Министерство здравоохранения Ставропольского края
Государственное бюджетное
профессиональное образовательное учреждение
Ставропольского края
«Кисловодский медицинский колледж»

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ СТУДЕНЧЕСКОЙ УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

г. Кисловодск

28 апреля 2023 год

В сборнике представлены материалы Учебно-исследовательской конференции, состоявшейся 28 апреля 2023 года.

Редакционный совет:

Председатель

Ягьяева Мадина Аждаутовна, директор государственного бюджетного профессионального образовательного учреждение Ставропольского края «Кисловодский медицинский колледж», кандидат философских наук

Заместитель

Чернышева Светлана Владимировна, начальник отдела организационно - методического работы, кандидат педагогических наук

Члены редакционного совета

Григорьян Марина Борисовна, методист, кандидат педагогических наук

Рытиков Илья Игоревич, начальник отдела информационных технологий

Тарусова Софья Шиковна, администратор сайта

Ответственный за выпуск: Григорьян М.Б., Тарусова С.Ш.

Тел. 8(87937) 6-84-83

СОДЕРЖАНИЕ

1. РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ПЕРИОД БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ 6-10 стр.
Руководитель преподаватель высшей квалификационной категории Аванесова Т.Б., студент Мирзоян Л.

2. НОВЕЙШИЕ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА 11-14 стр.
Руководитель преподаватель высшей квалификационной категории Азарова Л. П., студентка Николенко П.

3. ВАКЦИНАЦИЯ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 14-17 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Акульшина А.С., студентка Цуцина Д.

4. ЛЕКАРСТВО ДЛЯ ДУШИ: ВЫСОКИЕ ЦЕННОСТИ БИБЛИОТЕРАПИИ 17-19 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Амбарцумян Л.Ю., студентка Исмаилова Э.

5. СПЕЦИФИКА УПОТРЕБЛЕНИЯ И ПЕРЕВОДА ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИХ ОБОРОТОВ В АНГЛОЯЗЫЧНОМ ТЕКСТЕ 20-23 стр.
Руководитель: преподаватель Артюхова Г.Н., студентка Джанкезова А.

6. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИИ ПАТРИОТИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ 24-27 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Беккер М.С., студентка Бушанова А.

7. СОВРЕМЕННЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ 28-30 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Белокопытова О. В.студент Акимов В.

8. ЭТИ НЕПОСТИЖИМЫЕ РУССКИЕ: ОТВАГА И ГЕРОИЗМ РОССИЯН ГЛАЗАМИ ВРАГОВ 31-35 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Больбат А.А., студентка Матарыкина П.

9. МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ-МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ? 35-36 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Боташева Ф.Н., студентка Балкарова М.

10. АЛГЕБРАИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ 36-40 стр.
Руководитель: преподаватель Восканова Л.О., студентка: Вахидова Р.

11. АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ КМК О ДЕЙСТВИИ ОТРАВЛЯЮЩИХ ВЕЩЕСТВ НА ОРГАНИЗМ И СПОСОБАХ ЗАЩИТЫ 40-42 стр.
Руководитель: преподаватель первой квалификационной категории Вострикова Е.А., студентка Столярова О.

12. КАНИСТЕРАПИЯ: ЛЮБОВЬ, КОТОРАЯ ЛЕЧИТ 42-46 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Гакинульян Л.С. ,студентка Тоникян Э.

13. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ 46-50 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Галстян Г.В., студентка Арова М.

14. САНАТОРНО-КУРОРТНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ РЕГИОНА КМВ КАК ГОСПИТАЛЬНАЯ БАЗА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 50-54 стр.
Руководитель: преподаватель Гордиенко Т. А., студент Запорожский И. …

15. И ДО КОНЦА МЫ ПОМНИТЬ БУДЕМ ПРО ПОДВИГ ТОТ В СОРОКОВЫХ 54-57 стр.
Руководитель: преподаватель первой квалификационной категории Глушкова И.А.,

студентка: Акбашева Д.
16. ЗНАЧИМОСТЬ ВИТАМИНА Д В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ 57-60 стр.
Руководитель: преподаватель Жукова В.О., студентка Алиасхабова А.
17. АДСОРБЦИОННЫЕ СВОЙСТВА АКТИВИРОВАННОГО УГЛЯ 61-64 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Коджакова С.З., студентка Живолуп В.
18. КАК МЕНЯЕТСЯ ПСИХИКА ЧЕЛОВЕКА, ВЕРНУВШЕГОСЯ ИЗ ЗОН БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ 64-67 стр.
Руководитель: преподаватель Крошкина С.Г., студентка: Шувера А.
19. МЕДИЦИНСКАЯ СОРТИРОВКА И ТРАНСПОРТИРОВКА В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ МИРНОГО ВРЕМЕНИ 67-71 стр.
Руководитель: преподаватель первой квалификационной категории Крылова А.В., студентка Хасанова В.
20. ВЕРТИКАЛЬНО ИНТЕГРИРОВАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ (ПЛАТФОРМА ВИМИС) И ЦЕНТРАЛИЗОВАННЫЕСИСТЕМЫ/ПОДСИСТЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ СУБЪКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 71-73 стр.
Руководитель: преподаватель первой категории Кубанова Д.А. студентка Джумагельдиева С
21. АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ 73-75 стр.
Руководитель преподаватель Лайпанова З.Х., студентка Газиева Л.Э.-К.
22. ПРИМЕНЕНИЕ МХОВ РОДА SPHAGNUM В МЕДИЦИНЕ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 75-77 стр.
Руководитель: преподаватель Любавина Т.В., студентка Бийболатова А.
23. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 77-80 стр.
Руководитель: преподаватель Маденко О.В., студентка Алпаутова А.
24. РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ 81-84 стр.
Руководитель: преподаватель Меренкова Е.М., студентка Магомедова К.
25. ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАСЛЕДСТВЕННОЙ И ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ 84-88 стр.
Руководитель преподаватель высшей квалификационной категории Нефедова Л.А., студентка Ламиязова А.
26. НАУЧНЫЕ ОТКРЫТИЯ, ОКАЗАВШИЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ ЗА РУБЕЖОМ И В РОССИИ 88-93 стр.
Руководитель: преподаватель первой квалификационной категории Петросян Л.Ю, студентка Куликова П.
27. БОЙЦЫ НЕВИДИМОГО ФРОНТА: САНИТАРНЫЕ ВРАЧИ И ЭПИДЕМИОЛОГИ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 93-95 стр.
Руководитель преподаватель Рябова Г. И., студентка Сулейманова М.
28. ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ПРАВИЛАХ ПРИМЕНЕНИЯ НПВС В МИРНОЕ ВРЕМЯ И В ЦЕЛЯХ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ 96-99 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Сергеева И.В., студентка Акульшина Т.
29. ТИХАЯ ВОЙНА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГОРОДА-КУРОРТА КИСЛОВОДСКА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 100-103 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории, к.и.н. Серёгина О.И., студентка Аскерханова Э.

30. МАТЕМАТИКА КОСМОСА 103-107 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Славинский С.Ф., студентка: Бабикова А.
31. БОЙ БЕЗ ВЫСТРЕЛОВ 107-111 стр.
Руководитель: преподаватель Суховей Л.Е., студентка Нюркос Ю.
32. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ 112-114 стр.
Руководитель преподаватель Соломко Н.К., студент Востриков В.А.
33. ЗНАЧЕНИЕ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ 115-117 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Тохчукова Х.Р, студентка Девлетбиева А.
34. ПИОДЕРМИИ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ВОИНСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ РФ 117-119 стр.
Руководитель: преподаватель Усова Н.В., студентка Аюбова Ш.
35. НЕИЗВЕСТНЫЕ СОЛДАТЫ. ДНК-ИДЕНТИФИКАЦИЯ 120-124 стр.
Руководитель: к.б. н., преподаватель высшей квалификационной категории, О.Д. Фиева, студент Карасаев И.
36.ЭНДОМЕТРИОЗ, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ 125-128 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Цорионова С.К., студентка Проститова В.М.
37. КТО СПАСАЕТ ОДНУ ЖИЗНЬ, СПАСАЕТ ЦЕЛЫЙ МИР 129-132 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Хутова А.Ч., студентка Музиева Э.
38. ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА НА ТЕРРИТОРИИ ПРОВЕДЕНИЯ СВО 133-136 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Халкечева Г.В., студентка Кортоева А.
39. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КУРОРТНЫХ ФАКТОРОВ, КАК СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ 136-140 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Чурилова В.С., студент Затынацкий А.К.
40. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОЦЕНТНОГО СОДЕРЖАНИЯ ВОДЫ В МИНЕРАЛЬНЫХ УДОБРЕНИЯХ 140-145 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Черняева Р.П., студентка: Прохорова М.
41. ВЛИЯНИЕ ТАТУИРОВОК И ПИРСИНГА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА 146-149 стр.
Руководитель: к.п.н. преподаватель высшей квалификационной категории Чернышева С.В., студентка Алейникова У.
42. АПТЕЧКА, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В ЗОНЕ СВО 149-153 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Чотчаева А.А, студентка Лизогубова У.
43. РАБОТА ЛЕНИНГРАДСКИХ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И БЛОКАДЫ ГОРОДА (Скробанский К. К.) 153-155 стр.
Руководитель: преподаватель Эркенова Т.Р., студентка Хутова М.З.
44. СРАВНЕНИЕ РЕЦИРКУЛЯТОРОВ РАЗНЫХ МОДЕЛЕЙ 155-159 стр.
Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Ягодкина Е. А., студентка Литовченко С.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ПЕРИОД БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Руководитель преподаватель
высшей квалификационной
категории Аванесова Т.Б.
студент Мирзоян Л.

Организация реабилитации участников афганских боевых действий в современном мире является актуальной медицинской и социальной проблемой для всех стран. Длительный период жизни в военных условиях приводит к изменению и психического, и соматического здоровья человека. Переход к мирному существованию после возвращения с войны занимает долгое время, тяжелое и для ветеранов, и для их семей.

Реабилитация таких пациентов, кроме излечения соматической патологии, затрагивает и социальную дезадаптацию, связанную с неспособностью жить и общаться как раньше, особенно в условиях общественного осуждения их поступков.

При проведении медицинской реабилитации участников боевых действий в Афганистане предлагается широкий спектр форм оказания помощи, таких как стационарная, санаторная, амбулаторно-поликлиническая. Каждая из них предполагает восстановление утраченного здоровья, возвращение к профессиональной активности, а также психологическую коррекцию.

Этапы реабилитации

Медико-психологическая реабилитация ветеранов проводится поэтапно:

— 1-й этап — диагностика, постановка реабилитационного диагноза, отражающего адаптационные возможности, клиническую форму и стадию заболевания, наличие сопутствующей патологии, психоэмоциональные нарушения;

— 2-й этап — разработка индивидуальной программы реабилитации (ИПР) с учетом биопсихосоциальной модели болезни при активном участии пациента;

— 3-й этап — реализация программы под контролем врача;

— 4-й этап — контроль эффективности реабилитации с корректировкой ИПР;

— 5-й этап — заключение о выполнении ИПР, оценка результатов проведенных мероприятий и составление рекомендаций для профилактики.

Первый вариант программы реабилитации участников боевых действий

К 1-й группе относятся ветераны, у которых пребывание в зоне боевых действий не привело к развитию патологии. Им предлагалась реабилитационная программа №1 для компенсированных состояний, где с профилактической целью назначается комплекс оздоровительных мероприятий, в том числе и обучение методам саморегуляции, позволяющим самостоятельно дать оценку предыдущим событиям, позитивно переосмыслить неудачи, построить планы на будущее.

Второй вариант программы реабилитации участников боевых действий в Афганистане

Во 2-ю группу входят лица, у которых выявлены незначительные изменения в органах и системах. Для них предполагается программа №2, включающая специальные реабилитационные мероприятия в амбулаторно-поликлинических или санаторных условиях, главной целью которых является предупреждение дальнейшего прогрессирования патологии, восстановление утраченных функций, повышение стрессоустойчивости. Основными составляющими являются щадящий режим, сбалансированное, обогащенное витаминами питание, кинезитерапия, массаж, различные физиотерапевтические методы, оксигенотерапия. По показаниям может назначаться фармакотерапия (нормотимики, транквилизаторы, антидепрессанты, малые нейролептики), иммунотерапия, психотерапия.

При психотерапии целесообразно учитывать следующие моменты:

1. Психотерапия является составной частью комплексных лечебных программ и сочетается с применением медикаментозных средств.

2. Объем и задачи психотерапевтических воздействий определяются с учетом механизмов развития болезни и психологического состояния пациента. Показания к психологической помощи и ее характер могут существенно различаться для больных с одним и тем же медицинским диагнозом, а проведению психотерапии должно предшествовать клинико-психологическое и психодиагностическое обследование.

3. Активизация личностных ресурсов пациента в процессе психотерапии осуществляется постепенно.

4. В процессе психотерапии используются различные приемы, техники и методы (психодинамический, гуманистический, когнитивно-поведенческий). По мере снижения уровня психического напряжения ведущую роль играют активизирующие методики, требующие от пациента максимального участия.

5. Сложность заданий, направленных на тренировку когнитивных процессов и поведенческих навыков пациента, подбирается таким образом, чтобы после определенных усилий он каждый раз мог добиться успеха в освоении нового варианта психического реагирования, удовлетворив при этом свои личностные потребности в решении своей проблемы [4].

Психотерапия проводится в форме индивидуальных и групповых занятий. Применяются и занятия аутогенной тренировкой.

Одним из главных методов оказания психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс, считается групповая психотерапия в малых, средних и больших группах. [5].

Третий вариант программы реабилитации участников афганских боевых действий

Выбор третьего варианта программы (программа №3) основывается на наличии у пациента декомпенсированного состояния. Цель мероприятий —

восстановление утраченных функций. Выбор индивидуальной программы зависит от преобладания клинических симптомов, поскольку у разных пациентов могут преобладать невротический, патохарактерологический или неврозо- и психопато подобный варианты посттравматического стрессового расстройства. Для всех пациентов 3-й группы так же, как и во 2-й группе, предполагаются режим, диета, двигательные нагрузки в зависимости от выявленной патологии, комплексы лечебной физкультуры, плавание, массаж, физиотерапия, фармакотерапия и иммунотерапия, психотерапия, обучение саморегуляции.

В психотерапии в 3-й группе реабилитируемых первоочередная цель заключается в выявлении корреляции между началом соматических проявлений и анамнестически достоверными жизненно важными изменениями.

Из когнитивно-поведенческих методик в реабилитации чаще всего используется обучение приемам самонаблюдения, нервно-мышечной релаксации, способам отвлечения от боли и неприятных ощущений, приемам программирования желаемого поведения при обострении боли [6]. При работе с болевыми синдромами возможно применение техник визуализации, таких как методики «Рисунок боли», «Выдыхание боли», «Образ боли» и др. [7, 8].

Ряд исследователей высоко оценивают роль арт-терапии, так как любое творчество отвлекает от тяжелых мыслей и ведет к определенному снижению психологической напряженности, так же как арома- и цветотерапия [9, 10].

Психотерапевтическое лечение включает наряду с традиционными психотерапевтическими методиками проведение психофизиологических тренингов с использованием принципа БОС [11].

Тренинги проводятся в три этапа:

1) подготовительный (ознакомление пациента с методом БОС-терапии, освоение релаксационных техник);

2) выработка навыков релаксации с помощью компьютерного БОС-тренажера;

3) курс лечебных процедур (№7—10) для выработки индивидуальных механизмов психологической защиты и закрепления полученных в процессе тренинга навыков.

Продолжительность реабилитационных мероприятий в 3-й группе может варьировать. Стационарный и амбулаторный этапы проводятся согласно стандартам по нозологической принадлежности, санаторный этап длится обычно 2—3 нед, кратность 2—3 раза в год или при декомпенсации состояния. Общая продолжительность реабилитационных мероприятий для пациентов этой когорты составляет от 5 лет и более.

Основной задачей реабилитационных мероприятий, проводимых с участникам боевых действий в Афганистане и членами их семей, является социальная интеграция, встраивание пациентов в обычную жизнь без войны, налаживание новых связей с семьей, коллегами. Важную роль в реабилитации военных сыграли военные санатории, где проводились физиотерапевтические процедуры, ЛФК, массажи, психологическая помощь. Ребята пройдя военные действия получали травмы. Они проходили реабилитацию в санаториях КМВ после этого получали специальное медицинское образование. И выходили квалифицированными специалистами по массажу, которые и теперь помогают восстановлению участников военных в Афганистане. В настоящее время, они помогают восстанавливаться участником специальной военной операции на Украине.

Список литературы:

1. Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации. – Москва, 2018. - https://mintourism.samregion.ru/

2. Шеметова Г.Н. Основы реабилитационной медицины// Учебно-методическое пособие. - Саратов. Из-во СГМУ,2019г.-36с .

НОВЕЙШИЕ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА

Руководитель преподаватель
высшей квалификационной
категории Азарова Л. П.
студентка Николенко П.

Актуальность данной темы заключается в том, что в мире сейчас появляются и развиваются новые штаммы и вирусные инфекции, с которыми необходимо бороться и находить действенные средства дезинфекции

Цель: Изучение свойств и преимуществ новейших дезсредств. Их использование по назначению

Задачи:

- Рассмотреть современные и устаревшие средства дезинфекции.
- Провести исследование, какие дезинфектанты используются в разных уголках нашей страны
- Определить, какие же средства являются более удобными для использования

Ежегодно эпидемиологическая ситуация в стране все больше усложняется, что требует особо внимательного подхода к профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями. Для повышения эффективности дезинфекционных мероприятий постоянно выпускает новые средства дезинфекции. Все они направлены на уничтожение вредоносных микроорганизмов.

Современные и новые средства дезинфекции должны соответствовать определенным требованиям. В их число входят:

- эффективность воздействия на патогенные микроорганизмы;
- безопасность применения для окружающих;
- совместимость с подлежащими обработке материалами;
- экономичность;
- быстрая экспозиция;
- простота применения, приготовления.

Критерии для классификации

Дезинфицирующие средства имеют несколько критериев для разделения на группы. Первое деление – по типу выпуска. Они могут выпускаться в виде:

- жидкости; суспензии; порошка; гранул; геля; спрея; салфеток с пропиткой; таблеток.

Второй критерий – в зависимости от того, какое действующее вещество лежит в основе дезинфектантов

Спирт. Хлор. Альдегиды. Перекись водорода.

Дезинфекция для уничтожения коронавируса: какие дезинфицирующие средства наиболее эффективны

Одним из возможных путей заражения человека новой коронавирусной инфекцией является контакт с поверхностью предметов, содержащих жизнеспособный вирус. Заражение может произойти через контакт загрязненных рук со слизистыми носа, глаз и рта.

Установлено, что обработка зараженных поверхностей дезинфицирующими средствами позволяет эффективно боротьсяс вирусными частицами.

Проведя исследования выявлено, что **Аламинол, Самаровка, Жавель, Ока-таб, А-Дез, Дезиптол** – новейшие дезсредства, которые являются наиболее эффективными в борьбе с вирусом

Современные медицинские дезинфицирующие средства

Септол

Дезинфицирующее средство 'Септол' применяют для профилактической и вынужденной дезинфекции

Ника

недорогое дезинфицирующее средство с содержанием моющих добавок. Дезинфектант широкого спектра действия.

Хорт денталь Готовый к применению, с составляющей 5 минут экспресс экспозицией, он активно борется с бактериальными, вирусными, грибковыми инфекциями.

Устаревшие дез. средства

Хлорная известь

хлорная известь - белый мелкий порошок с резким запахом хлора. При хранении на свету с течением времени разлагается и теряет часть активного хлора. Даже при правильном хранении хлорная известь теряет до 3% активного хлора в месяц.

Гипохлорит натрия

Эффективен в дезинфекции, как и хлор; Обеспечивает продолжительный эффект дезинфекции.

Но это опасная и коррозивная субстанция;

При работе с ним требуется обеспечение мер безопасности для защиты работников и окружающей среды;

Нами был проведен онлайн - опрос, для того, чтобы выяснить, какие же дез. средства используются чаще всего в разных уголках нашей страны.

Нам помогли медработники республик Дагестан, Чечня, Северная Осетия, Бурятия, Татарстан, а также Красноярского края, и Ростовской области. В ходе опроса выяснилось, что в большинстве случаев, а именно 43% применяют "Ника", "Самаровка" "Флоридез"; 34% используют "Тори хлор", "Аминаз+"; 19% применяют "Хлормисепт", "Ремедин Окси" и, лишь 4% всех опрошенных применяют в ЛПУ "Хлорамин Б" и "Хлорную известь".

Заключение. В состав дезсредств могут входить ингибиторы коррозии, стабилизаторы и т.д.

Поэтому новые средства дезинфекции не вызывают коррозии инструментов, не портят обрабатываемые поверхности, чем «грешили» дез. средства старого поколения.

Кроме того, современные средства дезинфекции без хлора приятно пахнут, что не скажешь о «старых» дез. средствах.

Список литературы:

1.Елинов Н.П. Безопасная среда для пациента и персонала. пособие /,2021.

2. Оновы сестринского дела. Обуховец Т.П., Чернова О.В. 2019.

3. O.http://bibliofond.ru/view.aspx?id=432942

4.http://www.apteka.ua/article/10403

5..http://www.vuzllib.su/books/

ВАКЦИНАЦИЯ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Руководитель: преподаватель
высшей квалификационной
категории Акульшина А.С.
студентка Цуцина Д.

Гигантские потери Красной армии во время Великой Отечественной могли бы быть еще больше – если бы не массовая вакцинация. Прямо во время войны советским медикам пришлось срочно разработать специальный препарат, защищающий военных сразу от семи опаснейших инфекционных болезней. Документы тех лет развенчивают популярные до сих пор мифы относительно заболеваемости в военных условиях.

В годы Великой Отечественной противником Красной армии был не только немецкий вермахт, но и опасные микроорганизмы. Для эффективной борьбы с эпидемиями на фронте и в тылу была необходима вакцина, позволявшая прививать личный состав РККА от нескольких болезней одновременно.

Советские войска получили такую защиту весной 1943 года, когда в СССР началась массовая вакцинация «поливакциной НИИСИ». Благодаря ей красноармейцы с одного укола становились практически невосприимчивыми к семи болезням разом.

В 1941 году научные сотрудники Научно-исследовательского испытательного санитарного института Красной армии (НИИСИ) Нина Гефен и Николай Александров работали над проблемой массовой активной иммунизации личного состава Красной армии. Их целью было создание вакцины, чтобы прививать солдат одним уколом от нескольких желудочно-кишечных заболеваний. Своим кропотливым трудом Гефен и Александров первыми в мире доказали возможность получить хороший иммунизирующий эффект однократной прививкой вакцины от брюшного тифа, паратифов А и В, двух видов дизентерий, холеры и столбняка. Созданный ими препарат получил название «Поливакцина НИИСИ».

Успех испытаний на морских свинках стал основанием для испытания нового препарата на людях, которое выявило, что поствакцинальные реакции и осложнения после инъекции «Поливакциной НИИСИ» не особо отличались от ранее применимых вакцин, а ее эффективность в противостоянии заразе оказалась выше. К апрелю 1942 года количество привитых поливакциной превысило 10 тысяч человек. Наблюдение за ними выявило, что благодаря вакцинации заболевания желудочно-кишечными инфекциями в этой группе снизились. В результате в 1942-м институт им. Мечникова начал массовое производство «поливакцины НИИСИ» с расчетом выпуска нескольких миллионов доз в год.

Упорный труд советских ученых позволил советскому командованию начать новый этап массовой иммунизации на фронте. 14 февраля 1943-го появился приказ НКО № 169, в котором начальник тыла Красной армии генерал Хрулев распорядился произвести прививки «поливакциной НИИСИ» всему личному составу Красной армии в период с 1 апреля по 15 мая 1943 года. Этот документ стал основанием для всех последующих распоряжений на вакцинацию в действующей армии на протяжении всей войны.

22 февраля 1944-го главный эпидемиолог 2-го Прибалтийского фронта полковник Холодовский писал о «Поливакцине НИИСИ» следующее: «Люди, привитые этой вакциной путем однократной инъекции под кожу в

дозе 2 см 3, через 45 дней после первичной вакцинации становятся невосприимчивыми к холере, брюшному тифу, паратифам, несколько меньше к дизентерии и столбняку».

Всем привитым в красноармейские книжки и в удостоверения личности офицеров вносилась запись о дате первичного введения вакцины или ревакцинации, а в документах санслужбы велись их списки.

Впрочем, несмотря на имевшиеся проблемы, с 1943 года вакцинация от желудочно-кишечных инфекций стандартно проводилась два раза в год – осенью и весной. Всего же за годы войны в плановом порядке и по эпидемическим показаниям в действующей армии «поливакциной НИИСИ» было проведено более 30 миллионов прививок. Если учесть количество прививок от других болезней, счет которых также шел на десятки миллионов, то перед нами раскроется весь масштаб битвы с инфекциями в 1941-1945 годах. Победа над ними – как и в целом победа в Великой Отечественной – была одержана в том числе благодаря достижениям специалистов советского военного и гражданского здравоохранения.

Против туляремии использовалась живая вакцина Николая Гайского и Бориса Эльберта, против сыпного тифа — вакцина Марии Яцимирской-Кронтовской и Михаила Маевского, против сибирской язвы — живая вакцина Николая Гинзбурга, живая противочумная вакцина Николая Жукова-Вережникова, Магдалины Покровской, Елены Коробковой и Михаила Файбича.

Все это позволяло резко снижать эпидемиологическую нагрузку как на фронте, так и в тылу, а главное — обеспечить предупреждение развития эпидемий в войсках и среди населения.

Усилия врачей и медработников не остались незамеченными. Орденами и медалями СССР за период 1941—1945 годов наградили более 116 тыс. военных медиков и 30 тыс. работников гражданского здравоохранения. 47 человек удостоены высочайшей награды — звания

Героя Советского Союза. Больше 20 военных медиков в годы Великой Отечественной войны стали лауреатами Государственной премии СССР.

Благодаря именно их работе и главенству принципа профилактики во время Великой Отечественной войны была одержана блестящая победа над эпидемиями.

Список литературы:

1. Гордость России: медики – герои Великой Отечественной войны. 2017, ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России https://gpmu.org/news/news1473
2. Государственные архивы РФ, хранящие фотодокументы о Великой Отечественной войне 1941 - 1945 гг. Военная медицина. - URL: http://victory.rusarchives.ru/index.php?p=32&sec_id=33
3. Научные открытия в годы Великой Отечественной войны. - URL: http://school20-6b.narod.ru/victory.htm Дата обращения: 16.04.2023 г.
4. Сатрапинский Ф. В. Вместе со всем народом во славу Родины. - URL: http://www.a-z.ru/women_cd2/12/1/i80_5.htm (Дата обращения: 14.03.2023 г.)

