницы. [4]

Artemisia absinthium (лат.)– Полынь горькая. По преданию, Артемида была покровительницей рожениц, и она будто бы впервые применила полынь в качестве родовспомогательного средства. [4]

Amygdalus communis (лат.)– Миндаль обыкновенный. Родовое латинское название Amygdalus произошло от имени юной, легко краснеющей финикийской богини Амигдалы. Окраска цветков миндаля напоминала розовато-белый цвет лица юной красавицы. [4]

Подводя итог нашей работы, можно отметить, что в процессе анализа научно-медицинской литературы, слова греческого и латинского происхождения и их словообразовательные элементы в большей степени преобладают при изучении таких дисциплин как «Анатомия и физиология человека», «Фармакология» и «Основы латинского языка с медицинской терминологией». Были выявлены многие лексические единицы, изученные студентами в курсе учебной дисциплины «Анатомия и физиология человека». По результатам проведенной работы считаем необходимым указывать этимологические сведения о термине при его объяснении в рамках той или иной клинической дисциплины.

Знания истории развития медицинской терминологии повышают способность к овладению языком специальности и формированию терминологической компетенции у студентов-медиков. Поэтому важно развивать интерес при изучении дисциплин в медицинских образовательных учреждениях.

Список использованных источников:

1. Бернюкевич М. Г. Зооморфизмы в медицинской терминологии: Доклад Бернюкевич М. Г. – Минск 2016. – 7 с.
2. Денисов С. Д. Эпонимы в анатомии: Учебное пособие/ С.Д. Денисов, П.Г. Пивченко. Минск 2012. – с.7,12,13.
3. Извекова Т. Ф. Эпонимы в медицинской терминологии / Т. Ф. Извекова, Е. В. Грищенко, А. С. Пуртов// № 3 - 2014 г.
4. Кузнецова М.А., Резникова А.С. Сказания о лекарственных растениях. М.: Высш. школа, 1992. С. 38,159,207.
5. Прокопьев Н. Я. Выдающиеся анатомы XV–XVI веков и их вклад в мировую науку // Педагогика высшей школы. — 2015. — №1. — С. 7-15.
6. Врачевания и медицина в Древней Греции [Электронный ресурс]/http://www.historymed.ru/training_aids/candidates_at_least/index_page3.php (дата обращения: 23.01.2023)
7. Медицинская терминология [Электронный ресурс]/<https://sites.google.com/site/istoriamed/medicinskaa-terminologia> (дата обращения: 23.01.2023)
8. Словарь греко-латинских терминов [Электронный ресурс]/http://algor2csm1.narod.ru/t_elem02.html (дата обращения: 23.01.2023)
9. Таблица родов [Электронный ресурс]/[https://ru.wikipedia.org/wiki/Роды растений,_названные_в_честь_людей](https://ru.wikipedia.org/wiki/Роды_растений,_названные_в_честь_людей) (дата обращения: 23.01.2023)

ОСОБЕННОСТИ НАИМЕНОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Фенина Виктория Владимировна

Зеленкина Татьяна Олеговна

Руководители: Горбунова Наталья Николаевна

Чайковская Виктория Эдуардовна

ГАПОУ "Волгоградский медико-экологический техникум", р.п. Светлый Яр

В настоящее время в медицине используется несколько тысяч всевозможных лекарственных средств (ЛС). В России существует специальная база данных, в которой

содержится информация обо всех препаратах, находящихся в обороте на фармацевтическом рынке в нашей стране - Государственный Реестр Лекарственных Средств (ГРЛС). У всех лекарственных препаратов, представленных на фармацевтическом рынке России, есть два названия - торговое название и международное непатентованное название (МНН). МНН обозначает действующее вещество препарата, а торговое название обозначает препарат, который выпускается определенной фирмой производителем.

Обучаясь на 2 курсе специальности Фармация, все чаще обращаешь внимание на названия лекарственных препаратов. В список интересных названий препаратов можно внести «Папазол», «Дуралей», «Лохеин», «Небилет», «Хонда», «Кардура», «Дайвобет». Но при обращении к специальной литературе, все встает на свои места. Так, «Папазол» - спазмолитическое средство, сочетающее в себе активные вещества папаверин и бендазол, «Дуралей» - это стоматологический полимерный материал «DuraLay», а «Лохеин» - это сироп на основе экстракта травы солянки холмовой, названный так в честь известной народной целительницы из Иркутска Елены Васильевны Лохе, которая первой обратила серьезное внимание на солянку холмовую и стала использовать ее для лечения заболеваний печени. Все это обуславливает актуальность темы данной работы и ставит целью рассмотрение способов наименования лекарственных средств.

В наименовании лекарства можно найти словообразовательные элементы, дающие информацию о его фармакологической природе. Например, в названиях таких ЛС, как раунатин, раувазан, рауседил, обладающих гипотензивным и седативным действием, имеется одинаковый слог «рау». Это означает, что все лекарства получены из корней тропического растения раувольфии, названного так в честь немецкого врача и ботаника XVI века Леонарда Раувольфа.

Таким образом, словообразовательные элементы в названиях лекарств - химические, анатомические и другие термины, большей частью латинского и древнегреческого происхождения: «алг», «эстезис», «каин», «дерма», «энтерон», «гастер» и др. Представим в таблице некоторые лекарства, наименования которых образованы с помощью греческих словообразовательных элементов.

Греческие словообразовательные элементы

Словообразовательный элемент	Применение	Пример
«алг» («алгос» - боль)	обезболивающие ЛС	пенталгин, седалгин, баралгин, анальгин
«эстезис» (чувство)	ЛС местного обезболивания	анестезин
«дерма» (кожа)	лечения кожных заболеваний	дерматол, дермазолон, дермазин
«энтерон» (кишки)	лечения заболеваний кишечника	энтеросептол, энтеродез
«гастер» (желудок)	лечении желудочных недугов	гастрофарм, гастал, гастроцепин
«гли» («гликис» - сладкий)	лечение диабета	глибенкламид, глибутид, глиформин.
«пир» (огонь, жар)	жаропонижающие и противовоспалительные ЛС	антипирин, пирабутол, реопирин.
«хол» («холе» - желчь)	лечения заболеваний желчного пузыря	аллохол, холагол, холензим
«циклин» («киклос» - круг, цикл)	антибиотики группы тетрациклина	доксциклин, метациклин
«эстр» («эстрос» - страсть)	указывает на наличие в его составе женских половых гормонов	синэстрол, димэстрол, эстрадиол.

«андр» («андрос» - мужчина)	свидетельствует о содержании в препарате мужских половых гормонов	метан-дрен, андрофорт
«ти(о)» («тион» - сера)	указывает на наличие в препарате элемента серы	тиамин (витамин B ₁)
«бол» («анаболе» - подъем)	анаболические ЛС	неробол, ретабол, неробол
«кардия» («сердце»)	лечения сердечно-сосудистых заболеваний	кардиовален

Если говорить о словообразовательных элементах латинского языка, то на основе латинского корня «кор» (сердце) образованы названия препаратов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний: валокордин, коразол, коринфар, корвалол, кордарон, коргликон. Если в названии лекарства присутствует словообразовательный элемент «циллин» (от названия плесневых грибов *Penicillium*), то данный препарат относится к антибиотикам группы пенициллина: метициллин, ампициллин, бициллин. Словообразовательный элемент «сульфа» («сульфур» - сера) обязательно присутствует в названиях препаратов, относящихся к противомикробным сульфаниламидам и т.д.

Единого принципа, по которому лекарственному препарату дают названия, нет. МНН может соотноситься с источником, из которого действующее вещество выделено. Есть и иные способы наименования препаратов: по болезни, которую они лечат, по органу, работу которого нормализуют, по имени создателя. Еще разнообразнее коммерческие названия. Производители стараются давать имена звучные и не вызывающие неприятных ассоциаций. При этом часто используются выдуманные слова, не отражающие никаких свойств препарата.

Есть определенные лингвистические приемы, популярные при нейминге безрецептурных лекарств: так, буквы X, F, S, Z часто используются для обозначения скорости действия препарата. Возможно, создатели швейцарского препарата для борьбы с ожирением Xenical хотели подчеркнуть стремительность наступления ожидаемого эффекта, не приняв во внимание неблагозвучность «Ксеникала» для русскоговорящих пациентов. Но есть компании, которые не обходят вниманием языковые различия в восприятии названия препарата – поэтому немецкие противозачаточные таблетки Valett в странах Восточной Европы переименовали в «Жанин», так как имя Валетт больше ассоциировалось с карточной фигурой и не годилось для «женских» таблеток.

К неймингу рецептурных препаратов, которые применяются для серьезных заболеваний относятся намного жестче и ответственней. Чтобы препарат благополучно прошел процедуру лицензирования и был запатентован, его создателям необходимо учитывать множество факторов. Сложнее всего приходится фармакологическим компаниям, разрабатывающим новые и оригинальные препараты, которым МНН еще не присвоены. Одной из таких компаний является BIOCAD, представители которой рассказали о своем опыте создания наименований для лекарств. Она не отдает разработку названий торговых и международных непатентованных препаратов в нейминговые агентства, а названия разработанных в компании лекарств придумывают сами сотрудники. Зная историю разработки и особенности молекулы, им легче создать уникальное название, чем людям «со стороны». Окончательно название утверждается внутри компании, после чего начинается процедура по получению регистрационного удостоверения. При создании наименования для оригинального иммунотерапевтического препарата «Фортека» (МНН пролголимаб), разработанного для пациентов с метастатической или неоперабельной меланомой, придумать нужно было и МНН, и торговое название сразу. С торговым названием сложностей не возникло – короткое и звучное слово «Фортека» отражает нацеленность препарата на Т-эффекторные клетки (клетки приобретенного иммунитета) и происходит от английского «for T-effector cells» («для Т-эффекторных клеток»). Создать международное непатентованное

название – задача сложнее. Для наименования каждого типа препарата есть свои жесткие нормы и правила, разработанные Всемирной организацией здравоохранения. Так, в названии «пролголимаб» целевым инфиксом «ЛИ» необходимо обозначить иммуномодулирующие функции препарата, а суффиксом «МAB» – что препарат создан на основе моноклональных антител (биомолекул, которые являются природными антителами для борьбы с опухолями). Первые две буквы «ПР» указывают на мишень препарата, рецептор PD-1 (programmed cell death receptor - рецептор запрограммированной гибели клеток). Уникальность названия лекарства зашифрована в четырех буквах «ОЛГО». Это инициалы Ольги Гончаровой, сотрудницы, которая стояла у истоков BIOCAD и за пять лет основала школу клеточной биологии, позволяющую получать моноклональные антитела фармацевтического назначения в промышленном масштабе. Руководство BIOCAD посчитало, что имя Ольги Владимировны должно быть увековечено внутри международного названия лекарства, которое поможет многим пациентам по всему миру.

За последнее десятилетие наметилась и получает все большее развитие тенденция к переходу от традиционных названий ЛС на латинском языке к названиям на языках тех стран, которые являются лидерами в фармацевтической промышленности, и прежде всего на английском языке. Отход от традиционной латиноязычной номенклатуры порождает фонетические и связанные с ними смысловые трудности восприятия названий лекарственных средств. Одна из проблем заключается в регистрации наименований импортных средств (чаще товарных знаков), звуковой облик которых не соответствует традиционному произношению латинских названий, например: Чарозетта (Cerazetta) - Италия, Моночинкве (Monocinque) - Италия, Дайджин (Digene) - Великобритания, Прайтор (Pritor) - Великобритания, Биск (Beesk) - Ирландия, Коэйтдв (Koate-DVI) – Великобритания. Другая проблема заключается в нарушении традиционного звуко-буквенного соответствия, которое затрудняет звуковое восприятие названия. Например, в названии Хайпотен (Hypoten) хорошо известные отрезки греческого происхождения -hupo- и -ten-, указывающие на антигипертензивное действие препарата, с трудом вычлениаются лицами, не владеющими английским языком; в наименовании французского препарата Тержинан также трудно выделить известный отрезок -gyn-(-gin-) - «женщина», указывающий на область применения препарата (гинекология). Еще одна проблема заключается в том, что использование лексических единиц собственно английского языка в качестве наименования лекарственных средств затрудняет не только звуковое, но и буквенное восприятие названия как носителя определенной информации для лиц, не владеющих английским языком, например: Бьюти (Beauty) (от англ. Beauty - «красивый») - средство, замедляющее процессы старения за счет восполнения недостатка витаминов; Шугафри (Sugar Free) (от англ. sugar - «сахар» и free - «свободный») - средство, обладающее подслащающим эффектом; Бодиформ (Bodyform) (от англ. body - «тело» и form - «форма») - биологически активная добавка (БАД) для коррекции формы тела; Колдрекс (Coldrex) (от англ. cold - «простуда») - средство от гриппа и простуды; Холестейд (Cholestaid) (от лат. корня cholest - «холестерин» и англ. aid - «помощь») - БАД, нормализующая липидный обмен; Оксирич (Oxyrich) (от англ. rich - «богатый») - препарат, восполняющий дефицит цинка; Милайф (Milife) (от англ. life - «жизнь») - профилактическое средство, повышающее жизнеспособность.

Несомненно, заимствование является важным фактором развития и изменения лексической системы языка. В истории развития русского языка имело место несколько волн заимствования иноязычной лексики: татаро-монгольское иго, период христианизации Руси, время петровских преобразований, 30 - 70-е гг. XIX в., богатые революциями конец XIX - начало XX вв., 90-е гг. XX в. Англицизмы начали проникать в русский язык сравнительно поздно: впервые на рубеже 18-19 веков, но их приток в лексику русского языка оставался незначительным вплоть до 90-х гг. 20 столетия.

Существует два способа заимствования слов: транскрипция и транслитерация. Транскрипция - это воспроизведение звучания иностранного слова. Транслитерация - это

воспроизведение буквенного состава иностранного слова на языке перевода. В переводе наиболее распространен некий симбиоз транскрипции и транслитерации. В настоящее время англицизмы проникли в названия даже лекарственных препаратов, поэтому на аптечных полках помимо вышеперечисленных препаратов мы встретим такие средства, как Антифлу Кидс, Боро Фреш, Мульти-табс Иммуно Кидс, ПробиоКид Иммуно, Камефлю/Колдакт Флю плюс/Колдфлю/Тамифлю; КардиАСК; Колдрекс ХотРем, Скин-Кап/Скинорен; Солпадеин Фаст. При транслитерации передается средствами принимаемого языка графическая форма (буквенный состав) слова иностранного языка (Бейби Калм, Назол Адванс, Витрум Юниор, Киндер Биовиталь Ведмежуйки, Аквалор Беби, Бебинос, Витрум Беби, Назол Беби, Нокспрей Беби, Отривин Бэби, Панадол Беби, Пульмекс Бэби, АЦЦ Лонг), а при транскрипции – его звуковая форма (Айкьювит, Витрум бьюти, Витрум Вижн, Витрум Мемори, Дип Рилиф, Долфин, Панавир Инлайт; Тайм-фактор). Ведущим способом в современной переводческой практике является транскрипция с сохранением некоторых элементов транслитерации (Бейби Калм; Релиф Адванс).

Любое название должно быть оригинальным, емким, точным, эмоциональным, ритмично и легко произноситься. Оно должно быть уникальным и существенно отличаться по звучанию от названий конкурентов, что будет способствовать легкой запоминаемости названия. Если при выборе названия использовался неологизм или заимствование, то его звучание должно вызывать позитивные ассоциации у потребителей. Название не должно вызывать сложностей у потребителей с постановкой ударения в слове.

Список использованных источников:

1. Государственный Реестр Лекарственных Средств (ГРЛС)// <https://pharmprom.ru/glossary/grls/>
2. Изюмская С.С. «Вечный» вопрос о мере использования иноязычных слов // Русская словесность. 2000. № 4.
3. Кто и как придумывает названия для лекарственных препаратов?// <https://advita.ru/novosti/fund/kto-i-kak-pridumyvaet-nazvaniya-dlya-lekarstvennykh-preparatov?ysclid=ldbssdg54p984374774>
4. Макунин Д. Как разобратся в названиях лекарств// <https://www.nkj.ru/archive/articles/3627/?ysclid=ld0hi622zy314611347>

НРАВСТВЕННЫЕ УРОКИ ЕРШАЛАИМСКИХ ГЛАВ РОМАНА М.А. БУЛГАКОВА «МАСТЕР И МАРГАРИТА»

Вьюник Алексей Олегович
Руководитель: Попова Мария Александровна
ГБПОУ "Волгоградский политехнический колледж
имени В.И. Вернадского", Волгоград

**Вставная повесть о Пилате у Булгакова...
представляет собой апокриф, весьма
далекий от Евангелия. Главной задачей
писателя было изобразить человека,
"умывающего руки", который тем самым
предает себя.
А. Мень**

В «ткань» художественного произведения во многом неоднозначного можно погружаться бесконечно, так как постоянно находишь для себя что-то новое и удивительное. Таким произведением является роман М.А. Булгакова «Мастер и Маргарита».

Важнейшим средством раскрытия авторской позиции является система персонажей и особенности композиции произведения: через сопоставление одного героя с другими выявляются их сильные и слабые стороны, корректируется авторская мысль, обнаруживаются нюансы в ее развитии (Лермонтов). Роман имеет многослойную структуру: все персонажи сконцентрированы вокруг главной идеи романа, которая выявляется путем «нанизывания» разных миров и их соприкосновения (реального московского, фантастического и Ершалаимского) [3, с. 135].

Обратимся к рассмотрению «художественной ткани» страниц Ершалаимского мира в романе М.А. Булгакова.

Сопоставим образ Иешуа в романе и в Библии:

Вопрос к сравнительному анализу	Библия. Иисус Христос.	М. Булгаков. Иешуа Га-Ноцри.
1. Возраст	33	27
2. Происхождение	Знает и любит мать Марию, верит в божественное происхождение. Отца небесного зовёт Своим Отцом.	Не помнит хорошо; отец – сириец.
3. Кто?	Бог, Царь, Сын Божий	Нищий бродячий философ низжайшего происхождения
4. Ученики	12 апостолов	Левий Матвей, неточно записывающий слова учителя.
5. Известность	Народ ждёт его в городе и бурно приветствует при входе.	Никто его не знает и не приветствует.
6. Вход в Иерусалим	Въезжает на осле; с ним его ученики.	Входит пешком один через Узкие ворота (Золотые).
7. Характер проповедничества	Смотри Нагорную проповедь.	Только одно нравственное положение: «Все люди добры».
8. Иуда. Кто он?	Один из учеников.	Не ученик, Иешуа знакомится с ним возле храма.
9. Арест Иисуса происходит (где? когда?)	В Гефсиманском саду сразу после молитвы у подножия Елеонской (Масличной) горы.	В гостях у Иуды, где Иешуа по просьбе Иуды высказывает свои взгляды на государственную власть.
10. После смерти тело хоронит	Иосиф из Аримафеи с разрешения Пилата взял тело и положил в новом гробу, высеченном в скале, привалив камнем.	Тело похищает Левий Матвей и придаёт земле.
11. Судьба Иуды	Вернул 30 серебряников, пошёл и удавился.	Убит по приказанию П.П., который так хочет успокоить совесть.
12. Отношение к предстоящей смерти	Предначертана смерть на кресте во имя искупления грехов человечества	Боишься, просит Пилата отпустить его.
13. Личность, определяющая сюжет	Иисус Христос	П.П. – личность, скрепляющая ершалаимские главы

Проанализировав таблицу, мы пришли к выводу, что в романе происходит переосмысление библейского текста, ибо в концепции булгаковского романа особое значение имеет образ Понтия Пилата. Значит, герои не тождественны. Да, Булгаков по-своему

рассказывает. Иешуа – обычный, смертный человек, пронизательный и наивный, мудрый и простодушный, он воплощение чистой идеи, высокий нравственный идеал. Ничто: ни страх, ни боль, ни наказание, ни смерть – не могут заставить его изменить идеалам добра, милосердия, умению сочувствовать, сопереживать.

Каков же Понтия Пилата, что мы можем сказать об этом человеке, исходя из текста романа ? «В белом плаще с кровавым подбоем, шаркающей кавалерийской походкой, ранним утром 14 числа весеннего месяца нисана в крытую колоннаду между двумя крыльями дворца Ирода Великого вышел прокуратор Иудеи Понтий Пилат» [1, с. 122].

Основные художественные детали образа:

- **эмоциональная наполненность, зрительная и слуховая яркость;**
- **сложный внутренний ритм:** 6 разновеликих ритмических отрезков, которые хочется произнести, делая паузы, как при чтении стихов;
- ритм неторопливый, упругий;
- торжественная интонация;
- к концу фразы читатель невольно делает большую паузу, что ещё более нагнетает ожидание, готовит к появлению главного героя.

- Какой образ видится уже теперь? **(человек, наделённый властью, не лишённый государственной мудрости, вызывающий трепет, уважение).**

Совсем по-другому звучит следующая фраза: «Более всего на свете прокуратор ненавидел запах розового масла, и все теперь предвещало нехороший день, так как запах начал преследовать прокуратора с рассвета» [1, с. 130]. Пропадает ореол значительности, подчёркивая земные слабости, приземляя героя.

Вот так на протяжении всего романа в образе Пилата будут соединяться величественные черты сильного и умного правителя и признаки человеческой слабости, из которых самым ярким будет самая скрываемая ото всех трусость перед более высокой властью.

Призвав Иисуса, Пилат спросил его, что он сделал. Иисус ответил Пилату знаменитыми словами: «Я на то родился и на то пришел в мир, чтобы свидетельствовать об истине; всякий, кто от истины, слушает гласа Моего». «*Что есть истина?*» (Ин. 18: 37-38) - спросил Пилат, не понимая, что истина перед ним. Пилат не нашел никакой вины Иисуса и хотел Его отпустить. И жена его просила не причинять вреда Праведнику. В праздник еврейской Пасхи Пилат по обычаю мог отпустить одного из осуждённых на казнь. Но народ потребовал отпустить разбойника Варавву и осудить Иисуса. «Иудеи же кричали, если отпустишь Его, ты не друг кесарю; всякий, делающий себя царём, противник кесарю» [2, с. 200]. Услышав эти слова, Пилат испугался.

Обратимся к тексту романа гл. 2 «Понтий Пилат», проследим же теперь за поведением главного героя романа Мастера в сцене допроса.

- Какие слова Иешуа следует считать завязкой беседы? («Добрый человек»)
- Какую «новость» о людях узнаёт Пилат от Иешуа? («Злых людей нет на свете».)
- А теперь скажи мне, что это ты все время употребляешь слова «добрые люди»? Ты всех, что ли, так называешь?
- Всех, - ответил арестант, - злых людей нет на свете.
- Впервые слышу об этом, - сказал Пилат, усмехнувшись, - но может быть, я мало знаю жизнь!.. Можете дальнейшее не записывать, - обратился он к секретарю, хотя тот и так ничего не записывал, и продолжал говорить арестанту: - В какой-нибудь из греческих книг ты прочел об этом?
- Нет, я своим умом дошел до этого.
- И ты проповедуешь это?
- Да.
- А вот, например, кентурион Марк, его прозвали Крысобою, - он - добрый?