ЛЕКАРСТВО ДЛЯ ДУШИ: ВЫСОКИЕ ЦЕННОСТИ БИБЛИОТЕРАПИИ

Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Амбарцумян Л.Ю.
студентка Исмаилова Э.

Современный человек испытывает чрезвычайно высокие психологические и информационные нагрузки, связанные с неблагоприятным воздействием окружающей среды, постоянно возрастающими темпами производства, лавинообразно увеличивающимся объемом информации.

Более 35% взрослого населения земного шара испытывают проблемы со сном, что негативно отражается на качестве жизни. Что делает современный среднестатистический человек перед сном? Как правило, просматривает социальные сети или читает новости в интернете. Многочисленные исследования доказали, что освещение, исходящее от

экрана смартфона или ноутбука, способно сбивать суточные ритмы и обладает возбуждающим действием на нервную систему. А вот чтение книг перед сном поможет естественным образом снять напряжение, расслабиться и улучшить качество сна. Одним из наиболее перспективных психотерапевтических направлений является библиотерапия.

Термин библиотерапия (от греческого «библио» – книга, «терапия» – лечение) означает книголечение или лечение книгой. Библиотерапия известна с давних времен. Историки предполагают, что одной из древнейших библиотек было хранилище книг фараона Рамзеса II. У входа в эту библиотеку были высечены слова: «Лекарство для души» или «Аптека для души». Чтение книг для лечения использовалось в разных странах Запада и Востока. В XIX веке шведский невропатолог Яроб Биллстрем определил библиотерапию как научную дисциплину. Наш земляк, уроженец Елабужского уезда, психиатр, невропатолог, физиолог, психолог, основоположник рефлексологии и патопсихологического направления в России Владимир Бехтерев в своих исследованиях определил влияние библиотерапии на физиологические и биохимические процессы в организме человека и включал чтение в комплексное лечение больных. Терапевтический эффект чтения использовался при лечении и реабилитации раненых бойцов в госпиталях в годы Великой Отечественной войны.

Научная методика лечения книгой была разработана педагогом и книговедом Агнессой Миллер и психотерапевтом Иваном Вельвовским в 60-е годы XX века. В данный момент Российской национальной библиотекой разрабатывается проект «Кабинет библиотерапии».

Существует применение библиотерапии и в конкретной сфере, а именно — при лечении людей, страдающих нарушениями речевого общения (логоневроз в форме заикания)

Чтение в чем-то подобно спорту: оздоровительный эффект достигается совершением определенных действий. Неслучайно чтение

называют также гимнастикой ума. Все по - медицински чётко и лаконично: читать означает *жить*.

Научно доказано и то, что читающий человек меньше употребляет лекарств, меньше подтверждён риску болезни Альцгеймера, инфаркту и другим заболеваниям.

Если детективы «Агаты Кристи влияют на скорейшее выздоровление людей с заболеванием ОРЗ, то книга ставропольских писателей Гнеушева и Попутько «Тайна Марухского ледника» формирует мужество и стойкость, тем самым укрепляя кости. Удивительно, но факт! Не одно поколение, прочитав книгу «Тайна Марухского ледника» о сражениях на Марухском перевале в годы Великой Отечественной войны, становилось выносливее, мужественнее и сильнее. Очень много ярких примеров, которые доказывают это. Были случаи, когда люди, получали различные серьёзные травмы, не желающие жить, читали подобного рода книги и вставали на ноги! Так формировались дух, патриотизм, сила воли, стойкость и мужество!

Книги - это на самом деле лекарство для души, поэтому они должны быть в каждом доме как аптечка. Читать, чтобы не болеть - это не просто слова.

Регулярное чтение художественной или научной литературы— это приятное и эффективное лечение. Читайте на здоровье!

Список литературы:

1. Балашова Е.В. Библиотерапия: компенсаторное чтение художественной литературы [Текст] / Е.В. Балашова. – М.: БМЦ, 2020. – 249 с.

2. Елисеева Ю.А. О психологических механизмах библиотерапии: взгляд культуролога / [Текст] / Ю.А. Елисеева. – М.: БМЦ, 2019. – 305 с.

3. Жукова В.И. Библиотерапия: история и современность [Текст] / В.И. Жукова // Сила печатного слова. – Ростов н/Д, 2021. – С. 5-10.

СПЕЦИФИКА УПОТРЕБЛЕНИЯ И ПЕРЕВОДА ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИХ ОБОРОТОВ В АНГЛОЯЗЫЧНОМ ТЕКСТЕ

Руководитель:
преподаватель Артюхова Г.Н.
студентка Джанкезова А.

Одним из разделов науки о языке является фразеология, цель которой обогащать язык. Ф**разеологизмы** отражают обычаи, мысли и нравы - то, что принято называть менталитетом. Переводческая и профессиональная деятельность в современном мире приобретает большие масштабы и социальную значимость: непонимание фразеологических единиц русского и английского языков ведет к неверному переводу текстов, к ошибочному их толкованию, искажению их смыслового содержания. Фразеологизмы охватили многие области человеческой жизни, а также и медицину. **Знание профессиональных медицинских фразеологизмов является одним из неотъемлемых направлений формирования профессиональных качеств специалиста-медика, способствует развитию культуры речи и кругозора.**

Теоретической базой для исследования послужили работы по фразеологии В. В. Виноградова, А. В. Кунина, Юнусовой М. О., в которых даются различные современные критерии и взгляды на их определение и классификацию.

Фразеологизм - сложная по составу языковая единица, имеющая устойчивый характер. Значение его не выводится из значений составляющих его компонентов. Термин«фразеологизм» в науке не имеет единого понимания критериев его выделения, а также общепринятого наименования. В научной и учебной литературе употребляются такие термины, как «фразеологический оборот», «фразеологическая единица», «фразеологизм», «идиома», «устойчивые словосочетания»,

Английская фразеология характеризуется своими особенностями. В данной работе рассматривается научный стиль. Язык науки лишен эмоциональности, для него характерны четкость и ясность изложения, однозначность и логичность. В ходе анализа особенностей употребления

фразеологических единиц в медицинском англоязычном тексте была использована классификация фразеологизмов, предложенная современным исследователем М. О. Юнусовой[5].

Фразеологические единицы делятся на следующие группы:

Фразеологизмы I порядка – это фразеологизмы и идиомы, которые характеризуются наличием эмоциональной окраски, экспрессивности, образности, свойственной художественному стилю. В медицинских текстах не встречаются.

Фразеологизмы II порядка -это термины-сочетания. По определению А. В. Суперанской[3], термин - это «специальное слово или словосочетание, обозначающее понятие, входящее в систему понятий определенной области профессиональных знаний и употребляющееся для специальных целей». Термины-сочетания можно обоснованно отнести к фразеологизмам, так как они обладают теми же признаками, и являются устойчивыми словосочетаниями, при замене любого компонента которых меняется и все значение. В определенной области науки, в данном случае - медицинской, термины обозначают состояние человеческого организма, понятия, явления и процессы, происходящие в нем и связанные с ним. Например: a bag of waters - плодный пузырь, a ball of foot - передняя часть стопы, arterial tension - артериальное давление.

Употребление фразеологизмов III порядка, а именно, глагольных фразеологических единиц, значение которых может отличаться от значения глагола, от которого они образованы, является, с одной стороны, не характерным явлением, так как фразовые глаголы типичны для устной, разговорной речи и для стиля научных текстов мало подходят. Однако исследуемый материал показал неоднократное использование таких глаголов, какcarry out (analysis) - проводить (анализ), account for - вызывать.

Фразеологизмы IV порядка - клише и вводные конструкции, занимают второе место после фразеологизмов-терминов. Они выступают в качестве средств организации связности. Их предназначение заключается в

формировании и поддержании структуры высказывания. Например, inviewofthefact-учитывая тот факт, intermsof-сточки зрения, inorderto-сцелью, asto-относительно, particular-вособенности, asaconsequence-как следствие.

Следует отметить, что в английской медицинской литературе употребляются и иностранные обороты: ab initio- с начала, et al - и т.д.,vice versa - наоборот, in vivo - в естественных условиях и т.д.Их встречаемость обусловлена огромной ролью латинского и греческого языков, которую эти языки сыграли в образовании терминов и устойчивых сочетаний, употребляемых в терминологической системе медицинской науки.

В результате исследования выделены такие способы перевода фразеологических единиц с английского языка на русский, как:

Эквивалентный способ перевода предполагает, что при переводе используется полное соответствие в обоих языках по структурному составу компонентов и по смыслу. Например, bulky food - грубая пища, oxygen capacity - емкость кислорода, bowel obstruction - кишечная непроходимость, clinical particulars - фармакологическое действие.

В некоторых случаях, когда в языке перевода существует совпадающий оборот по значению, но различный по структурному составу компонентов полностью или частично, используется *аналоговый* способ перевода. Например, complete blood count - анализ крови, lazy eye - амблиопия, biochemical reports - данные биохимических исследований.

Когда методы эквивалентного и аналогового перевода не позволяют правильно перевести медицинское понятие, применяется буквальный перевод посредством *калькирования* или *транслитерации*. Например: Crohn’s disease - болезнь Крона, anti-coagulants - антикоагулянты. Некоторые из таких сочетаний можно найти в словаре. Такие способы применяются в ситуациях, когда в русском языке нет соответствия единицам английского языка.

Описательный способ перевода заключается в передаче значения слова или словосочетания при помощи объяснения эквивалентного содержанию и

более распространенного по составу своих компонентов, например, stomach teeth - клыки нижней челюсти, symptomatic hypertension - артериальная гипертония с клиническими проявлениями, heartstone - остановка сердца в систоле.

При переводе англоязычных медицинских текстов необходима смысловая точность, двойственность толкования речевых конструкций не допускается.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

1. Англоязычный медицинский текст, характеризуется своей специфичностью, обладает собственными часто употребляемыми фразеологическими единицами, терминами и терминологией.

2. Перевод фразеологических сочетаний медицинского текста с английского языка на русский вызывает много трудностей. Главным условием их решения является умение распознавать в тексте фразеологизмы.

3. Основными способами перевода фразеологических терминологических сочетаний являются эквивалентный, аналоговый, калькирование, транслитерация, описательный перевод. Их применение, наряду с использованием специализированного словаря, позволяет добиться адекватности и эквивалентности перевода и исключить неточности. **Таким образом, медицинские фразеологизмы обогащают, развивают культуру речи, способствуют формированию профессиональных качеств медицинских работников, развивают клиническое мышление.**

Список литературы:

1. Виноградов В. В. Об основных типах фразеологических единиц в русском языке, М.: Наука, 1986.

2. Кунин А. В. Курс фразеологии современного английского языка: Изд. центр «Феникс», 1996.

3. Суперанская А. В., Подольская Н. В., Васильева Н. В. Общая терминология. Вопросы теории. М.: Кн. дом «ЛИБРОКОМ», 2019.

4.Шанский Н.М. Фразеология современного русского языка.- М., 1985.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИИ ПАТРИОТИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ

Руководитель: преподаватель
высшей квалификационной
категории Беккер М.С.
студентка Бушанова А.

Патриотическое воспитание– одна из ключевых задач, стоящих перед современным профессиональным образованием. Именно в юношеские годы закладываются основы гражданственности и нравственности, чувства любви к Отчизне, большой и малой Родине. Перспективными моделями гражданско-патриотического воспитания молодого поколения России являются модели воспитательной работы, спроектированные на основе информационно-коммуникационных технологий (далее – ИК-технологий). Они современны, интересны детям и подросткам, имеют большой воспитательный потенциал, позволяют удовлетворить познавательную и досуговую потребности школьников, создают условия для развития их интеллектуальных и творческих способностей.

Опора в процессе воспитания молодого поколения россиян на потенциальные возможности информационно-коммуникационных технологий установлена рядом документов, определяющих государственную политику России в сфере воспитания.

Цель исследования – выявить личностно значимые формы гражданско-патриотического воспитания студентов, основанные на применении информационно-коммуникационных технологий.

Материалы и методы исследования

Исходный материал исследования – состояние теории и практики гражданско-патриотического воспитания молодежи Российской Федерации, уровень информатизации и цифровизации данного направления воспитательной работы.

Результаты исследования и их обсуждения

Сегодня наиболее популярными у студентов являются различные социальные сети vk. Odnoklassniki, TikTok, Instagram, Facebook, Twitter и др. Они легко используют средства передачи информации viber, WhatsApp и др., которые позволяют им общаться друг с другом, находить новых знакомых, Почемуподросткамнравитсяобщениевсети?Потому,чтотамонимогутлегковыс казыватьсвоемнение,котороеврядлимоглибывысказатьвреальнойжизни,могут реализовать свое Я. Компьютерная мышка—как бы аналог волшебной палочки, благодаря которой, практически не прикладывая усилий, ты становишься властелином мира.

Высказываются различные трактовки — «интернет-зависимость», «интернет—наркотик», «интернет - аддикция» (патологическое влечение к виртуальному общению), патологическое интернет использование. Часть исследователей и медиков советуют законодательно запретить такие игры.

Одним из путей решения проблемы является разработка ряда интернет проектов и мероприятий патриотической направленности для молодежи. Имеет смысл создать сайт для молодежи и всех заинтересованных лиц и организаций, которые могли бы создавать и реализовывать совместные научные и практические программы.

В России имеется положительный опыт применения ИТ — технологий в патриотическом воспитании.

Анализ практики гражданско-патриотического воспитания показывает, что сегодня накоплен определенный положительный опыт применения информационно-коммуникационных технологий в патриотическом воспитании подрастающего поколения.

В последние годы стало традиционным коллективное создание электронных ресурсов, отражающих доблесть и славу тех, кто своим беззаветным служением Отечеству достоин народной памяти и уважения, повсеместно проходят акции, связанные с подготовкой и размещением в глобальной сети фото- и видеоконтента, граффити, рисунков, интервью, сочинений и других материалов, посвященных Великой Победе.

Опираясь на требования к организации процесса воспитания патриотизма и гражданственности у студенческой молодежи, можно определить следующие принципы гражданско-патриотического воспитания школьников в условиях информатизации и цифровизации общества: целенаправленности и спланированной широкой на ступательности патриотического воспитания школьников средствами информационного (реального и цифрового) образовательного пространства; интеграции воспитания и самовоспитания в формировании осознания школьником себя россиянином, частью российской общности, частью Человечества; целостности в воспитании чувств патриотизма и чувств гражданственности, гражданско-патриотического поведения; постановки задач гражданско-патриотического воспитания школьников на основе оперативной диагностики (в том числе с использованием средств ИК-технологий) уровня сформированности у них патриотизма и российской идентичности; единства применения в процессе воспитания школьников традиционных и ориентированных на использование ИК-технологий моделей и технологий воспитания.

Опираясь на идеи, изложенные в научной литературе и практику воспитания в современной школе, можно определить следующие формы гражданско-патриотического воспитания детей и подростков с привлечением онлайн - ресурсов и ИК - технологий: акции, связанные с военной тематикой: онлайн - встречи школьников с ветеранами Великой Отечественной войны и участниками боевых действий, военнослужащими Российской армии, посвященные героическому прошлому и настоящему России; сбор и систематизация информации по увековечиванию памяти павших в борьбе за Родину; проведение виртуальных ознакомительных военно-полевых сборов для будущих призывников; организация онлайн - концертов в стиле военных лет и др.; акции, затрагивающие различные аспекты истории России, ее поликультурности, краеведения: проведение Дней Малой Родины, олимпиад по истории России, виртуальных экскурсий, онлайн - выставок и конкурсов,

онлайн - эстафет национальных танцев, организация мероприятий в стиле различных эпох (исторические инсталляции, исторические флешмобы и др.), создание школьниками виртуальных музеев и др.; акции, посвященные русскому языку как средству межнационального общения, а также языкам народов, проживающих на территории России: различные формы онлайн-конкурсов, языковых олимпиад, проектов, конференций; акции гражданско-патриотической направленности с участием студентов, преподавателей, общественности, представителей религиозных культов.

Выделенные формы гражданско-патриотического воспитания школьников в условиях информатизации и цифровизации общества предполагают активное участие в них воспитанников, которое должно быть организовано на систематической основе. Тем самым процесс гражданско-патриотического воспитания становится адресно ориентированным, приобретает для обучаемых личностный смысл, личностную значимость.

Подводя итог сказанному, отметим: стремительное развитие ИК - технологий затрагивает все сферы жизни общества и не может не влиять на процесс формирования мировоззрения современной молодежи. Как следствие, система воспитания в целом и система гражданско-патриотического воспитания студентов в частности должны модернизироваться. Применение ИК - технологий в гражданско-патриотическом воспитании подростков может и должно проектироваться, исходя из традиционных для российского общества ценностей, ориентироваться на современные формы воспитательной работы, быть системным и систематичным в своей реализации.

Список литературы:

1. Пустовойтов В.Н., Корнейков Е.Н. Информационные технологии как средство гражданско-патриотического воспитания современных школьников // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2021. – № 2. – С. 37-41; URL: https://science-pedagogy.ru/ru/article/view?Id=2367 (дата обращения: 08.04.2023).

СОВРЕМЕННЫЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Руководитель:
преподаватель высшей
квалификационной категории
Белокопытова О. В.
студент Акимов В.

Цель: узнать и систематизировать полученные знания по проблеме бесплодия и о методах вспомогательных репродуктивных технологий.

Задачи:

- дать определение понятиям ВРТ, бесплодие, обозначить показания и противопоказания к ВРТ
- классифицировать методы ВРТ, объяснить суть каждого метода и выявить его эффективность в современных реалиях
- подвести итоги

Объект исследования: методы вспомогательных репродуктивных технологий.

Методология:

1. Метод анализа литературных источников;
2. Метод изучения эффективности с помощью сравнительной статистики;

Гипотеза: знание будущими медицинским работниками (акушерками в частности) методов ВРТ позволит проводить полноценные санитарно-просветительные беседы с бесплодными парами, влияя тем самым на психологический настрой каждого из партнеров.

С каждым годом научный прогресс не стоит на месте, в том числе сфера репродуктивных технологий. Частота бесплодия в настоящее время в мире составляет от 8 до 30% в зависимости от региона и не имеет тенденцию к снижению. Ведь постулаты ВРТ, возведённые ещё 40 лет назад, неустанно будут претерпевать изменения и тому есть 3 закономерных объяснения:

Во-первых, по данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат) показатель частоты бесплодия составляет 17,5% от

населения страны, т.е. 4-4,5 млн. супружеских пар бесплодны и по предварительным оценкам половина из них нуждается в использовании вспомогательных репродуктивных технологий. Данный показатель является критическим в соотношении с показателями других стран.

Во-вторых, у ВРТ есть законодательная база на основании нормативных документов РФ, но они не позволяют в полной мере избежать медицинских, экономических, морально-этических, юридических и социальных проблем решения бесплодия.

В-третьих, эффективность методов ВРТ не превышает 30%. Исследователи из Российской ассоциации репродукции человека (РАРЧ) каждый год выставляют отчёт по эффективности методов ВРТ. На данный момент только программы суррогатного материнства имеют более 80% успеха, т.е. заканчиваются успешными родами. Поэтому не прекращаются исследования по модернизации и увеличению эффективности вспомогательных репродуктивных технологий.

Вспомогательные репродуктивные технологии – методы терапии бесплодия, при которых все или некоторые этапы зачатия и раннего развития эмбриона осуществляются вне организма.

В настоящее время самыми распространёнными и стабильными по эффективности являются ЭКО и ИКСИ.

ЭКО (Invitro fertilisation, IVF)– процесс оплодотворения яйцеклетки invitro, культивирования эмбриона и трансплантация эмбриона в матку или дистальный отдел маточной трубы.

ИКСИ (интрацито плазматическая инъекция сперматозоида) - введение сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки. Метод ИКСИ применяется у супружеских пар при тяжелых формах мужского бесплодия, при астено-, олиго- , тератозооспермии тяжелых степеней, в случаях наличии единичных сперматозоидов в пункте, полученном при биопсии яичка.

Таблица. Сравнительная характеристика эффективности методов ВРТ

Метод	Кол-во циклов ВРТ	Доля циклов среди всех циклов ВРТ	Частота наступления беременности на перенос эмбрионов	Доля родов (из известных исходов беремен.)
Неизвестный исход ВРТ	10406	7%	-	-
ДО	9812	6,2	45,7%	29,5%
СМ	2230	1,5%	48,9%	83,0%
ЭКО	32408	21,8	30,0%	23,3%
ИКСИ	45341	30,5	29,8%	22,1%
Криоконсервация	49059	33,0	42,1%	29,6%

Заключение

ВРТ продолжают распространяться по миру и охватывать новые регионы и страны. На данный момент ВРТ вышли на некое «плато», т.е. добились стабильных результатов. В этом отношении за ними сохраняется значительный потенциал в дальнейшем развитии и максимизации результативности.

Список литературы:

1. Гинекология: учебник для студ. мед. вузов рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России/ под ред. В.Е. Радзинского, А. Фукса. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018г.

2. Гинекология: учебник для студ. мед. вузов рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России/ под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019г.

3. Гинекология: учебник для медицинских вузов/ под ред. Э. Айламазяна. 2020г.

ЭТИ НЕПОСТИЖИМЫЕ РУССКИЕ: ОТВАГА И ГЕРОИЗМ РОССИЯН ГЛАЗАМИ ВРАГОВ

Руководитель: преподаватель
высшей квалификационной
категории Больбат А.А.
студентка Матарыкина П.

Непостижимая и невероятная Россия. Такая наша Родина предстает перед глазами противников и врагов. Даже те из них, кто изначально недооценивал народ, населяющий нашу страну, ценой огромных потерь признавали непреложную истину: Россия - непобедима. Наша история насчитывает множество таких примеров. То, что не под силу понять тем, кто нападал на нашу землю - это отвага, героизм и невероятное самопожертвование, сила духа людей, населяющих нашу страну.

Итак - что же говорят о нас проигравшие? Те, которые вознамерились покорить наш великий народ.

Во время Второй мировой войны, немецкий генерал Гюнтер Блюментрит писал: «Русский солдат предпочитает рукопашную схватку. Его способность, не дрогнув выносить лишения, вызывает истинное удивление. Таков русский солдат, которого мы узнали и к которому прониклись уважением еще четверть века назад». Немецкий офицер Эрих Менде вспоминал слова своего начальника, который сражался с русскими еще во время Первой мировой: "Здесь, на этих бескрайних просторах, мы найдем свою смерть, как Наполеон. Запомните этот час, он знаменует конец прежней Германии".

К слову, Наполеон Бонапарт, входивший в когорту величайших полководцев всех времен и народов в результате российской компании 1812 года, которая оказалась для него фатальной и, в конце концов, открыла дорогу к краху, сказал: «Русские достойны, быть непобедимыми» - так полководец высказался о России и о ее народе.

Действительно, данная истина проверена веками. Сколько захватчиков в разное время приходило на Русь, Российскую Империю, СССР и всегда оставались ни с чем. И воля народа, его самосознание оказывалось нередко решающим фактором в победе над врагом.

Во время первой мировой войны наши враги признавали героизм русского народа. Немцы не могли не отметить яростное сопротивление русских солдат до последнего вздоха, даже когда смерть была неизбежной, отчего они сражались еще отважнее. По воспоминаниям многих наших противников, в первой мировой войне, русские шли в атаку, даже зная, что силы противника значительно превышают их собственные и, несмотря на то, что наша армия во многих войнах значительно уступала и в технической составляющей, и в количестве солдат, ей удавалось одерживать невероятные победы. История пестрит такими примерами. Рождение легендарной фразы "Русские не сдаются!" обычно связывают с событием, которое произошло на полях сражений первой мировой войны.

В 1915 году российские войска держали оборону крепости Осовец. Командование отдало приказ продержаться 48 часов, однако один маленький русский гарнизон оборонялся 190 дней. Несколько месяцев подряд немцы бомбили крепость день и ночь. Тысячи снарядов и бомб были сброшены на защитников крепости. Утром 6 августа 1915 года немцы применили против обороняющихся отравляющие газы. В распоряжении наших солдат почти не было противогазов и каких-либо средств защиты от химического оружия. Все живое на территории крепости было отравлено. Сразу после газовой атаки противник применил артиллерию и 7000 солдат двинулись на штурм русских позиций.

Немцы полагали, что крепость уже была взята, они не рассчитывали встретить живых на ее территории... И в этот момент из ядовито-зеленого тумана на них обрушилась российская контратака. Солдаты, которых было немногим больше шестидесяти, шли в полный рост. На каждого русского воина приходилось больше ста противников. Но они шли в штыковую атаку.

Русские солдаты, которые, казалось бы, уже должны были быть мертвы, повергли немцев в такой неподдельный ужас, что они бежали в панике. Вот отрывок из воспоминаний немецкого солдата: «ходили слухи, что во время штурма крепости от разрыва сердца умерли около ста германских солдат. Еще несколько сотен были забиты, зарублены, застрелены восставшими из ада русскими. Русскими, которые, как говорили, почти все на следующий день умерли». Очередной пример, когда невероятная сила духа и отвага сотворили, казалось бы, невозможное. Эта атака стала бессмертным подвигом российского народа.

Величайший подвиг совершил СССР в годы Великой Отечественной войны. Ценой миллионов жизней страна одержала победу в самой кровавой в мировой истории войне. Отчаянное сопротивление и героизм советских солдат поражали даже немцев, которые изначально считали славян "недочеловеками". Когда фашисты ступили на русскую землю, они сразу столкнулись с ожесточенным сопротивлением. Нацистская армия, которая легко покорила всю Европу, совершенно не ожидала такого отпора.

Немецкий офицер Курт Гессе писал: "Тот, кто в Великую войну сражался против русских, сохранит навсегда в своей душе глубокое уважение к этому противнику. Без тех крупных технических средств, какие мы имели в своем распоряжении, лишь слабо поддерживаемые своей артиллерией, должны были сыны сибирских степей неделями и месяцами выдерживать с нами борьбу. Истекая кровью, они мужественно выполняли свой долг".

С первых дней войны немецкие солдаты и командиры подразделений отмечали, что война с русскими кардинально отличается от того, что было в Европе. Немцев поражало упорство и настойчивость русского солдата в обороне – никогда не сдаваться и всегда выходить победителем. Вот как 22 июня 1941 года, когда вражеские силы застали врасплох защитников Брестской крепости, описывал в своем дневнике начальник штаба Верховного командования сухопутных войск вермахта Франц Гальдер:

"Там, где русских удалось выбить или выкурить, вскоре появлялись новые силы. Они вылезали из подвалов, домов и других временных укрытий, вели прицельный огонь, и наши потери непрерывно росли".

Один из немецких солдат, воевавший под Сталинградом, удивительно точно отразил в своем дневнике невероятные качества советских солдат.

"1 октября. Наш штурмовой батальон вышел к Волге. Точнее, до Волги еще метров 500. Завтра мы будем на том берегу и война закончена"; "3 октября. Очень сильное огневое сопротивление, не можем преодолеть эти 500 метров. Стоим на границе какого-то хлебного элеватора"; "6 октября. Чертов элеватор. К нему невозможно подойти. Наши потери превысили 30%"; "10 октября. Откуда берутся эти русские? Элеватора уже нет, но каждый раз, когда мы к нему приближаемся, оттуда раздается огонь из-под земли"; "15 октября. Ура, мы преодолели элеватор. От нашего батальона осталось 100 человек"; "Оказалось, что элеватор обороняли 18 русских, мы нашли 18 трупов". Немецкий батальон две недели не мог сломить сопротивление восемнадцати солдат.

Немцы также с недоумением отмечали, что русские практически не сдаются в плен и сражаются до последнего солдата. Это их очень волновало, ведь человек, для которого долг и Родина дороже жизни, непобедим. Никогда мир не знал столь массового героизма, как во время Великой Отечественной войны. Такое самопожертвование не имеет аналогов за всю историю человечества. Подобные героические поступки, когда солдаты грудью закрывали амбразуры дотов, совершили сотни советских воинов.

Мы говорим русские, а подразумеваем множество национальностей, ведь наша страна – многонациональное и многоконфессиональное государство, объединенное под знаменем Великой России. На полях сражений погибали и совершали подвиги представители различных национальностей. Все они творили историю российской воинской славы.

Список литературы:

1. Бережков, В.М. Страницы военной истории. - М.: М, 2007. - 390 с.

2. Еременко, А. И. Служба Родине. 1914-1939. - М.: Вече, 2015. - 336 с.

3. Чуйков, В. Армия массового героизма. - Москва: Машиностроение, 2019. - 777 с.

МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ-МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

Руководитель: преподаватель
высшей квалификационной
категории Боташева Ф.Н.
студентка Балкарова М.

Метеочувствительность- это многочисленные реакции человеческого организма на различные погодные условия. Частные проявления метеочувствительности: ломит суставы от осенней сырости, тяжело просыпаться пасмурным утром, трудно дышать в июльский зной, подскакивает или падает давление при смене погоды. Наиболее серьезные реакции на погоду отмечаются при заболеваниях сердца и сосудов. Метеорологическая адаптация сопровождается неадекватным сильным сосудистым спазмом, который может стать причиной гипертонического криза, инфаркта миокарда, транзиторной ишемической атаки, ишемического инсульта. Лечение пациентов с метеозависимостью: исключить неблагоприятные факторы, отказаться от вредных привычек, медикаментозная поддержка, поддержание ЗОЖ, прием адаптогенов.

Метеочувствительность — нарушение адаптации организма к перемене погодных условий. Возникает при сосудистой дистонии, хронических болезнях, последствиях травм. Ухудшение самочувствия наблюдается на фоне полного здоровья или текущего хронического состояния, на несколько часов/дней опережает изменение погоды. Пациенты, перенесшие заболевания головного мозга, страдают мозговым вариантом симптоматики – отмечаются головные боли, затруднения концентрации внимания, головокружения. Метеочувствительность сердечного типа возникает при сердечной патологии, характеризуется дискомфортом, болями в области сердца, усугублением одышки. Смешанный тип возникает на фоне артериальной гипертензии, ВСД.

Функционирование адаптационных механизмов позволяет здоровому человеку не замечать изменение погодных условий. При существенном изменении атмосферного давления происходит сужение и расширение сосудов, что компенсирует действие метеорологических факторов. В жаркую погоду организм охлаждается за счет расширения сосудов, усиления потоотделения. В мороз сосуды сужаются- это уменьшает отдачу тепла организмом в окружающую среду. Подобные адаптационные механизмы, регулируемые бессознательно, позволяет здоровому человеку переживать перемену погоды, не испытывая особого комфорта.

Членами кружка «Анатом» было проведено исследование, целью которого было выявление метеочувствительности у студентов отделений «Акушерское дело» . В ходе исследования было выявлено, что метеочувствительность развита у 75%; симптомы метеочувствительности проявляются у 50% из данной группы.

Вывод: метеочувствительность выявлена у большинства студентов.

Заключение: метеочувствительность приводит к обострению тех или иных заболеваний в зависимости от погодных условии. Профилактика метеочувствительности является важным условием для сохранения здоровья населения.

Список литературы:

1.https://naykalab.ru

2.https://gb12-barnaul.ru

АЛГЕБРАИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Руководитель:
преподаватель Восканова Л.О.
студентка: Вахидова Р.

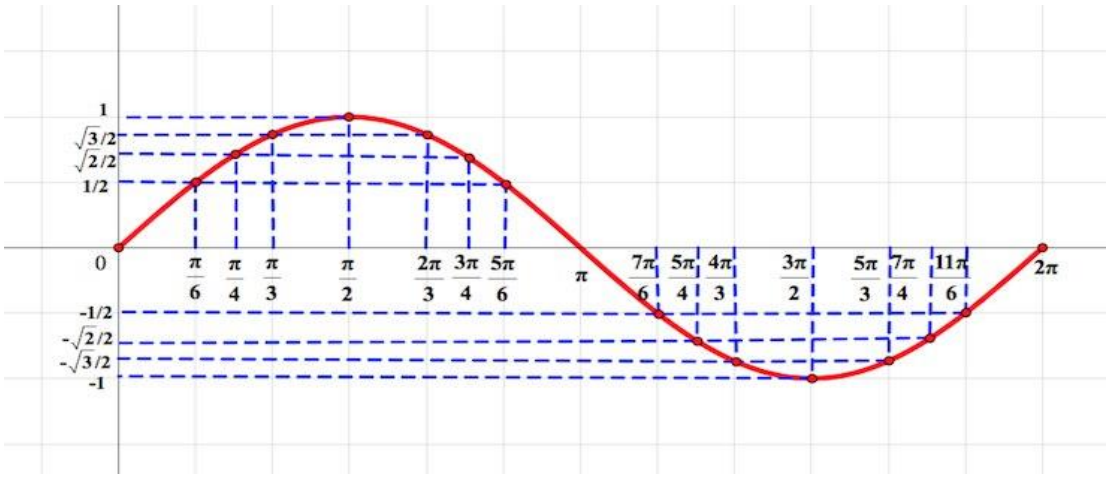
Человек - сложнейший механизм, в котором непрерывно происходят физические и химические процессы. Если все процессы перевести на язык уравнений, то можно будет вывести единую формулу человека.

Данная работа направлена на изучение тригонометрической функции y=sinx в кардиологии. Целью данного исследования является проведение анализа тригонометрической функции в медицине.

Одним из главных аппаратов исследования состояния сердца является ЭКГ, который описывает сердечные сокращения. После проведения исследования данные записываются на миллиметровой бумаге, где изображен измененный график синусоиды.

Объектом исследования является график синусоиды, а именно изменение графика в период описания сердечных сокращений.

График синусоиды выглядит таким образом:



На кардиограмме график синусоиды изменяется в зависимости от частоты и длительности сердечных сокращений.

Суть проведенного исследования заключалась в том, чтоб описать алгебраически синусовый ритм и синусовую тахикардию.

В нашем исследовании участвовали двое студентов их «Кисловодского медицинского колледжа». Работа проводилась в 2 тапа:

1. Проведение электрокардиографии в спокойном состоянии, а затем после физической нагрузки;

2. Изучение результатов ЭКГ при нормальном синусовом ритме, а затем при синусовой тахикардии у каждого испытуемого.

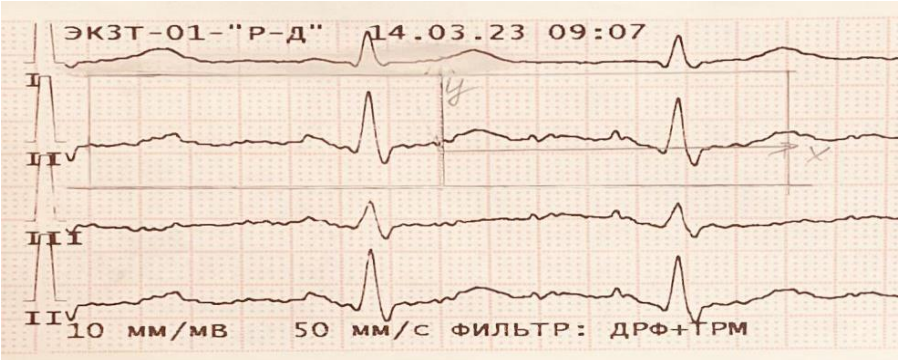
1) Синусовый ритм

y=sin2x◦1/3sinx(+1)

0≤ y=sin3x≤*П*

sin3x- цикл 2,7см

1/4sinx- цикл 2 мм



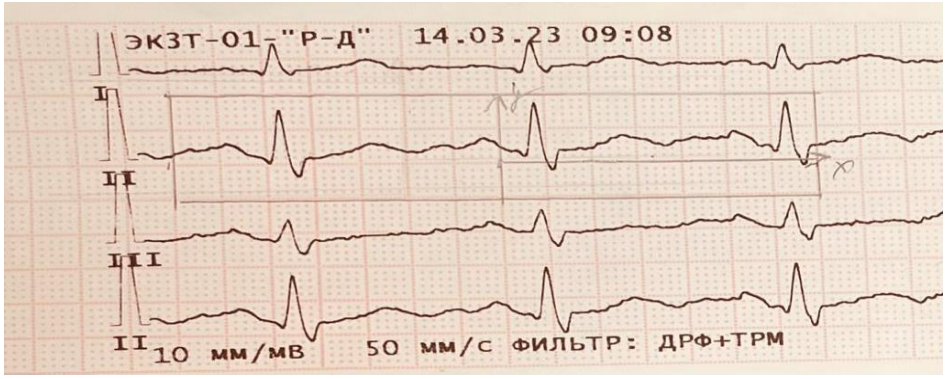
Синусовая тахикардия

y=(sin2x+sin2x) ◦1/3sinx(+1)

0≤ y=sin2x≤*П*

sin2x- цикл 2 см

1/3 sinx- цикл 1 мм



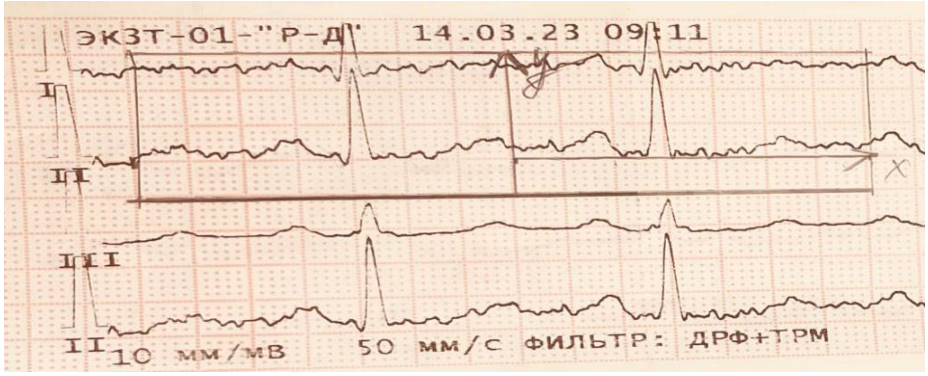
2) Синусовый ритм

y=sin3x◦1/4sinx

0≤ y=sin3x≤*П*

sin3x- цикл 2,5см

1/4sinx- цикл 3 мм



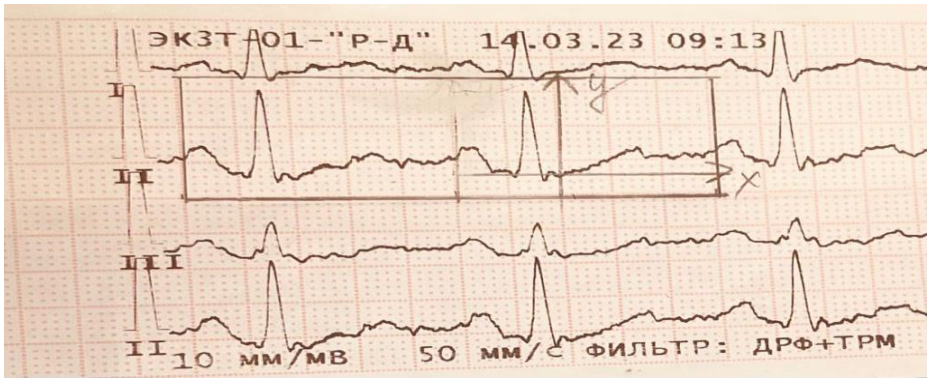
Синусовая тахикардия

y=sin3x◦1/4sinx(+1)

0≤ y=sin3x≤*П*

sin3x- цикл 2,1см

1/4sinx- цикл 2 мм



Проведенное нами исследование показало, что при тахикардии происходит сокращение цикла.

В представленной работе мы осветили лишь небольшую область применения математики в кардиологии.

Российские ученые вывели математическую формулу сердца. Благодаря этим уравнениям можно высчитать, спрогнозировать и предотвратить любое сердечное заболевание. Единственная в России лаборатория математической физиологии действует при Екатеринбургском Институте иммунологии и физиологии.

Проблема математических описаний физиологических функций организма - вторая по значимости проблема после проблемы ДНК человека. В будущем будут вычислены формулы других органов человека, и медики с

помощью элементарных уравнений смогут прогнозировать и лечить практически любое заболевание.

Список литературы:

1.Беленков Ю.Н., Оганов Р.Г. - Кардиология. Национальное руководство

2.Макарычев Ю.Н., Миндюк Н.Г. Алгебра– 13-е изд.-М.: Просвещение, 2018г., стр.112-114

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ КМК О ДЕЙСТВИИ ОТРАВЛЯЮЩИХ ВЕЩЕСТВ НА ОРГАНИЗМ И СПОСОБАХ ЗАЩИТЫ

Руководитель: преподаватель первой квалификационной категории Вострикова Е.А.
студентка Столярова О.

Актуальность темы: современные реали заставляют быть готовыми к угрозе применения против нашей страны отравляющих веществ, для массового поражения живой боевой силы и населения.

На первой мировой конференции в Гааге в 1899 году была принята международная декларация, запрещающая применение отравляющих веществ в военных целях. Несмотря на это, случаи применения химического оружия отмечались во многих войнах. Женевской конвенцией 1925 г. применение химического оружия запрещено, но не запрещено его иметь, поэтому многие страны имеют такое оружие. Применение оружия данного вида является военным преступлением. Жуткие последствия ждут население после поражения, которое основано на токсических свойствах химических веществ, это - тяжелые уродства у новорожденных, рост онкологических заболеваний, заражение водоемов, продуктов питания, экологическая катастрофа.

Необходимо знать пути распространения химических веществ в окружающей среде и их воздействие на человека, для оказания первой помощи себе и окружающим.

Объект исследования: студенты КМК.

Цель: выявить степень информированности студентов о путях распространения химических веществ в окружающей среде и их воздействия на организм.

Задачи:- изучить виды и действие ОВ; - рассмотреть средства защиты;

- разработать анкету и провести опрос, на основании полученных данных выполнить количественный и качественный анализ полученных данных;

Методы исследования: Теоретические методы (анализ литературы и Интернет - источников по проблеме исследования). Практические методы - проведение опроса, обобщение.

С целью получения данных, был разработан опросник. В опросе приняли участие 102(100%) учащихся всех курсов колледжа. Студенты 1курса (30%) и 4 курса (38%) одинаково на высоком уровне владеют знаниями по оказанию первой помощи и применению средств защиты в очаге заражения, в отличие от респондентов 2 курса (15%) и 3 курса (21%). Лучшее владение информацией и навыками, можно связать с тем, что на 1 курсе проходят дисциплину «Основы безопасной жизнедеятельности», а на 4курсе – «Медицина катастроф».

Так же мы предложили в свободной форме ответить на ряд вопросов: Готовы ли Вы научить окружающих использовать средства и способы защиты? На данный вопрос все студенты (100%) не только ответили положительно, но считают, что это своим долгом. В ответе на вопрос: «Что необходимо, для того чтобы, лучше владеть знаниями и навыками защиты?»И здесь мнения не разделились, 100% студентов считают, что регулярные занятия по гражданской обороне, позволят выработать тактику до автоматизма.

Вывод: По результатам полученных данных, можно сделать вывод, что распространение информации о риске для здоровья человека необходимо. Важно принимать во внимание особенности восприятия разными группами

населения и индивидуальные факторы, такие, как знания, опыт, личностные особенности, эмоциональное состояние.

Список литературы:

1. Отравляющие вещества (ОВ): действие и классификация: Интернет – ресурс: / https://fireman.club/inseklodepia/otravlyayushhie-veshhestva-ov/

2. Медицинская сортировка https://fireman.club/inseklodepia/meditsinskaya-sortirovka/

3. Медицинские средства защиты https://fireman.club/inseklodepia/mediczinskie-sredstva-zashhity-msz/

КАНИСТЕРАПИЯ: ЛЮБОВЬ, КОТОРАЯ ЛЕЧИТ

Руководитель: преподаватель
высшей квалификационной
категории Гакинульян Л.С.
студентка Тоникян Э.

Цель данной работы проанализировать и сравнить использование пет-терапии в медицине в России и США

Гипотеза: использование пет - терапии в медицине России и США отличается.

Материалом для исследования послужили данные, собранные нами в сети интернет на англоязычных сайтах, которые мы перевели и проанализировали, сравнивая с пет - терапией в России.

Собака – это древнейшее из всех домашних животных, они стали спутником человека порядка 30 тысяч лет назад. Благодаря выносливости, интеллекту и преданности, собак активно используют в качестве помощников в различных сферах общественной жизни. Однако стоит подчеркнуть, что помимо других сфер, собаки очень ценятся и в области медицины. Четвероногие врачи помогают лечить многие серьезные заболевания, и в целом, эти питомцы делают своих хозяев здоровее, утверждают исследователи.

Пет - терапия (от англ. pet — «домашнее животное, любимец»), известная в России, как анималотерапия — это участие домашних питомцев в лечении, реабилитации и профилактике различных болезней, от сердечно - сосудистых заболеваний до психических расстройств. Отдельным направлением пет - терапии является канистерапия — это разновидность терапии с использованием специально отобранных и обученных собак. Выражаясь иначе, канистерапия – это любовь, которая лечит.

Собака сопровождала человека всегда: и во времена мирного неба, и во времена войны.

В составе вооруженных сил США собаки служат уже давно, но перед началом Второй мировой войны единственными служебными собаками в США считались ездовые. Около 50-ти таких собак служило на военных базах Аляски, еще 40 использовались для поиска летчиков, потерпевших крушение в Ньюфаундленде, Гренландии и Исландии. По оценкам экспертов 1940х гг, США нуждалась в двухстах обученных собаках. После нападения на Перл-Харбор армия США получила первые девять обученных сторожевых собак. Из этих девяти собак был сформирован Собачий корпус армии США (К-9). К концу войны для армии, флота, морской пехоты и береговой охраны было подготовлено около 10 000 служебных собак.

В России целенаправленная подготовка собак для военных нужд стала практиковаться в советское время. Собаки использовались в качестве связистов, санитаров, сторожей. В 1924 году в Московской области открылся Центральный учебно-опытный питомник военных собак, работавший при высшей стрелково-тактической школе "Выстрел". К концу 20-х годов в СССР была развёрнута сеть из 12 питомников — школ военного собаководства.

22 июня 1941 года началась Великая Отечественная война. В это время за мир сражался весь Советский Союз. И речь не только о людях. Двигаться к победе помогали и четвероногие друзья человека. Мало кто знает, что в 1941 году в ряды Красной армии было «призвано» примерно 68 000 собак разных

пород. Вместе с солдатами и офицерами они несли службу — взрывали танки, охраняли подразделения, уничтожали фашистов, участвовали в разведке, совершали диверсии, а самое главное – помогали раненым солдатам. Санитарных собак называли «мохнатые ангелы». Они вытаскивали раненых из завалов, труднодоступных участков и доставляли медикаменты. Псы умели приводить в себя солдат, находящихся без сознания, вылизывая им лицо, согревали их теплом своих тел. К каждой санитарной собачке был привязан рюкзачок с лекарствами. Более 650 тысяч солдат были спасены «мохнатыми ангелами». Так, одна только лайка по кличке Бобик со своим хозяином Дмитрием Тороховым помогли 1 580 раненым.

Еще во время и после Второй мировой войны врачи Красного Креста заметили, что в госпиталях, в которых разрешалось находиться собакам, раненые старались проводить с ними больше времени. Было отмечено, что в таких учреждениях процесс выздоровления происходил гораздо быстрее. В связи с этим в госпитале военно-воздушных сил в Нью-Йорке стали широко использовать этот метод.

Надо отметить, что положительные терапевтические свойства при общении человека с домашними животными были известны ещё со времён Гиппократа. В Древней Греции и Египте около 3 тыс. лет назад были обнаружены способности собак справляться с различными человеческими недугами. Сохранившиеся документы свидетельствуют, что в 1792 году в английском городе Йорке собак использовали в терапевтическом процессе в больнице для душевнобольных. Во время ухода за животными больные общались с ними. Было отмечено положительное влияние такой методики и, как следствие, повышение эффективности лечения.

Однако серьёзными исследованиями особенностей воздействия животных на психику людей учёные занялись только в 60-х годах XX века. Пионером в этой области стал американский детский психиатр Борис Левинсон. Именно им в 1969 году был предложен термин «пет-терапия».

Во время домашних приёмов он заметил, что присутствующая на сеансах его собака вызывает у пациентов-детей положительные реакции. С тех пор метод лечения, включающий в себя общение с животными, в частности с собаками, получил широкое распространение на Западе.

В настоящее время канистерапия может использоваться при лечении и таких заболеваний, как детский церебральный паралич, аутизм, синдром Дауна, гиперактивность, гипогликемию, сердечно - сосудистые заболевания, а также при различных психо - соматических нарушениях. Также стоит отметить, что благодаря проведенным научным исследованиям, канадскими учеными было установлено, что сверхчувствительное обоняние помогает собакам определять редкое сочетание белков в злокачественных опухолях, собаки способны предчувствовать за 20 минут эпилептический припадок, отличить одежду здоровых детей от детей, страдающих аутизмом.

На данном этапе развития, канистерапия в Европе и в США является абсолютно полноправной областью официальной медицины, в рамках которой проводятся встречи, семинары, а в некоторых странах существуют даже курсы по подготовке специалистов, по окончании которых можно заниматься частной практикой. В США Министерством здравоохранения официально одобрено присутствие собак в клиниках в качестве медперсонала. Многие госпитали имеют в своем штате собак. Эти животные даже получают зарплату и пользуются социальными привилегиями. В международной организации Therapy Dog International зарегистрированы около 12 000 собак. В США также существуют различные организации, занимающиеся пет - терапией, например, общество «Животные партнеры» (Pet Partners), «Лапы за здоровье» (Paws for Health), «Читая с Ровером» (Reading with Rover).

Говоря о российский достижениях в этом направлении, то в России канистерапия только начинает свое развитие. Однако, несмотря на это, сеансы канистерапии, которые проводят частные центры и некоммерческие организации, радуют своими результатами. В 2003 году в Москве был создан

коллектив «Солнечный Пёс» - первая в России программа по канистерапии, участники которой в экспериментальном порядке, и сотрудничестве с врачами- неврологами, логопедами, дефектологами, родителями детей с нарушениями в развитии разрабатывают комплексную программу канистерапии. По данным на 2016 год в штате БОО «Собаки для жизни» работают около тридцати волонтёров. Среди постоянных партнёров Благотворительной Общественной Организации «Собаки для жизни» — Центр речевого развития «РАС-тишки», «Вторая жизнь», «Краски жизни».

В начале 2011 года в Санкт-Петербурге зарегистрировано «Сообщество поддержки и развития канистерапии» - направление в медицине по реабилитации больных с помощью специально обученных собак.

Таким образом, гипотеза о том, что использование пет-терапии в медицине России и США отличается подтвердилась. Однако, несмотря на это, вывод для обеих стран остается единым: собаки играют важную роль в жизни взрослых и детей, своей любовью они способны излечить человека даже от самого серьезного заболевания, собака – это не только верный друг человека, но ещё и хороший врач.

Список литературы:

1. https://dzen.ru/a/Y9eaCyZQmHYDyQzZ
2. https://psyweb.global/database/knowledge/article-80-pet-terapiya
3. Мальцева М. Н. Основы канистерапии // Собачий остров: журнал. — СПб.: Благотворительный фонд «Верность», 2018. — № 1(21). — С. 16—19.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ

Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Галстян Г.В.

студентка Арова М.

Многим из нас приходилось бывать в больнице, поликлинике или в каком-либо лечебном учреждении, где мы общались с медицинским персоналом. Но задумывались ли вы когда-нибудь, насколько это общение влияет на нас, и каким образом медработник может улучшить состояние пациента?

Конечно, можно сказать, что всё зависит от лекарств, которые нам назначает врач и выдаёт медсестра, но это ещё не всё, что необходимо для полного выздоровления. Ещё Сократ отмечал, что «нельзя лечить тело, не леча душу», поэтому медсестре нужно учитывать роль слова и психологической обстановки в процессе бесед с больными и в ходе их лечения.

В настоящее время хорошему специалисту необходимо оказывать профессиональную психологическую помощь, с этим связана актуальность данной темы.

Цель работы: изучить роль медицинской сестры в оказании психологической помощи.

Задачи:

1.Выяснить в чём заключается психологический аспект работы медицинских сестер.

2.Узнать мнение студентов на тему важности оказания психологической помощи.

3.Исследовать приёмы и методы улучшения оказания психологической помощи.

Объект наблюдения: учащиеся группы 310А.

Теоретическая часть

Работники здравоохранения – это те люди, которые не только испытывают на себе все реальные проблемы современной общественной жизни, но и сталкиваются с самыми разнообразными проблемами своих пациентов и их родственников, что в конечном итоге обуславливает

значительную социально-психологическую нагрузку. Психологический аспект в работе медицинских сестер заключается в умении подойти к каждому больному, найти ключ к его личности, создать контакт с ним. Следовательно, чем выше уровень психологической подготовки сестры, тем выше уровень ее работы в целом.

Внимательная и грамотная медицинская сестра обратит внимание на поведение человека, на его психоэмоциональное состояние.

Роль медсестры в структуре оказания медицинской помощи чрезмерна велика. Она проводит с пациентом больше времени, чем доктор и именно ее четкие действия и профессиональное выполнение предписаний врача, ее доброжелательное, теплое отношение к больному оказывают на него психотерапевтическое действие.

Практически трудно провести грань между физическим уходом за больным и психологическим воздействием на него в ходе этой деятельности.

Передача информации в процессе общения осуществляется как с помощью слов - вербально, так и без слов, невербально — с помощью жестов, мимики, походки, позы, интонации и т.д. Для практической деятельности медсестры характерна своя специфика вербального общения. К вербальным навыкам общения, которыми должна владеть медсестра, можно отнести искусство слушать. Умение слушать в отличие от способности просто слышать предполагает наличие определенной дисциплины, требует определенных усилий. Если человек понимает, что он был услышан мучавшие его страхи и беспокойство исчезают, спадает внутреннее напряжение, то есть достигается одна из важнейших задач психологии обращения с больными — рассеивание страхов и беспокойства.