-Да, - ответил арестант, - он, правда, несчастливый человек. С тех пор как добрые люди изуродовали его, он стал жесток и черств. Интересно бы знать, кто его искалечил?

- Охотно могу сообщить это, - отозвался Пилат, - ибо я был свидетелем этого. Добрые люди бросались на него, как собаки, в ноги. Пехотный манипул попал в мешок, и если бы не врубилась с фланга кавалерийская турма, а командовал ею я, - тебе, философ, не пришлось бы разговаривать с Крысобоєм. Это было в бою при Идиставизо, в Долине Дев.

- Если бы с ним поговорить, - вдруг мечтательно сказал арестант, - я уверен, что он резко изменился бы.

- Я полагаю, - отозвался Пилат, - что мало радости ты доставил бы легату легиона, если бы вздумал разговаривать с кем-нибудь из его офицеров или солдат. Впрочем, этого и не случится, к общему счастью, и первый, кто об этом позаботится, буду я [1, с. 126].

Иешуа точно знает, что Понтий Пилат не настолько зол, только зло его идет от несвободы, внутренней несвободы. Это одна из важнейших проблем романа, и к ней мы возвратимся при рассмотрении следующего вопроса. А пока проповедь положения Иешуа, что все люди добрые, что-то пошатнула в мире Пилата, привыкшего к жестокости, знающего, что его в народе называют «свиное чудовище».

- Почему же Пилат, желая спасти арестованного, всё же приговаривает его к смерти?... Вот и получается, что бесстрашный на поле боя всадник Золотое копьё на самом деле трус. И он будет наказан за своё малодушие, за то, что пошёл из страха против своей совести. Он попытается задобрить совесть, расправившись с Иудой. Но это не поможет. «Двенадцать тысяч лун за одну луну когда-то», «бессмертие» и «тоска», бессонница и тревога - это его бремя.

Булгаков уверен: трусость, подобная трусости Пилата, есть главная причина социальных подлостей на земле.

Совесть же - это внутренний компас человека, его моральный суд над собой, оценка своих поступков. Совесть - искупление вины и возможность внутреннего очищения через страдание, через раскаяние. Может быть, именно раскаяние, пришедшее к Пилату, породило сон, радостный и спокойный.

Подведем некоторые итоги: каким предстает образ Понтия Пилата в трактовке М.А. Булгакова. Итак, Понтий Пилат – раб кесаря, раб своей должности, раб своей карьеры, а значит, внутренне несвободен. Страшно то, что П. Пилат умен, понимает зло, может его пресечь, но не делает этого из боязни лишиться собственного комфорта, лишиться карьеры.

И как же наказан П. Пилат? Наказан страшными муками совести. Двенадцать тысяч лун он мучается, терзается тем, чего тогда не договорил, что не пошел «на все, чтобы спасти от казни решительно ни в чем не виноватого безумного мечтателя и врача». Но его прощает в итоге Мастер [5, с. 144].

Только человек способен понять, испытав сострадание к чужому человеку, трагедию Пилата, да и любого другого, чья жизнь – арена борьбы добра и зла.

Таким образом, М.А. Булгаков в романе «Мастер и Маргарита» дает нам следующие нравственные уроки: Булгаков переосмысливает евангельский сюжет: Иешуа не Иисус Христос, он сын человеческий, несущий идеалы добра, сострадательности, истины и внутренней свободы; Главный герой – Понтий Пилат, с образом которого связана проблема ответственности человека за свои поступки; Самый большой порок – трусость.

Список использованных источников:

1. Булгаков, М.А. «Мастер и Маргарита» / М.А. Булгаков // Избранные сочинения, том второй, Москва, «Литература», 2000г. – 696 с.
2. Библия, Российское Библейское Общество, Москва, 2000г. По благословению Патриарха Московского и всея Руси Алексия.
3. Соколов, Б.В. «Булгаковская энциклопедия»/ Б.В. Соколов. – Москва, «Миф», 1996г. – 586 с.

4. Школьная энциклопедия. История Древнего мира. Москва, «Олма-пресс Образование», 2003г.
5. Черкезова, М.В. "Библейские мотивы в русской литературе. Дидактические материалы". / М.В. Черкезова. – М.: «Литература в школе»- 1997, № 2. – С. 142 – 149.

КАК МЕНЯЕТСЯ ЧТЕНИЕ В ЦИФРОВУЮ ЭПОХУ

*Сергеева Анна Сергеевна
Фомиченко Анна Сергеевна,
Руководитель: Шаммедова Елена Викторовна
ГБПОУ "Волгоградский политехнический колледж
имени В.И. Вернадского", Волгоград*

Люди перестают мыслить, когда перестают читать.
Д. Дидро

С незапамятных времен человек использовал сначала звуки, затем слова для общения и передачи своих мыслей и чувств. Постепенное накопление знаний о мире и ограниченность памяти человека потребовали создания новых способов передачи информации. Так появилась письменность. В качестве основы для символов использовались различные поверхности: папирус, кожа животных, береста и, наконец, бумага. Революционным прорывом в области сохранения знаний стало появление книгопечатания. Возможность копирования текстов без огромных трудозатрат привела к развитию научной мысли, повышению общего уровня образования населения. Наше время технического прогресса диктует новые условия предметам, используемым для отображения письменной речи. Мы являемся свидетелями развернувшейся борьбы между привычными бумажными носителями и новыми устройствами, которые получили название «электронные книги» или «e-books».

Электронная книга - общее название группы специализированных компактных устройств, предназначенных для отображения текстовой информации, представленной в электронном виде. Исследователи не первый год задаются вопросом, какие книги популярнее, электронные или бумажные. И все же привычные печатные издания до сих пор занимают лидирующие позиции. Объясняется это их плюсами:

- * Индивидуальность (особенные обложка и страницы (шрифт, текстура) производят положительное впечатление).

- * Иное восприятие (текст на обычной бумаге лучше воспринимается и запоминается, о чем говорится в разделе о нейробиологии чтения).

- * Эмоциональность (читатель глубже переживает эмоции именно при чтении с бумаги).

* Доступность (приобрести любое произведение просто, т.к. магазинов много, а если оно отсутствует в наличии, то его можно заказать, при этом большинство из них стоит недорого).

* Стимул (личная библиотека усиливает желание прочитать новые книги. Это хороший способ приучить детей к чтению).

Не обходится, конечно, без минусов, но их не так много:

* Габариты (наличие большого количества книг требует свободного пространства. Даже для небольшой домашней библиотеки потребуется огромный шкаф, на полках которого едва ли поместятся все произведения).

* Вес (даже среднего размера произведения достаточно тяжелы. По этой причине их неудобно брать с собой, например, на отдых).

* Потребность в освещении (бумажная литература требует хорошего освещения для чтения, иначе есть риск испортить зрение или столкнуться с головной болью).

Если сравнивать преимущества с недостатками, то последние полностью исчезают на фоне первых, тем более, они не так уж значительны. Люди, читающие книги в бумажном переплете, говорят об энергетике бумажной книги. Вес в руке, ощущение фактуры бумаги, шелеста страниц, запаха книги - все это делает ее неповторимой для читателей. А сколько эстетического удовольствия приносит красиво оформленный экземпляр, ведь издатель тщательно подбирает обложку, шрифт и переплёт, соблюдает правильную структуру страниц. Конечно, у печатной книги есть множество преимуществ, благодаря которым она столько лет лидирует и как информационный носитель и как технология хранения данных и доступа к ним, а именно:

* Интерфейс печатной книги очень удобен и благодаря привычке и навыкам, выработанным в детстве, кажется наиболее подходящим;

* Печатная книга полностью автономна (информация хранится достаточно долго, не требуется внешнего источника питания), читать ее можно почти везде;

* Печатная книга в отличие от рукописной может быть издана и распространена в сколь угодно большом количестве экземпляров;

* Печатные книги являются изданиями, которые прошли через редакторов и корректоров, это означает, что в тексте не будет грубых ошибок и «кривых» предложений. При этом издательства и авторы могут быть абсолютно уверены в соблюдении своих прав на произведения.

Именно эти достоинства помогли печатной книге пройти сквозь череду революций и событий в технологиях хранения и передачи информации.

В настоящее время среди специалистов ведутся споры о месте электронной книги в жизни общества. Тенденции развития электронных книг мирно уживаются с продолжающимся ростом печатной продукции. Много сторонников и защитников, как электронных книг, так и традиционных бумажных носителей. Сейчас нередко можно услышать рассуждения о том, что в скором времени электронные книги практически полностью вытеснят книги в бумажном переплете. Распространение текстовой информации в электронном виде позволяет реализовать целый ряд новых возможностей, которых лишены бумажные издания: перекрестные ссылки, контекстный поиск, обращение к словарям и справочникам и т.п. Кроме того электронную книгу можно практически мгновенно переслать в любую точку планеты. Представляется возможным выделить некоторые преимущества электронных носителей:

* Экологичность (производство ридеров с созданием виртуальных вариантов книг не требуют уничтожения деревьев для бумаги).

* Компактность (сам ридер имеет малые размеры и небольшой вес, что позволяет взять его с собой куда угодно. При этом абсолютно все приобретенные книги будут всегда внутри).

* Работа с текстом (ридеры дают возможность создавать закладки, сохранять элементы, делать пометки, по которым потом можно искать нужные элементы).

- * Изменение шрифта (присутствует возможность изменить шрифт или увеличить размер текста, что актуально для людей с плохим зрением).
- * Работа с мультимедиа (многие ридеры поддерживают работу с аудио, видео, картинками, что полезно и удобно при работе с учебной литературой).
- * Стоимость произведений (покупки в электронном виде требуют меньших вложений, как правило, виртуальные романы стоят в два раза дешевле, чем обычный вариант).

Однако имеются и недостатки:

- * Необходимость поддержания заряда (ридер требует поддержания уровня заряда аккумулятора, а в случае неожиданной разрядки читатель лишится возможности чтения в самый неподходящий момент).
- * Риск потери информации (если ридер выйдет из строя, то существует вероятность полной потери данных, а это означает, что приобретать и скачивать все произведения придется заново).
- * Качество (практически все модели хрупкие, многие бюджетные модели обладают плохим качеством, из-за чего могут выключаться или работать со сбоями).
- * Качество текста (многие виртуальные варианты произведений представлены в интернете с ошибками, опечатками и прочими проблемами).
- * Отсутствие ощущения чтения (ридер не дарит тех чувств, которые получает человек, перелистывая бумажные страницы).
- * Недоступность некоторых произведений (далеко не все можно найти в электронном формате, некоторые популярные романы на русском языке до сих пор можно приобрести только в классических изданиях).
- * Стоимость (если рассматривать только модели именитых производителей, то один ридер стоит столько же, сколько несколько десятков книг).

Проведя анализ документальных источников, мы узнали мнение ученых о чтении книг. Многочисленные исследования показывают, что чтение - эффективный способ замедлить старение мозга. Установлено, всего шесть минут чтения в день способны снизить уровень стресса человека на 68%. Теперь у любителей бумажной литературы появились новые аргументы: ученые доказали, что традиционные книги лучше виртуальных. Исследование, проведенное в 2019 году в Университете Норвегии, показало, что люди, читающие электронные тексты значительно хуже запоминают истории и порядок событий в тексте. Автор исследования А. Мэнген пришла к выводу, что тактильная обратная связь с книгой работает намного лучше, психологически человеку вспомнить историю, о которой он читал на бумаге, намного проще. Все дело в том, что наш мозг почему-то запоминает не саму фактуру, а скорее ее расположение на странице. Поэтому, когда текст находится на определенной странице, в определенном месте, он запоминается лучше в силу того, что так нашему мозгу проще структурировать информацию. Плюс ко всему, если мы начинаем читать увесистую книгу, то шансов, что мы ее прочитаем, намного больше, чем в случае с Kindle или iPad. Все дело в том, что нам, людям, почему-то важно ощущать вес книги в руках и проще следить за прогрессом в чтении, если мы ощущаем его физически - в соотношении прочитанных и ожидаемых своего часа страниц.

Мы провели дистанционный опрос, в социальной сети «В контакте», где приняли участие студенты I и II курсов нашего колледжа. Всем респондентам было предложено ответить на одни и те же вопросы: 1. Имеются ли у вас дома традиционные книги и в каком количестве? 2. Имеются ли у вас дома электронные книги? 3. Какая книга (печатная или электронная) близка вам? 4. Как вы считаете, бумажная книга – это пережиток прошлого или все еще актуальна в использовании?

Анализ ответов показал, что: 100% опрошенных имеют дома бумажные книги в достаточном количестве, 38% ответивших имеют и регулярно пользуются электронными книгами, 86% респондентов предпочитают бумажный носитель и всего 14% отдают

предпочтение электронному, 98 % опрошенных считают бумажную книгу все еще актуальной в использовании.

Литература, как художественная, так и техническая, все больше переходит в сеть и живет там уже в электронном виде. С одной стороны, да, это гораздо удобнее, на небольшом устройстве можно хранить целую библиотеку. И все-таки традиционная книга не спешит уступать свои позиции. Какими бы удобными не были электронные устройства, они все же лишены особого шарма, присущего обычным изданиям. Возможно новое поколение, которое уже воспитано на компьютерных технологиях и будет воспринимать электронную книгу как бумажную, но тот, кто привык по вечерам, удобно разместившись в кресле, открыть на нужной странице отложенный вчера детектив или роман, вряд ли когда-нибудь смирится с отсутствием специфического запаха типографской краски и шелеста страниц.

Изучив мнения ученых и проведя собственное исследование, мы пришли к выводу о том, что электронная книга является лишь дополнением к бумажной. Электронная книга удобна в одних ситуациях, бумажная – в других. Одновременно мы выяснили, что электронная книга не является полноценной заменой бумажного носителя. У каждой из книг свои достоинства и недостатки, поэтому выбор остается за читателем, только он решает, какую книгу предпочесть. Во всяком случае, у электронной и бумажной книги одна функция – донести до читателя мысль и содержание без искажений, сохранить способность авторского слова пробудить воображения и вызвать сопереживания.

Список использованных источников:

1. Большая Российская энциклопедия - М. 2019, том 14.
2. Бютор М. «К вопросу о роли современной книги» - М.: Прогресс, 2018.
3. Книговедение (энциклопедический словарь) - М.: Советская энциклопедия. 2017.

«КАК СЕРДЦУ ВЫСКАЗАТЬ СЕБЯ?..» ИЛЛЮСТРИРОВАНИЕ СТИХОТВОРЕНИЙ Ф.И. ТЮТЧЕВА

Варзина Софья Михайловна

Новосёлова Алиса Олеговна

*Руководитель: Гайворонская-Кантомирова Анна Николаевна
ГБПОУ "Волгоградский технологический колледж", Волгоград*

Иллюстрация способствует визуализации образов героев повествования, сложной палитры взаимоотношений, изображаемых в книге объектов природы, интерьера. Богатство и сложность мира, создаваемого иллюстратором, художественная убедительность и совершенство пластики дают богатую пищу для размышлений читателю, воспринимающему и созерцающему. Многие иллюстрации к художественным текстам динамизируют сюжет. Сложнее с поэтическими шедеврами: лирические сборники зачастую оформляются уже существующими работами портретистов и пейзажистов либо выходят без иллюстраций.

Пейзажная лирика Ф.И. Тютчева – уникальная часть отечественного литературного наследия. Это вневременное творчество, поражающее глубиной образов, находит живой отклик в сердцах читателей. Удивительное философское содержание, пластичность поэтических пейзажей формируют эстетическую потребность отразить свои ощущения через художественное изображение. Этим и объясняется **актуальность** предпринятых исследования и творческого эксперимента.

Целью деятельности стало изучение истории художественного оформления поэтических сборников и отдельных художественных текстов Ф.И. Тютчева, создание новой версии иллюстрирования некоторых стихотворений русского поэта.

Достижение цели обусловило необходимость решения следующих **задач**:

- изучить историю иллюстрирования поэтических произведений отечественной литературы (в том числе – текстов Ф.И. Тютчева);
- познакомиться с творческой биографией поэта, текстами его произведений;
- создать серию иллюстраций к некоторым стихотворениям Ф.И. Тютчева.

В качестве **объектов исследования** предстали труды биографов и литературоведов, посвященные жизни, творчеству Ф.И. Тютчева, работы иллюстраторов, искусствоведческие статьи. **Предметом** – содержание лирических произведений и эмоциональное, эстетическое переживание, вызванное погружением в сюжетное, образное пространство текста.

На всех этапах своего развития история иллюстрации приобретала новые возможности, захватывала все более широкую аудиторию. Сегодня у художника есть максимум средств, чтобы помочь читателю более глубоко воспринимать и понимать художественные произведения. Одной из современнейших технологий иллюстрирования является компьютерная графика. Безусловно, используя художественные возможности традиционных средств рисования, художник не только определяет форму, но и наделяет картину особым ритмом. В иллюстрациях, выполненных от руки, есть фактура, которую нельзя передать в изображениях, созданных компьютером. Но с появлением компьютерной графики процесс создания иллюстрации стал значительно легче. Кроме того, компьютерная графика стремительно развивается, и вот уже мы на пороге новой эры иллюстрирования.

Ф.И. Тютчев оставил потомкам около четырехсот произведений. С его поэзией пришли в литературу космическое мироощущение, новые формы выражения лирической, философской мысли, изящный поэтический слог, оригинальные оценки насущных духовных и социальных вопросов, свежий взгляд на человека и природу. И.С. Аксаков отмечал: «...стихи Тютчева отличаются такою непосредственностью творчества, которая, в равной степени по крайней мере, едва ли встречается у кого-либо из поэтов» [1, с. 82].

Стихотворное наследие Ф.И. Тютчева условно можно отнести к 4 направлениям: пейзажная лирика, любовная лирика, стихи о Родине и религиозно-философская лирика. Осмыслению содержания способствуют труды отечественных литературоведов – А. Горнфельда, Я. Зунделовича, Л. Озерова, К. Пигарева, Л. Пумпянского и др., в которых исследуются особенности поэтического мировоззрения Ф.И. Тютчева, однако трудов, посвященных поэзии Тютчева, немного, и эта область знания обещает немало открытий: «Как мало мы продвинулись более чем за век в выяснении природы философской поэзии вообще, тютчевской – в частности, несмотря на усилия умов сильных и блестящих...», – утверждает Я.О. Зунделович [2, с. 8]. Изучение и существующих работ, и биографии поэта, и тютчевских стихов сформировали первые представления о том, какими будут образы, воплощенные в новых иллюстрациях.

В отечественных изданиях оказалось очень мало иллюстративных работ, непосредственно относящихся к конкретным произведениям поэта. Среди немногих авторов таких иллюстраций – Татьяна Ерёмина, Николай Устинов. Оба художника сосредоточились на пейзажах или бытовых зарисовках, работы их включены в оформление сборников, предназначенных для чтения детьми младшего и среднего школьного возраста. Между тем творчество Ф.И. Тютчева по-прежнему актуально, нуждается в переосмыслении, а новые издания тютчевских книг могли бы стать еще более привлекательными для читателя в оформлении, выполненном с учетом новых технологий.

Как же создать уникальную иллюстрацию? Анализируем иллюстрируемое произведение, затем выбираем стиль работы. Будет он живописным или графическим, простым в построении или детализированным? Основной стиль работы при осуществлении данного творческого эксперимента основывается на кубизме, главной особенностью которого является отказ от объемного изображения реальности. Картины в стиле кубизм узнаваемы благодаря плоскому виду без светотени и перспективы. Изображения деформированы, разбиты на отдельные секторы, композиция похожа на взаимодействие геометрических фигур. Доминирующую роль играют острые углы, прямые линии,

нейтральная цветовая гамма. Такие особенности кубизма, как геометричность форм, прямые линии, помогут передать эмоции главных героев, общее настроение иллюстрации. Через простые формы отражается суть композиции.

В блоке «Любовная лирика» проиллюстрированы три произведения.

Стихотворение «Я встретил вас и всё былое...» – о чувствах лирического героя, вспыхнувших при встрече с возлюбленной после долгой разлуки. В лирическом тексте нет четких образов, оно подобно воспоминанию. Поэт сравнивает людскую молодость с описанием весны: «Когда повеет вдруг весною / И что-то встрепетнется в нас» [3]. Внутреннее состояние лирического героя выражают времена года, а именно противопоставленные осень и весна: «Как поздней осенью порою...» // «Когда повеет вдруг весною» [3]. Он с трепетом вспоминает свою молодость, время, когда был молод и счастлив.

Иллюстрация к этому произведению (*Иллюстрация 1*) нуждается в легкости построения, а цветовая гамма должна состоять из нежных оттенков и ярких вставок. Силуэт и мимика героини отражают легкость воспоминания о ней. Фон минималистичен (это позволяет сосредоточить внимание на героине). Опираясь на семантический контраст весна / лето, сочетаем характерные для весны нежные оттенки телесного, желтого, кораллового и бирюзового и для осени – красный, багровый, темно синий и теплый коричневый. Эти цвета будут определяющими во всех трех иллюстрациях к любовным произведениям, чтобы зритель смог считать общую ноту всех образов.



Иллюстрация 1

При прорабатывании формы определяем источник света, его интенсивность. Для данной иллюстрации свет должен быть мягким, чуть заметным, так как женский образ навеян воспоминаниями; силуэт героини будет только слегка подсвечен.

В кубизме важна геометричность, поэтому поза героини должна выражать деформативность форм. При наложении фильтров, цветокоррекции упор делается на теплую цветокоррекцию с содержанием красных и оранжевых отливов.



Иллюстрация 2

Стихотворение «Она сидела на полу и груду писем разбирала...», посвященное Е. Денисьевой, пронизано грустью, даже отчаянием героев. Цветовая гамма, поза, движения, изображаемые на иллюстрации (*Иллюстрация 2*), будут перекликаться с общим настроением стихотворения. Эту творческую задачу также позволит решить кубизм.

Цветовая гамма иллюстрации будет преимущественно холодной. Вкрапление теплых оттенков необходимо для сохранения целостности работы. Источник света (подобный свету из окна) в композиции один, контрастный, оттеняющий главную героиню.

Поза девушки проста, в то же время передает действие, эмоциональное состояние.

Цветокоррекция выполняется в теплых оттенках, для того чтобы органично включаться в серию. Одной из главных задач в работе над данной иллюстрацией стало достижение эффекта гармоничного сочетания холодных и теплых оттенков. Эта важная деталь разграничивает воспоминания и реальность.

Миниатюра «Как неразгаданная тайна...» посвящена императрице Марии Александровне. Согласно воспоминаниям современников, она не отличалась классической красотой, но зато была добра, искренна, внимательна к людям. Поэт отмечает тихий свет очей, живую прелесть. Лирический герой задается риторическим вопросом: «Земное ль в ней очарованье, / Иль неземная благодать?..» [3].