Кроме факта деятельности сестры по оказанию помощи, больному важно и как она это делает, т.е. стиль ее работы. Большую роль в создании контакта с пациентом играет учет всех оттенков его поведения. Жесты, мимика, характер речи, ударение в разговоре могут быть средствами выражения самых различных эмоций. Точно так же больные по выражению

лица персонала, улыбке, голосу читают их мысли и часто с тревогой ожидают прихода сестры, чтобы понять по ее мимике, что его ждёт. По тому, как сестра оправит постель больному, измерит артериальное давление или сделает инъекцию, какую эмоциональную окраску примут ее действия, больной будет судить о степени ее заботы о нем, внимании к себе.

Практическая часть

Для того, чтобы узнать мнение студентов о важности оказания психологической помощи я решила провести опрос, состоящий из 3 вопросов.

1. Влияет ли отношение медперсонала к пациенту на его выздоровление?
2. По вашему мнению пациенты обращаются в лечебные учреждения только для того чтобы повысить только своё физическое здоровье, а психическое здоровье не так важно?
3. Как вы считаете необходимо ли медсестре оказывать психологическую помощь пациентам?

Исходя из результата опроса, был сделан вывод о том, что студенты понимают значимость психологической помощи и готовы оказывать её пациентам. Поэтому, было принято решение найти приёмы и методы улучшения оказания психологической помощи.

Обучение оказанию психологической помощи должно начинаться в учебном заведении так, например, в нашем колледже уже с первых курсов рассказывают о важности психологического аспекта в технологии оказании медицинских услуг. В дальнейшем сами медработники должны изучать современную литературу по общению с пациентами и их родственниками.

Немаловажно и состояние самого работника, так как медицинский труд характеризуется высоким эмоциональным напряжением. Именно поэтому вопросы здоровья и благополучия медицинских работников являются важными основами эффективной деятельности сферы здравоохранения.

Заключение

Наличие психологической подготовки медицинского работника и изучение психологии в системе среднего медицинского образования способствуют существенному повышению качества лечения пациентов и подготовке высококвалифицированных специалистов, способных целенаправленно передавать свой опыт другим, что рассматривается в современном обществе как наиболее значимая ценность, формирующая фундамент развития психологически здоровой личности, смело смотрящей в будущее.

Список литературы:

1. Журнал Международный студенческий научный вестник. (сетевое издание) – 2023. – Участие медицинских сестер в профилактике нарушений психического здоровья.

2. Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие»/(специальный выпуск : Роль сестринского персонала в выявлении психологических проблем пациентов терапевтического профиля - Гринёв Виктор Валерьевич. Ессентукский филиал ГБОУ ВПО СТГМУ Минздрава России, г.Ессентуки, Россия) www.humjournal.rzgmu.ru

3. Обуховец Т. П. Основы сестринского дела: Практикум Ростов-на-Дону «Феникс» 2020

4. https://eduherald.ru/ru/article/view?id=21113

5. https://www.freepapers.ru/18/psihologiya-sestrinskogo-dela/277136.1804684.list2.html

САНАТОРНО-КУРОРТНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ РЕГИОНА КМВ КАК ГОСПИТАЛЬНАЯ БАЗА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Руководитель:
преподаватель Гордиенко Т. А.
студент Запорожский И.

Курорты Кавказских Минеральных вод имеют богатую историю, собственные выработанные научные традиции реабилитации в мирное время, но и всегда стояли на страже здоровья людей в военное время.

В годы Великой Отечественной войны Орджоникидзевский (с 12 января 1943 года – Ставропольский) край, располагавший широкой сетью санаториев и курортов, стал крупнейшей госпитальной базой страны. Регион Кавказских Минеральных Вод отличался от других тыловых баз страны, так как здесь социально-экономические ресурсы дополнялись уникальными природно-климатическими и бальнеологическими факторами для организации массового приема и лечения тысяч раненых и больных военнослужащих.

В 1941 году была развернута сеть госпиталей на Кавминводской группе. В состав госпиталей КМВ № 3178, 3180, 2437 и других входили учреждения: санатории имени Семашко, «Скала», «Ялта», «Метро», курортные поликлиники, турбазы, гостиницы «Эльбрус», «Нарзан», Гранд-отель, клуб «Медсантруд» и «Динамо», педучилище и другие.

15 июля 1941 года на суженном заседании исполкома Орджоникидзевского краевого совета депутатов трудящихся принято решение о развертывании дополнительной сети эвакогоспиталей по краю. С этой целью был составлен список санаториев и домов отдыха, отводимых под эвакогоспитали: по городу Кисловодску – 45 учреждений на 15 585 коек, по городу Ессентуки – 17 учреждений на 4 485 коек, по городу Железноводску – 11 учреждений на 2 890 коек, по городу Пятигорску – 12 учреждений на 2 700 коек. Всего по санаториям – 25 940 коек. Также необходимо было провести дополнительное развертывание эвакогоспиталей за счет больниц (14 наименований) на 1275 коек. К 20 августа 1941 года на Кавказских Минеральных Водах было открыто 47 госпиталей на 38034 койки.

В годы оккупации проводилась эвакуация ходячих больных, начальников госпиталей и части медицинского персонала. С лежачими

больными должны были оставаться комиссары госпиталей и ожидать дальнейшей эвакуации. Необходимо было передвигаться пешком по маршруту: Юца, Этока, Нальчик. На подводы грузили хирургические инструменты, перевязочные материалы, медикаменты, продовольствие. Так, 05 августа 1942 года из эвакогоспиталя №2153 города Ессентуки было вывезено 530 больных, осталось в эвакогоспитале – 150 «костыльных больных» и 50 лежачих больных для обслуживания которых, был оставлен весь обслуживающий их медицинский персонал во главе с начальниками отделений. Легкораненые вывозились в город Нальчик, откуда на эшелонах, часть из них отправлялась в Махачкалу, а часть по Военно-Грузинской дороге в Грузию, где их принимали в госпитали. Не эвакуированные с санитарным поездом, раненые эвакуировались на гужевом транспорте и автотранспорте, проходивших через Ессентуки воинских частей. Тяжелые больные, которые не могли быть эвакуированы, временно размещались в квартирах сотрудников госпиталей.

После оккупации в крае была организована работа по скорейшему восстановлению и организации работы в госпиталях для приема и лечения больных и раненых.

По данным на 01 сентября 1943 года в городе Кисловодске был развернут 21 эвакогоспиталь на 12000 коек. На 21 госпиталь было организовано: 8 центральных операционных для сложных операций, 16 рентген кабинетов, 17 лабораторий, 17 электрокабинетов, 17 зубных кабинетов. Также работало 19 физиокабинетов.

В эвакогоспиталях велась статистика по хирургической работе за 1943-1944 годы, в результате которой, в госпиталях Кисловодска прошло лечение 51926 человек. Также больным оказывались другие виды медицинской помощи, такие как электротерапия, ЛФК, массаж, грязевые аппликации, парафинолечение, свето- и гидротерапия.

Медицинский персонал госпиталей занимался лечением не только ранений, полученных в боях, но хронических заболеваний желудочно-

кишечного тракта, болезней глаз, ревматизма, болезней органов дыхания. За время лечения солнцем в эвакогоспитале № 4023 через солнцеплощадку прошло 325 человек. Решался вопрос об организации полноценного питания с учетом содержащихся в пищевом рационе витаминов, которые, обладая лечебными свойствами, оказывали благоприятное воздействие и способствовали скорейшей поправке пациентов.

Для ускорения процесса заживления ран, предупреждения С-гиповитаминоза раненым в течение всего периода выздоровления рекомендовалось вводить не менее 0,1 грамма чистого витамина С. При его отсутствии, необходимо было заменить продуктами, содержащими данный витамин. Рекомендовалось использовать настой из шиповника, мандаринового листа, ореховой пасты, черемши, лука, горошка зеленого, вводить в рацион помидоры, томатный сок, дыню, смородину. Государственным бальнеологическим институтом на КМВ в помощь эвакогоспиталям была разработана «Инструкция по организации местного грязелечения в эвакогоспиталях на КМВ».

За годы войны через госпитали Северо-Кавказского военного округа прошло – 1 351 142 человека.

Список литературы:

1. Госпитальная база в годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.). Государственный архив Ставропольского края. Ф.Р-3063, оп.3, д.20, л.3-87.http://www.stavarhiv.ru/deyatelnost/vystavki/virtualnaya-istoriko-dokumentalnaya-vystavka-skvoz-gody-govorit-vojna-posvyaschennaya-80-letiyu-nachala-velikoj-otechestvennoj-vojny-1941-1945-gg Дата обращения 26.03.2023Дата обращения 02.03.2023.

2. Линец С. И. Формирование госпитальной базы в городах-курортах Кавказских Минеральных Вод в первый год Великой Отечественной Войны // Былые годы.- 2019. № 3 (13)- С. 54-63.

3. Оккупация и освобождение: Кавказские Минеральные Воды в годы Великой Отечественной войны //«СЕВЕРНЫЙ КАВКАЗ - МЕДИА»https://kavtoday.ru/article/6408Дата обращения 27.03.2023

И ДО КОНЦА МЫ ПОМНИТЬ БУДЕМ ПРО ПОДВИГ ТОТ В СОРОКОВЫХ

Руководитель: преподаватель первой квалификационной категории Глушкова И.А., студентка: Акбашева Д.

Сохранение памяти о таком значительном событии, как Великая Отечественная война 1941-1945 года – важнейшая политическая, нравственная, культурная задача.

В народной памяти это событие занимает значительное, особое место, так как практически каждая семья чтит память о своем герое – участнике тех драматических событий. Поэтому можно сказать, что Великая Отечественная война отражается не только в нашем сознании, но и в наших сердцах.

Наше поколение имеет представление о событиях того времени через «живую память»: рассказы участников боевых действий, письма с фронта, встречи с ветеранами войны и тружениками тыла. Мы узнаем о событиях тех времен через изучение истории Отечества, через прочтение художественной и документальной литературы, посещение музеев, просмотр кинофильмов, посвященных Великой войне.

Чем дальше во времени мы уходим от мая 1945 года, тем полнее и всестороннее предстают свершения советского народа, его вооруженных сил в Великой Отечественной войне.

В память о событиях того времени, во многих городах и селах нашей страны установлены памятники героям войны, в их честь названы улицы и площади, воздвигнуты мемориальные комплексы.

Так, например, более 55 лет назад, 8 мая 1967 года, у Кремлевской стены на могиле Неизвестного солдата был зажжен Вечный огонь в память о героях, павших в годы Великой Отечественной войны.

Не является исключением и наш город, Кисловодск, который стал госпитальной базой и вернул в строй десятки тысяч солдатских жизней.

Чтобы узнать, насколько молодежь сегодня интересуется событиями того времени, было проведено исследование в рамках социологического опроса. В нем приняли участие студенты различных учебных заведений Ставропольского края и Российской Федерации: Карачаево-Черкесского медицинского колледжа, Ставропольского Государственного Медицинского университета, Первого Московского государственного университета им. Сеченова и др.

Однако, тема войны интересует многих людей, живущих в других государствах, но бывших когда-то частью одной большой страны – Союза Советских Социалистических Республик: Грузии, Азербайджана, Казахстана, Узбекистана. В исследовании так же приняли участие граждане других стран: Германии, Турции и Индии.

В общей сложности в социологическом опросе приняли участие 115 человек. Участникам исследования были предложены следующие вопросы:

1. В какой период времени проходила Великая Отечественная война?
2. Откуда вы узнаете информацию о Великой Отечественной войне?
3. Есть ли у вас интерес к тематике Великой Отечественной войны?
4. Назовите фамилию героя Великой Отечественной войны.

На вопрос, когда была Великая Отечественная война 85% дали правильный ответ, а 15% затруднились с ответом, так как они знают о Второй мировой войне и не выделяют из нее период 1941-1945 годов.

Если говорить о поиске информации о событиях Великой Отечественной воны, то 15% отдали предпочтение книгам, 16% - рассказам в семье, 8% - фильмам и 61% - образовательным учреждениям

На вопрос есть ли у вас интерес к Великой Отечественной войне, в разных возрастных группах ответы распределяется по-разному: если в старшем поколении фактически отсутствуют те, кого война не интересует, то в младших поколениях таких насчитывается намного больше.

Как объясняет ряд ученых, что одной из главных причин интереса к Великой Отечественной войне является её значимость для каждой семьи. Особенно это ощущают представители старших поколений, у которых бабушки, дедушки воевали, были военными врачами, или же несли тяжелую ношу тружеников тыла. И отрадно слышать, что большая часть представителей младшего поколения осознает значение подвига каждого, кто участвовал в военных действиях, день и ночь стоял у станков, сеял хлеб, понимая, что именно от наших предков зависело будущее страны.

И на вопрос «Назовите фамилию героя Великой Отечественной войны, участники опроса писали в основном своих родственниках. Это говорит о том, что они чтят память о тех, кто подарил им сегодняшнюю мирную жизнь.

Для меня Великая Отечественная война – это самое страшное событие XX века в истории нашей страны. Невозможно описать словами заслуги тех, кто принес нам Победу и вновь смог вернуть мирное время и небо над головой. В нашей семье все с большим уважением относятся к Ветеранам Великой Отечественной войны, Георгиевским лентам и Великому празднику весны, празднику Победы!

Подводя итоги всему выше сказанному, можно сделать вывод о том, что наше и будущее поколение является главным хранителем прошлого тех, кто защищал страну и сохранил мир на нашей земле. Именно поэтому наш долг, всего нашего народа суметь пронести память о великих подвигах наших прадедов, бережно сохранить ее для будущего поколения.

Список литературы:

1.Имамутдинова Флюра Ришатовна. «Я помню, я горжусь - сохранение культурно-исторической памяти о войне в обыденном мире». Текст научной

статьи по специальности «История и археология» (Электронный ресурс) https://cyberleninka.ru/article/n/ya-pomnyu-ya-gorzhus-sohranenie-kulturno-istoricheskoy-pamyati-o-voyne-v-obydennom-mire
2.Студенческий научный форум https://scienceforum.ru/2011/article/2011000612
3.Проблемы сохранения исторической памяти о событиях Второй мировой / и Великой Отечественной войны https://infourok.ru/problemy-sohraneniya-istoricheskoj-pamyati-o-sobytiyah-vtoroj-mirovoj-i-velikoj-otechestvennoj-vojny-5616253.html

ЗНАЧИМОСТЬ ВИТАМИНА Д В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Руководитель:
преподаватель Жукова В.О.
студентка Алиасхабова А.

Витамин D — группа биологически активных жирорастворимых веществ. Главной их функцией является регуляция обмена кальция и фосфора, клеточного деления и синтез некоторых гормонов. Витамин D помогает организму усваивать кальций и фосфор, которые необходимы для роста костей.

При нехватке витамина D может развиваться рахит — тяжелая патология скелета, связанная с нарушением отложения кальция в детских костях. Профилактика этого состояния — это прием добавок, содержащих витамин D малышами.

Рахит-это заболевание детей раннего возраста, обусловленное дефицитом витамина Д и сопровождающиеся нарушением фосфорно-кальциевого обмена, костеобразования, минерализации костей, врач может порекомендовать масляный или водный раствор витамина D, применяется Аквадетрим по 1 капле каждый день (500 МЕ) Капли витамина D являются обязательными до достижения возраста 12 месяцев, за

исключением случаев, когда дети получают достаточный объём молочной смеси с содержанием витамина.

Причины: 1. дефицит солнечного облучения и прогулок на свежем воздухе 2. пищевые факторы: a. дети, находящиеся на искусственном вскармливании неадаптированными смесями, b. дети, длительно находящиеся на молочном вскармливании и не получающие вовремя прикормов c. дети, получающие преимущественно вегетарианские прикормы (каши, овощи) и не получающие вовремя в достаточном количестве животных белков и жиров 3. перинатальные факторы: a. многоплодная беременность b. Недоношенность.

У детей рахит проявляется широким спектром симптомов:

Нарушение развития костей ног: позднее начало самостоятельной ходьбы, О-образное или Х-образное искривление ног

Нарушение развития зубов: позднее прорезывание, неправильный порядок прорезывания, нарушение прикуса, раннее выпадение молочных зубов, кариес.

Нарушение формирования черепа: позднее зарастание родничка, вытянутая форма черепа, высокий лоб.

Нарушение развития мышц: утомляемость (ребенок быстро просится на руки), мышечная слабость (грудничок плохо держит голову, с трудом переворачивается и садится).

Неврологические нарушения: беспокойство, капризность, беспричинный плач, плохой сон, повышенная потливость.

Другие патологии: например, деформированная грудная клетка, выпуклый живот, утолщения на ребрах и руках, выпадение волос, нарушения функции внутренних органов.

Есть целая группа продуктов питания, которые являются хорошими источниками витамина D. Это могут быть готовые детские каши, молочные смеси и пюре, обогащенные этим веществом. После года питание детей должно включать жирную морскую рыбу, молочные продукты и яйцо,

особенно яичный желток. Если малышу требуются дополнительные источники витамина D, врач может порекомендовать масляный или водный раствор витамина D,применяется Аквадетрим по 1 капле каждый день (500 МЕ) Капли витамина D являются обязательными до достижения возраста 12 месяцев, за исключением случаев, когда дети получают достаточный объём молочной смеси с содержанием витамина.

Витамин D играет большую роль в процессе зачатия, влияет на развитие успешной и здоровой беременности. Его роль в прегравидарной подготовке является значительной.

Роль витамина D для женщин, планирующих беременность:

• положительно влияет на вероятность наступления и развития здоровой беременности;• благотворно влияет на вынашивание беременности, снижает риски выкидыша;• способствует успешности лечения бесплодия.

Мною было проведено анкетирование среди акушерок 1-го,4-го курсов

Всего было 2 вопроса

1-Знаете ли вы о пользе витамина Д?

2-Принимаете ли вы витамин Д?

1 курс

из 50человек ответили:

1вопросДа-35,Нет-15. 2вопросДа-15,Нет-35

4 курс

Из 50человек ответили:

1вопросДа-50,Нет-0. 2 вопросДа-30,Нет-20

Особое значение недостаток витаминов у военнослужащих приобретает в экстремальных условиях несения службы. Известно, что в такие периоды одной из наиболее уязвимых категорий населения являются дети, и охрана их здоровья и жизни стала первоочередной задачей врачей-педиатров.

Статистическими данными мы не владеем, так как процесс миграции только начался. Находится на начальной стадии, но мы можем дать рекомендации по профилактике рахита, они следующие:

1- Направление на Кавказа

2- Лечение в санаториях

3- Длительное пребывание на свежем воздухе;

4- Полноценное и сбалансированное питание

5- Прием витаминов, микроэлементов и макроэлементов

6- сдать анализы на б/х крови

Нормы до 18 лет:< 20 нг/мл – дефицит. 20–30 – недостаточность 30–100 – адекватный уровень. > 100 – возможен токсический эффект

7- Прием повышенной дозы витамина D лицам входящих в группы риска

8- грудное вскармливание ребёнка, а при его невозможности — применение адаптированных смесей;

9- приём кормящей мамой поливитаминных препаратов по назначению врача;

10- обеспечение активного двигательного режима малышу, проведение гимнастики, массажа;

11- своевременное введение прикорма;

12- подбор оптимального режима дня, закаливание и достаточное пребывание ребёнка на свежем воздухе.

Список литературы:

1.Шабалов Н.П. Детские болезни-СПБ : ПитерКом. Том 1,2 2021

2.Справочник педиатра под ред. В.О.Быкова, А.С.Калмыковой Ростов-на-Дону «Феникс» 2020г. – 441с.

3.Национальное руководство по неонатологии под ред. академика РАН профессора Н.Н.Володина, Москва «ГЭОТРА – Медиа» 2019г. – 427с.

4. Почивалов А. В. Детские болезни: учебное пособие. — Воронеж: ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н. Н. Бурденко Минздрава РФ», 2020 — 272 с.

АДСОРБЦИОННЫЕ СВОЙСТВА АКТИВИРОВАННОГО УГЛЯ

Руководитель: преподаватель
высшей квалификационной
категории Коджакова С.З.
студентка Живолуп В.

5 июня 1785 года, Товий Егорович Ловиц -российский учёный-химик, академик Санкт-Петербургской Академии наук с 1793. открыл явление адсорбции углём, подробно исследовал его и предложил использовать уголь для очистки фармацевтических препаратов, органических соединений. Т.Е. Ловиц показал, что древесный уголь способен быстро очищать испорченную воду и делать ее пригодной для питья.

Заслуженный деятель науки РСФСР , Герой Социалистического Труда - российский химик- Николай Дмитриевич Зелинский в 1915 изобрел первый эффективный противогаз с активированным углем, подготовленным особым способом, с повышенной адсорбционной способностью.

Актуальность работы: явление адсорбции лежит в основе многих биологических процессов протекающих в организме.

Предмет исследования: адсорбционные свойства активированного угля.

Гипотеза: активированный уголь действительно обладает необычными свойствами поглощения веществ из газообразной среды или раствора .

Цель: исследовать адсорбционную способность активированного угля.

Задачи:

1. Изучить литературу по данному вопросу.
2. Выяснить чем обусловлена высокая адсорбционная способность активированного угля.
3. Предложить ряд рекомендаций по использованию адсорбционной способности активированного угля в быту.
4. Определить экспериментальным путем адсорбционную способность активированного угля.

Адсорбционная терапия широко применяется в современной медицине как мощный способ детоксификации организма при отравлениях , а также

при лечении целого ряда заболеваний: туберкулеза, бронхиальной астмы ,. СПИДа, острой почечной и печеночной недостаточности и других видов патологии.

Активированный уголь — пористое вещество, которое получают из различных углеродосодержащих материалов органического происхождения: древесного угля , каменноугольного кокса, нефтяного кокса, скорлупы кокосовых орехов и других материалов.

Активированный уголь с точки зрения химии – это одна из форм углерода с несовершенной структурой. Активированный уголь на 87-97 % по массе состоит из углерода, также может содержать водород, кислород, азот, серу и другие вещества. По своему химическому составу активированный уголь сходен с графитом, материалом, используемым в обычных карандашах. Активированный уголь, алмаз, графит – все это формы углерода, практически не содержащие примесей.

Активированный уголь содержит огромное количество пор и поэтому имеет очень большую удельную поверхность на единицу массы, вследствие чего обладает высокой адсорбционной способностью. В зависимости от технологии изготовления, 1 грамм активированного угля может иметь поверхность от 500 до 1500 м².

Вследствие этого он обладает хорошей поглотительной (адсорбционной) способностью. Способность поглощать какие-либо вещества из газообразной среды или раствора поверхностным слоем жидкости или твердого тела (адсорбентом) называется адсорбцией. Именно высокий уровень пористости делает активированный уголь «активированным». Эти поры как раз и придают активированному углю его свойства – поры способны поглощать и удерживать в себе другие вещества.

В настоящее время активированный уголь выпускается в 4 формах: гранулированный - частицы размером от 0,1 до 5 мм ,порошковый - имеет частицы размером менее 0,1 мм, экструдированный - выпускается частицами в форме цилиндров диаметром от 0,8 до 5 мм, ткань, пропитанная

активированным углем, применяются для очистки газов и воздуха в автомобильных воздушных фильтрах.

Активированный уголь нашел широкое применение в:

- медицине: для очистки организма от каких-либо вредоносных веществ, при разных отравлениях и диарее;

-при очистке воды: для эффективного удаления из воды ряда органических и неорганических примесей;

-металлургической, горнодобывающей, атомной промышленности.

Экспериментальная часть

Адсорбция активированным углем различных веществ из растворов

В химический стакан, мерным цилиндром отмерили по 5 мл 0,01% растворов – сульфата меди, йода. В каждый стакан внесли по 0,25г растертого активированного угля. После взбалтывания через 5-10 минут смеси отфильтровали через обычные фильтры.

Вывод: чем прозрачнее и светлее жидкость, тем лучше произошла адсорбция.

Адсорбция кувшином «Аквафор» холодной воды из крана

В белую чистую миску, налили холодную воду из крана. Вода прозрачная но с примесью ржавчины. Перелили часть воды в кувшин с картриджем, а часть оставили как контрольный образец. После того как, вода была отфильтрована кувшином «Аквафор», перелили воду в чистую белую миску и сравнили полученный образец из фильтра с начальным образцом из крана.

Наблюдение: образец из фильтра прозрачный, без видимых загрязнений.

Вывод: активированный уголь, находящийся в фильтре справился со своей задачей по очистке воды от видимых загрязнений, т.е. ржавчины.

Адсорбция активированным углем краски гуашь

В воде растворили красную гуашь и помешали активированный уголь, засекая время, когда начнёт происходить обесцвечивание (адсорбент будет поглощать краситель).

Наблюдение: образец воды, подкрашенный красной гуашью, после действия адсорбента стал намного светлее.

Вывод: активированный уголь справляется с процессом очистки воды от примесей. Так как раствор был сильно концентрированный, то очистка была не на 100%.

Адсорбция активированным углем дыма

В колбу поместили несколько таблеток активированного угля. С помощью горящей лучины наполнили емкость дымом, закрыли пробкой.

Примерно через 50-60 секунд таблетки полностью поглотили дым в колбе.

Выводы:

- Активированный уголь обладает адсорбционной способностью впитывать в себя газообразные вещества;
- Использование угля, имеющего маленькие размеры частиц, является причиной более быстрой адсорбции, так как адсорбируемые молекулы получают прямой доступ к микропорам.

Список литературы:

1.Глинка, Н.Л. Общая химия : учеб. пособие / Н.Л. Глинка. - Изд.стер. - М. : КНОРУС, 2019

2.Доронькин В.Н. , А.Г. Бережная ., Общая химия , Легион, Ростов- на-Дону, 2019г.

3. Химия в школе. Научно – методический журнал.

4. Занимательные задания и эффектные опыты по химии Б.Д.Степин «Дрофа», 2022 г.

КАК МЕНЯЕТСЯ ПСИХИКА ЧЕЛОВЕКА, ВЕРНУВШЕГОСЯ ИЗ ЗОН БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Руководитель:
преподаватель Крошкина С.Г.
студентка: Шувера А.

Что происходит с психикой человека после войны. Стресс

Научный термин "стресс" уже давно вошел в обиходный язык: о стрессе пишут в популярной и художественной литературе, ищут способы, как избежать стресса, как снять стресс. Однако мало кто различает, что есть стресс, который называется травматическим, возникающем у человека, который пережил нечто выходящее за рамки обычных напряженных ситуаций.

У военнослужащих, принимавших участие в вооруженных конфликтах, чаще всего наблюдается тревожное расстройство, тяжелое психическое состояние из-за испытаний, переживания тяжелой психотравмы или серии психотравм. На войне человек не только является свидетелем насилия, но и его активным участником; и то, и другое служит источником травматических переживаний.

Человек находился под угрозой выживания, поэтому возникла естественная для организма биологическая реакция - страх за жизнь. Человек жил на пределе выносливости. Это состояние затрагивает личность настолько сильно, что начинает проявляться повышенная тревожность, отчаяние, что приводит к возникновению депрессии, приступов паники, психозов и многих других проявлений расстройств психики.

Боевая травма - это психическая травма, которая спровоцирована действием длительных или коротких по времени факторов боевой обстановки. Статистика показывает, что военные, испытавшие боевой стресс в 17,5% случаев имеют проявление посттравматического расстройства с вариантами агрессивного поведения. У человека может проявляться и пограничное расстройство личности, которое сопровождается периодами напряжения, нестабильного настроения, измененного ощущения самого себя, невозможность контролировать свой гнев.

Проявления посттравматического стрессового расстройства у участников военных действий.

Это тяжелое стрессовое расстройство проявляется следующими симптомами:

- Тревожные воспоминания о травматическом или стрессовом событии постоянно преследуют человека (яркие картинки из прошлого). Он постоянно переживает травмирующее событие, не планирует будущее и живет только прошлым. Интерес к жизни теряется, появляется отстраненность без эмоций печали и радости.
- Человек стремиться избегать мыслей, мест, запахов, звуков, разговоров, людей, которые напоминают о травмирующем событии или связаны с ним.
- Человека мучают тревожные сны на тему прошедших событий.
- Появляется негативизм, подозрительность, нервозность, вспышки гнева.
- Наблюдается искажение – вплоть до полной его потери.

Кроме самих участников боевых действий, страдают их семьи – жены и дети. Разлука ребенка даже с одним родителем – это стресс, влияющий на развитие личности, имеющие негативные отдаленные последствия. Супруги комбатантов (принимающих участие в боевых действиях) могут страдать от невротических и аффективных расстройств, связанных как с риском гибели близких в вооруженных конфликтах, а также от негативных последствий ПТСР у родственников.

Лечение посттравматического синдрома у военных

Лечение боевой психической патологии, в том числе и ПТСР - это комплекс мероприятий. Специально разработанная программа состоит из осмотров и консультаций врачей, подбора медикаментозной терапии, курса из индивидуальной и групповой психотерапии, психообразовательных занятий. Важное место в этой программе занимают индивидуальные консультации психологов, индивидуальные и групповые

психотерапевтические сессии, групповые психокоррекционные занятия, а также консультации различных врачей-специалистов, таких как психиатр, нарколог.

Участие в этой программе позволяет уменьшить риски развития посттравматического синдрома у мобилизованных, ряда негативных последствий дезадаптации, таких как алкоголизм, наркомания, суициды, разводы, конфликты в семьях и на работе.

По назначению врача в сложных случаях для уменьшения тревожности, депрессии, приступов гнева могут быть показаны антидепрессанты, антипсихотические препараты, стабилизаторы настроения.

Неподготовленное, стихийное столкновение участников локальных военных конфликтов с реалиями мирной жизни чревато усилением их психотравматизации и манифестаций посттравматических стрессовых расстройств.

Список литературы:

1. Знаков В.В. «Понимание воинами-интернационалистами ситуаций насилия и унижения человеческого достоинства»2022г.

2. Знаков В. В. «Психологический журнал»2021г.

3. Солдатенков Н. «Война, которую не могут забыть» 2022г.

4. https://livrezon.com/publication/kak-menyaetsya-psihika-cheloveka-vernuvshegosya-s-voiny

5. https://odobrovo.ru/muzhchina-posle-voyny/

МЕДИЦИНСКАЯ СОРТИРОВКА И ТРАНСПОРТИРОВКА В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ МИРНОГО ВРЕМЕНИ

Руководитель: преподаватель
первой квалификационной
категории Крылова А.В.
студентка Хасанова В.

Особенностью чрезвычайных ситуаций с массовым поражением людей: аварий, катастроф, стихийных природных бедствий, террористических актов

и т.п. Является одномоментное появление большого количества пострадавших. При возникновении крупномасштабных ЧС может сложиться обстановка, характеризующаяся большим числом безвозвратных и санитарных потерь среди населения, в том числе медицинского персонала, санитарно-эпидемиологическим неблагополучием и потерями медицинских сил и средств.

Опыт проведения тренировок и учений в лечебных учреждениях показал недостаточный уровень знаний и умений медицинских работников по действиям в ЧС, в том числе по организации и проведению медицинской сортировки при поступлении большого количества пострадавших. Данная статья предназначена для организации действий медицинских работников в ЧС, когда прибытие дополнительных сил и средств отсрочено на несколько часов. Ряд повреждений может привести к летальному исходу если своевременно не оказать помощь.

По статистике летальный исход от момента поражения и через час, по степени тяжести подразделяют:

Травма	Тяжелые/ час	Крайне тяжелые/час
Нейрохирургия	1-2	0,5-1
Ожоговая травма	3-4	1-2
Скелетная травма	3-4	1-2
Общая хирургия	7-8	3

Медицинская сортировка является одним из основных принципов медицины катастроф, основанном на необходимости оказания медицинской помощи в максимально короткие сроки возможно большему количеству пострадавших, имеющих шанс выжить. Этот принцип отличается от установки на оказание помощи единичным пораженным, с которой чаще всего и сталкивается гражданская медицина.

Описывая картину переполненных ранеными перевязочных пунктов в Севастополе, Н.И.Пирогов писал: "Если врач в этих случаях не предположит себе главной целью прежде действовать административно, а потом уже

врачебно, то он совсем растеряется и ни голова его, ни руки не окажут помощи". Гениально простой принцип «пироговской» сортировки применяется практически во всех армиях мира.

Цель сортировки состоит в том, чтобы обеспечить пораженным своевременное оказание медицинской помощи и рациональную транспортировку и эвакуацию.

Медицинская сортировка и транспортировка начинается в догоспитальный период с момента оказания первой помощи на месте ЧС и продолжается за пределами зоны поражения после транспортировки. На госпитальном этапе – при поступлении пораженных в приемно-сортировочное отделение медицинского учреждения для получения ими полного объема медицинской помощи и лечения до конечного исхода.

Первая бригада, прибывшая на место происшествия, становится ответственной и работает по принципу «ОБЛДМ»

О – обзор (быстрая оценка масштаба происшествия);

Б – безопасность (обеспечение безопасности персонала на месте происшествия);

Л – лечение (экстренная помощь пострадавшим с угрожающими состояниями);

Д – доклад (обратная связь с руководителями);

М – мероприятия (определение приоритетов, экстренная помощь, транспортировка).

Результаты медицинской сортировки фиксируются с помощью сортировочных марок, а также записи в первичной медицинской карточке пораженного, истории болезни. Сортировочные марки в виде цветных лент или бумажных полосок прикрепляют к одежде пораженного (больного) на видном месте булавками или специальными зажимами.

При отсутствии сортировочных марок применяют визуальное выделение пострадавших путем их обозначения (маркировки) цветом. Вы можете воспользоваться губной помадой, маркером, фломастером. Надпись

следует нанести на хорошо заметном месте тела пострадавших, чаще всего это лоб. Обозначения на марках служат основанием для направления пораженного (больного) в то или иное функциональное подразделение и определения очередности его доставки.

Напишите буквы в зависимости от степени тяжести:

Ч (черный),К (красный),Ж (желтый),З (зеленый)

Сортировка массового количества пострадавших:

1. Черная: смерть, необратимые травмы. Черную метку можно применять только в том случае, если Вы на 100% уверены и проверили признаки смерти. Если сомневаетесь, то лучше применить красную метку. По прибытию в стационар: морг (погибшие и умершие при транспортировке).

2. Красная: угрожающие жизни повреждения, необходимо экстренное вмешательство для спасения жизни пострадавших. По прибытию в стационар: отделение неотложной помощи (реанимация).

3. Желтая: требуется срочная медицинская помощь. Необходимо тщательное медицинское наблюдение. В течение нескольких часов возможно ухудшение состояния. По прибытию в стационар: профильное или реанимационное отделение.

4. Зеленая: на момент осмотра состояние стабильное, требуется незначительная медицинская помощь или медицинское наблюдение в течение определенного периода времени. По прибытию в стационар: амбулаторное отделение (поликлиника).

Примерный расчет количества бригад СкМП, необходимых для эвакуации пострадавших.

Эффективный минимум:

- на 3-х пострадавших – 2 бригады СкМП;
- на 5-х пострадавших – 3 бригады СкМП;
- до 10 пострадавших – на каждые 5 человек по 3 бригады СкМП;
- до 50 и более – на каждые 10 человек по 5 бригад СкМП.

Список литературы:

1. С.Ф. Гончаров Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва, 2022.
2. Барачевский Ю.Е., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Медицина катастроф. Архангельск, 2007.
3. С.Ф. Горячев Безопасность жизнедеятельности и медицина катастроф Ростов –на- Дону 2006г.

ВЕРТИКАЛЬНО ИНТЕГРИРОВАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ (ПЛАТФОРМА ВИМИС) И ЦЕНТРАЛИЗОВАННЫЕ СИСТЕМЫ/ПОДСИСТЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ СУБЪКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Руководитель:
преподаватель первой
квалификационной категории
Кубанова Д.А.
студентка Джумагельдиева С.

Что такое вертикально-интегрированные медицинские информационные системы ВИМИС - это информационно-аналитическая система, предназначенная для управления клиническими медицинскими службами по профилям медицинской помощи, включая блоки управления и организации медицинской помощи, качества оказания медицинской помощи, а также вовлеченности пациентов в мониторинг собственного здоровья.

При внедрении полного объёма функциональности ВИМИС позволит не только в режиме реального времени управлять качеством медицинской помощи в разрезе любого территориального деления (от конкретной больницы и района до федерального округа, и страны в целом) и каждой нозологии, но и пользоваться прогностическими моделями развития ситуации в зависимости от оснащённости организаций кадрами, медицинским оборудованием, техникой.

Кроме того, планируется создать модели прогнозирования, которые будут использоваться при оказании медицинской помощи. К примеру, возможно будет определить, какое развитие может иметь заболевание, если вовремя не изменить схему лечения. Также прогнозами развития или возникновения заболеваний и состояний смогут в будущем пользоваться, и пациенты через систему Проблемы цифровой трансформации медицинских организаций на данный момент имеют высокую актуальность, которая обусловлена неизбежным развитием и совершенствованием системы информатизации отечественного здравоохранения.

Цифровая трансформация медицинских организаций предполагает не только на внедрение в их процессы цифровых продуктов, но и изменение подходов к принятию управленческих решений с учетом текущего уровня развития IT-технологий. Внедрение таких изменений всегда будет сопровождаться текущим уровнем технологического развития.

Задачи и вопросы информатизации в сфере отечественного здравоохранения начали решаться посредством разработки и внедрения федерального проекта создания «Единой государственной информационной системы здравоохранения» (ЕГИСЗ) (2011 г.), в ходе реализации которого должна произойти интеграция всех региональных медицинских информационных систем (МИС) в единый цифровой контур. Основные цели и принципы создания ЕГИСЗ были установлены и утверждены Приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.04.2011 г. № 364 «Об утверждении концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

Список литературы:

1. Борисов Н.А. Практика эффективного инновационного управления профилактической медициной в развитых странах. Известия Волгоградского государственного технического университета. 2019; 3(158): 54-58.

2. Владзимирский А.В., Шадеркин И.А. Телемедицина в системе ОМС: перспектива или реальность // Здравоохранение. 2018; 11:64-73

3. Кузнецов П.П., Владзимирский А.В. Виртуальный госпиталь — инновационная платформа предоставления медицинских услуг Здравоохранение. 2018; 5:66-73.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Руководитель
преподаватель Лайпанова З.Х.
студентка Газиева Л.Э-К.

В современном акушерстве одной из актуальных проблем остается не вынашивание беременности. Вопреки усилиям научного и практического акушерства частота преждевременных родов не имеет тенденции к снижению.

Преждевременные роды являются комплексной медико-социальной проблемой, связанной с решением задач по улучшению качества последующей жизни детей, родившихся недоношенными и сопряженными материально экономическими затратами. Рождение недоношенного ребенка, особенно с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ), является психологической нагрузкой для членов семьи и их окружающих, социальной нагрузкой для общества. Проблема связана с высокой стоимостью выхаживания таких детей, высокой частотой инвалидности.

Преждевременные роды — это роды, наступившие в сроки беременности с 22 до 37 недель беременности, при этом масса плода составляет от 500 до 2500 г.

В связи с переходом с января 2012 г. на стандарты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), мы столкнулись с проблемой родоразрешения в сроки с 22 недель беременности и соответственно рождения детей с ЭНМТ и ОНМТ.

В развитых странах мира частота преждевременных родов составляет от 5% до 9%, в Российской Федерации — от 6% до 15%. Преждевременные

роды являются причиной неонатальной смертности в 70%, младенческой смертности в 35% и отдаленных неврологических последствий у детей в 25-50% случаев.

Целью работы изучить акушерские и перинатальные исходы преждевременных родов.

Задачи работы:

1. изучить этиологию, клинику и диагностику преждевременных родов;
2. рассмотреть алгоритмы лечения и возможные осложнения;
3. рассмотреть особенности течения и ведения родов;

Факторами риска преждевременных родов являются как социально-демографические (неустроенность семейной жизни, низкий социальный уровень, молодой возраст), так и медицинские (ранее перенесенные аборты, преждевременные роды и самопроизвольные выкидыши, инфекции мочевых путей, воспалительные заболевания половых органов). Важную роль в возникновении преждевременных родов играет осложненное течение данной беременности, чаще всего это угроза ее прерывания. Особое место занимают инфекции, перенесенные во время беременности (ОРВИ и другие вирусные инфекции). Однако эти факторы не позволяют прогнозировать исход преждевременных родов для плода.

Клиническая классификация преждевременных родов [7]**:**

Угрожающие преждевременные роды

Начавшиеся преждевременные роды

Активные преждевременные роды

Категории недоношенных детей по массе тела

Низкая масса тела (НМТ) < 2500 г

Очень низкая масса тела (ОНМТ) < 1500 г

Экстремально низкая масса тела (ЭНМТ) < 1000 г

Профилактика преждевременных родов начинается с пропаганды здорового образа жизни и полного охвата женской консультацией всех женщин репродуктивного возраста. В женских консультациях необходимо

организовать наблюдение за беременными, выделение групп риска по преждевременным родам, следует тщательно изучать причины невынашивания беременности, своевременную госпитализацию.

Таким образом, выявление и устранение факторов риска среди всех женщин, планирующих беременность, с целью профилактики невынашивания может снизить частоту преждевременных родов.

Список литературы:

1. Анализ акушерских и перинатальных исходов при преждевременных родах / Е. Аскар, Ф. Арифова, У. Исаханова и др. // Акт. науч. исслед. в совр. мире. - 2018. - № 5-8. - С. 43-45.

2. Гурьева, В. А. Перинатальные исходы при сверхранних и ранних преждевременных родах, осложненных разрывом плодных оболочек / В. А. Гурьева, Ю. А. Шадеева, Н. В. Евтушенко // Дневник казанской мед. школы. - 2018. - № 3. - С. 142-152.

3. Каюмова, Д. Т. Перинатальные исходы при преждевременных родах / Д. Т. Каюмова, Н. С. Рахматова // Биология и интегр. медицина. - 2017. - № 2. - С. 90-96.

4. Лебедева, А. В. Особенности течения беременности и состояния плодов у рожениц со сверхранними преждевременными родами / А. В. Лебедева, О. А. Зотова, В. И. Черняева // Фундам. и клинич. медицина. - 2017. - Т. 2, № 4. - С. 27-33

ПРИМЕНЕНИЕ МХОВ РОДА SPHAGNUM В МЕДИЦИНЕ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Руководитель:
преподаватель Любавина Т.В.
студентка Бийболатова А.

Сложно переоценить вклад медиков в победу во время Великой Отечественной Войны. С началом войны встали большие проблемы. Не хватало медикаментов, перевязочных средств, средств для дезинфекции. В этой отчаянной ситуации медики проявляли невиданные чудеса трудового

героизма, изобретательности, сдавали сами кровь для раненых, использовали все возможные средства для заготовки перевязочных средств, и прибегали к народной медицине.

Виды рода Sphagnum L. – сфагны, сфагновые, торфяные, или белые, мхи имеют многовековую историю применения в практической медицине многих стран. Его издавна использовали в качестве эффективного наружного средства для лечения раневых патологий, особенно для заживления гнойных ран.

Всемирную известность торфяные мхи получили в связи с использованием их в качестве перевязочных средств.

Интерес к использованию сфагнов всегда многократно возрастал во время войн из-за недостатка перевязочных материалов и их высокой стоимости. Торфяные мхи применяли во время наполеоновских войн (1800–1814), Франко-прусской (1870–1871), Русско-японской войны (1904–1905), а также первой (1914–1918) и второй мировых войн (1939–1945).

Ботанический институт им. академика В.Л. Комарова АН СССР с 1939 г. вел активную работу по изучению сфагновых мхов. Собранный учеными Института опытный материал был передан для испытания заслуженному врачу РСФСР хирургу И.П. Виноградову.

С начала Великой Отечественной войны развернулись работы по медицинскому использованию сфагновых мхов в государственных масштабах. На заседании Хирургического общества им. Н.И. Пирогова 23.06.41 принято постановление с рекомендациями о их применении и необходимости организации сбора и заготовки для обеспечения госпиталей и больниц. Были разработаны и изданы инструкции об использовании сфагнума для перевязочных целей и правилах его заготовки.

Сфагновые мхи с успехом применяли не только для перевязок, но и для дренирования гнойных полостей, считая заменителем лигнина. Однако практика показала, что сфагнум является прекрасным всасывающим материалом, превосходящим в этом отношении вату и лигнин. За годы войны

советские медики вернули в строй 70% раненых и 90% больных воинов (всего 17 миллионов человек), для этого 5,5 млн. советских граждан 1 млрд. 700 млн. л крови. Благодаря работе медиков на советском фронте и в тылу не вспыхнули эпидемии инфекционных заболеваний. И благодаря находчивости, знаниям народной медицины, ботаники, медики в таких сложных условиях спасали жизни раненым бойцам.

Список литературы:

1. Подтероб А.П., Зубец Е.В. История применения растений рода Sphagnum в медицине // Химико-фармацевтический журнал. – 2002; 36 (4): 7–29с.

2. https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-i-perspektivy-primeneniya-sfagnovyh-mhov-v-meditsine

3. https://stom163.ru/polzainfo/1055-podvig-medikov-v-gody-velikoj-otechestvennoj-vojny.html

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Руководитель:
преподаватель Маденко О.В.
студентка Алпаутова А.

Известно, что военная эпидемиология являлась и остается одной из важнейших областей военной медицины, изучающей теорию и практику противоэпидемической защиты войск в мирное и военное время. Данное исследование было посвящено тому этапу развития военной эпидемиологии, который проходил во время Великой Отечественной войны 1941 - 1945 гг. Основное внимание при этом было уделено изучению практической стороны организации и проведения противоэпидемических мероприятий во время военных действий.

После начала войны, по причине большой, хаотичной миграции населения, проблем с водоснабжением, канализацией, санитарией и

гигиеной, сразу ухудшилась эпидемическая обстановка: стали распространяться острые кишечные заболевания и дизентерия, сыпной тиф, малярия, вирусный гепатит А, туляремия и другие инфекции.

Допустить распространение болезней было категорически недопустимо. Наркомздрав и Народный комиссариат путей сообщения СССР через неделю после начала войны издали «Положение о медико-санитарном обслуживании населения, эвакуируемого из угрожаемых районов», в котором были расписаны действия территориальных органов здравоохранения и врачебно-санитарной службы транспорта.

Постановление предписывало: привить всех прибывающих против острых кишечных инфекций «призывной контингент» и население крупных городов; своевременно диагностировать и быстро госпитализировать инфекционных больных.

При районных здравотделах создавались подвижные эпидотряды, был организован институт общественных санинструкторов. Постановление также предписывало создать чрезвычайные противоэпидемические комиссии.

20 февраля 1942 года были сформированы 200 полевых прачечных отрядов.

За противоэпидемическую работу отвечал нарком здравоохранения СССР Георгий Митерев, которого наделили чрезвычайными полномочиями. А с 1942 года борьба с инфекциями еще усилилась: в крупных лечебных учреждениях ввели должность зам.главврача по противоэпидемической работе, повышенное внимание стали уделять санитарно-просветительной работе. Всех призывников перед отправкой на фронт, обучали санэпидграмотности.

На крупных и узловых железнодорожных станциях организовали санитарно-контрольные пункты, медицинские службы частей и соединений должны были своевременно выявлять заразных больных, диагностировать заболевание, а затем изолировать и лечить больного.

Много внимания уделялось банно-прачечному и дезинфекционному обслуживанию войск и санитарно-эпидемиологической разведке, контролю санитарного состояния прибывающего пополнения, организации качественного питания, обеспечения водой, стиркой белья, обеспечением войск полевыми банями.

Подвижные эпидемиологические отряды оснащались средствами для быстрой санитарной обработки людей, одежды и имущества в эпидемических очагах.

Важной частью работы войскового эпидемиолога была санитарно-эпидемиологическая разведка, профилактика заразных болезней, а в случае появления — их ликвидация. Организовывать и проводить санитарно-эпидемиологическую разведку было важнейшим разделом работы санэпид взвода медсанбата.

Разведка должна была вовремя выявлять очаги инфекционных заболеваний в освобожденных населенных пунктах, обеспечивать локализацию очагов, предотвращать общение личного состава с заразными больными, находить пригодные к использованию источники водоснабжения, собирать сведения об эпидемическом состоянии войск противника.

Эвакуация инфекционных больных в тыловые госпитали, как правило, не допускалась: их лечение проводилось в инфекционных полевых подвижных госпиталях. Санэпидразведка также обеспечивала санитарное обслуживание войск при передвижении на железнодорожном, автомобильном, водном транспорте. Это стало особенно важным, когда войска начали продвигаться вперед.

О том, что работа военных эпидемиологов, гигиенистов и сан. служб была успешной, свидетельствуют цифры: доля инфекционных болезней в общей заболеваемости составила только 9%, из них дизентерия — 4,4%, сыпной тиф — 2,7%, брюшной тиф и паратифы — 0,6%. За годы войны вылечили 72,3% раненых и более 90% больных.

Среди мероприятий, направленных на быструю ликвидацию уже возникших эпидемических заболеваний были: раннее выявление заболевших, их изоляция на месте заболевания, диагностика и применение специфического лечения; немедленное сообщение непосредственному медицинскому начальнику и командиру о случае инфекционного заболевания, проведение по показаниям дезинфекции, дезинсекции и дератизации в очаге заболевания, эвакуация инфекционного больного и его госпитализация в специализированном лечебном учреждении или отделении в стороне от района дислокации войск и других госпиталей, эпидемическое обследование каждого случая инфекционного заболевания, а также эпидемиологическое наблюдение за контактировавшими с инфекционным больным лицами и за ликвидированными эпидемическими очагами.

Список литературы:

1. Локтев А.Е. Противоэпидемическое обеспечение некоторых крупных наступательных операций конца Великой отечественной войны. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. - № 4. - С. 59-60.

2. Острогожская Ю.А. Война без эпидемий. Как советские врачи побеждали вирусы на фронте и в тылу https://tass-ru.turbopages.org/tass.ru/s/75-letie-pobedy/8503997

3. Санитария, гигиена и эпидемиология в период Великой Отечественной войны (1941—1945 гг.) / Е. Г. Эльяшевич // Военная медицина: научно-практический рецензируемый журнал / учредитель Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет». — 2009. — № 4. — с. 150—153.https://e-catalog.nlb.by/Record/BY-NLB-br0000455978

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Руководитель:
преподаватель Меренкова Е.М.
студентка Магомедова К.

Актуальность темы работы

Одним из основных приоритетов развития отечественного здравоохранения на современном этапе является необходимость совершенствования системы медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения. Развитие современных технологий открывает новые возможности в области медицинской реабилитации. В практику внедряются новые методы и аппараты, позволяющие восстанавливать утраченные функции. Актуальной остается проблема повышения эффективности воздействия физическими факторами. Её решение осуществляется путем оптимизации воздействия, комбинированного использования физических факторов и физиотерапии на основе четкого определения прогностической эффективности при выборе методики в зависимости от течения, стадии, наличия сопутствующих заболеваний у каждого конкретного пациента.

Цель работы: рассмотреть принципы развития медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

Для достижения данной цели необходимо решить **следующие задачи**: рассмотреть этапы медицинской реабилитации; ознакомиться с понятием санаторно-курортный комплекс; выявить основные направления совершенствования медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

Согласно определению ВОЗ, реабилитация представляет собой динамическую систему взаимосвязанных медицинских, психологических, социальных и профессиональных мероприятий, едино осуществляемых и направленных на максимально возможное восстановление физического, психологического и социального статусов больного или инвалида. Основы реабилитационного направления в здравоохранении в нашей стране были

заложены еще в годы Великой Отечественной войны, когда приказом Наркомздрава РСФСР и Главного санитарного управления Красной Армии в 1943 году предусматривалась реорганизация 27 наиболее хорошо оборудованных обще хирургических госпиталей в специализированные госпитали восстановительной хирургии.

Реабилитационный подход, предусматривающий полное или частичное восстановление статуса больного, позволил вылечить и возвратить в строй за весь период войны от 50 до 70% раненых и больных. В последующие годы были созданы различные формы организации реабилитационной помощи населению: отделения восстановительного лечения на базе многопрофильных стационаров и поликлиник, консультативные и организационно-методические центры реабилитации больных и инвалидов. К решению задач реабилитации привлечены дневные стационары, санаторно-курортные организации, санатории-профилактории предприятий. В Государственной программе развития здравоохранения РФ сформулирована задача разработки и внедрения новых организационных моделей, а также поддержки развития инфраструктуры системы медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.

Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения проводится с учетом положений Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. N 1351 "Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года", национальных целей и стратегических задач развития Российской Федерации на период до 2024 года, определенных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. N 204 "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года".

Для совершенствования организации деятельности санаторно-курортных организаций, в том числе развития кадрового потенциала, необходимо принятие следующих мер:

- совершенствование нормативно-правового регулирования деятельности санаторно-курортных организаций;
- обеспечение непрерывного образования и подготовки медицинских работников в области курортного дела;
- разработка интерактивных модулей программ повышения квалификации медицинских работников в области курортного дела.
- улучшение материально-технической базы государственных и муниципальных санаторно-курортных организаций, их строительство и реконструкцию в рамках мероприятий государственной программы и государственных программ субъектов Российской Федерации.