В композиции (Иллюстрация 3) силуэт имеет закрученную форму, что означает закрытость, таинственность. Оттенки подобраны яркие, теплые, чтобы сохранить представление об искренности образа. Завершающей деталью станет веер, символизирующий отстраненность и нежность главной героини.

В блоке «Пейзажная лирика» также проиллюстрированы три произведения.

Стихотворение «Обвеян вещею дремотой...» описывает дни поздней осени. Лирический герой Тютчева видит в увяданье скрытую красоту. Природа одушевлена: «Полураздетый лес грустит...» [3]. Тютчев убеждает читателя, что природа обладает душой, собственным языком.

Передать настроение и атмосферу стихотворения должна соответствующая цветовая гамма (Иллюстрация 4): цвета должны быть неяркими, осенними: красный, желтый, оранжевый. Прорабатывая детали, сконцентрируемся на форме деревьев, заостряющей таинственность происходящего в природе. Работа с акварелью предваряется подбором особой комбинации цветов, сочетающихся между собой на бумаге. После работы с красками обводим контуры черной ручкой: благодаря этому линии приобретают четкость.



Отличительной чертой стихотворения «Смотри, как роща зеленеет...» является воссозданная в нем особая атмосфера, обеспечивающая эффект присутствия, объемности происходящего.

Главное настроение при восприятии этого стихотворения определяется красотой полуденной природы. Автор дает почувствовать: только в полном слиянии с природой человек может испытать истинное счастье и умиротворение. Человек не должен быть скупым на чувства, радостью и счастьем следует щедро делиться с окружающими.

Именно к этим выводам приходим в процессе определения цветовой гаммы для иллюстрации (Иллюстрация 5). Теплые, яркие оттенки помогут передать состояние природы. При проработке форм стараемся сделать центром внимания внутреннюю жизнь рощи, только ощущаемую.

Стихотворение «Первый лист» описывает приход весны. Внимание сконцентрировано на ассоциации, вызванной названием: за ней встает образ молодости человека. Этот ассоциативный пласт поддерживается эпитетами «Лист зеленеет



Иллюстрация 3



молодой...» [3], «И слышно нам по их движенью, / Что в этих тысячах и тьмах / Не встретишь мертвого листа!..» [там же]. Читатель чувствует жизнерадостное настроение героя. Это значит, что цветовая гамма (Иллюстрация 6) должна содержать яркие оттенки красного, синего, зеленого, желтого. Композиция представляет формы, позволяющие понять общий замысел иллюстрации: нет острых углов, движение самой жизни волнообразно и ритмично.

Создание этой серии иллюстраций обогатило знаниями в области литературоведения, искусствоведения, но, главное, обеспечило возможность нового прочтения классического текста.

Иллюстрация 6

Список использованных источников:

1. Аксаков И.С. Биография Федора Ивановича Тютчева. – Типография М.Г. Волчанинова. – М., 1886. – 327 с. [Электронный ресурс]. URL: <https://lib.litres.ru/i-s-aksakov/biografiya-fedora-ivanovicha-tutcheva-51788034> (дата обращения: 20.01.2023)
2. Зунделович Я. О. Этюды о лирике Тютчева. – М-во высш. и сред. спец. образования УзССР. Самарк. гос. ун-т им. А. Навои. – Самарканд, 1971. – 167 с.
3. Тютчев Федор. Полное собрание стихотворений. ЛитРес / [Электронный ресурс]. URL: <https://lib.litres.ru/fedor-tutchev/polnoe-sobranie-stihotvoreniy-6686920> (дата обращения: 20.01.2023).

ПРОБЛЕМА ЗАИМСТВОВАНИЙ В СОВРЕМЕННОМ РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Долгова Ольга Александровна

Руководитель: Саксеева Анастасия Валентиновна
ГБПОУ "Дубовский педагогический колледж", г. Дубовка

Отношение к проблеме использования иностранных слов в русском языке складывалось по-разному. Против злоупотреблений иноязычными словами высказывались многие крупные политические деятели, писатели, публицисты. В начале 19 века в нашей стране формировалось течение — пуризм, яркие представители которого (Булгарин Ф.В., Греч Н.И., Шишков А.С.) стремились к очищению литературного языка от иноязычных заимствований, неологизмов, а также естественного проникновения в литературный язык ненормативных лексических и грамматических элементов.

А.С. Пушкин являлся сторонником иных взглядов, он отстаивал право поэта употреблять те заимствованные слова, которые необходимы для точного выражения мысли, одобрял заимствования, которые не стесняют свободу развития родного языка, обогащают язык, вносят в него новые и жизненно необходимые речевые средства. Пушкин считал, что необходимо заимствовать то, что не имеет семантических параллелей в русском языке.

Прошло более двухсот лет, а споры о заимствованиях в русском языке не утихают. Одни утверждают, что заимствования опасны, говорят о необходимости использовать в речи только исконные слова. Другие вполне справедливо напоминают о том, что многие заимствованные слова совершенно обрусели и не имеют эквивалентов, являясь единственным наименованием соответствующих понятий. Третьи считают, что заимствования помогают сделать язык универсальным, сближают людей – носителей разных языков. На чьей стороне правда? Когда заимствования необходимы? Какую опасность представляют они для языка?

Русский язык постоянно обновляется. Этому способствуют многие причины: развитие общества, изменение социального уклада жизни людей, возникновение новых традиций, и как следствие этого, появление в языке новых, заимствованных слов. Пришедшие в русский язык слова воспринимаются носителями по-разному. Есть слова, которые уже прочно вошли

в обиход, у всех «на слуху», поэтому носителями языка как заимствованные не воспринимаются: *время, враг, справедливый, сахар, работа, кровать, мудрость*. Кроме того, эти слова являются единственными для обозначения данных предметов и понятий. В другую группу входят слова, которые появились в языке давно, поэтому носителями как заимствованные воспринимаются: *лампа, телефон, лайнер, шоколад, маляр, танк, бутерброд, галоши, модель, кенгуру, спутник, пенсне*. Такие заимствования можно оправдать, так как таких понятий ранее в языке не было. Эти предметы появились в жизни человека, поэтому в языке появились и слова, обозначающие эти предметы. Такие слова заполняют собой пустые ниши в языке. Для некоторых таких понятий слов в языке еще не придумано. И, наконец, третью группу составляют такие слова которые не только воспринимаются как иноязычные, но порой их лексическое значение не всегда понятно или нам кажется, что мы уже знаем их значение. Это такие, как *квота, генезис, секвестр, имидж, эксклюзивный, интеллект, универсальный, уникальный*. Отношение к таким заимствованиям не всегда однозначное.

Обычно время, в течение которого происходят существенные изменения в языке, составляет от 10–20 до 30–40 и более лет. С. Т. Ибатуллина [1, с. 24] выделяет три типа эволюции языка и его нормы:

1. Высокодинамический, или ускоренный, тип (10–20 лет);
2. Умеренный тип эволюции, который характеризуется более плавными сдвигами во времени (30–40 лет);
3. Низкодинамический, или замедленный, тип эволюции, которому свойственны незначительные изменения в состоянии нормы (50 и более лет).

Заимствований в русском языке всегда было много, но сейчас они хлынули таким потоком, что часто даже затрудняют понимание текста. Особое раздражение вызывают «избыточные» заимствования, то есть когда заимствование дублирует по смыслу уже существующее в русском языке слово. Чаще всего это модные слова типа *комьюнити* (вместо *сообщество*), *интервью* (в новом значении вместо *собеседования*), *лофт* (вместо *чердака*) и т.д. Трудно вообразить себе современный мир без *презентаций*, несмотря на существование почти полного синонима – слова *представление*.

Стремление общества к международным контактам, образ жизни, ориентация на западную культуру обусловили проникновение в русский язык заимствованной лексики. Это преимущественно слова из американского варианта английского языка: *эксклюзивный, ноутбук, имидж, он-лайн, рейтинг, прайс дилер, промоутер, оффшор, сайт, продюсер, сингл, саммит, слоган, ток-шоу, холдинг* и других. Многие слова при этом в газетных и журнальных текстах, деловой литературе могут быть написаны латинскими буквами: *Ni-fi, on-line, BMW, CD, Windows, Coca-Cola, CD-ROM, IBM, PR, mass-media, VIP*. Кроме того, встречается также комбинированное написание — на русском и на английском. Это достаточно новое явление в языке, которое может свидетельствовать об очередном этапе освоения иноязычной лексики: *PR-акция, VIP-клиент, VIP-номер, Web-сайт, WEB-страница*. Некоторые слова образованы от иноязычного слова по словообразовательной модели русского языка *PRщик, VIPовский*. В последнее время на страницах газет и в Интернете данные слова можно встретить в написании русскими буквами — *пиарищик, виповский*. В словарях последних десятилетий зафиксирован большой пласт лексики иноязычных слов, которые с наибольшей полнотой отражают изменения, происходящие в жизни общества. Это слова, относящиеся к разным сторонам жизни [2]: медицине и косметике (*антистресс, скраб, мануальный, гель, хостис, кондиционер*); массовой культуре и современной музыке (*дискотека, шоу, шоу-бизнес, диск-жокей, рок*); еде (*чизбургер, марс, сникерс, кофе турбослим, кофе латте*); одежде (*капри, слаксы, сникерсы, боди, слиперы, топ, лоферы* или, как их еще называют, *лоферы*); политике и экономике (*акционер, бартерная сделка, валютный, бизнесмен, бизнесвумен, бизнес-центр, брокер, налоговый*); играми и спорту (*бодибилдинг, боулинг, армрестлинг*).

Кроме того, следует обратить внимание на то, что в последнее время в обиходе появляется большое количество слов, которые не успели включить в толковые словари, но интернет-словари, в частности, «Википедия», дают им определения. Это объясняется тем, что интернет быстрее реагирует на происходящие в жизни общества изменения. Данные слова в основном обозначают недавно появившиеся профессии и виды деятельности, относятся к новому виду техники: *мерчендайзер, девелопер, спичрайтер, дилер, коучер, имиджмейкер, джоббер, сейлз-менеджер, промоутер, капча* и так далее.

Пуристы остались в далёком прошлом. Но суть их споров, к удивлению, нисколько не потеряла своей актуальности. Национальная самобытность или интернационализм? Слепое копирование или стремление к чистоте родного языка? В последние десятилетия вопрос о заимствованиях неоднократно поднимался в Государственной Думе Российской Федерации. Один из последних примеров связан с законопроектом «О нарушении норм современного русского языка», внесенным фракцией ЛДПР. В законопроекте депутаты предлагали ввести штраф за публичное немотивированное использование иностранных слов. Этот проект одобрили в феврале 2013 года, но уже в июне профильный комитет парламента по культуре отклонил предложенный на рассмотрение документ. Жизнь уже не раз доказывала несостоятельность применения насильственных методов в борьбе со словами-«чужеземцами».

Максим Кронгауз в книге «Русский язык на грани нервного срыва» выделяет по крайней мере три больших волны новых слов и значений, возникших на рубеже веков – это бандитская, профессиональная и гламурная [3, с. 45].

Как-то принято считать, что русский язык, если ему не хватает какого-то слова, просто одалживает его у другого языка, прежде всего, у английского. В области компьютеров и Интернета только так и происходит.

Слова *компьютер, монитор, принтер, процессор, сайт, блог* и многие другие заимствованы из английского языка. Названия трех животных – *мышь, собака и хомяк* – приобрели новые «компьютерные» значения.

Компьютерная *мышь* была действительно похожа на обычную и по форме, и по хвостик-проводу, и по тому, как бегала по коврику. А вот *собачку* в качестве названия для значка электронной почты придумал сам русский язык. Вообще многие языки называют этот значок именем животного: итальянский – улиткой, немецкий – обезьянкой, финский – кошкой, китайский – мышкой. И в третьем слове – *хомяк* – происходит заимствование иноязычного выражения (*homеpage*), а его звуковой облик, отчасти искажаясь, сближается с уже существующим русским словом.

Постоянно возникают всё новые и новые жаргонизмы. Самые известные среди них связаны с электронной почтой: *мыло* (собственно электронная почта, или соответствующий адрес) и *емелить* (от личного имени Емеля; посылать электронную почту). Особенно часто происходит сближение с личными именами: *аська* (англ. ICQ) или *клава* (от клавиатура).

В последнее время почти любая беседа о русском языке сводится к его порче. В русском языке появляется большое количество «бандитских» слов. Часто употребляются слова *беспредел, отморозок, наезд, крыша, стрелка, кинуть* и т.д. Среди них почти нет заимствований. В голову сразу приходят только *киллер* и *рэкет* вместе с его *рэкети́ром*. И это несмотря на то, что «новый русский» бандитский мир формировался под влиянием американской гангстерской мифологии.

Гламурные слова, конечно, не такая компактная область, как слова бандитские. Трудно провести четкую границу между гламурным и молодежным жаргонами. Само слово *гламур* пришло к нам из английского языка – *glamour* – и успешно конкурирует со словом *глянец*, потихоньку вытесняя его из языка. Глянec было заимствовано раньше из немецкого языка, в котором существующее слово *Glanz* значило просто «блеск». Глянцевыми стали называть журналы с блестящей обложкой, определенного содержания: о моде, о новом стиле жизни.

Третья лексическая волна – профессиональная. Одной из наиболее интересных и важных частей оказываются названия профессий. Так и хочется спросить: «Зачем их столько?» Например, *эйчар* – это то же самое, что менеджер по персоналу, но ни в коем случае не кадровик. А есть еще *хедхантер*, *мерчандайзер*, *бьюти-эдитори*, *медреп*. Вытеснение менее престижных слов более престижными существовало всегда. В свое время *парикмахер* сменил *цирюльника* и *брадобрея*. И совсем не потому, что в дополнение к стрижке он перестал ставить пиявки, а стал делать парики. Аура немецкого профессионализма преодолела даже фонетические трудности (русским было очень непросто выговаривать такие слова, как *парикмахер* или *бухгалтер*).

Сегодня почти все новые названия профессий приходят к нам из английского языка (незначительные исключения связаны с модой, кухней и другими узкими областями: например, *сомелье* или *кутюрье*).

Таким образом, если мы говорим о проникновении иноязычных слов вследствие появления новых вещей, понятий, явлений или вследствие необходимости уточнения русского слова, замещения описательного оборота, то заимствование нужно рассматривать как явление прогрессивное, так как в целом оно способствует обогащению языка.

Причин отклонений от чистоты и правильности речи очень много: и неполное усвоение норм литературного выражения, и недостаточно бережное отношение к языковой традиции, и неумение, нежелание разобраться в смысловых качествах разных слов, и влияние «моды» разных жаргонов. Необходимо помнить простые правила, которые помогут избежать ошибок:

- 1) не следует употреблять заимствованные слова в тех случаях, когда есть равнозначные русские синонимы;
- 2) при употреблении заимствованных слов надо знать лексическое значение данного слова;
- 3) необходимо учитывать уместность заимствованного слова в речи;
- 4) соблюдать правильное произношение.

И, наконец, самый важный вопрос: угрожают ли заимствования русскому языку?

Заимствования, которые обусловлены экстралингвистическими причинами, не грозят русскому языку засорением, так как наш язык — это достаточно устойчивая система, которая хорошо адаптирует чуждые для нее элементы и приспособливает их к себе.

Заимствований в русский язык из других языков не избежать, ведь люди разных стран активно сотрудничают друг с другом. Проблема состоит не в заимствованиях, а в том, кто и как их употребляет. Употребление иноязычных слов, как и других, регулирует лексическая норма. Поэтому, выбирая слова, люди должны обращать внимание на значение, стилистическую окраску, употребительность, сочетаемость с другими словами. Нарушение хоть одного из этих критериев может привести к речевой ошибке.

А.С. Шишков в книге «Славянорусский корнеслов» высказал очень важную и удивительно современную мысль: «Язык наш – дерево жизни на земле и отец наречий иных». Это дерево, огромное, могучее, способно не только выстоять под ветрами времён, но и стать ещё сильнее, поделиться своей красотой и мощью с другими языками.

Список использованных источников:

1. Ибатуллина, С.Т. Русский язык и культура речи / С.Т. Ибатуллина. – Мурманск: МГТУ, 2008. – 195 с.
2. Колмакова, В. В. Внедрение новых технологий и подходов в системе образования в условиях экономики знаний // Труды Международной научно-практической интернет-конференции «Преподаватель высшей школы в XXI веке». Сборник 11. – Ростов н/Д: ФГБОУ ВПО, 2014. – с.178–183.
3. Кронгауз, М.А. Русский язык на грани нервного срыва / М.А. Кронгауз. – М.: Знак: Языки славянских культур, 2008. – 232 с.

БИБЛЕЙСКИЕ ПРИНЦИПЫ В АДВОКАТСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В последнее время в обществе отношение к адвокатам приобрело новые оттенки, которые затмевают истинную роль адвокатуры. Если раньше под влиянием тоталитарного государства доминировало отношение к адвокатам как к людям, защищающим преступников и изменников Родины, то сегодня зачастую на смену приходит ложное понимание роли адвокатуры в осуществлении правосудия.

В своё время Ф.М. Достоевский писал: «Адвокат — обреченный на бессовестность человек». И в настоящее время критика не ослабевает, в связи с чем возникает необходимость осмысления фундаментального остова человеческих знаний и первого писанного свода этических норм в истории человечества на предмет проверки соответствия адвокатской деятельности Библейским канонам. К сожалению, в Библии нет ни одного слова об адвокатах и адвокатской деятельности, поскольку в то время особого сословия адвокатов не было. Вместе с тем, мы в ней видим ростки института адвокатуры.

Все вышесказанное и определяет актуальность темы данной работы. В связи с этим объектом представленной работы выступают этические принципы и нормы адвокатской деятельности, совокупность профессиональных отношений, складывающихся в этой сфере, а непосредственным предметом исследования являются Кодекс профессиональной этики адвоката и текст Библии.

Целью работы является сопоставление нравственных основ профессиональной деятельности адвоката, изложенных в Кодексе профессиональной этики адвоката, и постулатов Библии.

В соответствии с этой целью автором поставлены следующие задачи:

- рассмотреть основные принципы и правила этики адвокатской деятельности;
- рассмотреть ответственность адвоката за нарушение этики профессиональной деятельности;
- выявить особенности соответствия адвокатской деятельности Библейским канонам.

Адвокатская этика является частью судебной этики, привлекающей внимание в силу многозначности и остроты коллизий, возникающих в практике адвоката-защитника и адвоката-представителя.

31 января 2003 г. в развитие требований ст. 7 Закона об адвокатуре Первым Всероссийским съездом адвокатов был принят Кодекс профессиональной этики адвоката, согласно которому адвокаты (руководители адвокатских образований) обязаны ознакомить помощников, стажеров и иных сотрудников этих адвокатских образований с Кодексом, обеспечить соблюдение ими его норм в части, соответствующей их трудовым обязанностям.

Адвокаты при всех обстоятельствах должны сохранять честь и достоинство, присущие их профессии. Необходимость соблюдения правил адвокатской профессии вытекает из факта присвоения статуса адвоката. В тех случаях, когда вопросы профессиональной этики адвоката не урегулированы законодательством об адвокатской деятельности и адвокатуре или настоящим Кодексом, адвокат обязан соблюдать сложившиеся в адвокатуре обычаи и традиции, соответствующие общим принципам нравственности в обществе.

Суд и защита, согласно Библии, действуют синхронно, отсутствие действенности суда приравнивается к отсутствию защищенности каждого и всех: «Господь увидел это, и противно было очам его, что нет суда. И видел, что нет человека, и дивился, что нет заступника» [Исаия 59:15-16].

Анализируя Ветхий Завет, находится множество адвокатских истин, которые восприняты действующим законодательством. Рассмотрим основные Библейские постулаты, которые прямо или опосредованно касаются адвокатской деятельности.

«Научитесь делать добро, — говорится в книге пророка Исаии, — ищите правды, спасайте угнетенного, защищайте сироту, вступайтесь за вдову» [Исаия 1:17].

В унисон сказанному мы находим в законодательстве об адвокатуре нормы об обязательном участии защитника в уголовном судопроизводстве, об оказании бесплатной юридической помощи, о невозможности для адвоката отказаться от принятой на себя защиты.

В соответствии со ст.15 Кодекса профессиональной этики адвоката: «Адвокат обязан участвовать лично или материально в оказании юридической помощи бесплатно в случаях, предусмотренных законодательством об адвокатской деятельности и адвокатуре...». Адвокат обязан исполнять свой долг достойно, честно, независимо, на должном профессиональном уровне и с необходимой тщательностью, а также обязан сохранять профессиональную тайну. Нравственность, компетенция и независимость - вот суть профессии адвоката. Достижение этих высоких, но жизненно необходимых требований к личности адвоката должно быть сердцевинной деятельностью каждого сообщества адвокатов.

«Не отвращай очей от просящего и не давай человеку повода проклинать тебя» [Книга премудрости Иисуса сына Сирахова].

Предостережение о том, чтобы не давать повода для проклятий, актуальны и для некоторых адвокатов нашего времени, которые в следственно-оперативных интересах предают позиции своих подзащитных, чем заслуживают крайне негативной оценки своих клиентов и их родственников.

«Кто говорит виновному: «ты прав», того будут проклинать народы; того будут ненавидеть племена; а обличающие будут любимы, и на них придет благословение»

«Горе тем, которые за подарки оправдывают виновного и правых лишают законного»

«Оправдывающий нечестивого и обвиняющий праведного — оба мерзость пред Богом» [Книга Притчей Соломоновых].

Старый Завет и требования ст. 297 УПК РФ едины в том, что приговор должен быть законным, обоснованным и справедливым. Данные Библейские требования относятся к деятельности судей и прокуроров.

«Скрывающий свои преступления не будет иметь успеха; а кто сознается и оставляет их, тот будет помилован» [Книга Притчей Соломоновых].

Представляется важным ч. 1 ст. 10 Кодекса профессиональной этики, ограничивающая позицию обвиняемого для адвоката: «Закон и нравственность в профессии адвоката выше воли доверителя. Никакие пожелания, просьбы или указания доверителя, направленные к несоблюдению закона или нарушению правил, предусмотренных настоящим Кодексом, не могут быть исполнены адвокатом».

Старый Завет содержит императивные процессуальные предписания: «Не произноси ложного свидетельства на ближнего твоего» [Исход 20:16].

«Не делай неправды в суде» [Левит 19:35].

«Мерзок пред Господом, Богом твоим, всякий, делающий неправду» [Второзаконие 25:16].

Чаше адвокаты равнодушно относятся ко лжи, исходящей от участников судопроизводства со своей стороны, не пресекая ее, считая такую ложь нормальным средством в арсенале состязательной борьбы. Вообще ложь малая или большая свойственна человеку. А.Ф. Кони писал: «Человек лжет в жизни вообще часто, а в нашей русской жизни и очень часто, трояким образом, Он говорит не то, что думает — это ложь по отношению другим. Он думает не то, что чувствует — это ложь по отношению к себе, И, наконец, он впадает в ложь в квадрате: говорит не то, что думает, а думает не то, что чувствует» [1, с. 25].