Таким образом, развитие реабилитационного и санаторно-курортного направления предоставляет большие возможности для улучшения здоровья населения, увеличения продолжительности жизни, а главное – экономически и социально активного периода жизни, сохранения трудоспособности и снижения инвалидизации. Для этого необходимо не только разработка и внедрение новых организационных моделей медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, но и широкое использование во врачебной практике уже существующих методов и программ реабилитации, повышение образовательного уровня медицинских работников и выпускников медицинских образовательных учреждений в области реабилитации.

Список литературы:

1. Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации. – Москва, 2018. - https://mintourism.samregion.ru/

2. Шеметова Г.Н. Основы реабилитационной медицины// Учебно-методическое пособие. - Саратов. Из-во СГМУ,2019г.-36с .

3. «Стратегия развития санаторно-курортного комплекса Российской Федерации» распоряжение Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2018 г. N 2581-р - http://static.government.ru/

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАСЛЕДСТВЕННОЙ И ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

Руководитель преподаватель
высшей квалификационной
категории Нефедова Л.А.
студентка Ламиязова А.

Рождение здорового ребенка – главная задача здравоохранения, поэтому цель пренатальной диагностики – профилактика рождения детей с тяжелыми пороками, наследственными и врожденными заболеваниями, выявление и регистрация беременных, имеющих риск рождения детей с врожденными дефектами, предотвращение рождения детей с пороками, несовместимыми с жизнью, грубыми уродствами, лечение которых в антенатальном и постнатальном периодах мало эффективно и недостаточно разработано.

Частота врожденной и наследственной патологии составляет 5 %. Моногенные заболевания встречаются у 5 – 14 детей на 1 000 новорожденных, хромосомные у 4 -7 детей, врожденные пороки развития у 19 – 22 детей.

В структуре перинатальной заболеваемости и смертности данная патология занимает 2 – 3 место.

Причины наследственной и врожденной патологии:

- хромосомные аномалии
- генные мутации
- мультифакторный генез

Из группы хромосомных аномалий наиболее часто встречаются синдром Дауна (трисомия по 21 хромосоме), Эдвардса (трисомия по 18

хромосоме), Патау (трисомия по 13 хромосоме), Тернера (45 х), трисомия по Х – хромосоме, Кляйнфельтера и др.

Вероятность рождения ребенка с синдромом Дауна увеличивается с возрастом будущей матери: до 35 лет риск составляет 1:700, старше 35 лет 1: 300 - 1: 100, после 40 лет 1:100 - 40.

Хромосомные аномалии обусловливают 50 – 60% спонтанных абортов в 1/3 беременности и 5 – 6 % мертворождений (плодов с множественными пороками развития). При привычных выкидышах хромосомная патология встречается реже. Поздние аборты, как правило, не связаны с хромосомными нарушениями плода.

Генные мутации обуславливают следующие наследственные заболевания и пороки развития:

- гидроцефалия
- пояснично – крестцовая грыжа
- муковисцидоз
- фенилкетонурия
- гипотиреоз
- врожденная дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром)
- поликистоз почек

Большинство врожденных пороков развития носит мультифакторный характер. Генные мутации вызывают средовые факторы, действующие на гаметы родителей, незадолго до зачатия, так и на эмбрион. Это лекарственные препараты (цитостатики, антибиотики), ионизирующее облучение (гистеросальпингография, урография), вирусные инфекции (краснуха и др.), гиперфункция яичников, поздняя овуляция.

Большинство врожденных заболеваний протекают тяжело, передаются по наследству, практически не поддаются лечению. Единственная возможность уменьшить медицинский и социальный «груз» этой патологии это широкомасштабное проведение мероприятий с целью предгравидарного

медико – генетического консультирования и антенального выявления врожденной патологии.

Приказ МЗ РФ № 475 от 28.12 2000 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей» позволил создать программу совершенствования пренатальной диагностики и профилактики наследственных и врожденных заболеваний плода.

Эта программа позволяет обследовать и неоднократно большое количество женщин, дает четкие диагностические рамки на каждом уровне исследования, что позволяет выделить группы риска во время скрининговых исследований и проводить дорогостоящие исследования более высокого уровня только в случае выявления высокого риска врожденной патологии у ребенка.

Уровни обследования беременных

1 уровень – массовое обследование всех беременных для формирования группы риска по внутриутробному поражению плода при применении доступных современных методов.

В обязательную программу исследования входит :

- трехкратное скрининговое УЗИ (11 – 13, 16 – 20, 32-34 нед)
- исследование сывороточных маркеров в 16 – 20 недель: АФП, ХГЧ, НЭ

2 уровень – диагностика конкретных форм поражения плода, оценка тяжести заболевания и прогноз состояния здоровья, решение вопросов о прерывании беременности в случае тяжелого не поддающегося лечению заболевания осуществляется медико - генетическими консультациями. Их задачи: генетическое консультирование беременных с риском поражения плода, проведение комплексного пренатального обследования, выработка тактики ведения беременности при подтверждении патологии плода и рекомендации семьи.

Комплексное обследование включает: тщательное УЗИ плода, допплерографию, КТГ, инвазивную диагностику (аспирацию ворсин хориона, плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез) с последующим генетическим анализом тканей плода.

Показания для проведения обследования второго этапа

- увеличение величины воротникового пространства (3 см и более по данным УЗИ при беременности 10 – 14 недель)
- наличие врожденного порока развития
- выявление эхографических маркеров хромосомных и других наследственных заболеваний, аномального количества околоплодных вод
- отклонения в уровне сывороточных маркеров крови
- возраст 35 лет и старше
- уже имеющие ребенка с ВПР, хромосомной или моногенной болезнью
- с установленным семейным носительством хромосомной аномалии или генной мутации

При выявлении хромосомной или другой патологии тактика ведения беременности определяется консультативно (акушер-гинеколог, генетик, узист), о чем делается запись в медицинской документации. Женщина и члены семьи информируются о характере поражения плода, возможных исходах беременности, прогнозе для жизни и здоровья ребенка.

Методы пренатальной диагностики

- УЗИ (толщина воротникового пространства, в норме не больше 2,7 мм), укорочение носовой кости (в норме 2 – 4,2 мм в 12 недель; 5,7 – 8,3 мм в 20 недель), уменьшение копчико – теменного размера (23 мм в 9 недель,52 мм в 12 недель)
- определение сывороточных маркеров в крови матери в первом и втором триместре беременности: PAPP-A, ХГЧ, бета – субъединица ХГЧ, альфа – фетопротеин (АФП), эстриол, плацентарный лактоген (ПЛ)
- амниоцентез

- получение крови и кожи плода
- биопсия ворсин хориона и ворсин плаценты
- предимплантационная диагностика.

Список литературы:

1. Пренатальная диагностика плода во время беременности vitroclinic.ru
2.Современные методы пренатальной диагностики htpp: //elib.usma.ru
3. Пренатальная диагностика Википедия ru.wikipedia.ru
4. Современные методы пренатальной диагностики htpp:// libraly.bashgmu.ru cyberleninka

НАУЧНЫЕ ОТКРЫТИЯ, ОКАЗАВШИЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ ЗА РУБЕЖОМ И В РОССИИ

Руководитель: преподаватель первой квалификационной категории Петросян Л.Ю
студентка Куликова П.

В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного» – отрывок из клятвы врача, которую приписывают Гиппократу. С древних времен медицина присутствовала в жизни человека. Безусловно, современные технологии и методы лечения невозможно сравнить с теми, что использовались несколько тысячелетий назад, но наши предки заложили основы этой науки. Немало важных открытий сделаны в те времена, и большинство из них успешно используется до сих пор. Каждая эпоха прославилась чем-то своим. Благодаря кропотливой работе археологов, историков, оставленным письменным записям, рисункам, сегодня мы можем обо всем этом узнать.

Медицина не всегда была такой, какой мы привыкли ее видеть. Еще пару сотен лет назад пневмония или аппендицит были приговором, а хирурги понятия не имели о том, что руки перед операцией необходимо мыть, и не обращали внимания на истошные крики пациентов (ведь анестезии тогда еще не существовало). Но находились гении, которые, несмотря на насмешки

коллег, совершали невероятные открытия. До изобретения анестезии все операции были либо чудовищно болезненными, либо очень быстрыми. Российский хирург Николай Пирогов проводил ампутацию за 3 минуты, иначе пациенты погибали от болевого шока. Конечно, врачи экспериментировали с настоями из мака, мандрагоры и даже ставили табачные клизмы. Однако эти средства не могли совсем избавить от болевых ощущений, а еще они были опасны для здоровья пациента. Все изменилось, когда американский стоматолог Уильям Мортон решил использовать для обезболивания диэтиловый эфир.

16 октября 1846 года можно считать официальным днем рождения анестезии. При огромном скоплении народа Мортоном была проведена операция по удалению челюстной опухоли. Во время процедуры пациент спокойно спал, и это стало триумфом доктора.

Хирургам вплоть до XIX века даже в голову не приходило, что неплохо было бы вымыть руки перед операцией или принятием родов. Дезинфекция? Нет, не слышали. Использование одного хирургического инструмента для десятка пациентов было в порядке вещей. В результате большинство операций заканчивались нагноением и гангреной, а роды — заражением крови. Венгерский врач Игнац Земмельвейс стал первым, кто заставил своих подчиненных мыть руки в дезинфицирующем растворе хлорной извести. Однако при жизни доктора открытие не было оценено по достоинству: в научном сообществе его идеи считались бредовыми. Земмельвейс умер в психиатрической больнице, куда его определили коллеги. Чуть позже англичанин Джозеф Листер доказал необходимость стерилизации инструмента и обработки полей раны.

История медицины в России зафиксировала случай, когда один известнейший терапевт 19 века встречал на пороге пациента со словами: «Здравствуйте, больной с митральным пороком сердца». Конечно, такие доктора – это редкость.

В 1904 году, удостоился Нобелевской премии в области медицины и физиологии великий русский учёный — Иван Павлов. И, хотя официальная формулировка гласила, что награда присуждена «за работу по физиологии пищеварения», проделанная работа позволила И.П. Павлову впервые сформулировать принципы высшей нервной деятельности — совокупности безусловных и условных рефлексов, а также высших психических функций, обеспечивающих адекватные поведенческие реакции животных и человека.

Вряд ли можно найти другого русского учёного, получившего столь большую известность за рубежом: весь мир знает «павловских собачек».

Российские врачи положили начало и системному изучению острого коронарного тромбоза. В 1904 году петербургский терапевт Владимир Кернинг описал картину тяжёлых приступов стенокардии, обусловленных тромбозом коронарных артерий. В десятке выдающихся открытий и достижений по праву принадлежат великому хирургу и анатому Николаю Пирогову, который прославился одновременно как создатель двух научных дисциплин: топографической анатомии и военно-полевой хирургии. Появление топографической анатомии стало ответом на запросы практических хирургов. В отличие от имеющей многовековую историю описательной анатомии в топографической нервы и сосуды изучаются, таким образом, как они представляются выполняющему операцию хирургу. Гениальность идеи учёного состояла в разработке методики распила в различных плоскостях замороженного трупа, благодаря чему органы, сосуды и нервы сохраняли своё естественное, ненарушенное положение. Вскоре этот метод стал основным в изучении топографии человеческого тела. А в настоящее время подготовка врача просто немыслима без изучения сформировавшейся благодаря стараниям Н.И. Пирогова топографической анатомии.

К началу XX века ученые знали, что причиной возникновения сахарного диабета является недостаток гормона поджелудочной железы — инсулина. Было установлено, что у больных диабетом есть общая черта - неизменно

поражена группа клеток. Но лекарства, которое могло бы компенсировать полное или частичное отсутствие гормона, создать никто не сумел. И только в 1922 году канадский физиолог Фредерик Бантинг из поджелудочных желез животных выделил вещество, которое назвал «айлетин». Международное название «инсулин» было присвоено препарату позднее. За свое открытие доктор Бантинг был удостоен Нобелевской премии и стал самым молодым ее лауреатом. На момент награждения ему было всего 32 года. Это изобретение стало настоящей революцией в эндокринологии. Инсулин до сих пор является единственным доступным и безопасным препаратом для купирования сахарного диабета.

Мир без антибиотиков был жутко опасен — любая инфекция угрожала жизни. Заражение туберкулезом, коклюшем или пневмонией было равнозначно смертельному приговору. Идея о том, что с одними микробами можно бороться с помощью других, существовала еще в XIX веке. Однако фактически первый антибиотик открыл шотландский исследователь Александр Флеминг в 1928 году. Несмотря на то, что Флеминг был известен как блестящий ученый, главное открытие своей жизни он сделал благодаря беспорядку в своей лаборатории. В забытой им чашке Петри со стафилококком поселились плесневые грибы, которые уничтожили патогенные бактерии. За свое открытие Александр Флеминг получил Нобелевскую премию, а человечество смогло успешно бороться с туберкулезом, пневмонией, малярией и другими болезнями, которые прежде считались неизлечимыми.

Первым человеком, который смог изобрести действующий и относительно безопасный метод вакцинации, стал сельский врач Эдвард Дженнер. Он заметил, что доярки, переболевшие коровьей оспой, остаются невосприимчивы к оспе человеческой, и сделал вывод, что прививки могли бы спасти множество жизней. Эдвард Дженнер оказался прав. Метод Дженнера послужил «источником вдохновения» для создания вакцин от бешенства, столбняка и сибирской язвы. По данным ВОЗ, вакцинация против

полиомиелита, столбняка, коклюша и кори ежегодно спасает жизни 3 млн детей во всем мире.

У истоков трансплантологии стоял гений русского учёного-экспериментатора Владимира Демихова. В 1937 году, ещё будучи студентом третьего курса, он сконструировал и вживил собаке искусственное сердце. После операции животное смогло прожить два часа. В 1946 году успешно пересадил собаке второе сердце, несколько позднее уже комплекс «сердце-лёгкие», что стало мировой сенсацией. Ещё через несколько лет он впервые заменил собаке собственное сердце на донорское и доказал принципиальную возможность проведения аналогичной операции у человека. И сенсация состоялась! В 1967 году южноафриканский хирург Кристиан Барнард первым в мире осуществил пересадку сердца человеку. Он считал себя учеником В.П. Демихова и, прежде чем решиться на операцию, дважды приезжал к учителю за консультациями.

Также всему миру известен российский офтальмолог Святослав Фёдоров. В 1962 году он в соавторстве с Валерием Захаровым создал один из лучших жёстких искусственных хрусталиков в мире — линзу Фёдорова-Захарова. В 1973 году С.Н. Фёдоров впервые разработал и осуществил операцию по лечению глаукомы на ранних стадиях. Вскоре его метод стал применяться во всём мире, а в 1994 году на Международном конгрессе офтальмологов в Канаде его официально признали «выдающимся офтальмологом XX века». И так день за днем, столетие за столетием, крохотными шажками или грандиозными прорывами, совершались великие и малые открытия в медицине. Они дают надежду, что человечество победит рак и СПИД, аутоиммунные и генетические заболевания, достигнет совершенства в профилактике, диагностике и лечении, облегчая страдания больных людей и предотвращая прогрессирование заболеваний .

Список литературы:

1. Логинов, В. А. Компендиум истории медицины / В. А. Логинов, Д. Д. Проценко. – Москва : Практическая медицина, 2021. – 208 с. (Шифр КНМБ 61(091) Л 69).

2.Мейер-Штейнег, Т. История врачевания в древности и Средние века : перевод с немецкого / Теодор Мейер-Штейнег, Карл Зудгоф ; иллюстрации Ирины Тибиловой. – Москва : ЛомоносовЪ, 2022. – 210, [2] с. : ил., факс. – (История. География. Этнография). (Шифр ГНБК 5г М45).

3. Шапошникова С.Н. Краткий курс лекций по истории отечественной медицины и культурологии. - Астрахань, 2018.

БОЙЦЫ НЕВИДИМОГО ФРОНТА: САНИТАРНЫЕ ВРАЧИ И ЭПИДЕМИОЛОГИ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Руководитель
преподаватель Рябова Г. И.,
студентка Сулейманова М.

Многие войны в истории человечества сопровождались гибелью большого количества солдат, жизни которых уносили болезни.

15 сентября 2022 года государственная санитарно-эпидемиологическая служба отметила свой 100-летний юбилей. Именно в этот день в 1922 году был принят Декрет СНК РСФСР «О санитарных органах Республики», который определил задачи Службы, структуру, нормы, права и обязанности.

На различных этапах развития санитарно-эпидемиологической службы совершенствовались её организационные формы при сохранении государственного характера деятельности, в основу которого положены принципы профилактической медицины. Роспотребнадзор настойчиво и последовательно по-прежнему решает главную задачу — обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиту прав потребителей.

Во время Великой Отечественной войны были бойцы другого, невидимого фронта: санитарные врачи и эпидемиологи. Они сражались не на поле боя, воевали не с фашистами, но они всё равно внесли огромный вклад в победу. Их враг был не только коварен, но и невидим человеческому глазу.

Огромными усилиями эпидемиологи и санитарные врачи добились того, что за всю войну ни на фронте, ни в тылу, не разразилось ни одной серьёзной эпидемии. С 1941 по 1945 годы возникало множество вспышек различных заболеваний, все они успешно были ликвидированы.

Осенью 1942 года войска Третьего рейха атаковала серьёзная инфекционная болезнь под названием туляремия. Из-за длительной лихорадки, которая длится до целого месяца, человек выбывает из строя надолго. По причине вспышки туляремии немцы отложили запланированное наступление.

Туляремия не щадила и советских солдат. Из-за огромного количества больных, советское командование развернуло несколько передвижных госпиталей прямо в зоне боевых действий. Основной причиной возникновения туляремии стали полчища мышей, именно они стали источником инфекции. В 1941 году, когда началась война, многие поля с зерновыми так и остались неубранными. Это создало благоприятные условия для размножения мышей и остальных грызунов.

Город-герой Сталинград подвергался испытанием не только фашистскими бомбардировками, но заболеванием холерой. Санитарные врачи отреагировали очень быстро и сумели блокировать распространение инфекции. Проводилась постоянная проверка водопровода, а все колодцы хлорировали.

За все 872 дня блокады Ленинграда, в городе были вспышки нескольких инфекционных заболеваний, в том числе туберкулёза, кори и дифтерии. Циничное командование Третьего рейха надеялось, что сыпной и брюшной тиф разделаются с жителями города. Когда гитлеровцы окружили пригороды Ленинграда, город наполнился беженцами. Гигиена соблюдалась слабо.

Ситуация усложнялась тем, что зимой с 1941 на 1942 годы в Ленинграде сломался водопровод, перестали работать бани. Жители города страдали от педикулеза, а ведь именно вши - главные переносчики сыпного тифа.

К счастью, эпидемии удалось избежать. Этому способствовала тяжёлая работа сотрудников института эпидемиологии и микробиологии имени Пастера. Учёные культивировали возбудителя заболевания, вырастив вшей на себе. Вскоре была выпущена вакцина. Горожане, находившиеся в группе риска, получили прививки от болезни, которая могла унести тысячи жизней.

Такой тяжелой проблемой для Ленинграда оказалась и дизентерия.

В блокадном городе врачи-эпидемиологи заразили несколько крыс крысиным тифом. Для человека эта болезнью не представляет опасности, а вот для крыс она смертельна. Через некоторое время полчища грызунов начали постепенно уменьшаться.

Наверное, не было ни одной войны, которую бы не сопровождали массовые эпидемии. Они по праву считаются неизменными спутниками. Но при всех масштабах Великой Отечественной войны, при всех разрушениях и потерях, Советский Союз смог избежать повальных болезней не только в тылу, но и на фронте. Это случилось благодаря неустанной работе медиков и чёткой организации со стороны государства.

Список литературы:

1. 100-летие со дня образования государственной санитарно-эпидемиологической службы России. Пресс-релиз http://26.rospotrebnadzor.ru/press-center/pr/9527/

2. Документальная хроника военных лет https://mir24.tv/

3. Лиознов, Д. А. Сестринская помощь при инфекционных заболеваниях: учебное пособие / Д. А. Лиознов, Т. В. Антонова, М. М. Антонов и др. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 464 с. Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457894.html (дата обращения: 22.03.2023). - Режим доступа: по подписке.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ПРАВИЛАХ ПРИМЕНЕНИЯ НПВС В МИРНОЕ ВРЕМЯ И В ЦЕЛЯХ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Руководитель: преподаватель
высшей квалификационной
категории Сергеева И.В.,
студентка Акульшина Т.

Многие заболевания, патологические изменения различных органов протекают с острым болевым синдромом. Для борьбы с подобными симптомами разработаны специальные противовоспалительные препараты, относящиеся к разряду нестероидных противовоспалительных средств.

С целью изучения общественного мнения был проведен опрос186 преподавателей и студентов медицинского колледжа о правилах применения НПВП в мирное время и в целях оказания первой медицинской помощи во время чрезвычайных ситуаций, при военных действиях.

Результаты позволили оценить уровень осведомленности и правилах приема НПВС, возможных рисках приема препаратов у данной категории опрашиваемых, по итогам исследования с профилактической целью были розданы памятки о правилах прием НПВС.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) относятся к числу наиболее востребованных лекарственных препаратов. Они представляют важное значение для практического здравоохранения, и относятся к наиболее часто применяемым препаратам в повседневной врачебной практике, причем многие из них отпускаются без рецепта врача, т.е. легко доступны для населения.

Более тридцати миллионов человек в мире ежедневно принимают НПВП, причем 40% этих пациентов имеют возраст старше 60 лет.

Во всем мире каждый день НПВП потребляют примерно 30 млн, а ежегодно — более 300 млн человек, причем только 1/3 пациентов

приобретает противовоспалительные препараты по рецепту, а остальные используют безрецептурные лекарственные формы.

По итогам нашего исследования 47,37% опрошенных считают, что при назначении НПВП необходимо обязательно обращаться к врачу, 37,89% - не придают этому большого значения и 14,74% выбирают препарат и покупают его в аптеке для самостоятельного лечения. При этом информацию о действии того или иного препарата опрашиваемые получили: от врача – 48,75%, от провизора – 18,75%, от друзей – 8,75% из сети Интернет – 21,25%, из рекламы по телевидению – 2,5%.

Анальгетический эффект группы НПВП обусловил их применение при болевом синдроме различной локализации: головная и зубная боль, люмбаго, невралгия, миалгия, артралгия, радикулит, болевой синдром при онкологических заболеваниях, посттравматический и послеоперационный болевой синдром, сопровождающийся воспалением. НПВП применяют при инфекционно-воспалительных заболеваниях ЛОР органов с выраженным болевым синдромом.

Некоторые препараты из этой группы используются для комплектации комплекта индивидуального медицинского гражданской защиты для оказания первичной медико-санитарной помощи и первой помощи при чрезвычайных ситуациях.

Исследования показали, что 57,37% участников опроса знают препараты из группы НПВП, которыми обеспечивается личный состав формирований, выполняющий задачи в районах возможных пожаров для оказания первичной медико-санитарной помощи. 95% опрашиваемых дали положительный ответ на важность комплектации аптечки первой медицинской помощи НПВП.

68,3% участников опроса знает, что первая медицинская и доврачебная медицинская помощь при термических ожогах в случаях возникновения чрезвычайной ситуации включает купирование болевого синдрома и допустимо применение препаратов НПВП – диклофенака, кеторола.

26,83% опрашиваемых сталкивались со стрессовой ситуацией в условиях чрезвычайной ситуации (ЧС), при этом для купирования болевого синдрома принимали НПВП только 7,32% человек, остальные 19,51% - не принимали препараты по разным причинам. Также 29,27% опрошенных не сталкивались с ЧС, но при стрессе для купирования болевого синдрома принимают НПВП.

На основной вопрос о решении применять препараты для купирования болевых ощущений или нет, 58,14% респондентов ответили, что принимают препарат для обезболивания всегда, 41,86% - предпочитают не принимать лекарственные препараты для купирования болей.

Однако, несмотря на несомненную клиническую эффективность, применение НПВП имеет свои ограничения. Это связано с тем, что даже кратковременный прием этих препаратов в небольших дозах может приводить к развитию побочных эффектов, которые в целом встречаются примерно в 25% случаев, а у 5% больных могут представлять серьезную угрозу для жизни.

Основным побочным действием практически всех НПВП является высокий риск развития нежелательных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта. При опросе установлено, что 86,9% знают о побочных эффектах, которые могут вызвать препараты НПВС, 13,1% - не осведомлены о данной проблеме.

62,65% в течение последних 3х месяцев не испытывали неприятных ощущений со стороны органов пищеварения, но при этом изжогу и отрыжку 2-3 раза в неделю испытывают 19,66%, каждый (или почти каждый) день – 9,24% опрошенных. 13,21% респондентов беспокоят жалобы на проблемы с пищеварением, но только 12,64% опрошенных связывают данные проблемы с приемом НПВП. 2,35% считают, что с тех пор, как они стали принимать НПВП, регулярно начало подниматься артериальное давление.

Выводы:

— основная масса респондентов знакома с правилами приема НПВП,

— препараты данной группы являются весьма распространенными и эффективными для купирования болевого синдрома,

— большая часть опрашиваемых делают самостоятельный выбор по приему того или иного препарата, основываясь на рекомендациях врача, при этом очень часто дополняют информацию из других источников,

— больше половины участников опроса знают препараты из группы НПВП, которыми обеспечивается личный состав формирований, выполняющий задачи в районах возможных пожаров для оказания первичной медико-санитарной помощи.

Список литературы:

1. Журавлева М.В., Кукес В.Г., Прокофьев А.Б., Сереброва С.Ю., Городецкая Г.И., Бердникова Н.Г. Рациональное применение НПВП – баланс эффективности и безопасности (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 6-4. – С. 687-696; URL: https://applied-research.ru/ru/article/view?id=9677 (дата обращения: 23.02.2023).

2. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л. Клинические рекомендации «Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов(НПВП) в клинической практике»https://painrussia.ru/РЕКОМЕНДАЦИИ/НПВП-2019.pdf Дата обращения 20.03.2023

3. Оказание неотложной терапевтической помощи населению в чрезвычайных ситуациях: уч. пос. для студентов/ В. Т. Кайбышев, Р. Н. Пиманов С.И.,Макаренко Е.В., Руселик Е.А. Профилактика неблагоприятных эффектов нестероидных противовоспалительных препаратов: правила выбора// ВГМУ/Медицинский портал для врачей. https://umedp.ru/news/profilaktika_neblagopriyatnykh_effektov_nesteroidnykh_protivovospalitelnykh_preparatov_pravila_vybor.html.Дата обращения: 29.03.2023

ТИХАЯ ВОЙНА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГОРОДА-КУРОРТА КИСЛОВОДСКА В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Руководитель: преподаватель
высшей квалификационной
категории, к.и.н. Серёгина О.И.
студентка Аскерханова Э.

Великая Отечественная война... Кажется, мы знаем о ней много из книг, фильмов, но всё это как-то далеко от нас и представить всё то, что происходило в те страшные годы в тылу и на фронте очень трудно.