К сожалению, требование Старого Завета: «Не делай неправды в суде» остается для нашего адвокатского сословия невыполнимым. Действительно, сложно добиться по делу положительного результата в случае, если говорить исключительно правду.

Проблемным выглядит для адвокатов тезис Библии о том, что оправдывающий нечестивого – мерзость перед Богом, поскольку защитник обязан доказывать невиновность своего подзащитного, когда тот вину не признает и не вправе занимать позицию вопреки воле доверителя в силу ст. 6 ч. 4 п. 3 Закона «Об адвокатской деятельности адвокатуре в РФ». Примеры таких «прегрешений» встречаются достаточно часто в практике адвоката. Как в таком случае выполнить свои профессиональные обязанности и не согрешить? Изучив обстоятельства дела и поняв, что имеются моральные препятствия для осуществления защиты, адвокат имеет возможность не принимать на себя защиту данного лица (если это не дело по назначению). Кстати, также поступили адвокаты, отказавшиеся защищать Кулаева, участвовавшего в нападении на школу в г. Беслане.

Законы нравственности, данные Богом человечеству и изложенные в Библии, являются той основой, на которой люди объединяются в человеческое общество. Неукоснительное соблюдение этих законов позволяет им быть добропорядочными и счастливыми людьми, жить в любви и мире друг с другом, без ссор и войн.

С седой древности и до наших дней многие выдающиеся мыслители, общественные и религиозные деятели выполняли благородную миссию защитника. История сохранила для нас имена талантливых адвокатов, чьи выступления в защиту обвиняемых, угнетаемых и обличаемых обрели бессмертие как яркие образцы ораторского искусства, как примеры беззаветного служения справедливости и истине. Как выясняется, в фундаменте адвокатской деятельности лежат именно Библейские принципы.

Список использованных источников:

1. Ария, С.Л. Мир спасает доброта: о нравственных началах адвокатской деятельности / С.Л. Ария. – М.: Российская юстиция, 1996. – N 2. – С. 49.
2. Бардин, Л. Без нравственности нет профессии / Л. Бардин. – М.: Бизнес-адвокат. – 2005. – № 15. – С. 24-48.
3. Барцевский, М.Ю. Адвокатская этика / М.Ю. Барцевский. – М.: Норма. – 2000. – 48 с.

И МИР УВИДЕЛ СТАЛИНГРАД: ИЗОБРАЖЕНИЕ СТАЛИНГРАДСКОЙ БИТВЫ В СОВРЕМЕННОЙ РУССКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

Холодова Татьяна Владимировна

Руководитель: Саксеева Анастасия Валентиновна

ГБПОУ "Дубовский педагогический колледж", г. Дубовка

«...Побежали смотреть немцев. Ребята кричат: «Смотрите, немец!» Я всматриваюсь и никак не могу увидеть «немца». Они видят, а я нет. Я искала большую коричневую чуму, которую рисовали на плакатах, а по полотну железной дороги ходят люди в зелёной военной форме. В моём понятии враг – фашист должен иметь облик зверя, но ни в коем случае не человека. Я ушла, мне было не интересно. Впервые я была глубоко обманута взрослыми и никак не могла понять, почему же «люди» так жестоко бомбили нас, почему эти «люди» так ненавидели нас, что заставляли нас голодать, превратили нас, именно нас, сталинградцев, в каких-то загнанных, напуганных зверушек?..» [2, с.13].

Этот пронзительный отрывок – из спектакля «Украденное солнце» Волгоградского Первого Драматического Театра, который сделал свою постановку по воспоминаниям детей, переживших Сталинградскую битву. Изначально пьесы не было, а были записанные на бумаге и диктофоне воспоминания тех, кто детьми оказался в огне Сталинграда. Артисты

читали и слушали эти воспоминания, выбирали фрагменты и складывали из них хронику Сталинградской битвы детскими глазами. И это был реальный Сталинград.

«Морями слёз» оплаканы павшие за Отчизну, а боль утрат всё не проходит, всё живёт в наших сердцах. Время затянуло многие раны, но оно не имеет власти над величием былого. Сколько бы лет ни прошло, а «Сталинград – это недавно» (Константин Симонов). И тому подтверждение – современный роман о Сталинградской битве, достойный войти в «золотой фонд» военной прозы, – «Чистилище Сталинграда. Штрафники, снайперы, спецназ».

Читается это произведение волгоградского писателя Владимира Николаевича Першанина на одном дыхании. Перед нами – переломное сражение Великой Отечественной глазами советских смертников.

Штрафники Сталинграда, исполняя беспощадный приказ «Ни шагу назад!», истекают кровью в чистилище городских боев: *«Мелькали искаженные гримасами лица, люди беспорядочно метались, их преследовали собственные тени. Кто-то кричал, стучали редкие винтовочные выстрелы. Потерявший голову боец бежал со штыком наперевес прямо на вражеский пулемет. Споткнулся о мертвое тело, упал, и это его спасло. Встать снова решимости не хватало, атака захлебывалась»* [3, с.45].

Спецназ Сталинграда, элитные воздушно-десантные батальоны стоят насмерть в кровавом аду, верные клятве «За Волгой для нас земли нет!» и девизу ВДВ: «Никто, кроме нас!».

«На снегу перед траншеей лежали тела немецких солдат. Кто-то сказал, что тридцать, другой заспорил, что больше. Пытались отползть раненые, но их безжалостно добивали.

Но в траншее и окопах лежало не меньше погибших красноармейцев. Утоптаный снег был бурый от крови и сплошь засыпан стрелянными гильзами» [3, с. 60]. Это было так неожиданно и непривычно, что я даже испугалась и оторвалась от книги. И моментально поняла, что значит «окопная правда».

Снайперы Сталинграда ценой собственных жизней выбивают немецких офицеров и пулеметные расчеты, связистов, артиллерийских наблюдателей, не давая гитлеровцам поднять головы. И шансов выжить в «мясорубке боев» практически нет: *«Их осталось в живых немного, и еще меньше сумели встретиться в юбилейные дни на берегах Волги спустя несколько десятилетий. В глазах друг друга они остались теми же молодыми парнями, не дававшими своим снайперским огнем покоя немцам в осажденном Сталинграде»* [3, с.78].

Эта книга Владимира Першанина приближается к истине действительности, и слова ее проверены человеческим сердцем, осознавшим всю жестокость и бессмысленность войны. Это составляет силу книги и заставляет читателя верить автору. В самом изображении наших воинов автор сумел раскрыть тайну нашей Победы.

Эмоционально-насыщенные строки писателя Сергея Алексеева заставляют современных читателей осознать: «Это и мой Сталинград: в какой-то мере все мы - тоже вернувшиеся с той войны».

Сергей Петрович Алексеев - известный детский писатель, участник Великой Отечественной войны – рассказывает младшим школьникам о ее главных битвах. Шесть книг серии описывают подвиг нашего народа в освобождении родной страны и Европы от фашистских захватчиков. Вторая книга серии посвящена Сталинградскому сражению – 70-летию Победы в Великой Отечественной войне.

Хроника событий, интересные случаи и факты, а также не забывающиеся подвиги солдат и офицеров нашли отражение в этой книге: *«Приподнялся солдат. Но тут же от боли вскрикнул. Опять опустился на пол. Прошла минута. Вновь приподнялся. Боль пересилил. Встал. Сделал шаг, сделал два к окну. Взял винтовку. Высунул дуло в проем окна. Выбрал цель. Спустил курок. Щелкнул курок – и только. Прикрывая своих, растратил воин последние патроны. Нечем сражаться солдату.*

Опустился боец на пол. Покидают солдата последние силы. Все сильнее сочится кровь» [1, с.57].

Война не терпит полутонов. Эти строки - пронзительное и мужественное повествование. Сквозь непрекращающийся пулеметный стрекот и стоны раненых слышит юный читатель, как бьются горячие сердца. С такими сердцами, с такой любовью к Родине и к жизни невозможно было не победить.

Мы говорим, что на войне так страшно, но мы ничего не знаем о войне.

Сталинград!

Крепость на Волге.

Город-легенда.

Город-герой.

Здесь люди стояли как скалы. Здесь жизнь победила смерть [1, с. 23].

Героический пафос литературы о подвиге народа в Сталинградской битве неразрывно связан с неслыханным героизмом участников сражения. Подвиги сталинградцев золотыми буквами вписаны в историю Великой Отечественной войны, поэтому проблема героического является главной на всех этапах отражения в произведениях подвига Сталинграда. Высокий нравственный потенциал художественных и документальных повествований о битве на Волге позволяет назвать их «учебниками жизни», которые призваны учить нас, молодое поколение, честно жить и самоотверженно любить свою Родину.

Список использованных источников:

1. Алексеев, С.П. Сталинградское сражение. 1942-1943: рассказы для детей / С.П. Алексеев. – М.: Детская литература, 2013. – 54 с.
2. Нияз, А. Дети о Сталинградской битве. Украденное солнце //А. Нияз. - URL: <http://www.pomnivo.ru/home/reports/1624/> (дата обращения: 02.02.2023).
3. Першанин, В.Н. Чистилище Сталинграда. Штрафники, снайперы, спецназ / В.Н. Першанин. – М.: ЛитМир, 2013. – 220 с.

АНГЛОЯЗЫЧНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ В ИНТЕРНЕТ-ПРОСТРАНСТВЕ

Миронова Диана Романовна

Руководитель: Давыденко Александра Юрьевна

ГБПОУ "Жирновский педагогический колледж", г. Жирновск

Современный мир – это поток непрекращающейся информации, где каждый человек старается продать максимальное количество информации за максимальную единицу своих ресурсов. Отсюда следует, что возникновение сокращений обусловлено экономизацией речевых средств с целью повышения эффективности речевого акта. Самые яркие примеры применения принципа экономизации речевых средств – это язык Интернета, чатов, форумов, блогов, конференций, где необходимо ясно и кратко выражать свою мысль и при этом позаботиться о своем и чужом времени. Именно возникновение Всемирной сети вызвало настоящий бум в создании новых сокращений в современном английском языке. Переписка стала быстрой, онлайн-общение победило и существенно упростило письменный и разговорный английский. Люди все чаще используют аббревиатуры, а то и вовсе стикеры. И не только тинэйджеры. Взрослые серьезные профессионалы, время которых дорого, тоже часто отвечают на сообщения невразумительным набором букв. Относиться к этому можно как угодно, но разбираться в сокращениях надо. В этом и заключается актуальность данного исследования.

Исследование чата как актуальной формы электронного общения представляет интерес в связи с его широким распространением и новизной создания новых пользовательских форм. Именно в чате видны специфические формы общения, которые обусловлены как компьютерными технологиями, так и неповторимостью речевого поведения отдельного собеседника. Чат (от англ. «chat» - беседа, болтовня) может относиться к любому виду общения в Интернете, которое предполагает обмен сообщениями в режиме реального времени, где после отправки сообщения одним пользователем, оно тотчас будет доступно другим пользователям чата.

Цель исследовательской работы – изучить современные английские сокращения в электронной переписке. Для достижения цели исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить историю образования и типы английских сокращений в электронной переписке.
2. Найти часто употребляемые английские сокращения, используемые в Интернет переписке.
3. Составить список самых употребляемых английских сокращений, характерных для электронной переписки.
4. Провести анкетирование среди учащихся, изучающих английский язык, и определить понимают ли они современные английские сокращения; выяснить используют ли их в переписке.

Объектом исследования является английский язык, а предметом исследования – сокращения в интернет переписке.

Практическая значимость данного исследования заключается в том, что материалы работы могут быть использованы в качестве дополнительного учебного пособия к урокам английского языка при изучении темы «Речевые клише и штампы».

Гипотеза исследования заключается в том, что использование сокращений в электронной переписке способствует более глубокому изучению английского языка, дает понимание важности изучения английского языка для использования его не только в реальном, но и Интернет общении.

Методы исследования:

- изучение и анализ литературы по теме исследования;
- анализ, обобщение и систематизация полученных знаний, классификация сокращений, найденных в Интернете.
- анкетирование учащихся колледжа.

Условно все сокращения можно разделить на лексические и графические. Лексические сокращения – это единица языка, обладающая не только внешней (звуковой) стороной, но и внешне выраженным значением и функционирующая как нечто уже существующее и лишь воспроизводимое в речи. Лексически сокращения, в свою очередь принято разделять на акронимы, портмоне (слияния, стяжения) и усечения. Акронимы являются разновидностью аббревиатуры, т.к. аббревиатура – это любое сокращенное написание слова, однако в то же время акронимы – это сокращенные слова, состоящие из начальных букв мотивированных слов или словосочетаний и читающиеся, как единое слово, а не побуквенно (прим. IRL– In Real Life). Для меньшей путаницы, акроним и аббревиатуру принято обозначать термином «инициализм».

Портмоне - слово, для которого характерно образование путем слияния частей нескольких слов (прим. Internet – International Network).

Усечение – это сокращенное слово, образованное путем отбрасывания начала, середины или конца слова (прим. hamburger – burger, advertisement – ad).

Графические сокращения – это сокращения, свойственные только письменной речи, так как в устной речи они реализуются в полной форме. Графические сокращения

используются для обозначения дней недели и месяцев (прим. Sun – Sunday, Apr – April), мер, единиц времени (прим. sec –second) и т.д.

Таким образом, в английском Интернет-чате можно выделить 5 самых популярных сокращений:

- Сокращения по первым буквам слов из выражений;

Среди СМС-сокращений этого типа можно назвать: IMHO (In My Humble Opinion) - по моему скромному мнению; LOL (Laughing Out Loud) – громко смеяться; V.I.P (a Very Important Person) – очень важная персона; ASAP (As Soon As Possible) – как можно скорее; OMG (Oh My God) - О, Господи; YW (You're welcome) — пожалуйста; NP (No problem) — не за что, нет проблем; BRB (Be right back) - скоро вернусь; IDK(I don't know) - я не знаю

- Сокращения цифрами;

В этом типе сокращений одна цифра может заменять целое слово или часть слова по схожести произношения. Например:

- Цифра 2 [tu] может заменять предлог или частицу to, наречие too, или входить в состав слова в качестве одного из слогов: 2day = today (сегодня), 2nite = tonight (сегодня вечером), 2moro – tomorrow (завтра).

- Цифра 4 [fɔ:] часто заменяет предлог for (для), или является слогом в составе длинных слов: 4ever = forever (навсегда), b4 =before (вперед, перед).

- Цифра 8 [eit] часто заменяет слово или один из слогов в слове: 8= ate (ел), activ8 = activate (активизировать); gr8 = great (отлично); m8 = mate (товарищ); l8r = later (позже).

- Сокращения, при котором выпускаются некоторые буквы из слов;

В этом типе аббревиаций из слова выпускается часть букв, в основном гласные. Из известных сокращений можно перечислить следующие: pls (please) –пожалуйста, txt (text) – текст, abt (about) - о,об,

- Сокращение – одна буква вместо слова;

Данный вид сокращений основан на одинаковом произношении буквы и целого слова. Например: буква «b» [bi:] заменяет такие слова как «be» [bi:] - быть, «bee» [bi:] – пчела или слог “be” в слове: b there (be there) – будь там; буква «с» [si:] заменяет слово see [si:] – видеть, понимать: I с (I see) – я понял; буква «u» используется вместо местоимения «you»: с u (see you)–увидимся.4)Буква «n» часто заменяет союз «and»: u n me (you and me)–ты и я.

- Сокращения символами;

В этих сокращениях используются символы как целые слова или отдельные буквы. Таких символов используется не так много. Символ @ - заменяет предлог «at» в смс-сообщениях: @wrk (at work) – на работе; с u @7 (see you at 7) – встретимся в 7.

Для того чтобы узнать известны ли учащимся современные английские сокращения и используют ли они их в электронной переписке, мною было проведено анкетирование студентов 1 и 2 курса (всего 20 человек). Для этого я составила анкету, где попросила учащихся ответить на следующие вопросы:

1. "Пользуетесь ли вы электронной перепиской?" Все студенты ответили «Да».
2. "Используете ли Вы сокращения слов, общаясь в Интернете?" - "Да" ответили 16 учащихся (80%) и "Нет" ответили 4 учащихся (20%).
3. «Знаете ли Вы какие-нибудь английские сокращения?»
12 (60%) студентов ответили «Да», а 8 (40%) человек ответили «Нет».
4. «Какие сокращения Вы используете (смайлики, картинки, сокращения на русском языке, английские сокращения)? - 5 (25%) человек используют все типы сокращений; русские и английские сокращения используют всего 2 человека(10%); только русские сокращения используют 4 человека (20%), смайлики и картинки вместе с русскими сокращениями используют 8 человек (40%), и 1 человека (5%) ответил, что вообще не пользуется сокращениями в переписке.
5. «Хотелось бы Вам узнать больше об английских сокращениях в электронной переписке?» - 18 (90%) человек ответили «Да» и 2 (10%) студента ответили «Нет».

Проанализировав результаты анкетирования, можно сделать вывод, что 60% студентов колледжа имеют представления об английских сокращениях, однако пользуются ими всего 35%. При этом изъявили желание узнать больше об английских сокращениях 90% опрошенных, это связано с тем, что учащиеся просто не владеют знаниями об английских сокращениях (рис.1).



Рис.1. Результаты анкетирования студентов ГБПОУ «Жирновский педагогический колледж»

В заключение своего исследования хотелось бы отметить, что Интернет общение – это особый вид общения, требующий виртуального языка. Сокращения, которые часто используют в электронной переписке, являются частью языка, который мы используем каждый день в своем общении. В 21 веке краткость стала ближайшей сестрой не только таланта, но и близкой подружкой большинства обладателей интернета. Краткость порой приходится близкой родственницей экономии времени и денег.

Для того, чтобы свободно общаться с миром придется немного подучиться этому языку, тем более, что происхождение сокращений в электронной переписке и чатах легко понятно и доступно каждому. Для общения в интернете, особенно в режиме онлайн, каждому Интернет пользователю необходимо знать способы и специфику образования английских сокращений. Это сэкономит ваше время и время вашего собеседника.

Список использованных источников:

1. Баршюва, С.В. История английских сокращений. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/istoriya-angliyskih-sokrascheniy/> дата обращения 26.01.2023
2. Белоногова Н. И. Интернет в жизни подростка // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2013. – Т. 3. – С. 2491–2495. – URL: <http://e-koncept.ru/2013/53501.htm/> дата обращения 25.01.2023
3. 100 + английских сокращений в переписке, или WUCIWUG, BRO! - URL: orp.lingualeo.com/ru/2016/10/27/100-angliyskih-sokrascheniy-v-perepiske/ дата обращения 25.01.2023
4. История электронной почты в лицах – URL: <http://computerstory.ru/?p=386/> дата обращения 26.01.2023

АНГЛОЯЗЫЧНЫЕ НАДПИСИ НА ОДЕЖДЕ КАК ЭЛЕМЕНТ МОЛОДЕЖНОЙ СУБКУЛЬТУРЫ

Федосова Полина Алексеевна

*Руководитель: Давыденко Александра Юрьевна
ГБПОУ "Жирновский педагогический колледж", г. Жирновск*

В настоящее время незаменимым атрибутом молодежного гардероба является одежда с украшениями в виде надписей. Они могут сказать нам многое о человеке, в частности, о возрасте, об уровне владения английским языком, а также о сфере интересов своего владельца. Встречающиеся образцы часто поражают полной бессмысленностью, граничащей с глупостью, изредка откровенной пошлостью, доходящей до неприличия, иногда нелепицами, приводящими к неловким ситуациям. По-настоящему достойные и интересные надписи не так уж часты.

Я решила исследовать английские надписи на одежде студентов и разобраться, понимают ли владельцы вещей смысл надписей на одежде, особенно, если они написаны на иностранном языке. Или носят вещи потому, что те модны, красивы или по каким-то другим причинам? Моё исследование нацелено на поиск ответов на эти вопросы.

Цель работы – собрать и проанализировать информацию о надписях на одежде подростков и выявить уровень понимания студентами нашего колледжа значения иностранных надписей на одежде путем опроса.

Объектом исследования являются англоязычные надписи на одежде студентов нашего колледжа. Предмет исследования – понимание подростками содержания англоязычных надписей на одежде.

Гипотеза - если подростки включатся в осмысление надписей на одежде, в их перевод и понимание, то произойдет изменение отношения к английским надписям как экстралингвистическому фактору, влияющему на культуру, повысится интерес к изучению английского языка.

Задачи исследования:

1. Изучить имеющуюся литературу по данному вопросу;
2. Собрать наиболее распространенные надписи на одежде среди студентов нашего колледжа;
3. Выявить смысловые особенности надписей на футболках;
4. Проанализировать осознанность подростков при выборе одежды.

При проведении исследования были использованы следующие методы:

- поиск материала;
- анкетирование;
- перевод;
- анализ и сравнение;
- обобщение и формулировка выводов.

Как утверждает историк моды Александр Васильев, надписи на одежде это отнюдь не современное изобретение. Самые ранние надписи на одежде относятся к эпохе Древней Греции. Уже там можно найти вышивки на поясах, которые говорят нам об именах владельца, или находим имена на ювелирных украшениях. На итальянских и немецких портретах конца XV и XVI веков видны надписи, которые вплетены в орнамент мужских рубашек, в корсажи женских платьев, где обычно написаны на латыни или девизы знатного рода, или имена владельцев этих портретов или нарядов. Очень часто в моде были надписи, которые представляли собой часть орнамента. Например, в начале второго тысячелетия в вышивке использовались готические шрифты. Очень известны пелерины короля Отто, которые находятся в музее Болберга в Германии. Там в хранилище старины собора есть

удивительные вещи с готическими или романскими буквами - как часть орнамента этих старинных вышивок. Они датируются X-XI веками нашей эры.

Футболки с надписями или рисунками стали наиболее популярны в конце 60-х годов, во время распространения движения хиппи. Надписи на футболках в то время были как политического, так и юмористического характера. В 90-е годы печать на футболках стала общепринятой нормой. Более того, каждую футболку старались сделать как можно более уникальной и оригинальной. С тех пор все футболки существенно отличаются одна от другой, благодаря оригинальным надписям и рисункам, которые нанесены на них. На сегодняшний день можно не только купить оригинальную футболку, но и заказать такую. На футболку, по желанию клиента, могут нанести практически любую фразу или даже его личные фотографии. Приобретя простую и удобную футболку, на которой написана какая-либо смешная или необычная фраза, можно сделать свой повседневный образ уникальным и узнаваемым.

Надпись на одежде – это коммуникативное средство, а не просто декоративный элемент. Надпись несет в себе разнообразное смысловое содержание. Все надписи на одежде (футболке) условно можно разделить на несколько смысловых групп, но остановимся только на некоторых:

- название бренда, фирмы-производителя. Среди молодежи распространена одежда таких марок, как «Nike», «Adidas», «Puma», «Reebok» и т.д. Эти футболки с надписями брендов так популярны, потому что окружающие по надписям могут судить о материальном состоянии владельца.
- названия музыкальных групп или просто направлений в музыке, названия спортивных команд. Часто можно встретить футболки с такими надписями: «Metallica», «Linking Park», «Green Day», «Punk you», «Madonna for you», «All you need is rock-n-roll», «Manchester United». Увидев человека с такой надписью на одежде, сразу можно сделать вывод о том, что он фанат той или иной группы, или болельщик, то есть мы получаем часть информации о нем, о его вкусах и предпочтениях. Это один из самых лёгких способов встретить единомышленников, или наоборот, людей, имеющих противоположные взгляды.
- шуточные слова или фразы. Люди с юмором останавливают свой выбор на забавных фразах, например: «I've shopped all my life and still have nothing to wear» («Я хожу по магазинам всю свою жизнь, но мне до сих пор нечего носить»), «Space for free advertisement» («Место для бесплатной рекламы»). Такой человек кажется нам позитивным и общительным, мы интуитивно тянемся к людям с юмором. В данном случае надпись на одежде - это способ поднять настроение себе и окружающим.
- негативные, оскорбительные. Это ещё одно из доказательств того, что надпись на одежде - это способ выражения своего мнения и отношения к окружающим, в данном случае – отрицательного, возможность, не произнося вслух слова, выразить своё недовольство, презрение, агрессию. Например: «Chicken's mind» («Куриные мозги»), «Don't copy me!» («Не копируй меня!»), «Hate people» («Ненавижу людей»).
- нейтральное значение надписи. Также есть и футболки с надписями с нейтральным значением. Например, «Space» (Космос), «Summer day» (Летний день), «Batterfly» (Бабочка). Они не несут конкретного смысла.
- характеристика человека. Например: «Forever Young» («Вечно молодой»), «Legendary» (Легендарный), «People like people but I am the Queen» (Люди как люди, а я королева). Именно поэтому так важно знать, как переводится собственная надпись, чтобы не оказаться в нелепом положении.
- Любовь, романтические отношения, дружба. «Call me!» («Позвони мне!»), «I love you» («Я люблю тебя»), «Listen to your heart» («Слушай свое сердце»).
- Призыв, выражение личного отношения к политике, окружающему миру, экологии. Люди, стремящиеся выразить свое мнение об окружающей их действительности, предпочитают

футболки с призывами: «Save the Earth!» («Спасите землю!»), «Stop and think» («Остановись и подумай»), «Don't worry! Be happy!» («Не беспокойтесь! Будьте счастливы!»)

Чтобы проверить правильность выдвинутой мной гипотезы, была проведена следующая работа. Я провела анкетирование среди учащихся первых, вторых, третьих и четвертых курсов. Были заданы следующие вопросы:

1. Есть ли в Вашем гардеробе одежда с надписями на английском языке?
2. Знаете ли вы перевод надписей на вашей одежде?
3. Почему вы носите одежду с надписями?
4. Выбирая одежду с надписями, задумываетесь ли вы о том, что эта надпись может иметь неприличное содержание?

По результатам анкетирования можно сделать следующие выводы:

- у 87 % студентов в гардеробе есть одежда с надписями на английском языке,
- 45% знают перевод надписей на своих футболках,
- основная причина выбора одежды – это дань моде,
- большинство студентов никогда не купят одежду с надписью, если будут подозревать, что содержание надписи имеет неприличный смысл. Но, к сожалению, есть и такие студенты, которые не придают особого значения надписям на их одежде, им все равно, что написано (рис.1).



**Рис.1. Результаты анкетирования студентов
ГБПОУ «Жирновский педагогический колледж»**

В ходе исследования выяснилось, что перевод надписи на одежде знают многие студенты нашего колледжа. Они отмечают, что при выборе вещи с надписью обращают на неё своё внимание. Анализ собранного материала показал, что уровень владения английским языком позволяет разобраться в смысле и переводе надписей на одежде.

Моё исследование показывает, что чрезвычайно важным и актуальным является тот факт, что мы в ответе за информацию, которую несем на себе. Не стоит надеяться, что окружающие не знают английский язык и не понимают смысл надписей. Мы несем информацию в массы, и люди воспринимают эти надписи зачастую, как слова, произнесенные нами вслух, поэтому становится правомерным вопрос - если ты не поддерживаешь написанные на твоей одежде слова, зачем ты надел её на себя? Нужно обязательно понимать, что написано на вашей одежде и действительно ли надпись выражает ваши собственные мысли: «Good clothes open all doors».- «Встречают по одежке, провожают по уму!»

Список использованных источников:

1. URL: <http://goshirts.ru/blog/istoriya-vozniknoveniya-nadpisej-na-futbolках/> дата обращения 27.01.2023
2. Блохина, И.В. Всемирная история костюма, моды и стиля. / И.В. Блохина.- Минск: Харвест, 2015.-400с.
3. Васильев, А - всемирно известный историк моды - Модные провокации в одежде. – URL: <https://www.liveinternet.ru/users/bo4kamedapost209139989/> дата обращения 27.01.2023
4. Васильев, А. История надписи на одежде. – URL: https://vk.com/video-4652128_153345217/ дата обращения 28.01.2023
5. Онлайн этимологический словарь. – URL: <https://www.etymonline.com/> дата обращения 26.01.2023.

КОМПЬЮТЕРНЫЙ СЛЕНГ: ОБРАЗОВАНИЕ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ

Котова Карина Олеговна

Канина Алиса Вячеславовна

Руководитель: Латкина Татьяна Викторовна

*ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин*

Развитие компьютерных технологий в последние десятилетия внесло в язык значительное количество специальных слов и выражений, богатую разветвленную систему языковых средств, именуемых сленгизмами как терминологического, так и разговорного характера. Многие из этих сленгизмов – англицизмы, но есть и немалое количество слов русскоязычного происхождения. Все они образуют особый пласт лексики, используемой как группой IT-специалистов, так и другими пользователями компьютеров.

Объектом исследования является компьютерный сленг и жаргон.

Цель исследования – выяснить специфику компьютерного сленга.

Задачи: объяснить причины появления сленга;

выявить особенности компьютерного жаргона;

рассказать о функционировании компьютерного жаргона в речи.

Материал исследования: справочная и учебная литература, тексты из сети Интернет.

Нет однозначной точки зрения на то, каким термином обозначать этот пласт лексики: «сленг» или «жаргон». На первый взгляд они выглядят стопроцентными синонимами. Приведем пример: слово «окно», помимо элемента стены дома означает и часть графического интерфейса в ПК - понятно даже людям, далеким от ЭВМ-лексикона.

Компьютерный сленг – разновидность национального языка, используемого как профессиональными (например, IT-специалистами), так и другими пользователями компьютеров. Сленг делает речь более краткой, эмоционально выразительной, говорящий может наиболее полно и свободно выразить свои чувства и эмоции.

Например, на литературном языке: «Я испытываю сильное приятное чувство от этой песни». А на сленге: «Я просто тащусь от этой песни!»

Первой причиной появления новых слов в компьютерном сленге является стремительное развитие компьютерных технологий. Если заглянуть в интернет, то мы увидим, что практически каждую неделю появляются новые разработки. И в условиях такой технологической революции каждое новое явление в этой области должно получить свое название. Так как почти все они появляются за рубежом, то получают его на английском языке. Когда же об этих разработках через какое-то время узнают в России, то для них в большинстве случаев не находится замены в русском языке. И поэтому приходится использовать оригинальные термины. Таким образом, английские названия все больше и больше наполняют русский язык.

Второй причиной можно назвать то, что многие профессиональных терминов достаточно громоздки и неудобны в ежедневном использовании. Возникает потребность к сокращению, упрощению слов. Например, один из самых часто употребляемых терминов - «motherboard», он имеет в русском языке значение «материнская плата». В сленге же этому слову соответствует «мама» или «матрешка». Другой пример: «CD-ROM Drive» на русском - «накопитель на лазерных дисках», в сленге имеет эквиваленты «CD-диск», «сиди».

Также люди, работающие с вычислительной техникой в нашей стране достаточно молодые, преимущественно до сорока лет. В связи с этим появляется желание разбавить эти термины юмором, добавить собственную эмоциональную окраску, элемент непринужденности. Достаточно вспомнить «флоппверт» (дисковод) или «утоптаный» (сжатый программой архиватором).

Третьей причиной является увлечение людей, по большей мере среди подростков, компьютерными играми. Это является мощным источником новых слов.

Кроме того, большинство непрофессиональных пользователей не владеют достаточным уровнем английского языка. Но им все равно приходится пользоваться английской терминологией, происходит неправильное прочтение английского слова и возникающие так слова прочно оседают в их словарном запасе. Так, от неправильного прочтения сообщения «NO CARRIER» в сленге появилось выражение: «НО КАРЬЕР», причем то и другое означает отсутствие соединения при связи по модему.

Вследствие всего этого пользователи компьютеров заговорили на придуманном ими же самими языке. Компьютерный жаргон делится:

1. Слова, обозначающие названия оборудования, деталей, а также основных частей компьютера: мозги – оперативная память; глаз – монитор; мать - материнская плата; камень – процессор; винт - жесткий диск.

2. Термины, обозначающие названия программных продуктов, команд, файлов: проги - программы; живность, червяк, жук, зверь – компьютерный вирус; глюк – ошибка, сбой в программе.

3. Название операций и отдельных действий: лить – посылать письмо по электронной почте; мейкануть – сделать что-либо (от английского «make» - делать); грохнуть – сломаться; апгрейдовать – обновлять; заворачивать – производить архивацию (сжатие); грохнуть-стереть программы, файл.

4. Сообщения, которые выдает система на запросы пользователя: Gameover – окончание игры (от ант. Game over); повис,завис – произошел сбой в системе.

5. Название людей, занятых тем или иным видом деятельности: хакер – программист-взломщик; аркадник – любитель игр в стиле «аркада».

Еще 20 лет назад практически все эти термины были понятны только узкому кругу «Посвященных». Обычно это были системные администраторы, геймеры, завсегдатаи интернет-кафе или «богатенькие Буратины», которые могли себе позволить ПК. Благодаря планомерной компьютеризации во всех сферах (производство, образование, здравоохранение) сегодня пользователями является каждый учащийся или работающий человек. Если обратить внимание на возраст использующих компьютерные жаргонизмы, то самые активные «юзеры» - от 13 до 40 лет. Они могут понимать жаргонизмы как в устной, так и в письменной речи. В основном это связано с использованием социальных сетей: «В контакте», «Твиттер», «Фейсбук», и даже «Одноклассники». Они тоже имеют свои названия сокращения - «ВК», «ОК», «ФБ».

Компьютерный жаргон повлиял не только на речь, но и на литературу: появились такие слова как ПК, ЭВМ и др. Но в чем отличие особенности компьютерного сленга?

Во-первых, эти слова служат для общения людей одной профессии - программистов. При этом они используются в качестве синонимов к английским профессиональным терминам, отличаясь от них эмоциональной окраской. Во-вторых, компьютерный сленг отличается «заикленностью» на реалиях мира компьютеров.

Рассматриваемые сленговые названия относятся только к этому миру, отделяя его от всего остального, и зачастую непонятны людям несведущим. Например, не каждому человеку станет понятно выражение трехпальцевый салют, которое обозначает сброс компьютера нажатием клавиш Ctrl-Alt-Del. Благодаря знанию такого специального языка компьютерщики чувствуют себя членами некой замкнутой общины.

Эти три наблюдения не позволяют причислить компьютерный сленг ни к одной отдельно взятой группе нелитературных слов и заставляют рассматривать его как явление, которому присущи черты каждой из них. Проследив путь слова от самого рождения в английском языке до перехода в сленг, можно сделать вывод: сленг в русском языке является своеобразной «отдушиной», которая облегчает процесс адаптации англоязычного термина.

Сленг помогает ускорить этот процесс, в ситуации стремительного развития компьютеров, когда язык пытается «угнаться» за новыми технологиями. В этом вопросе русский язык, вне всяких сомнений, находится под непосредственным влиянием английского языка. И мы не сможем остановить этот процесс, пока сами не станем создавать что-то новое в области компьютерных технологий.

Российский компьютерный сленг можно поделить на несколько категорий по разным признакам. По типу букв жаргонизмы бывают:

- кириллическими («постить» - отправлять сообщение, ударение на первом слоге);
- латинскими (OMG- удивление, это аббревиатура от oh, my God);
- знаковыми :) - улыбка; :(- грусть.
- цифровыми (3,14 - замена слога «пи» в ненормативных выражениях);
- смешанными (10x - спасибо, из-за схожего звучания на английском с thanks).

Использование ПК для игр считалось дурной тратой времени, а именно они поспособствовали развитию анимации, звука и интернета в целом.

Их можно отнести в отдельную категорию: «бот» (сокращение от «робот») - персонаж управляемого ПК, «клан» - команда игроков, «шпилить» (то же что «гамать») - играть.

С тех пор как ЭВМ стал неотъемлемой частью жизни, в русском начал формироваться пласт лексики, официально закрепленной, как литературная норма. Она используется в сфере научно-технических исследований, создании новых ПК-технологий, при написании учебной литературы по информатике и т. п. Там, где применение сленга неприемлемо.

Например, «пользователь» - термин появился еще на заре компьютерных технологий. В итоге он прочно закрепился, не дал себя вытеснить жаргонизму «юзер».

А вот ПК (персональный компьютер) - это печальный пример заимствования от английского PC (personal computer). Существует российское название ПЭВМ (персональная электронная вычислительная машина). Оба термина относятся к официально принятой лексике. При этом ПЭВМ более приемлемо, но используется реже, чем ПК.

Компьютерная литературная норма - этот тот заветный финиш, к которому стремится каждый жаргонизм. Но не все добиваются до него. Особенно те слова, которые являются сокращением от принятых терминов: «системный администратор» - «админ», «идентификатор» - «айдишник», IP-адрес- «айпишник» и т. п.

Изучая российскую компьютерный литературный сленг, обнаруживается, что он не только многочислен, но и популярен среди «юзеров». Большинство лингвистов объясняют это ленью нынешнего поколения, стремлением подражать английскому. Однако правда в том, что жаргон популярен, потому что удобен. С его помощью длинные определения или трудно запоминающиеся аббревиатуры (часто состоящие из сочетаний английских и русских букв) - обретают более простые и понятные названия. Они легче, а главное быстрее записываются - что важно, когда каждая секунда на счету.

Конечно же, брать и автоматически превращать жаргон «компьютерщиков» в литературную норму неверно. Многие слова в официальной инструкции будут более чем нелепо смотреться. Но многие можно и нужно заимствовать именно оттуда, как проверенные

временем и практикой. Ведь главная цель языка - обеспечивать общение, делать его быстрым и удобным.

В результате проведенного исследования и анализа функционирования жаргонных слов в сфере информационных технологий установлено следующее:

1. Жаргонная лексика служит для обозначения широкого круга специальных понятий – понятий предмета, признака, процесса (установлено 6 тематических групп)

2. Жаргонная лексика представляет собой самостоятельную подсистему языка, в которой обнаруживаются имеющие свою специфику явления многозначности.

В сфере компьютерных технологий эти явления представлены ограниченно, что объясняется замкнутостью и изолированностью сферы общения.

3. В научной литературе жаргонной лексике дается негативная оценка.

Но в сфере компьютерных технологий она выполняет важные функции, которые оправдывают ее существование. Это следующие функции: она соотносится с исходным литературным словом и является кратким вариантом; эмоциональная окраска, прозрачность внутренней формы, метафоричность компьютерного жаргона делает устное общение более живым и естественным; жаргонная лексика ускоряет процесс коммуникации, раскрывая своей формой содержание сложных технических понятий.

Таким образом, проведенное исследование позволило представить систематическую организацию жаргонной лексики, установить закономерности ее образования и функционирования, а также влияния на русский язык.

Компьютерный сленг – явление в русском языке относительно новое. Однако, несмотря на новизну, это – утвердившаяся система, имеющая свои законы, постоянно растущий словарный запас, пополняющийся за счёт образования или заимствования новых слов. Большинство сленгизмов эмоционально окрашены и понятны людям, чья деятельность связана с компьютерными технологиями. Широкое распространение компьютерного сленга среди всё большего числа носителей русского языка обусловливается стремительным внедрением информационных технологий в жизнь современного общества, а так же тем, что в литературном русском языке зачастую отсутствуют слова, необходимые для обозначения тех или иных компьютерных реалий.

Список использованных источников:

1. Бабалова, Г.Г. Компьютерный сленг / Г.Г. Бабалова, С.Н. Широбоков // Омский научный вестник. – 2015. №3 (139). – С. 1-5.
2. Огородникова, Л. А. Лексический состав и использование словообразовательных средств в специфическом языке пользователей Всемирной сети Л.А. Огородникова // Коммуникативная культура человека в современном обществе: сб. материалов межвуз. науч.-практич. конф. - Издат. отдел филиала ТюмГУ в г. Ишиме, 2016. - С. 88-93.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ АКЦИИ «ТОТАЛЬНЫЙ ДИКТАНТ»

Чернышева Снежана Витальевна
Руководитель: Латкина Татьяна Викторовна
ГБПОУ "Камышинский индустриально-педагогический колледж
имени Героя Советского Союза А.П. Маресьева", г. Камышин

В начале 2000-х годов студенческий клуб «Глум-клуб» гуманитарного факультета Новосибирского государственного университета, возглавляемый президентом клуба – выпускницей НГУ Екатериной Косых, предложил идею организации массового диктанта. Первый прошёл в стенах НГУ 11 марта 2004 года в рамках мероприятия «Дни гуманитарного факультета НГУ».

Цель: исследовать аспекты развития акции «Тотальный диктант»

Задачи:

- изучить историю развития акции «Тотальный диктант» до 2022;
- рассказать о географии и количестве участников акции «Тотальный диктант»;
- проанализировать тексты для тотальных диктантов.

Первые шесть диктантов 2004 – 2009 годы писали в Новосибирске в стенах НГУ, тексты были взяты из произведений русской классики.

С 2010 года тексты для диктантов составляют специально. В феврале 2011 года «Тотальный диктант 2010» был удостоен престижной премии «Серебряный лучник». С 2011 года мероприятие стало проходить по разным городам России, мероприятие впервые прошло за пределами России, первым городом проведения акции за рубежом стал Бостон, США. С 2012 года резко выросло количество стран проведения акции за пределами России, для диктовки стали предлагаться три текста одного автора.

С 2014 года появилась возможность писать диктант онлайн. Но мобильный интернет стал общедоступным, и стало понятно, что любой текст классики можно найти в Интернете и списать прямо на диктанте. Это организаторы поняли, когда в одной из работ, претендовавших на пятерку, обнаружили лишние предложения, которые были в тексте произведения, но при этом их не было в предложенном участникам тексте. Возникла необходимость создавать уникальные тексты, которые бы не публиковались в сети до момента проведения «Тотального диктанта». Автором первого такого текста стал писатель Борис Стругацкий. Первые пять диктантов читали преподаватели гуманитарного факультета НГУ. Чтобы сделать мероприятие более зрелищным и интересным для участников и СМИ, для чтения начали приглашать известных артистов. Обобщим сведения о текстах «Тотального диктанта» и количестве участников в таблице.

Таблица 1

Дата	Сочинение		Количество принявших участие		
	Автор	Название	человек	стра н	го ро до в
24.04. 2010	Борис Стругацкий	«В чём причина упадка русского языка и есть ли он вообще?»	2 396	1	1
23.04. 2011	Дмитрий Быков	«Орфография как закон природы»	4 782	1	13
21.04 2012	Захар Прилепин	Часть 1. «А вам не всё равно?» Часть 2. «Мне — не всё равно». Часть 3. «И нам не всё равно!»	14 217	11	89
6.04. 2013	Дина Рубина	Часть 1. «Евангелие от Интернета». Часть 2. «Опасности райских кущей». Часть 3. «Зло во благо или благо во зло?»	32 280	35	180
12.04. 2014	Алексей Иванов	Часть 1. «На поезде через детство». Часть 2. «Поезд и люди». Часть 3. «Когда поезд вернётся».	< 64 тысяч офлайн; 6500 онлайн	47	360
18.04. 2015	Евгений Водолаз-	Часть 1. «Дача». Часть 2. «Парк».	офлайн 83 653 в России и	58	549

	кин	Часть 3. «Невский».	9459 за рубежом; 14 700 онлайн		
16.04. 2016	Андрей Усачёв	Часть 1. «Вкратце об истории театра» Часть 2. «Вкратце об истории письменности» Часть 3. «Вкратце об истории Олимпийских игр»		68	732
08.04. 2017	Леонид Юзефович	Часть 1. «Санкт-Петербург. Нева» Часть 2. «Пермь. Кама» Часть 3. «Улан-Удэ. Селенга»		70	886
14.04. 2018	Гузель Яхина	Часть 1. «Утро» Часть 2. «День» Часть 3. «Вечер»		76	102 1
12.04. 2019	Павел Басинский	Часть 1. «Теоретическое преступление» Часть 2. «Простое сердце» Часть 3. «Ловец душ» Часть 4. «Всего три слова»	236 284	81	120 0
17.10. 2020	Андрей Геласимов	Часть 1. «Вятка» Часть 2. «В Москву» Часть 3. «Москва» Часть 4. «Калуга»	271 449. Из них 35 707 офлайн	45 офлайн и 109 онлайн	606
10.04. 2021	Дмитрий Глуховский	Обещания Часть 1. «Море» Часть 2. «Фата» Часть 3. «Очередь» Часть 4. «Море» Часть 5. «Обещания»	675 198: 90 000 офлайн, более 8000 - тест TruD, > 500 тысяч - формат #пишемдома и онлайн-марафон	123	732
09.04. 2022	Марина Степнова	«Девятисотый» Часть 1. «Санин год» Часть 2. «Июль» Часть 3. «Гроза» Часть 4. «У меня тоже так будет!»	780,5	108	Очно в 500 горо дах
08.04. 2023	Василий Авченко				

В 2010 и 2011 году Б. Стругацкий и В. Быков написали для «Тотального диктанта» публицистические тексты, затрагивающие нравственные проблемы. В 2012 году З. Прилепин создает впервые три публицистических текста, размышляет о взаимоотношениях человека и государства, что вызывает бурное обсуждение содержания текстов диктанта.

В 2013 году Дина Рубина продолжает линию предшественников и берется за актуальную проблему – облика Интернет, используя текст как трибуну, к сожалению, позволяет некорректные высказывания, например, ставя в один ряд однородных членов «коммунизм, нацизм»: «Это явление, возникшее ещё в первой половине двадцатого века,

вызванное вульгаризацией культуры – материальной и духовной, породило и коммунизм, и нацизм».

В 2014 году тексты А. Иванова стали нейтральными с политической точки зрения, они были посвящены воспоминаниям о детстве, а главная их мысль – любовь к родине закладывается в детстве.

В 2015 году Евгений Водолазкин на акции «Тотальный диктант» анонсировал неопубликованный роман «Авиатор», из которого взял три фрагмента.

В 2016 году детский писатель А. Усачёв взял за основу свое шутовое фэнтезийное произведение, которое усложнил в языковом плане.