И только знакомясь с историей жизни близких тебе людей, эти события становятся ближе, понятнее, их начинаешь принимать сердцем и переживать. С самых первых дней войны Кисловодск стал городом-госпиталем. Сюда привозили раненых с фронта с различными степенями тяжести. Оккупация Кисловодска началась 14 августа 1942 г. и длилась 5 месяцев – до января 1943 г. 9 августа 1941 года прямо с фронта прибыл на кисловодский железнодорожный вокзал первый военно-санитарный поезд с красными крестами. Горожане устремились на вокзал: а вдруг среди прибывших и их близкие. Люди приняли участие в выгрузке раненых, доставке их на место лечения.

Незамедлительно кисловодские здравницы стали переоборудовать в госпитали. Уже к концу июля 1941 года в городе удалось развернуть 37 госпиталей на 21 тысячу коек. В 1941-1945 годах в действующей армии и в эвакуационных госпиталях находились лучшие представители военно-медицинской науки и практики. В кисловодских госпиталях трудились профессора Т.Е. Гнилорыбов и Е.Ю. Крамаренко, кандидаты медицинских наук Е.К. Коларж и С.А. Миров, Р.Ф. Акулова-Руднева, и другие.

Они не сражались с врагом на передовой. Их передовая была в госпиталях. Не жалея сил и времени, они бились за жизнь и здоровье раненых воинов. «Тайный» госпиталь в больнице Красного Креста опекал

раненых бойцов Красной армии целых 72 дня. И это были героические дни, потому что задачи приходилось решать, казалось бы, неразрешимые. Начиная с того, что нелегальных пациентов нужно было чем-то лечить и чем-то кормить, а есть было нечего и лекарств катастрофически не хватало. Врачи использовали все довоенные запасы лекарств. Врачи работали по шестнадцать часов в сутки. В первые же дни после открытия больницы Красного Креста в ней было проведено сто шесть операций, из них пятьдесят пять сложных.

Настоящий подвиг совершил хирург Михаил Ильич Кауфман.(2) Его семья имела возможность уехать из Кисловодска, но известный в городе врач решил остаться вместе с близкими, чтобы помогать раненым, понимая, что грозит евреям в оккупированном городе. Не хватало машин — бойцов опять несли к вокзалу на руках. Не хватало поездов — успели загрузить только три эшелона. В них поместилось 1800 солдат с тяжёлыми ранениями.

Их отправили в Среднюю Азию и Закавказье. Те, кто мог ходить, собрались утром 5 августа. Каждому выдали одеяло, матрацный мешок, сухой паёк на сутки и отправили из города пешком. Фашисты забросали снарядами и бомбами вокзал и взорвали мост через Подкумок.

Некоторым раненым, которые уходили организованно, пришлось вернуться в Кисловодск. Плюс, уже после бомбёжки, в город прибыл ещё один санпоезд, который не смог прорваться в тыл. В нём было пятьсот раненых из Пятигорска, Черкесска и Микоян - Шахара.

Всего в оккупированном немцами городе оказалось отрезанными от наших более пяти с половиной тысяч раненых, в том числе более двух тысяч — с тяжёлыми ранениями. Город вернулся к прежней жизни через два месяца - 30 марта 1943 года пошли поезда по восстановленной железной дороге и на Кисловодский вокзал вновь стали прибывать санитарные поезда с ранеными. Главный хирург госпитальной базы Тимофей Ермолаевич Гнилорыбов, великолепный врач, профессор, ведущий хирург Кисловодска, поставил на ноги сотни бойцов! Во время оккупации он провёл двести девять

сложнейших операций при самых тяжёлых ранениях, в том числе четыре операции на сердце!

В Кисловодском музее «Крепость» хранятся письма с фронта, адресованные врачам. Среди них — немало обращённых к Тимофею Ермолаевичу Гнилорыбову.

Вопреки всему, врачи вылечивали наших воинов. Но этим дело не заканчивалось. Им же, врачам, приходилось думать о дальнейшей судьбе бывших пациентов. Отпускать их просто так в оккупированный город было равноценно смерти. В штатской одежде, со справками о нетрудоспособности и настоятельными медицинскими рекомендациями о дальнейшей поправке здоровья в дальних аулах с целебным горным воздухом советские воины выписывались из больницы Красного Креста. Кого-то сразу прятали у себя местные.

Многие уходили в горы, в партизаны. Кто-то пытался прорваться через линию фронта, к своим. У фашистов были планы превратить курорт с уникальными источниками минеральной воды и целительным горным воздухом во второй Баден-Баден. Городу даже придумали новое имя — Гитлерштадт. . Приезжали и состоятельные немцы на предмет присмотреть себе недвижимость на территории, которая теперь, казалось, навечно принадлежала Третьему Рейху.

Война закончилась. Раненые разъехались по домам. Последний военный госпиталь Кисловодска свернул свою деятельность в ноябре 1946 года. Свято хранят горожане благодарную память и традиции о первых кисловодских героях, и о тех, кто в огневые годы завоевывал свободу, бился на полях сражения и защищал родную землю от фашистских захватчиков. Улицы города, названные в честь Героев, памятники, мемориальные доски, воскрешающие события былого, напоминают нам об ушедших в бессмертие. Но живет во всем новом, героическое прошлое города - его история.

Список литературы:

1. С.П.Корнетова И.А.Лачинов Родной Кисловодск – описание госпиталей города.

2. Копылова Е.Э. Становление и развитие военно-медицинской службы на Кавказских Минеральных Водах (1803-2007гг.)

3. Е.Э. Копылова, Л.И. Краснокутская. – Пятигорск, 2007. – с.131.

4. Линец С.И. Госпитальная база КМВ в годы Великой Отечественной войны.

МАТЕМАТИКА КОСМОСА

Руководитель: преподаватель
высшей квалификационной
категории Славинский С.Ф.
студентка: Бабикова А.

Математика всегда помогала развитию других наук и сама развивалась под их воздействием. Невозможно постичь тайны природы и оценить ее красоту, не понимая языка, на котором она говорит. А говорит она на языке математики, о чем писали еще Леонардо да Винчи и Галилео Галилей. Это язык формул и фигур.

Ракета и компьютер — два величайших достижения техники XX века, ставших его символами. Причем компьютеры и математические методы играют важнейшую роль в создании ракетно-космических систем и освоении космоса. Сам выход человечества в космос с его масштабами и скоростями потребовал развития новых математических методов навигации и управления полетом космических аппаратов, качественно новых технологий с использованием ЭВМ. Ведь высокие скорости космических аппаратов сделали практически невозможным непосредственное управление ими человеком в реальном времени, так как за время реакции человека ракета пролетает расстояние в сотни метров. Раздел астрономии небесная механика – изучает законы движения небесных тел.

В основе небесной механики лежат три знаменитых закона Кеплера, в которых используются геометрические понятия: эллипс, эллипсоид, конические поверхности. Открытие законов Кеплера – пример познаваемости мира и его закономерностей. Связь с математикой это расчеты по формулам, которые содержат квадраты или кубы неизвестных величин,

$$\frac{T_1^2}{T_2^2} = \frac{a_1^3}{a_2^3}$$

В 1679 году Исаак Ньютон показал, что любое тело в поле тяготения шарообразного тела будет двигаться по коническому сечению. Например, к коническим сечениям относятся эллипс, парабола и гипербола. Огромна роль астрономии в научной деятельности Исаака Ньютона. Его труд «Математические начала натуральной философии» (1687 г.) посвящен объяснению трех законов Кеплера с помощью закона тяготения. Знаменитые три закона динамики И.Ньютон сформулировал в виде лемм во вводной части «Начал». Математический аппарат дифференцирования и интегрирования был открыт И.Ньютоном в процессе исследования свойств оптических линз и зеркал для телескопов.

Геометрические тела в конструкциях космических кораблей.

Космический корабль из серии «Восток».

Данная серия кораблей предназначалась для пилотируемых полётов по околоземной орбите. Создавались они под руководством Сергея Павловича Королёва с 1958 по 1963 год. Первый пилотируемый «Восток», запуск которого состоялся 12 апреля1961 года, стал одновременно и первым в мире космическим аппаратом, позволившим осуществить полёт человека в космическое пространство.

В геометрической конструкции данного корабля присутствуют такие геометрические тела как сфера, усеченный конус, цилиндр.

Космический корабль из серии «Восход». «Восход» — серия многоместных космических кораблей. На этом корабле совершен первый полёт более чем одного космонавта на борту, первый полёт космонавтов без скафандра, первый выход в открытый космос.

Геометрическая конструкция корабля фактически повторяла конструкции кораблей серии «Восток» и состояла из сферического аппарата, в котором размещались космонавты и инструменты, и конического приборного отсека, в котором находились топливные баки и двигательная установка. На корабле «Восход-2», предназначенном для выхода в открытый космос, дополнительно была установлена надуваемая шлюзовая камера, которая представляла собой цилиндр.

Космический корабль из серии «Союз». «Союз» — серия советских и российских многоместных космических кораблей для полётов по околоземной орбите.

Геометрическая конструкция кораблей серии «Союз» состояла из сферы, в которой размещался бытовой отсек. Спускаемый аппарат имел коническую форму, приборно – агрегатный отсек имел форму цилиндра, совмещенного с усеченным конусом.

Космический корабль из серии «ТКС». «Транспортный корабль снабжения» (ТКС) — многофункциональный космический корабль, созданный для доставки экипажа и грузов на орбитальную пилотируемую станцию военного назначения «Алмаз». ТКС имеет возвращаемый на землю модуль. Кроме этого, ТКС стыковался к гражданским орбитальным станциям типа «Салют», а в модифицированном виде, в качестве научных модулей, — к орбитальным станциям «Мир» и «МКС».

Корпус корабля состоит из цилиндра и двух конусов. Проанализировав полученные данные можно сделать вывод, что в геометрических конструкциях российских космических кораблей преобладают такие геометрические тела как сфера, конус, цилиндр.

Космические скорости для Земли

Если сообщить телу космическую скорость, например ракете то она тоже может двигаться по эллипсу, параболе или гиперболе. Геометрия.

Использование математики в познании космоса.

1. При развитии методов астрономических наблюдений развивались, такие науки, как арифметика и геометрия.

2.Математический аппарат дифференцирования и интегрирования был открыт И.Ньютоном в процессе исследования свойств оптических линз и зеркал для телескопов

3. Геометрические методы помогают находить расстояние между звёздами.

4.Математическим языком Вселенной является функция, например

F= функциональная зависимость силы притяжения от массы тел и от расстояния между ними.

Планеты Нептун, Плутон, комета Галлея были открыты через точные математические расчёты.

5.В наши дни с помощью математики предсказываются многие астрономические явления: Солнечные и лунные затмения.

6.Геометрические тела применятся в конструкциях космических кораблей.

7.Математика является основным инструментом управления полетом.

Математика — инструмент познания мира.

Математика всегда помогала развитию других наук и сама развивалась под их воздействием. В астрономии математика помогла сделать многие открытия. Новые алгоритмы, разработанные математиками, переходили на службу астрономам. Запуски искусственных спутников Земли, полеты космических кораблей — все это требует громадных расчетов.

В недалеком будущем математикам вместе с физиками предстоит видимо, научиться управлять гравитационными полями, чтобы освободить человека из плена ньютоновских сил тяготения. Перед математикой стоят новые, грандиозные, почти фантастические задачи.

Список литературы:

1. Зубков Б.В., Чумаков С.В. «Энциклопедия юного техника» «Педпгогика»; М., 2019.
2. Аза Бриггс, Ангус Холл «Когда? Где? Как ? и почему это произошло?»
3. Рандзини Дж. Справочник "Космос". – М., « Росмен»2020.

БОЙ БЕЗ ВЫСТРЕЛОВ

Руководитель:
преподаватель Суховей Л.Е.
студентка Нюркос Ю.

Медицинский работник – это не просто профессия, это служение. Поэтому он, прежде всего всегда должен быть готов, как человек военнообязанный, встать на защиту интересов своей страны, своего народа.

В данной исследовательской работе использованы архивы времён ВОВ, предоставленные работниками историко – краеведческого музея «Крепость» и материалы из государственного архива новейшей истории Ставропольского края.

В годы ВОВ регион Кавказских Минеральных Вод стал одной из самых мощных госпитальных баз страны благодаря своим климатическим и бальнеологическим фактором.

До лета 1942 года из госпиталей КМВ в боевой строй вернулись в 74% раненых.

Кисловодск – один из крупнейших курортов КМВ.

Первый эшелон с ранеными прибыл сюда 9 августа 1941 года.

(ж\д вокзал того времени)

До оккупации в городе функционировал 31 госпиталь на 24 тысячи коек.

(госпиталь 2041)

Помещение курортного зала служила приемным пунктом раненых. Сейчас это Кисловодская филармония.

10 августа 1942 года город был полностью оккупирован немецко-фашистскими захватчиками. По оценке профессора Гнилорыбова, наэтот момент в городе оставалось около 5600 раненых солдат и офицеров.

Как во время оккупации удалось продолжить лечить тысячи раненых

советских солдат?

Многих раненых забирали к себе местные жители, выдавая их за своих родственников. Прятали раненых в подвалах, рискуя жизнью. Тяжелых за несколько дней до оккупации переправили в санаторий имени Семашко – ближайший к вокзалу. Работу возглавил военный врач Фёдор Ковтун. За двое суток были переписаны истории болезни, сожжено офицерская обмундирование, всех побрили налысо, чтобы было невозможно отличить офицера от рядового. На крыше корпуса санатория вывесили белую простынь с красным крестом – госпиталь объявляется больнице Красного Креста и продолжал работать согласно международной конвенции о военнопленных, хотя у медперсонала не было уверенности, что это сработает, и их всех не расстреляют.

(фото персонала госпиталя и Ф.Ковтуна 2041)

Тимофей Еремеевич Гнилорыбов

(фото, профессор, доктор медицинских наук)

Приехал в Кисловодск с эвакуированным сюда Ленинградским медицинским институтом. Провёл более двухста подпольных операций, четыре из них на сердце.

Два с половиной месяца продолжала работу эта больница.

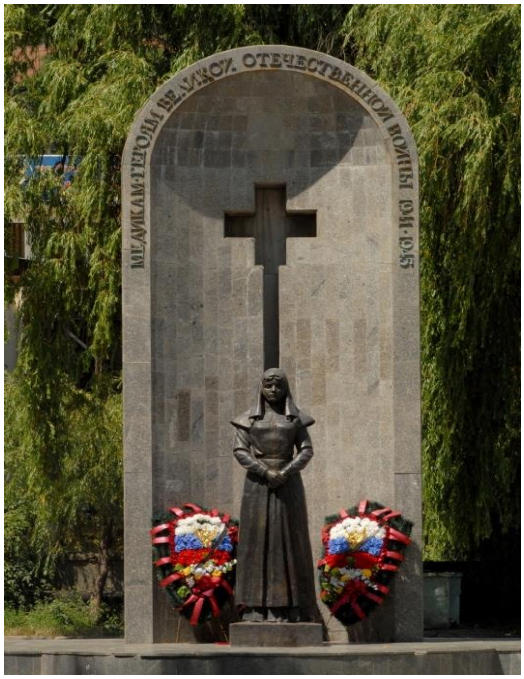
В конце октября 1942 года комендатура приказала очистить помещение санатория. Несколько десятков человек переправили в Карачаевскую больницу на окраине города. Надпись «тиф» на дверях палат отбила всякий интерес гитлеровцев к раненым.

У нескольких офицеров неожиданно проявились симптомы психического расстройства, и их удалось вывезти в Георгиевскую психиатрическую больницу.

Это всего лишь один короткий эпизод патриотизма нашего народа.

14 октября 1980 года Указом Президиума Верховного Совета СССР город Кисловодск награждён орденом Отечественной войны первой степени за самоотверженный труд большой армии военных медиков, участников величайшего боя без выстрелов за жизнь раненых бойцов и командиров советской армии.

В 1997-м году в центре города установлен памятник медикам – героям ВОВ – купольный ворота с крестом и бронзовая фигура сестра милосердия.



(фото памятника)

Воссоздать историю больницы Красного Креста получилось благодаря фондам историко-краеведческого музея Крепость, где собрана коллекция разнообразных документов о тех событиях.

И сейчас в наше нелёгкое время город курорт продолжает принимать в свои санатории раненых участников СВО.

Список литературы:

1. Государственный архив новейшей истории Ставропольского края (ГАНИСК) Ф-59 оп. 1 Д 214 л.68

2. Ованесов БТ, Судавцев Н.Д. Здравоохранение Ставрополья (1917-2015 г.) Ставрополь 2017, с. 205

3. Архивные материалы из фонда Кисловодского историко-краеведческого музея

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Руководитель:
преподаватель Соломко Н.К.
студент Востриков В.А.

Цель: определить наиболее эффективные современные средства временной остановки кровотечений на основе опыта участников боевых действий

Задачи:

- Выяснить достоинства и недостатки современных средств временной остановки кровотечений благодаря опыту экспертов;
- Провести анализ эффективности применения в условиях военно-полевой хирургии, чрезвычайных ситуаций;
- Обозначить лучшие средства.

Актуальность темы:

Данная тема является актуальной, так как кровотечения остаются ведущей причиной смерти в боевых действиях, и одной из причин предотвратимой смерти при получении травм гражданским населением.

Кровотечение *(haemorrhagia)* - истечение (выхождение) крови из просвета кровеносного сосуда вследствие его повреждения или нарушения проницаемости его стенки.

Классификация кровотечений:

По причине возникновения: травматические и патологические;

По отношению к внешней среде: наружные, внутренние;

По характеру поврежденного сосуда: артериальные, венозные, капиллярные, смешанные, паренхиматозные.

Оценка степени тяжести кровопотери:

Удобно выделять четыре степени тяжести кровопотери:

- лёгкая степень - потеря до 10% ОЦК (до 500 мл);
- средняя степень - потеря 10-20% ОЦК (500-1000 мл);
- тяжёлая степень - потеря 21-30% ОЦК (1000-1500 мл);

- массивная кровопотеря - потеря более 30% ОЦК (более 1500 мл).

Определение степени тяжести кровопотери крайне важно для решения вопроса о выборе тактики лечения.

Диагностика кровотечений:

Симптомы кровотечений:

1. Общие: слабость, головокружение, обмороки, жажда, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, частый малый пульс, прогрессивно падающее и нестабильное АД, учащение ЧДД.

2. Местные: кровотечение из раны при наружном кровотечении, при внутренних кровотечениях симптомы разнообразны, их клиника зависит от полости, в которую вытекает кровь: кровохарканье, рвота кровью, стул с примесью крови, гематурия.

Способы временной остановки кровотечений:

В настоящее время при оказании первой помощи используются следующие способы временной остановки кровотечения:

1. Пальцевое прижатие артерии;

2. Прямое давление на рану;

3. Максимальное сгибание конечности в суставе;;

4. Наложение давящей повязки;

5. Наложение кровоостанавливающего жгута.

6. Современные кровоостанавливающие средства.

Сравнительный анализ современных средств остановки кровотечений:

Был проведен сравнительный анализ достоинств и недостатков следующих средств: жгут Эсмарха, жгут Альфа, ЖК-С «Аполло», жгут силиконовый «Гепоглос», жгут кровоостанавливающий ЭЛЖК-ЗР-120,ПолимерЖгут-У «Шершавый мармелад»,Турникетные жгуты различных модификаций, гемостопы: QuickQlot, Celox, Hemcom, Гемофлекс, Гемостоп.

Исследование проводилось по следующим критериям: прочность, размеры, растяжимость, доступность, удобство в использовании, материалы,

компактность, долговечность, удобство применения в ограниченном пространстве, преимущества при транспортировке, наличие приспособлений, улучшающих эффективность. А также возможность оказания самопомощи, вероятность эксплуатации в экстремальных условиях.

Вывод: Проанализировав существующие способы временной остановки кровотечений и кровоостанавливающие средства, используемые на поле боя и в экстремальных ситуациях мирного времени, изучив литературу по современным способам временной остановки кровотечений, мы пришли к следующим результатам исследования.

Из вышесказанного видно, что более всего удовлетворяет требованиям идеальных гемостопов кровоостанавливающее средство Celox. На сегодняшний день он является лидером в этой области. Однако и он имеет свои особенности.

В категории ЖКС лучшими средствами являются Гепоглос и турникетные жгуты.

По-прежнему возникает необходимость дальнейшего исследования и последующей разработки оптимального кровоостанавливающего средства.

Список литературы:

1. Емельянов С. И. Общая хирургия - М.: Медицинское информационное агентство, 2019, с 47 -- 74.
2. Микрюков В. Ю. Обеспечение безопасности жизнедеятельности. - М.: 2020. - 356 с.
3. Сапин М. Р. Анатомия и физиология человека. - М.: Просвещение, 2019. - 256 с.
4. Физиология кровообращения /Отв. ред. Б. И.Ткаченко. - Л.: Наука, 2020. - 652 с.

ЗНАЧЕНИЕ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Руководитель: преподаватель
высшей квалификационной
категории Тохчукова Х.Р.
студентка Девлетбиева А.

Ни для кого не секрет, что сбалансированный рацион является важной составляющей работы нашего организма, именно поэтому необходимо поддерживать баланс всех питательных элементов в нем.Рациональное питание – это сбалансированный рацион, составленный с учетом пола, возраста, состояния здоровья, и профессиональной деятельности человека.

Актуальные нормы рационального питания изложены в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ №593 от 02.08.2010 г. И согласно указанным нормам должно включать следующее: Овощи и фрукты, мясо и рыбопродукты, молочные изделия, сахар и яйца, растительные масла и соль.

Соотношение пищевых веществ – это баланс питательных веществ, необходимых организму для нормальной жизнедеятельности. Согласно основам рационального питания оптимальным соотношением белков, жиров и углеводов является 1:1:4 для взрослого населения при низкой интенсивности труда и 1:1:5 при высокой интенсивности труда.

Соблюдение режима питания – охватывает время приема пищи, ее количество, и интервалы между приемами пищи. Предполагает четырехразовое питание, что способствует достаточному насыщению организма и подавлению чувства голода, определенные интервалы между завтраком и обедом, и ужином.

Важным условием гармоничного роста и развития дошкольников является правильная организация питания, обеспечивающая растущий организм энергией и всеми необходимыми витаминами, минеральными веществами, белками, жирами, углеводами. Дети в детском саду обеспечены 5-ти разовым сбалансированным питанием в соответствии с режимом дня.

Режим питания детей с 12-ти часовым пребыванием включает: завтрак, 2-й завтрак, обед, полдник, ужин. Распределение энергетической ценности (калорийности) приемов пищи: завтрак – 20%; 2 завтрак – 5%; обед – 35%; полдник – 15%; ужин – 25%

Разработкой школьного меню занимаются сотрудники организации, которая отвечает за питание в школе. Его составляют на две недели вперед и согласовывают с администрацией учреждения. При планировании учитывается сезонность продуктов и необходимая калорийность суточного рациона детей и подростков. Так, завтрак должен составлять 25 процентов суточной потребности ребенка в калориях, обед — 35 процентов, полдник — 15, и на ужин снова приходится 25.

Лучший режим питания для студентов — это пятиразовый рацион с временным промежутком между приемами пищи в три часа. Необходимо, чтобы все они были в одинаковое время каждый день — так все системы организма будут работать слажено, а обменные процессы быстрыми. Особенности питания студентов заключаются в том, что у них зачастую нет времени есть нужное количество раз и не спеша. Но, как показывает практика диетологов, при желании его можно найти, и спустя несколько недель режим войдет в привычку. Чтобы было легче его реализовать, рекомендуется каждый вечер составлять план на следующий день, чтобы понять, когда будет комфортно поесть.

Не смотря на сложное политическое время в нашей стране, участникам специальной военной операции необходимо так же соблюдать здоровый рацион для мышечной и умственной активности, а так же для поддержания здорового духа, что не маловажно на данный момент. Пищевой рацион, или паёк, военнослужащего должен обеспечивать организм энергетическим материалом и питательными веществами, необходимыми для нормального функционирования.

Таким образом, можно выделить основные принципы организации рационального питания военнослужащих: 1.Пищевые вещества должны

поступать в количествах, соответствующих физиологическим потребностям и в соответствующих пропорциях. 2. Химический состав пищи должен соответствовать ферментным системам организма и обеспечивать максимальное усвоение пищевых ингредиентов. 3. Пищевой рацион должен быть правильно распределён в течение суток. 4. Питание должно быть безвредным и безопасным. Основанное на научных данных, с учётом специфики воинского труда, питание способствует укреплению здоровья и физическому развитию военнослужащих, повышает устойчивость организма к нагрузкам и в значительной степени положительно влияет на боевую готовность войск.

Еще Гиппократ говорил: "Пусть пища будет вашим главным лекарством". Правильное питание – залог хорошего самочувствия, здорового внешнего вида и крепкого иммунитета.

Список литературы:

1. https://propionix.ru/racionalnoe-pitanie
2. https://infourok.ru/doklad-na-temu-organizaciya-pitaniya-v-dou-5627039.html
3. https://studfile.net/preview/9379797/page:4/
4. https://63.rospotrebnadzor.ru/267/-/asset_publisher/UCp0/content/минздрав-назвал-основные-принципы-рационального-питания

ПИОДЕРМИИ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ВОИНСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ РФ

Руководитель:
преподаватель Усова Н.В.
студентка Аюбова Ш.

В результате серьезных социально-экономических и демографических изменений в России в последние 15 лет количество здоровых лиц призывного возраста значительно уменьшилось. Заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки часто встречаются среди военнослужащих. Пиодермии, псориаз, нейродермит основные из них. Инфекционные заболевания кожи занимают

второе место по заболеваемости среди военнослужащих после заболеваний передающихся воздушно капельным путем

Пиодермии являются наиболее распространенными заболеваниями кожи у военнослужащих срочной службы, составляя в структуре первичной заболеваемости кожи и подкожной клетчатки до 70-80%. Динамика заболеваемости пиодермиями военнослужащих РФ характеризуется тенденцией к увеличению роста заболеваемости. Возбудителями этих болезней являются гноеродные бактерии (пиококки) преимущественно стафилококки и стрептококки, которые повсеместно распространены в окружающей среде и постоянно присутствуют на поверхности кожи, одежде, предметах быта и обихода.

Однако для возникновения пиодермий, помимо возбудителя, необходим ряд условий, приводящих к снижению защитных сил макроорганизма и способствующих развитию инфекции. В нормальном состоянии кожа человека способна защищать организм от различных вредных воздействий в том числе и от болезнетворных микробов. Лишь при нарушении целостности кожи и снижении резистентности организма возникают различные заболевания в том числе и гнойничковые.

Основными этиологическими факторами пиодермий являются St. aureus и Stpyogenes. В клинических проявлениях пиодермий преобладают: при стрептодермиях - стрептококовая опрелость, при стафилодермиях- фурункулы. Факторами риска заболеваний пиодермиями в воинских коллективах являются: регулярное прибытие молодого поколения с низким уровнем состояния здоровья, развитие нарушения иммунного статуса в первые недели военной службы, высокий уровень заболеваемости острыми респираторными инфекциями и патологией ЛОР органов, несбалансированное питание, нарушение санитарно-гигиенических норм.