В 2017 году Леонид Юзефович написал три небольших эссе про один из родных городов автора: Пермь, Улан-Удэ и Санкт-Петербург.

Гузель Яхина в 2018 году подготовила три текста «Утро», «День», «Вечер», которые затем вошли в новый роман «Дети мои».

В 2019 году писатель Павел Басинский подготовил классические истории из литературы: о «Зеленой палочке» Л.Н. Толстого, «Моцарте и Сальери» А.С. Пушкина, «На дне» М. Горького, «Мертвых душах» Н.В. Гоголя. На пресс-конференции Басинский сказал, что это будут не просто литературоведческие тексты, но и «не совсем детективный жанр».

В 2020 году Андрей Геласимов написал истории о Константине Циолковском. После диктанта было очень много запросов от участников акции о том, что они хотят, чтобы это стало не просто произведением для диктанта, а настоящей книгой, в которой рассказ будет в формате романа. Писатель откликнулся и выпустил книгу малым тиражом.

В 2021 году Дмитрий Глуховский обратился к теме «Наследие и самореализация женщины»: «Мне показалось, что ни в одном из прочитанных текстов (предыдущих диктантов) нет самодостаточного, герметичного сюжета, который начинается и заканчивается в теле этого диктанта. Там была публицистика, были главы, фрагменты будущих романов и так далее. И мне захотелось этот дефицит восполнить – сделать завершённую, понятную и объединяющую человеческую историю. Именно так я определил для себя свою задачу».

2022 год стал определенной вехой для «Тотального диктанта». В рамках онлайн-марафона прошли лекции. Руководитель группы Яндекса Максим Матюшенко рассказал, как данные Яндекса помогают исследовать русский язык; из лекции Анны Пестовой, младшего научного сотрудника Института русского языка им. В. В. Виноградова РАН, одного из составителей «Академического толкового словаря русского языка» и «Толкового словаря русской разговорной речи», зрители узнали, как отличить толковый словарь от бестолкового. Д. ф. н., профессор Государственного института русского языка им. А. С. Пушкина Лариса Селезнева рассказала, как избежать распространенных ошибок в коммуникации.

Главной интригой марафона стало появление автора: впервые за много лет организаторы отошли от традиции объявления автора в рамках пресс-конференции, которая обычно проходила в конце октября – в ноябре. В этом году имя автора стало известно раньше: текст Тотального диктанта 2022 года готовит писательница, переводчик, сценарист, лауреат премий «Большая книга», «Национальный бестселлер», «Русский букер» и «Ясная поляна» Марина Степнова. Она написала роман «Девятисотый», действия которого происходят в XIX веке в российском губернском городе Воронеже, о жизни мальчика-подростка, который «готовится к встрече с первой любовью».

8 сентября 2022 организаторы назвали имя автора акции «Тотальный диктант» 2023 – российский писатель, журналист Василий Авченко, финалист премий «Большая книга», «Национальный бестселлер» и «НОС». Он напишет текст о русском путешественнике, писателе, исследователе Дальнего Востока – Владимире Арсеньеве.

Итак, ежегодная просветительская акция в форме добровольного диктанта для всех желающих стимулирует культурную активность. Участвовать в «Тотальном диктанте» может любой желающий, независимо от возраста, пола, образования, вероисповедания,

профессии, семейного положения, интересов и политических взглядов. Текст диктанта каждый год специально для акции создает известный писатель, для которого это становится стимулом написания нового, интересного в языковом плане публицистического или художественного произведения. Акция расширяет географию участников и их количество. Не всегда тексты авторов бывают политически нейтральны, но в целом это прекрасная форма популяризации русского языка и нашей культуры.

Список использованных источников:

1. Евсеева, И.В. Акция «Тотальный диктант»: просветительство и забота о грамотности или продвижение идеологии? / И.В. Евсеева, Г.А. Копнина // Политическая лингвистика. – 2019. - № 1 (73). – С. 3-14.
2. Кубасов, А.В. Тотальный диктант: уважение читательской компетентности участника / А.В. Кубасов // Политическая лингвистика. – 2019. - №1(73). – С.26-33.

ХУДОЖЕСТВЕННАЯ ЛИТЕРАТУРА - СОКРОВИЩНИЦА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ДУХА

*Высоцкая Юлия Сергеевна
Руководитель: Малякина Татьяна Николаевна
Камышинский филиал ГАПОУ
“Волгоградский медицинский колледж”, г. Камышин*

Художественная литература - это средство познания мира, она помогает нам увидеть внутреннюю красоту человека, научиться понимать и ценить её, указывает на истоки общечеловеческих конфликтов, мощный источник воспитания духа, личности. Посредством раскрытия художественных образов литература даёт нам понятия о добре и зле, истине и лжи, отражает действительность в образах. В этом её отличие от других форм общественного сознания - таких, как наука, идеология и др., которые используют для отражения жизни. Художественный образ даёт нам индивидуально-конкретную, но в то же время и обобщённую картину человеческой жизни.

Падение интереса к чтению волнует всё прогрессивное общество. Молодёжь находится под влиянием телевидения и Интернета, на чтение художественной литературы у них не остаётся ни времени, ни желания. А ведь классическая литература оказывает огромное воспитательное влияние на душу подрастающего поколения, а также на развитие их речи.

Казалось бы, каждый из нас давно знаком с понятием “литература”. Но насколько литература многосложна и многозначна, мы, порой, даже не задумываемся. А ведь литература - это явление грандиозное, она создана гением человека, является плодом его ума. Литература - это художественные произведения, которые изучаются по программам учебных заведений, читаются и перечитываются людьми. Никакие рассуждения, самые красноречивые, никакие доводы, самые убедительные, не могут оказать на ум человека такого воздействия, как правдиво нарисованный литературный образ. И в этом сила и значимость художественных произведений.

В художественных произведениях есть очень важное понятие - “текст”. Правильная работа над текстом лучших мастеров слова, литераторов имеет огромное значение. Она расширяет кругозор человека, приучает к вдумчивому чтению, пониманию тех идей, которые посредством образов выражает автор. Грамотная работа над текстом обогащает лексику человека, развивает умение владеть литературным языком и различными художественными приёмами. Художественные произведения - это могучее оружие, которое может исцелять, указать нам пути самосовершенствования. Среди достоинств русской литературы есть одно,

быть может, самое ценное - это её постоянное стремление сеять “разумное, доброе, вечное“, её настойчивый порыв к свету и правде. Русская литература со своими художественными произведениями никогда не замыкалась в области чисто художественных интересов. Её творцы всегда были не только художниками, описывающими явления и события, но и учителями жизни, защитниками “униженных и оскорблённых“, борцами против жестокости и несправедливости, приверженцами истины и веры.

Художественные произведения чрезвычайно богаты как положительными, так и отрицательными образами. Наблюдая за ними, читатель имеет возможность пережить всю гамму чувств – от негодования и отвращения ко всему низкому, грубому, лживому, до глубокого восхищения, преклонения перед истинно благородным, мужественным, честным. Книги стирают границы времени. Они знакомят нас с духом той или иной эпохи, жизнью той или иной общественной среды - от царя Николая до учителя гимназии Беликова, от помещицы Затрапезной до бедной крестьянки - матери солдатской. Раскрытие художественных образов является главной частью литературного чтения, его основой. Всякий художественный образ, как известно, является в одно и то же время и отражением действительности и выражением идеологии писателя. Мало просто ознакомиться с литературным произведением, надо попытаться проникнуть в тайны замысла, знать предысторию создания произведения.

Художественная литература развивает разум и чувства. Она – наш учитель, наставник, проводник в мир реального и нереального, имеющая способность выражать мысли в слове, что есть отличительной чертой человека. Слово есть зеркало, в котором ясно отражается степень духовного развития. Всё то, что входит в нашу душу извне, отпечатывается в наших чувствах, мыслях, и в самом способе их выражения.

В творениях одного писателя мы встречаем смеющиеся картины, живописные изображения: это потому, что дух его воспитывался на лоне природы, там, где она щедрой рукой рассыпает дары свои. Другой воспекает на лире своей битвы и сражения, ужасы, печальные явления страждущей жизни: это оттого, что душа творца знала много стонов. У третьего - природа человеческая является в самом жалком противоречии с идеей прекрасного: потому что, с одной стороны, - зло, вечно враждующее с благом, с другой - неверие в высокое назначение человека, ожесточили владеющего пером.

Художественные произведения многогранны, их создатели очень разные. Литература выросла вместе с А.С. Пушкиным и М.Ю. Лермонтовым, Н.В. Гоголем и А.П. Чеховым, А.А. Блоком и А.А. Ахматовой. Она развивается и сейчас. Её идеи продолжают жить и бороться на нашей планете, они помогают избавить мир от скверны, жестокости, ничтожности. А.С. Пушкин много сделал не только для развития литературы, но и для развития всего русского языка. Его произведения читаются легко в любом возрасте. Именно поэт объединил разговорный русский язык с литературным. Читая, можно учиться русскому языку, грамматике и поднимать уровень своих знаний.

Художественная литература представляет собой историю человечества, взаимоотношений между людьми, бесценный опыт, изучая который, можно застраховать себя от многих бессмысленных ошибок в жизни.

В литературных произведениях отображена модель общества во все времена. Удивительно, но некоторые общественные проблемы живы и сегодня. Авторы выставляют напоказ недостатки человека и учат быть лучше. В большинстве литературных произведениях заложены простые человеческие истины. Например, добро побеждает зло, после тяжёлых препятствий обязательно будет награда и другие.

Мы читаем, так как художественные произведения - это средство познания мира, они помогают нам понять, “что такое хорошо и что такое плохо“, указывает на истоки общечеловеческих конфликтов; помогают нам увидеть внутреннюю красоту человека, научиться понимать и ценить её, развивают кругозор, можно почитать описания различных стран и городов и мысленно побывать там. Можно найти именно то место, куда захочется

уехать. Фантазию развивает литература очень хорошо. Не зря говорят, что книга лучше отснятого фильма. Когда читаешь, можно самому придумать недостающее описание - это полёт фантазии, развитие мышления. Много фантастических литературных идей превратилось в реальность. Никого уже не удивишь полётами в космос, видеосвязью и летающими автомобилями.

Пару столетий назад это были фантастические сюжеты книг. Бытует мнение, что книги в прошлом, но возможно исчезновение бумажного варианта, а в цифровой обработке художественная литература успешно продолжает жить, так как она вечна.

Список использованных источников:

1. Костриков, К.Н. "Историческая перспектива художественной культуры в переходный период" / К.Н. Костриков // Социальная политика и социология. № 3 - 2014. – С.11.
2. Нежнов, Г.Г. Литература в нашей жизни. / Г.Г. Нежнов - М., "Знание", 2017. – С.102.
3. Солнцев, Н.В. Наследие и время. / Н.В. Солнцев - М., 2016. - 76 с.
4. Столович, Л.Н. Жизнь-творчество - человек: Функции художественной деятельности / Л.Н. Столович. - М.: Социальная политика и социология. № 1- 2015. - 14 с.

РОЛЬ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ В НАШЕЙ РЕЧИ

*Сердюкова Светлана Сергеевна
Руководитель: Малякина Татьяна Николаевна
Камышинский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин*

**Фразеологизмы составляют
физиологию языка,
его оригинальные средства
и его... богатство.
В.Г. Белинский**

Русский язык очень богат фразеологизмами. Изучение фразеологии составляет необходимое звено в усвоении языка, в повышении культуры речи. Большую помощь в этом могут оказать и фразеологические словари. Известный русский учёный Н.М. Шанский утверждал: "Для тех, кто интересуется историей, культурой своего народа, фразеология - одна из самых увлекательных и занимательных сфер языка".

Фразеологизм - устойчивый оборот речи, свойственный определённому языку и потому дословно не переводимый на другие языки, имеющий самостоятельное значение, которое в целом не является суммой значений входящих в него слов. Например, "засучив рукава" (работать усердно), "как снег на голову" (неожиданно) и др.

Одна из главных особенностей фразеологизмов: в них нельзя произвольно заменять слова, т.е. они обладают постоянством лексического состава. Эта особенность отличает фразеологизмы от свободных словосочетаний. Для фразеологизмов характерна эмоциональная выразительность. Они не только называют явления действительности (называют через сопоставление, образно), но и передают отношение говорящего к названному явлению. Сопоставление фразеологизмов со словами и словосочетаниями оживляет их эмоциональность и образность. Например, "намылить голову" и отругать, "без году неделя" и совсем недавно, "кот наплакал" и очень мало, "высунув язык" и усердно.

Фразеологизмы могут замещать не только однословные названия, но и словосочетания, состоящие из слов, употребляемых в первичном, основном значении:

“наломать дров” - сделать плохо, наделать глупостей; “сгореть со стыда” - испытать чувство стыда.

Пользуясь некоторыми фразеологизмами, говорящие даже не подозревают, что слово в их составе им незнакомо. Так, в двух фразеологизмах “остаться с носом” и “водить за нос” выступают слова - омонимы. “Нос” в первом примере - это сохранившееся в составе фразеологизма и не употребляющееся в свободном виде слово от глагола “носить”, т.е. то, что когда-то приносили родителям невесты как выкуп. В выражении “водить за нос” слово “но” связано с названием части лица: само выражение возникло, видимо, от сравнения с медведями, которых цыгане водили за кольцо, продетое в нос, и заставляли проделывать разные фокусы, обманывая обещаниями подачки. Таким образом, слова в составе фразеологизма теряют свою смысловую самостоятельность, а отсюда вытекает вторая особенность фразеологизмов, отличающая их от свободных сочетаний, - целостность значения фразеологизма. В его составе смысл имеют не отдельные слова, а лишь все выражение в целом.

Источники фразеологических выражений различны. Один из них (пословицы и поговорки) возникли на основе наблюдений человека над общественными и природными явлениями (“Береги границу, как ока зеницу”; “Много снега - много хлеба”); другие появились в связи с историческими событиями (“Пусто, словно Мамай прошёл”); третьи вышли из песен, сказок, загадок, других жанров: “Сильнее кошки зверя нет” (И.А. Крылов); “Свежо предание, а верится с трудом” (А.С. Грибоедов). “Краткость - сестра таланта; Как бы чего не вышло” (А.П. Чехов).

Во фразеологизмах русского языка отразилось отношение народа к человеческим достоинствам и недостаткам: “Работать не покладая рук”, “Засучив рукава” - одобрение людей трудолюбивых; “Лодыря корчит”, “Баклуши бьёт” - осуждение бездельников.

Значительным пластом русской фразеологии являются выражения, связанные с русскими ремёслами. Так, от столяров ведут начало фразеологизмы “Без сучка, без задоринки”, “Разделать под орех”; “Топорная работа, снять стружку” (возникшее недавно) и др.; от скорняков - “Небо с овчинку показалось”, “Овчинка выделки не стоит” и др.; от сапожников - “Два сапога пара”, “На одну колодку сделаны”. Речь рыбаков и охотников отразилась во фразеологизмах “Ловить рыбку в мутной воде”, “Мутить воду”, “Попастся на удочку”, “Закидывать удочку”, “Заметать следы”, “Держать нос по ветру” и т.д.

Фразеологизмы, как и слова, являясь единицами языка, служат для передачи мыслей, для отражения явлений действительности. Можно выделить два разряда фразеологизмов. Первый разряд составляют фразеологизмы, которые оказываются единственными для выражения обозначаемых ими явлений; в языке нет слов или других фразеологизмов, способных передать то же самое; эти фразеологизмы не имеют в языке синонимов.

Таковыми фразеологизмами являются составные названия типа “Открытое собрание”, “Компостировать билет” и т.д., а также составные термины – “Глазное яблоко”, “Вольтова дуга”, “Берцовая кость”, “Гашёная известь”, “Вопросительный знак” и т.п. Фразеологизмы этого разряда, как правило, лишены образности, они не характеризуют явление, а лишь называют его.

Фразеологизмы литературного языка, существующего в устной и письменной форме, по-разному используются в разных сферах его применения - в бытовом общении людей друг с другом, в официально-деловых отношениях граждан с учреждениями и учреждений с гражданами, в публицистике, науке и в словесно-художественном творчестве. Одни слова и фразеологизмы употребляются везде. Их называют общеупотребительными. Другие слова и фразеологизмы используются преимущественно в отдельных сферах. Такие слова и фразеологизмы называют не общеупотребительными. Ограничение употребительности слов зависит от разных причин: принадлежности к профессиональному слою лексики и фразеологии, выпадения слов и фразеологизмов из активного употребления (их устаревание).

Употребление профессиональных фразеологизмов в речи современного человека, по моему мнению, - один из показателей культуры речи будущего работника. Каждое ремесло на Руси оставило след в русской фразеологии. Такие фразеологизмы называли профессиональными.

Новые профессии дали новые фразеологизмы: из речи железнодорожников русская фразеология взяла выражение “зеленая улица” - свободный путь, успешное продвижение чего-либо, из речи механиков - “закручивать гайки” - повышать требования, “спускать на тормозах” - незаметно покончить с чем-то, не привлекать внимания, “набирать высоту” - добиваться чего-либо. Успехи нашей страны в освоении космического пространства способствовали возникновению фразеологизма “выйти на орбиту” - добиться хороших результатов, успеха, “выполнить стыковку” - договориться. В медицине: “отвоёвывать у смерти” - ценой больших усилий спасти кому-либо жизнь; “воскреснуть из мёртвых” - выжить; “глотать пилюлю” - терпеливо сносить обиду, оскорбление; молча выслушивать что-либо неприятное.

Умение построить образную, эмоциональную речь - залог успеха, умения общаться с людьми. Умение говорить тесно связано с умением рассуждать, мыслить. Л.Н. Толстой писал об этом так: “Мысль - начало всего. И мыслями нужно управлять. И поэтому главное дело совершенствования - работать над мыслями”.

В повышении культуры речи обучающихся немаловажная роль отводится формированию ключевой коммуникативной компетенции, предполагающей владение разными видами речевой деятельности, способами взаимодействия с окружающими людьми, умение корректно вести учебный диалог, умение задать вопрос, выступать с устным сообщением. Современная молодёжь должна хорошо владеть и нормами орфоэпии, то есть правильным произношением. А чтобы речь обучающихся была более яркой и выразительной, в ней особенно важно использование фразеологизмов.

Во фразеологии запечатлён огромный исторический опыт народа, в ней отражены трудовая деятельность, быт и культура нации. По словам М.А. Шолохова, в чеканных народных изречениях и афоризмах из бездны времён дошли до нас “Радость и страдания людские, смех и слёзы, любовь и гнев, вера и безверие, правда и кривда, честность и обман, трудолюбие и лень, красота истин и уродство предрассудков”. Русский народ учит: “Не сиди сложа руки, так не будет и скуки”.

Фразеологические обороты придают речи силу и убедительность, красочность и образность. Меткое крылатое слово оживляют язык. Значение фразеологизмов зависит от того, в каком контексте они употребляются, что именно автор хочет подчеркнуть тем или иным устойчивым выражением. Мы живём в непростое время. Общество захлестнуло множество мнений, суждений, идеологий, информации. Возникает потребность в таком виде воздействия на людей, как убеждение словом, и потребность во владении культурой речи. А культура речи - это умение правильно передавать свои мысли средствами языка, одними из которых являются и фразеологические обороты речи. Умение говорить, строить общение, обладать высоким уровнем культуры речи необходимо для того, чтобы уметь выступать перед аудиторией, воздействовать на неё словом, непринуждённо общаться с другими людьми. Овладение же речевым богатством нашего языка поможет современному человеку свободно и уверенно чувствовать себя в любом обществе, добиваться успехов в профессиональной деятельности. Богатство языка - это в первую очередь обилие в нём разных слов и фразеологизмов. Чем большим их количеством владеет человек, тем он лучше выражает свои мысли и понимает других людей, поэтому очень справедливо высказывание: “Единственно настоящая роскошь - это роскошь человеческого общения”.

Фразеологические богатства языка оживают под пером талантливых писателей, публицистов и становятся источником новых художественных образов, шуток, неожиданных каламбуров. Художники слова обращаются с фразеологизмами как с сырьём, которое подлежит творческой обработке. В результате фразеологического новаторства писателей,

публицистов возникают оригинальные словесные образы, в основе которых обыгранные устойчивые выражения.

Недаром А.С. Пушкин заметил: “Отличительная черта в наших нравах есть какое-то весёлое лукавство ума, насмешливость и живописный способ выражаться“. К чему и нам всем надо стремиться.

Список использованных источников:

1. Гвоздарев, Ю.А. Рассказы о русской фразеологии. / Ю.А. Гвоздарев – М.: Просвещение, 1988. - 128 с.
2. Касаткин, Л.Л. Краткий справочник по современному русскому языку. / Л.Л. Касаткин, С.В. Клобуков, П.А. Лекант – М.: Высшая школа, 1995. - 46 с.
3. Ожегов, С.И. Толковый словарь русского языка. / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова – М.: ООО Технология, 2018. - 114 с.
4. Розенталь, Д.Э. Современный русский язык. / Д.Э. Розенталь – М.: Высшая школа, 2010. - 170 с.

ИГРОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ В ЛИТЕРАТУРЕ И СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Варламов Вадим Анатольевич

Руководитель: Бессарабова Оксана Григорьевна

Михайловский филиал ГАПОУ

"Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка

В наше время компьютерные игры стали очень популярными не только среди подростков, но и взрослых людей, число увлекающихся видеоиграми превысило 3 миллиарда человек. Некоторые предполагают, что компьютерные игры — это новая форма игровой зависимости. Так ли это на самом деле? Вот главный вопрос нашего исследования.

Игровая зависимость — форма психологической зависимости, проявляющаяся в навязчивом увлечении видеоиграми и компьютерными играми. Технологии шагнули вперед и стали незаменимыми в жизни человека. Их развитие позволило виртуальным играм выйти на новый уровень. Вместе с этим начала развиваться и зависимость от них.

Конечно, никто не отрицает положительных моментов. Онлайн-игры помогают развивать коммуникативные навыки, моторику рук и мышление, а также способствуют улучшению принятия решения в стрессовых ситуациях. Так ли они опасны? Безусловно, некоторые игры являются не самыми хорошими и полезными. Особенно те, в которых есть задания уничтожить объект, ограбить банк, то есть совершить противоправные действия, насилие. Зачастую они способны вызвать зависимость. Такие игры в большинстве случаев являются сетевыми, а именно жанр "Многопользовательской ролевой онлайн-игры или ММОРПГ". Пользователь данного жанра выполняет обязанности роли персонажа, которого он сам может выбрать или создать. Онлайн-игры требуют большого количества времени на развитие персонажа, прохождения сюжета и разных временных событий. Люди, следящие за игровым процессом, забывают следить за своей жизнью. Онлайн-игру нельзя поставить на паузу, поэтому прервать зависимого человека от игры очень тяжело, а порой невозможно. В этом мы видим актуальность нашей темы.

Таким образом, цель исследования: рассмотреть игровую зависимость на примере биографии Фёдора Михайловича Достоевского и его произведения "Игрок" и доказать, что компьютерные игры являются ее новой формой.

Задачи:

1. Исследовать проблему игровой зависимости.
2. Изучить биографию Ф.М. Достоевского, проанализировать роман "Игрок".

3. Выявить уровень игровой зависимости среди студентов Михайловского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж".

Методы исследования:

1. Анализ и синтез информации.
2. Анкетирование.

Зависимость от компьютерных игр часто сравнивают с такой болезнью как игромания. Так ли они похожи? Давайте разберемся. Игромания — это болезненное влечение к азартным играм, где человек не может остановиться играть на деньги. Некоторые люди считают, что зависимость от компьютерных игр и игромания это одна болезнь. Безусловно, они похожи тем, что так или иначе человек не может остановиться играть. Обратимся к литературе. Великий русский писатель Федор Михайлович Достоевский был болен азартом. В 1860-е годы в Европе он впервые познакомился с рулеткой. В своих письмах и рассказах он признавался, что страстен играми. Достоевский проигрывал все свои деньги, попутно влезая в долги. Интересный факт, в психиатрии игроманию неофициально называют «синдром Достоевского», который создал роман «Игрок», чтобы расплатиться по карточным векселям. Так или иначе, в ходе действия романа четко обозначается мотив власти азартной игры над человеком. На вопрос Полины: «Зачем вам деньги?» — Алексей Иванович отвечает: «Как зачем? Деньги — все!» [3, с. 4]. Напряжение действия основано на одержимости жадой выигрыша. Именно азарт наживы составляет атмосферу «Игрока». Жажда выигрыша проникает во все другие области жизни человека, эмоции, всю психику. Даже переживания, которые не имеют никакой прямой или косвенной связи с игроманией, пронизаны этим ритмом. Достоевский показывает, как стремление к мгновенному обогащению, властно захватывая, как водоворот щепку, всю волю человека приводит его к поступкам, ставящим на край пропасти. В произведении мы видим быстрое душевное сгорание на фоне устремления к наживе и комфорту.

С компьютерными играми все иначе. Хотя азарт и жажда выигрыша, отстраненность от действительности остаются прежними. С каждым годом разработчики стараются сделать бесплатные игры, где деньги не будут играть особой роли. Человек сам выбирает, стоит ли ему тратить деньги либо поискать бесплатную альтернативу. Компьютерные игры — это замена азартных, тоже самое только в другой форме и с меньшим риском.

Механизм воздействия компьютерных игр на человеческий мозг простой. Он складывается путем выделения организмом эндорфина. Человек получает путем системы вознаграждения радость от побед и прочих успехов. Он не успевает понять, как из увлечения виртуальные игры стали его зависимостью. В этой стадии происходят серьезные изменения в сфере личности, самооценки и самосознания. Далее эта стадия разделяется. В первой форме игровой зависимости подросток контактирует с окружением, предпочитая общаться с такими же игроками; во второй же все сложнее, в данном случае нарушается человеческое мировоззрение, нарушается взаимодействие человека с окружающим миром. Психика начинает отражать не воздействие настоящего мира, а виртуальную реальность. В данной ситуации люди часто и долго проводят время в одиночку. Потребность в игре находится у них на одном уровне с обыденными потребностями жизни.

Таким образом, можно выделить основные признаки игровой зависимости:

- человек играет более 5 часов;
- ему очень тяжело отвлечься от игры;
- внезапная трата денег на приобретения игры или дополнения к ней;
- избегание общения в реальном мире;
- изменения режима сна;
- потеря аппетита;
- подавленное состояние;
- усталость;
- головная боль.

Исходя из фактов, мы видим, что зависимость от компьютерных игр делает человека социальным «инвалидом». Человек отвлекается на реальный мир исключительно по мере необходимости, и времени в игре будет проводить все больше и больше. Последствия компьютерной зависимости можно поделить на 2 группы:

- 1) состояние здоровья: бессонница, усталость, нарушение осанки, сердечно-сосудистые заболевания, различные головные боли, ухудшение памяти, появление психического расстройства, снижение самооценки, изменение миропонимания, основанного на виртуальном мире;
- 2) социальные последствия: плохое отношение с друзьями или родителями, потеря работы, карьеры, появление задолженностей, нарушение организованности жизни.

В настоящее время зависимость от компьютерных игр только повышается. Всё ли настолько плохо? Мы провели анкетирование среди 100 студентов 1 курса Михайловского филиала. Результаты показали, что у 100% опрошенных есть устройство для виртуальных игр, каждый из респондентов пробовал играть. На данный момент увлечены играми 72% студентов. Это больше половины. Однако 60% из них играют не более 2 часов в день, 25% студентов играют более 3 часов и 15% - более 6 часов. То есть 40% респондентов после учебы или не выполняют домашнее задание в полном объеме, или лишают себя полноценного сна. Только раз в неделю играют 30% опрошенных, 58% играют более 4 раз в неделю, 12% играют через день и 0% играют каждый день.

Таким образом, можно сделать вывод, что компьютерная зависимость затрагивает 72% подростков, 43% студентов играют с целью приятного времяпровождения, 29% - серьезно увлечены. Но все респонденты так или иначе пробовали играть. Как же предостеречь или вылечить себя от этого недуга?

Профилактика включает в себя 2 пункта: а) пункт замены – в этом случае нужно найти альтернативу компьютерным играм, например: книги, настольные игры, спорт, различные секции, тем самым отвлекая себя другими занятиями; б) пункт борьбы – в этом случае нужно тренировать силу воли, например, выполнить все важные дела, а потом позволить поиграть себе минут 10-20, игра выступает в роли награды, отдыха. Если же нечего не помогает, стоит пройти лечение.

Подводя итоги, можно сказать, что зависимость от компьютерных игр – очень опасная болезнь, от которой очень тяжело избавиться. Она заменила зависимость от азартных игр среди молодежи. Но, несмотря на это, компьютерные игры, построенные на моделировании той или иной ситуации, ее воспроизведении в виртуальном мире, помогают адаптации человека, развивают его, и дают возможность безболезненно испытать какую-либо задумку. Я считаю, что создание проекции виртуальной реальности — это большой шаг в будущее и неповторимая помощь в новых открытиях. Важно не переступить ту грань с возникновением зависимости, и все будет в порядке.

Список использованных источников:

1. Карпова, Л. Компьютерная зависимость/Л. Карпова// Компьютерная зависимость. Причины. Симптомы. Лечение. Книги. – 2019 – URL <https://www.b17.ru/article/151614/> (дата обращения 05.01.2023).
2. Викторovich, В.А. Игромания Достоевского/ В.А. Викторovich// Курс: Достоевский. Писатель, заглянувший в бездну. – 2020 – URL: <https://magisteria.ru/dostoevsky/gambling> (дата обращения 05.01.2023)
3. Чирков, Н.М. Комедийное и трагедийное в романе "Игрок"/ Н.М. Чирков// О Стиле Достоевского. – 2018. – URL: <http://dostoevskiy-lit.ru/dostoevskiy/kritika/chirkov-o-stile/komedijnoe-i-tragedijnoe-v-romane-igrok.htm> (дата обращения 05.01.2023)

ПРОБЛЕМА СКВЕРНОСЛОВИЯ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Русский язык велик и богат. Но в последнее время среди добрых и положительных слов нередко можно услышать и другие- бранные. Проблема сквернословия является достаточно распространенным явлением. Сегодня используют нецензурную лексику не только взрослые, но и люди подросткового возраста при общении с друзьями и одноклассниками. Самое страшное, что сквернословие уже стало обыденностью и нормой. Многие люди используют такую лексику для связки слов. В этом мы видим актуальность нашей темы.

Таким образом, цель исследования: изучить отношение молодежи к проблеме сквернословия.

Задачи:

1. Рассмотреть историю возникновения и развитие бранных слов на Руси.
2. Исследовать проблему сквернословия, проведя анкетирование студентов Михайловского филиала ГАПОУ «Волгоградский медицинский колледж».

Предмет исследования: использование нецензурной лексики.

Объект исследования: речь студентов Михайловского филиала ГАПОУ.

Методы исследования: анализ и синтез, анкетирование.

Гипотеза: более 50% студентов несмотря на то, что знают про негативное влияние бранных слов, все равно используют их в своей лексике.

Сквернословие- речь, наполненная непристойными, неприличными выражениями, произошло от слова «скверна». В словаре Даля сказано: «Скверна- мерзость, гадость, все гнусное, противное, отвратительное, непотребное, что мерзит плотски и духовно; нечистота, грязь и гниль, тление, мертвечина..; смрад, вонь, все богопротивное, нравственное растление»[5, с. 71].Интересную теорию о том, почему подобные слова называют «матерными» высказал филолог-языковед Василий Ирзабеков в книге «Тайна русского слова». По его мнению, в этих словах «хулится пречистое имя Матери Бога», некой святости.

Существует мнение, что бранные слова были заимствованы у татаро-монгольской орды, а до этого на Руси и вовсе не знали таких непристойных выражений. Отрицал еще в 13 веке эту версию итальянский путешественник Плано Карпини, посетивший Центральную Азию. В книге «История монголов» он писал, что кочевники вообще не имели привычки сквернословить. Окончательно поставила точку в этой теории вторая лекция академика А.А. Зализняка о грамотах, написанных до нашествия Орды. Старинные документы, найденные в Новгородской области, имели в содержании слова, близкие по значению современным бранным.

Доктор филологических наук Борис Успенский в книге «Мифологический аспект русской экспрессивной фразеологии» считал, что нецензурные слова раньше использовались в различных языческих обрядах, в большинстве случаев свадебных и сельскохозяйственных. В эпоху христианской экспансии церковь запрещала вещи, связанные с язычеством, поэтому сквернословящих людей прилюдно и беспощадно секли.

Сквернословие вплоть до 18 века не было широко распространено по причине уголовной наказуемости. В 1717 году, по указанию Петра 1, было выпущено «Юности честное зерцало, или Показание к житейскому обхождению», являющееся первым руководством правильного поведения в обществе. В книге указано, что приличный человек ни в коем случае не может «никого бранить и поносительными словами порекать».

Во времена Алексея Михайловича Романова, проводимая государством, ужесточилась. Теперь в наказание за использование непотребных слов даже казнили. Таким

образом, на Руси всегда было негативное отношение ко сквернословию, и в 18-19 веке люди практически не бранились

Перелом в отношении к неприличным словам наступил во время революции 1917 года. Солдаты, матросы и пролетарии, чтобы высказать свой протест, стали распространять сквернословие сначала в своей среде, а потом и в обществе. Поэтому бранные слова стали неким символом преданности революции.

Особенно стремительно ругательства распространяются в 90-х годах. Разгул криминалитета и смена ценностей способствовало к резкому падению культуры и процветанию моды на нецензурную лексику.

В нынешнее время молодежь сквернословит по многим причинам. Многие эксперты считают, что бранные слова – это, в первую очередь, запретные слова, и, нарушая эти запреты, подросток чувствует себя более взрослым и независимым. Многие дополняют, что молодые люди пытаются «срамословием» сделать свою речь более эмоциональной. Но если задуматься, русский язык достаточно богат, и существует множество цензурных выражений, которые смогли бы справиться с этой задачей. Мы приходим к выводу, что такие сквернословящие люди безграмотны и имеют скудный неразвитый словарный запас.

С целью выявления уровня засорения речи сквернословием, мы провели анкетирование обучающихся Михайловского филиала, 95 человек. Результаты показали, что 44% опрошенных часто употребляют в своей речи нецензурную лексику, 33%-редко, а 23% не используют вообще (Приложение 1). 35% студентов сквернословят из-за того, что так легче передать эмоции, у 27% это вошло в привычку, на 4% повлияло общество, 3% употребляют непотребные слова по причине бедного словарного запаса, 3% респондентов они помогают занять место в обществе, самоутвердиться, а 28% затруднились ответить (Приложение 2). 57% опрошенных считают ненормативную лексику вредной и неприемлемой (Приложение 3), только 30% пытаются от нее избавиться (Приложение 4).

Исходя из всего этого, можно сделать вывод, что наша гипотеза подтвердилась. 77% студентов несмотря на то, что знают про негативное влияние бранных слов, все равно используют их. Это связано с тем, что сквернословие прочно укоренилось в нашей речи, превратилось в привычку, на которую мы уже не обращаем внимание. Я считаю, что с этим надо бороться, и начинать надо в первую очередь с себя!

Список использованных источников:

1. Успенский Б. А. Мифологический аспект русской экспрессивной фразеологии - URL: <http://ec-dejavu.ru/m-2/Mat-3.html> (Дата обращения: 10.01.2023)
- 2.ДжиованнидельПланоКарпини. История монгалов/ Электронная библиотека исторического факультете МГУ - URL: <http://www.hist.msu.ru/ER/Text/carpini.htm>(Дата обращения: 10.01.2023)
3. Ирзабеков В.Тайна русского слова. Заметки нерусского человека –URL: <https://azbyka.ru/fiction/tajna-russkogo-slova-zametki-nerusskogo-cheloveka/> (Дата обращения: 10.01.2023)
4. Толковый словарь Даля - URL: <https://gufo.me/dict/dal> (Дата обращения: 10.01.2023)
5. Юности честное зерцало, или Показание к житейскому обхождению - URL:<https://azbyka.ru/otechnik/6/yunosti-chestnoe-zertsalo-ili-pokazanie-k-zhitejskomu-obhozhdeniyu/> (Дата обращения: 10.01.2023)

Таблица 1. Как часто вы употребляете бранные слова?

Приложение 1

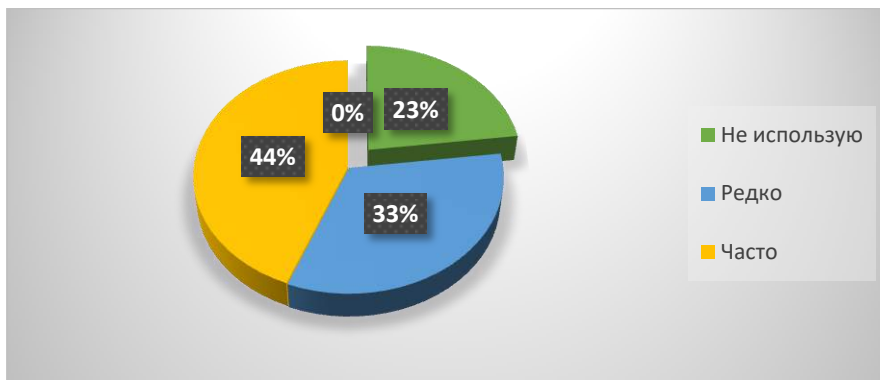
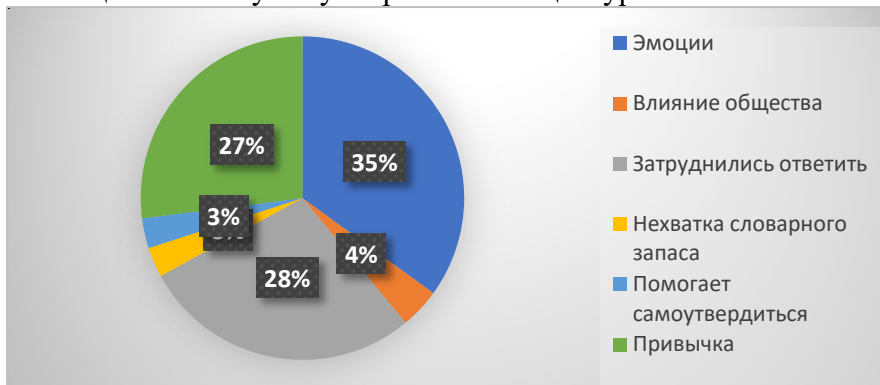


Таблица 2. Почему вы употребляете нецензурные слова?

Приложение 2



Приложение 3

Таблица 3. Считаете ли вы употребление ненормативной лексики вредным для общества?

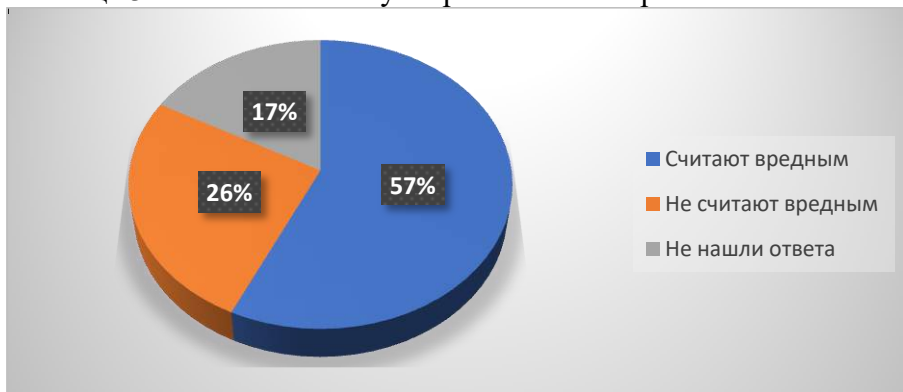
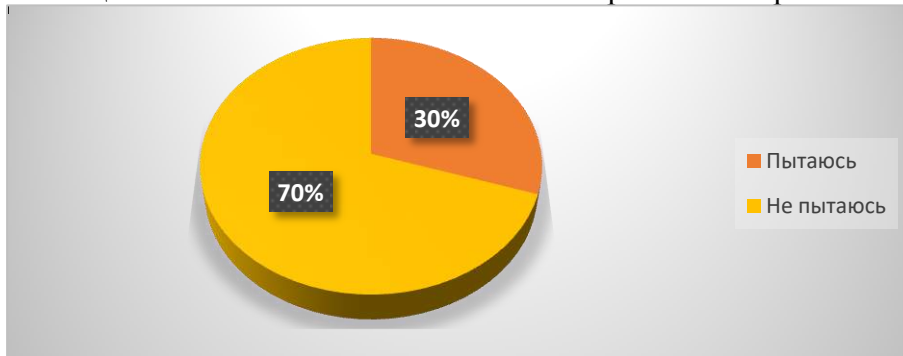


Таблица 5. Пытаетесь ли вы очистить свою речь от сквернословия?

Приложение 4



ВЛИЯНИЕ СКВЕРНОСЛОВИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Маркина Татьяна Дмитриевна

студентка I курса, специальность Сестринское дело

Руководитель: Федоренко Александр Николаевич

Михайловский филиал ГАПОУ

"Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка

С каждым годом всё больше и больше, из уст подростков – мальчишек и девочек, студенческой молодежи – юношей и девушек, слышится бранная речь. Это что? Дань моде, незнание выразительных слов русского литературного языка, скудость ума или деградация личности современного человека? Сенека говорил, что речь – это показатель ума. Сегодняшнее наше общество поражено нравственной болезнью – словесным бескультурьем. Это подобно страшной стихийной эпидемии, захватывающей без разбора от мало до велика. Похоже наступает нравственный коллапс, лишаящий молодое поколение россиян соматического здоровья, разрушающий генофонд большей части нашего общества: детей, подростков, молодёжи, социально неуравновешенных зрелых людей. Нецензурно разговаривают школьники, студенты, рабочая молодежь, взрослые и мужчины, и женщины. Поэтому современным условием нашей жизни должен стать актуальный общественный девиз: «Долой сквернословие!» В сегодняшней жизни ругательства уже открыто доносятся с экранов телевизоров. Так ли уж безобидна эта вредная привычка? Давайте разберёмся. Сквернословие – это речь, наполненная неприличными выражениями, непристойными словами. Бранные слова являются проклятием по отношению к адресату. Используя ненормативную лексику, человек проклинает своё будущее. Есть такое выражение: «Мат – дорога в ад». Таким образом, целью нашего исследования будет рассмотрение влияния нецензурной лексики на подсознание и здоровье человека. Задачи научно-исследовательской работы определены следующие:

- собрать и систематизировать материал о сквернословии, его лексическом воздействии на подсознание говорящего и слушающего;
- провести анализ влияния ненормативной лексики на личность человека, показать эмоциональное состояние людей от воздействия на них сквернословия.

Методы исследования выбраны такие: анализ и синтез, аксиоматический метод.

У такого явления как сквернословие много определений: нецензурная брань, непечатные выражения, матерщина, нецензурная лексика. Издревле ругательство в русском народе именуется сквернословием, от слова «скверна». Издавна народ непристойные слова определял как «молитву» сатане, нечистой силе. Так что не удивляйтесь бедам, происходящим в вашей жизни. Нецензурная лексика разрушает наши отношения с окружающими. Сквернословие опасно для нашего здоровья. В народе говорят: «Мат – это язык примата». Поэтому некоторым людям, использующим бранные слова, стоит призадуматься о степени эволюционного развития.

Большинство подростков и студенческой молодежи считают сквернословие проявлением независимости, способности не подчиниться запретам, своеобразный символ взрослости. Кроме того, оно является знаком языковой принадлежности к группе сверстников, речевой моды. Иногда это подражание молодежным кумирам, популярным телеведущим, актерам, певцам. Нецензурные выражения – не только набор непристойностей. Подобная лексика свидетельствует о духовной болезни человека. Ведь слово – не просто набор звуков, выражающих мысль. Оно способно очень многое рассказать о нашем душевном состоянии. Корни этого явления уходят в далекую языческую древность. Бранные слова являлись языком общения с демонами. Наши предки произносили их, призывая себе на помощь демонов зла. Ведьмы и колдуны использовали сквернословие в своих наговорах, насылая проклятие.

Употребляя ненормативную лексику в разговоре с друзьями, родными, современные люди, сами того не подозревая, совершают «сокровенный» ритуал, призывая зло из дня в

день, из года в год на свою голову и на голову своих близких. Количество бранных слов переходит в ужасное качество. Неудивительно, что вначале у людей появляются мелкие неприятности, затем крупные, потом возникают проблемы со здоровьем и, наконец, ломается сама жизнь. А неужели такой участи желает себе каждый человек? Психологи считают, что происходит раздвоение личности, а порой и растрояние этой самой личности, а это серьёзные психологические последствия. Поэтому следует помнить, чтобы в жизни состояться, матом лучше не ругаться.

В 1970-е годы 20 века доктор биологических наук Иван Борисович Белявский попытался выяснить, каким образом действуют на сознание человека и на весь его организм отдельные слова нашего языка. Почти двадцатилетние исследования ученого, к которому постепенно присоединилась целая группа коллег, увенчались не просто успехом, а самым настоящим открытием. Исследователям удалось доказать, что каждое произнесённое нами или постоянно звучащее рядом с нами слово отчётливо влияет на наши гены. Результатом этого влияния через какое-то время становится передача видоизменённых генов потомству и смена собственного генетического кода, несущего информацию о продолжительности жизни и темпах старения. Было установлено, что разные слова заряжены по-разному, как и в обычной физике зарядов может быть только два: либо положительный, либо отрицательный. Позднее, уже в 90-е годы 20 века, эта группа ученых выпустила на основе своих исследований книгу, в которой приводится масса примеров, связанных с наблюдениями за конкретными людьми. Так, на практике подтвердилась гипотеза о воздействии слов на продление молодости, на сроки жизни и даже на развитие судьбы человека. В течение нескольких лет учеными обследовались две группы людей одного возраста, из которых первая - принципиальные многолетние сквернословы, а вторая - те, кто обходился без ненормативной лексики. Оказалось, что у людей, использующих брань, очень быстро появляются возрастные изменения на клеточном уровне, а вслед за этим и разнообразные заболевания. Во второй группе картина была явно противоположная. В частности, организм пятидесятилетней учительницы русского языка, несмотря на её нервную работу, оказался моложе своего реального возраста на 13-15 лет. Не так давно стало известно, что на протяжении почти всех 2000-х годов подобные исследования проводились и в Германии, где сквернословие также представляет серьёзную проблему. Там это делалось более углубленно, чем в России, фиксировались малейшие изменения во всех системах организма человека, вплоть до генетического уровня. Результаты показали ускоренное развитие негативных тенденций в здоровье сквернословов, причем у 85% из них изменения оказались настолько явными и быстрыми, что это практически исключало элемент случайности.

Исходя из всего выше изложенного, хочется обратить внимание на притчу «о гневе и заборе с гвоздями». В ней говорится: жил-был очень вспыльчивый и несдержанный человек. И вот однажды его отец дал ему мешочек с гвоздями и наказал каждый раз, когда он не сдержит своего гнева, вбивать один гвоздь в столб забора. В первый день в заборе было несколько десятков гвоздей. Через неделю молодой человек научился сдерживать себя, и с каждым днём число забиваемых в столб гвоздей стало уменьшаться. Юноша понял, что контролировать свою вспыльчивость легче, чем вбивать гвозди. Наконец пришёл день, когда он ни разу не потерял самообладания. Он рассказал об этом своему отцу, и тот сказал, что с этого дня каждый раз, когда сыну удастся сдерживаться, он может вытаскивать из столба по одному гвоздю. Шло время, и пришёл день, когда юноша мог сообщить отцу, что в столбе не осталось ни одного гвоздя. Тогда отец взял сына за руку и подвёл к забору: «Ты неплохо справился, но ты видишь, сколько в столбе дыр? Он уже никогда не будет таким, как прежде. Так вот: когда говоришь человеку что-нибудь злое, у него в душе остаётся такой же шрам, как эти дыры». Таким образом, делая вывод из содержания притчи, мы всегда должны помнить, чем для нас и окружающих слово наше отзовется.

Советский педагог, писатель, публицист 20 века Василий Александрович Сухомлинский совершенно точно указал каждому из нас на то, что мы живём среди людей,

каждый наш поступок, каждое наше желание отражается на людях; существует разница между тем, что нам хочется, и тем, что можно, что наши желания - это радости и горести наших близких, что свои поступки следует проверять сознанием: не причиняем ли мы зла, неприятностей людям, и делать надо так, чтобы людям, которые нас окружают, было хорошо. Так вот, задумайтесь о словах, которые вы произносите.

В ходе исследования такого явления как сквернословие, нами был проведен опрос студентов 1 курса в количестве 50 человек. Проанализировав ответы, мы получили следующие результаты: 60% студентов считают, что сквернословие - это оскорбление; употребление вульгарных слов - причина маленького словарного запаса, что сквернословие влияет на психику и сознание человека, на его эмоции.

Единственный путь, ведущий к здоровью - это изменение отношения к самому себе. В народе говорят, что страшный нож не за поясом, а на конце языка, поэтому так хочется верить, что люди поймут, что слово несет в своей сущности или созидание, или разрушение. Следует осознать, что от мышления зависит наше здоровье. Каждое слово, услышанное или увиденное нами, слышат не только наши уши, видят не только наши глаза, но и вся наша личность несёт в себе отпечаток услышанного или увиденного. Русский философ начала 20 века Николай Александрович Бердяев отметил, что слова имеют огромную власть над нашей жизнью, власть магическую, что мы заколдованы словами и в значительной степени живём в их царстве. И в завершении своей работы хочу сказать: «Надо жить по совести. Любить и уважать русский язык. Это храм нашей души».

Список использованных источников:

1. Влияние слова на здоровье. – URL: <http://www.zdorovuchka.ru/psihologiya-zdorovya/borba-so-stressom/85-vliyanie-slova-na-zdorovie> (дата обращения: 10.01.2023).
2. Влияние слова на механизм наследственности. – URL: <http://festival.1september.ru> (дата обращения: 10.01.2023).
3. Влияние мата на человека. – URL: <http://www.vitamarg.com/article/vliynie/404-vliynie-mata-na-cheloveka> (дата обращения: 10.01.2023).
4. Лекция о сквернословии. – URL: <http://oodvrs.ru> (дата обращения: 10.01.2023).
5. Сквернословие. – URL: <http://www.magik.ru/s68.asp> (дата обращения: 10.01.2023).

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ СПИРТНЫМИ НАПИТКАМИ В ЛИТЕРАТУРЕ И МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Шейкина Валерия Семеновна
Руководитель: *Бессарабова Оксана Григорьевна*
Михайловский филиал ГАПОУ
"Волгоградский медицинский колледж", г. Михайловка

Проблема чрезмерного употребления алкоголя существует давно. Художественные произведения, где довольно ярко описаны причины и влияние спиртного на людей, созданы великими писателями. В настоящее время алкоголизм также является достаточно большой проблемой, затрагивающей все стороны жизни человека. Но самое страшное то, что существуют и подростковая зависимость, приводящая ко многим негативным последствиям. В этом мы видим актуальность темы. Таким образом, цель нашей работы: рассмотреть проблему злоупотребления спиртными напитками на примере произведений русских классиков и выявить, насколько сильно это явление распространено в молодежной среде.

Задачи:

1. Изучить поэму "Кому на Руси жить хорошо?" Н.А. Некрасова, роман "Преступление и наказание" Ф.М. Достоевского, "Отцы и дети" И.С. Тургенева.
2. Рассмотреть, как влияет употребление спиртного на здоровье и личность подростка.

3. Исследовать популярность алкоголя в молодежной среде, проведя анкетирование студентов Михайловского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж".

Методы исследования:

1. Анализ и синтез информации.
2. Анкетирование.

Алкогольная зависимость — это болезненная физиологическая и психическая тяга к спиртному. Она характеризуется неспособностью контролировать количество и качество выпитого, склонностью к длительным запоям, а также проявлением агрессии после употребления.

Пьянство можно увидеть в произведении Н. А. Некрасова "Кому на Руси жить хорошо?", где у мужиков-правдоискателей всегда на столе ведро водки. Автор в своей поэме убедительно показал, что именно нищета и бесправие толкают бедняка к алкоголю. Яким Нагой является одним из ярких примеров крестьянина, страдающего от пьянства. Он не выдерживает и подробно разъясняет барину Веретенникову, который упрекает крестьян в их склонности к алкоголю, что непосильный труд, позволяет не умереть мужикам от голода. А пьют крестьяне только в нечастые часы своего отдыха:

*У нас на семью пьющую
Непьющая семья!
Не пьют, а также маются,
Уж лучше б пили, глупые,
Да совесть такова...
Чудно смотреть, как ввалится
В такую избу трезвую
Мужицкая беда.. [3, с. 36]*

Также Яким говорит, что накапливающаяся усталость из-за работы уже давно бы породила злобу, и последствия были бы беспощадными:

*Нет меры хмелю русскому.
А горе наше меряли?
Работе мера есть?
Вино валит крестьянина,
А горе не валит его?
Работа не валит?
Мужик беды не меряет,
Со всякою справляется,
Какая ни приди.
Мужик, трудясь, не думает,
Что силы надорвет [3, с. 37]*

В его словах есть истина: выпивка отвлекает людей от осознания своего тяжёлого положения, от борьбы за свои права. Мотивы крестьянского пьянства есть и в романе И.С. Тургенева "Отцы и дети":

— Это никак наши мужики едут?

Петр глянул в сторону, куда указывал барин. Несколько телег, запряженных разнузданными лошадьми, шибко катились по узкому проселку. В каждой телеге сидело по одному, много по два мужика в тулупах нараспашку.

— Точно так-с, — промолвил Петр.

— Куда это они едут, в город, что ли?

— Полагать надо, что в город. В кабак, — прибавил он презрительно и слегка наклонился к кучеру, как бы ссылаясь на него. Но тот даже не пошевелился: это был человек старого закала, не разделявший новейших воззрений.

—хлопоты у меня большие с мужиками в нынешнем году, — продолжал Николай Петрович, обращаясь к сыну. — Не платят оброка. Что ты будешь делать? [5, с. 3]

Если причины пьянства в вышеприведенных произведениях трагичны, не от хорошей жизни, то в романе Достоевского «Преступление и наказание» Мармеладов, пропивающий деньги, которые его собственная дочь Соня зарабатывает жёлтым билетом, вызывают отторжение и неприятие. Он оправдывает себя тем, что алкоголь помогает ему забыться от суровой реальности своей жизни. Мармеладов говорит: «Для того и пью, что в питии сем сострадания и чувства ищу. Не веселья, а единой скорби ищу... Пью, ибо сугубо страдать хочу!» [2, с. 225]. Другими словами, пьянствуя, он, добровольно себя унижает, хочет оказаться достойным жалости и заслужить прощение. Истинная причина пьянства Мармеладова – зависимость от алкоголя и нежелание работать.

Произведения художественной литературы XIX в. посвящены актуальным проблемам и явлениям жизни общества. Поэтому, можно сделать вывод, что авторы включают описание героев, страдающих от алкоголизма, чтобы читатели понимали, что пьющий человек не может вызывать сочувствие и являться примером для подражания. Особенно для подростков это актуально, потому что в возрасте 16-17 лет они проходят этап самоутверждения в социуме, что совпадает с периодом изучения выбранных нами произведений.

Причины злоупотребления алкоголем среди современной молодежи, казалось бы, отличаются от указанных выше факторов, но если разобраться, то мы поймем, что в целом они одинаковы: способ пережить горе, неустроенность, дисгармонию, попытка влиться в общество. Но насколько распространена данная проблема в современном мире? Выделяют несколько главных причин употребления алкоголя среди подростков:

1. Социальные причины. К ним относится необходимость влиться в общество.
2. Психологические факторы. Они чаще всего возникают из-за отношений в семье.

Подавляющее большинство молодежи прекрасно знает об огромном вреде спиртных напитков. Однако даже при всеобщей информированности они не стремятся защитить себя от этого пагубного явления. Из вышесказанного можно сделать вывод, что они неверно дают оценку тому вреду, который спиртное причиняет их организму. Усиленное токсическое воздействие алкоголя на организм детей и подростков было установлено врачами еще в конце XIX столетия. В медицинской литературе этого времени приведено много примеров тяжелейших отравлений и даже смертельных исходов у детей и подростков от ничтожных доз алкоголя. В настоящее время можно с уверенностью утверждать, что в организме нет таких органов и тканей, на которые спиртные напитки не оказывали бы токсического воздействия. Алкоголь в любом количестве является настоящим ядом для детского организма. У взрослых людей спиртное перерабатывается ферментами желудка и печени, но у подростков эти органы функционируют еще не в полную силу, поэтому расщепляется очень медленно. С каждой выпитой стопкой у ребенка сильно страдает психика, вызывая отклонения, нарушается работа сердца, почек, печени и желудка. Алкоголь негативно влияет на иммунную систему подростков, что приводит как к частым заболеваниям, так и к большему риску осложнений после них. Пристрастие к спиртным напиткам также опасно для репродуктивного здоровья, так как именно в этом возрасте закладывается основа для дальнейшего функционирования половой системы. Последствиями употребления спиртного подростками могут стать тяжелые заболевания, такие как: цирроз, цистит, уретрит, почечная недостаточность, гастрит, панкреатит, гепатит и другие. Еще одна опасность алкоголя для подростков – искаженное представление о социальных нормах, которое со временем приводит их в неблагоприятную среду.

Помимо явного влечения к спиртным напиткам у подростков в период злоупотребления происходят следующие значительные изменения в организме и поведении: необоснованная агрессия и злость при попытках поговорить о проблеме, низкая успеваемость, пребывание в неблагоприятной компании, частые прогулы занятий, проблема в общении и несоблюдение личной гигиены. Также нередко молодой человек встает на путь воровства и берет деньги без спроса у родителей, либо ворует в магазинах.

С целью изучения популярности алкоголя в молодежной среде мы провели анкетирование студентов 1 курса Михайловского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", 90 человек.

Результаты показали, что 37% респондентов никогда не пробовали алкоголь, 53% - имеют представление о том, что это такое, но употребляют только по праздникам, остальные 10%, в число которых входят и совершеннолетние студенты от 18 до 40 лет, регулярно употребляют спиртные напитки.

63% из тех, у кого алкоголь имеет популярность, впервые попробовали спиртное в школе, 47% студентов сделали это в возрасте от 14 лет, а 16% - еще в начальных классах (6-12 лет).

35% опрошенных впервые попробовали спиртные напитки по предложению родителей и близких людей, 51% респондентов предложили друзья, а 14% подростков сделали это по собственной инициативе.

Основной причиной употребления алкоголя 68% молодежи назвали желание расслабиться, уйти от проблем, 21% - не смогли указать точную причину, а 11%- желают с помощью спиртного придать себе уверенности.

Следовательно, мы выявили 10% студентов разновозрастной группы, которой необходимо задуматься о своих пагубных пристрастиях.

Исследование показало, что молодёжь осознанно употребляют алкоголь с целью самоутверждения и желания преодолеть душевную дисгармонию.

Таким образом, делаем вывод, что проблема пристрастия к алкогольным напиткам также актуальна в современном мире, как и в литературе II половины XIX века. Для того, чтобы бороться с этим явлением, необходимо проводить профилактические мероприятия среди молодежи: в доступной форме рассказывать о пагубных свойствах спиртного и возможных последствиях его употребления, а также формировать интерес к здоровому образу жизни.

Список использованных источников:

1. Дьяконов, И.Ф. Профилактика подросткового алкоголизма /И.Ф. Дьяконов, Т.И. Дьяконова, Е.Ю. Абриталин. – М.: СпецЛит, 2019. – 23 с.
 2. Достоевский, Ф. М. Преступление и наказание/ Ф. М. Достоевский // Бедные люди: Роман. Преступление и наказание: Роман в 6 ч. с эпилогом. – М.: Худож. лит., 1992. –639 с.
 3. Некрасов, Н.А. Кому на Руси жить хорошо / Н.А. Некрасов. - М.: АСТ, 2011. - 502 с.
- Тургенев И.С. Отцы и дети – URL:<https://ilibrary.ru/text/13/p.4/index.html> (дата обращения: 04.01.20023).

ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КАЧЕСТВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Бабуева Ангелина Антоновна

Руководитель: Гаврилюк Евгения Юрьевна

КГБПОУ "Хабаровский государственный медицинский колледж"

им. Г.С. Макарова министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск

Фразеологизмы являются живым и неиссякаемым источником выразительности речи. Они характеризуются образностью и эмоциональностью, позволяют не просто обозначить какое – явление или предмет, но и выразить определённое к нему отношение. Пословицы, поговорки, крылатые выражения, фразеологические обороты делают нашу речь богаче и выразительнее. В них скрыта мудрость народа, накопленная веками. Однако использовать устойчивые сочетания нужно уместно, грамотно, в точном соответствии с формой и значением. Ошибки в употреблении фразеологизмов нередко являются источником

комического эффекта. Поэтому каждому образованному человеку необходимо знать фразеологические нормы современного русского литературного языка.

Фразеологизмы охватили многие области человеческой жизни. Медицина также не обошлась без этого явления и можно смело сказать, что, углубляясь в свою профессию, вы всё чаще встречаете их в клинической терминологии.

Издревле в медицине для обозначения различных симптомов, синдромов, заболеваний и нормы здоровья врачами-практиками часто использовались и до сих пор используются не строгие профессиональные термины, а образные названия и выражения, или метафоры. Медики стремились к образности в описании протекания заболевания и постановке диагноза, поэтому первые анатомические обозначения имели ассоциативный характер. Метафорические термины представляют собой концентрированное сравнение и не утрачивают своей роли даже в настоящее время, когда медицинская наука шагнула далеко вперед. Метафора обеспечивает более быстрое и прочное запоминание термина. В медицине метафорами по происхождению являются многие термины: лающий кашель, морская болезнь, гусиная кожа, утиная походка, синдром белого халата и т.д. [4].

Интересно, что медицинские фразеологизмы ярко подчёркивают внешние признаки заболевания и, таким образом, явно указывают на болезнь внутренних органов. Изучив, фразеологические обороты, в частности, встречающиеся в медицине, мы увидим, что их источниками являлись, мифы и легенды, животный мир, фамилии учёных, органы человека, быт, который окружает его, профессии и многое другое. В ряде фразеологизмов в русском языке упоминаются различные части тела человека. В этих фразеологизмах можно встретить такие слова, как талия, бровь, локоть, грудь, голова, язык, нос.

Знание образных профессиональных медицинских фразеологизмов является одним из неотъемлемых направлений формирования профессиональных качеств будущего специалиста-медика, способствует развитию культуры речи, а также обогащению кругозора. Но самая важная, на мой взгляд, сфера применения крылатых выражений и медицине – речевая практика медицинского работника.

Фразеологизм раскрывает не только лексическое и стилевое богатство русского языка, но и этимологию слова. Медицинские фразеологизмы привлекают своей экспрессивностью, потенциальной возможностью положительно или отрицательно оценивать явления, выражать одобрение или осуждение, уточнять диагностику.

«Маска Паркинсона» – серьезная и неизлечимая патология нервной системы, одним из основных симптомов является амимическое, безжизненное и неэмоциональное лицо – маска. «Адамово яблоко» – передне-верхняя часть щитовидного хряща, выступающая на передней поверхности шеи. Название фразеологизма в русском, английском, французском, немецком, чешском, норвежском, датском языках основано на библейской истории, согласно которой запретный плод, яблоко из райского сада, которое вкусил Адам, застряло у него в горле. «Грудь сапожника» – врожденная воронкообразная деформация грудной клетки, при которой нижняя часть грудины вдавлена вовнутрь, в результате чего уменьшается объем грудной клетки и легких, сердце сильно смещено влево и сдавлено. Статичное положение позы сапожника с наклоном вперед и вызывает такое состояние. Желудок «песочные часы» – желудок, имеющий сужение посередине. Обычно такое сужение вызвано сокращением ткани в результате рубца, оставшегося после язвы. «Шум треснувшего горшка» – перкуторный звук над легкими, напоминающий звук при постукивании по закрытому сосуду (горшку); наблюдается при пневмотораксе. «Печеночные ладони» – симметричное пятнистое покраснение ладоней и подошв, особенно выраженное в области тенара, иногда сгибательных поверхностей пальцев. «Пляска каротид» – выраженная пульсация артерий. Вибрирование (пляска) парных артерий с обеих сторон шеи; в области живота в результате сжатия сильно увеличенного правого желудочка или из-за пульсирующей брюшной аорты. «Мраморная бледность» (она же «белый как полотно» или «белизна лилии») – бледная кожа с синюшным оттенком и проступающим рисунком сосудов [3].

Внимательное отношение к своей речи, хорошее понимание всех оттенков слова, владение языковой культурой – вот задача профессиональной речевой коммуникации. Следует анализировать использование фразеологизмов на примере медицинского словаря, научиться правильно подбирать фразеологизмы в своей медицинской практике. Это является необходимым условием точной, выразительной, образной речи в профессиональной и социальной коммуникации [1, С.7].

В русском языке есть несвободные, связанные словосочетания, или фразеологические. В них слова, соединяясь вместе, теряют свое индивидуальное лексическое значение и образуют новое смысловое целое, которое по семантике приравнивается к отдельному слову, например, фразеологизмы с анатомическими названиями: глазное дно, ушная раковина, грудная клетка, кисти рук, черепная коробка. Фразеологизмы про лечение и процедуры: снять швы, пустить кровь, сбить температуру. Фразеологизмы про процесс лечения: вызвать скорую, выйти из наркоза, впасть в кому, жить на таблетках. Фразеологизмы про излечение: поставить больного на ноги, боль как рукой сняло, до свадьбы заживет, лучшее лекарство – покой, вернуть к жизни, идти на поправку, вернуть с того света. Фразеологизмы про больницу: приёмный покой, койко-место, больничная утка, лечиться на водах. Фразеологизмы про врачей: медицинское светило, целитель душ, врачебная тайна, клятва Гиппократова, врач ухо-горло-нос. Фразеологизмы про врачебные назначения: в час по чайной ложке, прописать покой, эффект плацебо, сесть на диету. Фразеологизмы про бессилие медицины: не жалец, терапия отчаянья, сгореть за полгода. Фразеологизмы про смерть: летальный исход, не подавать признаков жизни, констатировать смерть. Фразеологизмы про болезни сердца: сердечный приступ, сердечная недостаточность, давление скачет, пересадка сердца. Фразеологизмы про болезни желудка и кишечника: заворот кишок, кишечная непроходимость, несварение желудка. Фразеологизмы про ушные болезни: стреляет в ухе, ушная пробка, тугой на ухо. Фразеологизмы про глазные болезни: потерять зрение, глаз косит, хрусталик глаза, радужная оболочка. Фразеологизмы о сёстрах и братьях: сестра милосердия, медицинская сестра, медицинский брат, сестра-хозяйка.

Однако не все фразеологизмы являются образными. Они не характеризуют явление, а лишь называют его. Некоторые терминологические фразеологизмы иногда начинают употребляться в переносном значении и в этом случае приобретают образность. Так, морской термин «отдать концы» (отплыть от берега), библейское выражение «бог дал, бог взял», «сыграть в ящик» (просторечное) стали использоваться в значении «умереть».

Правильное и уместное применение фразеологизмов в профессиональной коммуникации придает речи неповторимое своеобразие, особую выразительность, меткость, образность и тем самым повышает профессиональный статус медицинского работника.

Список использованных источников:

1. Абрамова, С.В. Организация учебно-исследовательской работы по русскому языку. / С.В. Абрамова. – // Русский язык. – 2016. – №19 – с.2-10.
2. Введенская, Л.А., Баранов, Т.В., Гвоздарев, Ю.А. Русское слово. Факультативный курс «Лексика и фразеология русской речи» / Л.А. Введенская, Т.В. Баранов, Ю.А. Гвоздарев. – М.: Просвещение, 1990, – 144с.
3. Василенко, В.Х., Гребенев, А.Л., Голочевская, В.С. и др. Пропедевтика внутренних болезней» / В.Х. Василенко, А.Л. Гребенев, В.С. Голочевская. — 3-е изд., перераб. и доп.— М.: Медицина, 1989. — 512 с.
4. Шкарин, В.В., Григорьева, Ю.В., Горохова, Н.М. О культуре использования научной медицинской лексики (терминологии). / В.В. Шкарин, Ю.В. Григорьева, Н.М. Горохова. Режим доступа: <http://www.medical.ru> (дата обращения: 20.01.2023)