Для успешного совершенствования системы эпидемического надзора и профилактики пиодермий в воинских коллективах необходимо:

1. Организовать своевременное и активное выявление носителей патогенных) стафилакоковой и стрептококковой инфекции) и условно-патогенных микроорганизмов возбудителей инфекции верхних дыхательных путей, сопутствующих патологий верхний дыхательных путей с дальнейшей санацией военнослужащих вновь формируемого воинского коллектива

2. Обеспечить военнослужащих срочной и контрактной службы кожными антисептическими средствами на объектах военного труда, в служебных и казарменных помещениях для профилактики микротравматизма кожных покровов путем включения их в аптечки первой медицинской помощи

3. Для профилактики пиодермий в воинских коллективах необходимо комплексное применение антисептических моющих средств, повышающих неспецифическую резистентность организма.

4. Медицинской службе воинских частей и учреждений организовать гигиеническое воспитание и пропаганду здорового образа жизни, направленных на профилактику пиодермий

Список литературы:

1. Алексеев В.А. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки среди юношей призывного возраста. За период 2019-2022 гг-№2-стр27-29

2. Беляков, В.Д. Стафилококковая и стрептококковая инфекция. Саратов, 2020.-С228-245

3. Белецкая Н.А. Медико-социальные факторы здоровья военнослужащих, страдающих хроническими заболеваниями кожи и подкожной клетчатки:диссертация..канд.мед.наук / Болецкая Надежда Александровна- М. 2019 -107с

4. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской федерации / Здравоохранение населения РФ-2021.-№5.-С2-3

НЕИЗВЕСТНЫЕ СОЛДАТЫ. ДНК - ИДЕНТИФИКАЦИЯ

Руководитель:
к. б. н., преподаватель
высшей квалификационной
категории, О.Д. Фиева
студент Карасаев И.

Сегодня идентифицируют останки погибших в Великой Отечественной войне и недавних войнах. Все началось с первой чеченской войны. Спустя год возникает Постановление Правительства № 1052 «О мерах по обеспечению работ по эксгумации и идентификации тел погибших в период вооруженного конфликта на территории Чеченской Республики». В августе1997 года, определяются требования по проведению идентификационных исследований.

Действует комитет «Солдатские матери», многим не выдают их сыновей, потому что боевая травма… могут быть фрагментированные останки, обгорелые, вообще только часть. В августе 1997 года, Постановление определило требования к идентификационным исследованиям и обязательный элемент этих исследований — ДНК-идентификацию. В конце 97-го полковник В.В. Щербаков, легендарный человек, начал идентификацию военнослужащих.

В Ростове-на-Дону, в 124-я лаборатории Министерства обороны. Владимир Щербаков с командой профессионалов создали базу для профессиональной идентификации личности. Вначале были классические методы. Использовали помощь специалистов из НИИ нейрокибернетики для математической обработки. Перепечина И.О. полковник милиции стояла у истоков ДНК-криминалистики, работала в Экспертно-криминалистическом центре (ЭКЦ) МВД России. Стали работать с костным материалом, костной стружкой классическим методом фенольной экстракции ДНК.

Не все останки можно было идентифицировать классическими методами идентификации. Последнее слово было за генетикой, если труп не идентифицированный. В итоге первое генетическое заключение выдали в

июне 1998-го.Для идентификации брали материал для сравнения у предполагаемых родственников. Высушивали картыдля хранения крови, потом из фрагмента ингибиторы отмывали и в ПЦР-пробирку помещали кружочек хроматографической бумаги с иммобилизованной ДНК, шла ПЦР-реакция, и анализировали на приборе.

Для генотипирования родственников использовали системы HLA-DQA1 и PolyMarker. Это системы, в которых идентификация аллелей основана на гибридизации на нейлоновых фильтрах. HLA-система, это шестая хромосома, шесть миллионов нуклеотидов общий размер этих полиморфных локусов, и какая-то часть, *DQA1* — небольшой фрагмент, 242 нуклеотида. И там классические снипы, SNP.

Были зонды на конкретные снипы, такая полоска, где был мобилизован такой-то зонд, здесь — такой-то. Аллелей в панели было шесть-семь. А в системе Poly Marker, пять локусов, два из них были трехаллельные, остальные биаллельные.

Есть идея – через военкоматы, забирая в армию человека, делать ему тесты на определенные мутации. Когда человек идет в армию, у него надо брать биологический материал и исследовать. Для выяснения его генетической предрасположенности к тем или иным заболеваниям. Нужно хранить образцы, и доступ к генетической информации должен быть зашифрованным, типа блокчейна.

Определение останков бойцов Красной армии, погибших в Великую Отечественную войну. Первая идентификация была летчика дважды Героя СССР майора Карпова. Его останки найдены в Ленинградской области, он погиб в октябре 1944 года. Тогда не подтвердили принадлежность останков Карпову. Сейчас вышли на другой уровень, метод по исследованиям митохондриальной ДНК по мини - праймерам, позволяющим секвенировать фрагменты не более 200 нуклеотидных пар. Первый результат был отрицательным, сиквенсы сильно не совпали.

В 2009-м был получен положительный результат. В августе 44-го в Эстонии погибли младший лейтенант Лазарев и сержант Ермоленко. Для идентификации сержанта Ермоленко получили образцы крови родной сестры. Получили образцы ДНК двоюродного брата Лазарева. Для родной сестры – митохондриальная ДНК. А двоюродный брат оказался братом по отцу. В этом случае исследование митохондриальной ДНК не работало. Провели исследование, Лазарева с братом сравнивали по Y-хромосоме, и получили полное совпадение Y-профилей. Еще проводили исследование ядерной ДНК. Для Ермоленко делали и ядерную ДНК, аутосомные локусы, и митохондриальную, тоже получили совпадение. Конечные вероятности были достоверно высокие: по Ермоленко — 99,97%, а по Лазареву — 99,92%, превышая необходимый порог, для точного предсказания о наличии родства.

Из положительных исследований ДНК-идентификации: «Миус-фронт», в 2018-м поисковая организация, предоставила для идентификации в лабораторию образцы найденных обломков самолета и останки трех человек. Одним из членов экипажа был младший сержант Дзюба. Предоставили фрагмент нижней челюсти с зубами для идентификации.

Наука по идентификации развивается. Есть конкурирующие методы: масс-спектрометрия, секвенирование…Пока все равно STR и фрагментный анализ. Масс-спектрометрия — замечательный метод, но будущее за полно геномным секвенированием. Желательно, секвенирование дополнительно покрывающее всю систему CODIS по STR.

Как проводят ДНК-анализ. Поиски красноармейцев, павших в Великую Отечественную, относятся к военной археологии. Ученые поясняют, что приходится иметь дело уже с палео ДНК, выделяемой из длинных трубчатых костей и зубов. ДНК неплохо сохраняется — тысячи лет. Разрушиться может, если останки были в кислой среде или обуглились.

Берут около нанограмма ДНК, содержейся примерно в 170 клетках человека. В каждой клетке два генома — от матери и отца. ПалеоДНК 30-50 геномов для результата. Берут Y-хромосому, передающуюся неизменной по

мужской линии, либо митохондриальную ДНК, наследующуюся по материнской линии.

В 2016 году на линии обороны "Миус - фронт" поисковики наткнулись на подбитый самолет с тремя скелетами. Нашли и предполагаемых родственников – дочь родной сестры младшего сержанта Владимира Дзюбы. Результат ДНК анализа — положительный.

Глава о медсестре Ракии Мусиной, останки которой нашли поисковики в Орловской области. Почему необходим ДНК-анализ. В октябре 2017-го обнаружили останки в Орловской области. Два года ушло на опознание человека — Мусина Ракия Нигматзяновна, медсестра 14-го отдельного медико-санитарного батальона 18-й Гв. Краснознаменной СД, 1921 г. р., погибла летом 1943-го. По легендам установили имя. Вычислили родственников, провели ДНК-анализ и ее сестры. Совпадение 99,9 процента.

Оставить ДНК потомкам. С 2008 года действует федеральный закон "О государственной геномной регистрации в Российской Федерации".

Ученый считает, необходимо собирать и хранить образцы крови. В биобанке порядка шести миллионов ДНК-карт, хранящихся приминус 20 градусах. ДНК-технологии быстро меняются: сегодня результат получен по одной ДНК-панели, завтра — по другой. Например, в системе CODIS для судебно-медицинской идентификации до 2017 года было 13 STR-локусов — участков хромосом с короткими тандемными повторами. А теперь 21. Необходимо постоянно обновлять ДНК-базу.

Короткие тандемные повторы хромосомной ДНК (STR-маркеры) служат уникальными генетическими признаками каждого человека. Они включают в себя набор нуклеотидов, который может повторяться. В отличие от генов STR не кодируют белки. Разработаны ДНК-карты, позволяющие хранить биоматериал не менее 20 лет при комнатной температуре, в морозильнике — вечно.

В 2019 году Владимир Путин включил генетическую паспортизацию населения в список основных задач государственной политики в области

обеспечения химической и биологической безопасности и поручил правительству подготовить создание Национальной базы генетической информации, предназначенной для медицинских целей, а поисковики предложили использовать ее и для ДНК-идентификации погибших при защите Отечества. Поисковики предложили использовать генную базу для идентификации останков.

Личности советских воинов установили по ДНК. В Нидерландах установили личности восьми бойцов Красной армии, погребённых на кладбище советских войск у города Амерсфорт. Голландские власти согласились провести эксгумацию 15 солдат, взяв тесты ДНК у их родственников. Результаты восьми солдат – 100% удачные.

Бельгийцы увековечили подвиг советских партизан. Немцы почтили память пленных красноармейцев.

Список литературы:

1. Глава о медсестре Ркии Мусиной, останки которой нашли поисковики в Орловской области - РИА Новости, 1920, 28.04.2021
2. Корниенко И., главный научный сотрудник Южного научного центра РАН, профессор Южного федерального университета - РИА Новости, 1920, 03.05.2021
3. Корниенко И и соавт.. // Судебно - медицинская экспертиза. 2002. № 3.
4. Короткие тандемные повторы хромосомной ДНК - РИА Новости, 1920, 28.04.2021
5. Российские военные - РИА Новости, 1920, 15.06.2020
6. ТоргашевА. Неизвестные солдаты. ДНК-идентификация. 2023 г.
7. Экспертиза ДНК - РИА Новости, 1920, 07.02.2019

ЭНДОМЕТРИОЗ, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Цорионова С.К
студентка Проститова В.М.

Понятие «эндометриоз» включает наличие эндометриподобных разрастаний, развивающихся вне пределов обычной локализации эндометрия – на влагалищной части шейки матки, в толще мышечного слоя матки и на ее поверхности, на яичниках, тазовой брюшине, крестцово-маточных связках и т.д.

Эндометриоз, как самостоятельное заболевание, длительное время оставался неизвестным, так как пациенты обращались к различным специалистам с жалобами на бесплодие, боли внизу живота во время менструации, при половом сношении или при дефекации.

Эндометриоз считается одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста и обнаруживается почти у 50% женщин, страдающих бесплодием. Возможно возникновение эндометриоза у девочек в период менархе и у женщин в менопаузе.

Цель: изучить заболевание эндометриоза по г.Кисловодск за 2020-2023г.

Задачи:

1. Изучить классификацию эндометриоза
2. Изучить лечение и профилактику эндометриоза

Объект наблюдения: обучающиеся 300А

Теоретическая часть

Факторы, повышающие риск эндометриоза:

- наследственная предрасположенность
- избыточный уровень эстрогенов
- возраст старше 35-45 лет

- уменьшение длительности менструального цикла
- увеличение объема менструальной кровопотери
- злоупотребление алкоголем и кофеином
- нарушение обмена веществ с висцеральным (по мужскому типу) ожирения

Классификация эндометриоза

Генитальный эндометриоз, в свою очередь, подразделяется на наружный и внутренний.

При наружном генитальном эндометриозе ткань, похожая на эндометрий располагается вне полости матки на органах и брюшине малого таза, образуя повреждения, очаги или разрастания». Наиболее часто эти эндометриоидные очаги располагаются на яичниках; маточных трубах; в области позадиматочного пространства; на связках, поддерживающих матку; на шейке матки и слизистой стенок влагалища.

В тех случаях, когда очаги эндометриоза находятся в толще стенок матки, говорят о внутреннемэндометриозе или аденомиозе.

Экстагенитальный эндометриоз характеризуется наличием эндометриоидных очагов на петлях кишечника, прямой кишке, на мочевом пузыре в области пупочного кольца и на конечностях.

Симптомы эндометриоза

- *Боль*. Боль накануне или во время менструации, при физической нагрузке, занятиях спортом, половом акте.
- *Бесплодие*. Им страдают в среднем 65 % женщин с диагнозом «эндометриоз». Причины бесплодия в данном случае различны: это прежде всего нарушение процесса овуляции (созревание и выход яйцеклетки), образование большого количества спаек в малом тазу в результате деятельности эндометриоидных очагов в области яичников и маточных труб, а также неполноценность эндометрия вследствие изменения менструального цикла.

- *Нарушение менструального цикла* по типу меж- или предменструальных скудных, мажущих кровянистых выделений.

Диагностика эндометриоза

- Анализ жалоб, клиническое и гинекологическое обследование.
- Кольпоскопия (осмотр шейки матки с помощью оптической системы, под увеличением)
- УЗИ — диагностика эндометриоидных кист и аденомиоза.
- Гистеросальпингография для диагностики аденомиоза.
- Гистероскопия матки — диагностика аденомиоза (внутреннего эндометриоза, поражающего стенки матки).

Лечение эндометриоза

Лапароскопия является миниинвазивным хирургическим методом при обследовании больных с подозрением на эндометриоз и позволяет не только правильно поставить диагноз, определить степень распространения эндометриоза, спаечного процесса и состояние маточных труб, но и провести микрохирургическое лечение выявленной патологии.

Профилактические меры

Для того чтобы избежать развития эндометриоидных очагов, необходимо придерживаться следующих рекомендаций.

- Регулярное посещение гинеколога.
- Полноценное питание.
- Умеренная нагрузка.
- Нормализация массы тела.
- Купирование болевых приступов во время менструации.
- Недопущение абортов.

Статистические данные

Вместе с сотрудниками женской консультации, я принимала участие в проведении профосмотров организованного и не организованного населения. Работа заключалась в патронаже больных на дому, больные приглашались на прием к гинекологу. Принимали участие в дополнительных методах

исследования (кольпоскопия и цервикометрия шейки матки, гистеросальпингография). Принимала участие в профосмотрах с целью выявления патологических процессов.

Год	2020 год	2021 год	2022 год
Общее кол-во женщин, обративших в ЖК	1890 человек	2015 человек	1955человек
Кол-во женщин с обнаружением эндомет-риоза	339 человек	327 человек	285 человек
Кол-во женщин, взятых на диспансерное наблюдение	150 человек	144 человек	121 человек
Кол-во женщин впервые встретившись с этим заболеванием	57 человек	42 человек	35 человек
Кол-во женщин на конец года с энодемтриозом	189человек	183 человек	164 человек

Вывод:

Собрав статистику за последние 3 года, отмечено снижение роста эндометриоза. Это связано с тем, что ежегодно проводятся медицинские профилактические осмотры, тем самым выявляют заболевание на раннем этапе. Что в дальнейшем благоприятно влияет на лечение данного заболевания . Так же ведение правильного образа жизни , снижение абортов и диагностического выскабливания полости матки положительно влияет на женское здоровье.

Список литературы

1. Гинекология. Национальное руководство. Авторы: Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина 2019. 1088 с.

2. Савельева Г.М. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. М.: МИА, 2018.

3. Манухин И.Б., Высоцкий М.М., Местергази Г.М. Пропедевтика эндоскопической хирургии в гинекологии. М., Династия, 2017.

КТО СПАСАЕТ ОДНУ ЖИЗНЬ, СПАСАЕТ ЦЕЛЫЙ МИР

Руководитель: преподаватель
высшей квалификационной
категории Хутова А.Ч.,
студентка Музиева Э.

О войне написано тысячи книг, сложены песни, сняты фильмы. Одними из ключевых жанров, которые первыми откликнулись на события военных лет, были жанры документалистики. В этом жанре работали и начинающие писатели, и достаточно известные, и просто люди, которые хотели поведать о подвиге своих земляков. Готовя данную работу, мы открыли новые имена героев – наших земляков, во время Великой Отечественной войны и хотим вам поведать о них.

Цель исследования - рассмотреть особенности национальной литературы в контексте изображения исторических событий.

Объект исследования: книга «Подвиг милосердия. Спасение детей из блокадного Ленинграда в черкесском ауле Бесленей» (авторы Александр Охтов и ЯирАурон), стихотворение «Аул Бесленей» (В.Верковский), поэма «Память сердца» (Н.М. Чистяков).

Материалы исследования: тексты произведений, статьи журналов, интернет - ресурсы.

В книге «Подвиг милосердия. Спасение детей из блокадного Ленинграда в черкесском ауле Бесленей» излагается драматичная история спасения тридцати двух ленинградских детей в ауле Бесленей в 1942 году. Дети, которым грозила почти неизбежная гибель, были спасены благодаря милосердию и благородству нескольких десятков жителей черкесского села, ставших им приемными родителями. Одни из них после окончания войны смогли найти свои семьи и вернулись в Ленинград, для других домом навсегда стала гостеприимная земля Карачаево-Черкесии, а третьи, с годами найдя родных, даже перевезли их на Северный Кавказ. Начинается книга со строк поэмы Н.М. Чистякова «Память сердца»: *Я на комплекс смотрю, весь одетый в гранит, И цветы осторожно к нему возлагаю, Ленинградский*

ребенок покорно стоит, Мать-черкешенка к сердцу его прижимает…(Из поэмы Н.М. Чистякова «Память сердца»).

Дело было в августе 1942 года. На окраине черкесского аула Бесленей, на берегу реки Большой Зеленчук, остановился обоз из четырех подвод. В них – больные, истощенные детдомовские дети, вывезенные еще в апреле из блокадного Ленинграда. Почти у всех родные сражались с фашистами на фронте либо умерли от голода или бомбежек.

Измученных, голодных сирот увозили из блокадного Ленинграда в Краснодарский край. Но фашисты шли за детьми по пятам. Вместо ожидаемых 3–5 дней пути от Ленинграда до Краснодара дорога заняла месяцы и уносила маленькие жизни одну за другой. Часть детей, вывезенных из блокадного Ленинграда, все же довезли живыми до Армавира, но восстановить силы ребятишки не успели, к городу уже приближались фашисты. Тогда местные власти приняли решение: направить детей в сторону Кавказского хребта, в удаленную от фронта Абхазию.

Так, в жаркий августовский день судьба привела ленинградских детей к берегу реки Большой Зеленчук, к черкесскому аулу Бесленей, где обоз остановился на отдых. В самом ауле в это время находились только люди преклонного возраста и маленькие дети (мужчины на фронте, женщины работали в поле, заготавливали продукты для Красной армии). Прослышав о том, что прибыл обоз с детдомовцами из блокадного Ленинграда, все аульчане поспешили к реке. Увидев беспомощных детей, не интересуясь ни их национальной принадлежностью и их вероисповеданием, не сговариваясь, они стали разбирать самых слабых по своим домам.

Был незамедлительно созван совет старейшин аула, во время которого приняли решение внести 32 записи о детях ленинградского эшелона, которые якобы были рождены в семьях аульчан, в похозяйственную книгу поселения. Каждого малыша нарекли новым именем. Это позволило избежать неминуемой расправы гитлеровцев. Так ленинградские дети получили вторую жизнь. Ленинградская девочка Катя Иванова стала Фатимой

Охтовой, Володя Жданов – Цеевым, Саша (фамилия неизвестна) – Рамазаном Хежевым, Марик (фамилия неизвестна) – Муссой Агаржаноковым… В книге дается таблица, кто кого усыновил и кто где оказался после войны.

Позднее поэт-ленинградец В. Верковский в своем стихотворении «Аул Бесленей» выражает безмерную благодарность жителям аула, спасавшим сирот Ленинграда: *«Так Марик зваться стал теперь Муссой, Виктора назвали Рамазаном, Катюшу Иванову – Фатимой, Удочерила Сару – Каукана. Их, обреченных Гитлером на смерть, от голода под бомбами в блокаду, смогли своей любовью отогреть и позабыть сиротство, муки ада…»*

Вскоре в аул прибыли немцы и первым делом детально ознакомились с записями в учетной книге. В течение пяти месяцев аул был оккупирован захватчиками. Местные жители прятали детей. Параллельно блокадники осваивали черкесский язык. Аульчане выдавали ленинградских ребятишек за собственных, проявляя редкую находчивость и бесстрашие. Аульская Книга Памяти запечатлела воспоминания о тех жестоких событиях.

По воспоминаниям старожилов, одного мальчика-еврея немцы все-таки нашли. Усыновила его некая Кабахан. Одинокая женщина души не чаяла в приемном сыне, всю свою нерастраченную нежность дарила ему. Предатель, сообщивший оккупантам о ленинградских детях, выследил, где Кабахан прячет ребенка, и привел туда гитлеровцев. Мальчика расстреляли на улице. Приставив к телу охрану, немцы несколько дней не разрешали его хоронить. После похорон Кабахан исчезла. Нашли ее аульчане на кладбище. Она умерла, обнимая руками небольшой могильный холмик. Похоронили женщину рядом с сыном. А на следующий день, на берегу Зеленчука нашли и предателя. С пулей в сердце.

Дети, спасенные жителями Бесленея, дожили до Великой Победы. Когда аул был освобожден и нужда прятать ленинградцев отпала, выяснилось, что все они освоили язык адыгов. Многих после войны разыскали родственники, они уехали из аула, но пережитое связало навсегда

ленинградских ребятишек со своими спасителями. Сегодня связь поддерживают уже их потомки.

Изучая произведения, невольно сам проживаешь те самые моменты, потрясшие до глубины души сердца этих детей и женщин, которые стали настоящими матерями для сирот. На глазах проступают слёзы благодарности за такую отвагу, которой позавидует весь мир.

Во время поиска информации нам посчастливилось познакомиться с одним из авторов книги Охтовым Александром, который нам описал все подробности жизни спасенных детей и о работе над книгой. Также автор познакомил со стихотворением В. Верковского «Аул Бесленей» и с разными передачами об этом подвиге, в которых мы смогли посмотреть интервью с уже повзрослевшими из блокадного Ленинграда.

Мы считаем, что эта история о нравственном подвиге, благородстве, искреннем братстве и дружбе народов, проявленном в экстремальных условиях Великой Отечественной войны, казалось бы, самыми слабыми и незащищенными – женщинами и стариками.

Нет беды чужой, боли. И в разные годы
Честь для каждого горца всегда дорога.
Это – памятник дружбы великой народов,
Что сильнее и крепче любого врага.

(Из поэмы Н.М. Чистякова «Память сердца»)

Список литературы:

1.Н.М. Чистяков, поэма «Память сердца», 2011г.

2.В.Верковский, стихотворение «Аул Бесленей», 2014г.

3.А. Охтов, Я. Аурон, «Подвиг милосердия. Спасение детей из блокадного Ленинграда в черкесском ауле Бесленей», презентация книги состоялась в 2018г.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА НА ТЕРРИТОРИИ ПРОВЕДЕНИЯ СВО

Руководитель: преподаватель высшей квалификационной категории Халкечева Г.В.
студентка Кортоева А.

Возле границ России находятся более 50 модернизированных на средства Пентагона и подконтрольных ему биолабораторий. Об этом заявил глава войск радиационной, химической и биологической защиты ВС России Игорь Кириллов.

Всего, как сообщили российской стороне в МИД Китая, «под контролем американского военного ведомства находится 336 биолабораторий в 30 государствах мира».

При этом деятельность этих лабораторий сопровождается ухудшением эпидемической ситуации по особо опасным и экономически значимым инфекциям. Кроме того, они связаны с появлением нетипичных для конкретного региона инфекционных заболеваний. С 2010 года на приграничных с Украиной территориях РФ фиксируется рост заболеваемости бруцеллезом, и Конго-Крымской лихорадкой. Также зафиксированы вспышки заболеваний лихорадкой Западного Нила, африканской чумой свиней и расширение ареалов переносчиков болезней.

"Характерно, что с 2015 года — начала широкомасштабного финансирования Пентагоном украинских проектов — среди военнослужащих, а также жителей Луганской и Донецкой народных республик были зафиксированы многочисленные случаи инфекционных заболеваний", — отмечается в докладе Министерства здравоохранения ДНР, согласно которому, за последние 10 лет заболеваемость туляремией выросла в 9,5 раза.

В руководящих документах НАТО туляремия рассматривается в качестве одного из приоритетных биологических агентов. Именно этот

возбудитель использовался в ходе войсковых учений альянса на полигонах в Швеции.

Кроме того, по данным российского ведомства, с 2017 года в 12 областях Украины, в которых расположены биолаборатории. Пентагона зафиксировано несколько десятков вспышек гепатита А.

Заболели более десяти тысяч человек, в большинстве случаев причина заболеваний не была установлена

Минобороны России узнало о спешном уничтожении документов в Херсонской биолаборатории. По его данным, одной из причин этого может быть сокрытие сведений о возникшей в 2019 году в Херсоне вспышке дирофиляриоза — паразитарной болезни, которая передается комарами.

Российский военный заявил, что 4 случая заражения этой болезнью были выявлены в феврале , что не согласуется с жизненным циклом комаров.

Министерство также обратило внимание на резкий рост в ДНР и ЛНР в 2018 числа заражений туберкулезом, вызванных новыми мультрезистентными штаммами болезни. В ходе массовой вспышки в районе населённого пункта Пески было выявлено более 70 случаев с быстрым летальным исходом, Это может свидетельствовать о преднамеренном заражении, либо о случайной утечке патогена с одной из расположенных на территории Украины биолабораторий".

На территории Украины в лабораториях в Киеве, Харькове, Одессе, Львове и других городах создавались компоненты биологического оружия при финансировании напрямую из США.

На эти цели США за четыре года потратили 32 миллиарда долларов, включая разработку проекта Ю-Пи-8, направленного на изучение возбудителей конго-крымской геморрагической лихорадки. Это высоколетальное заболевание, против которого до сих пор нет вакцины.

Заинтересованность военных биологов США связана с тем, что эти патогены имеют природные очаги как на территории Украины, так и в России, а их применение может быть замаскировано под естественные

вспышки заболеваний. Именно поэтому данный проект получил дополнительное финансирование, а сроки его реализации были продлены.

Также есть данные, что в ходе других проектов шли работы с шестью семействами вирусов и с 4 видами патогенных бактерий – возбудителей чумы, бруцеллеза, лептоспироза и сибирской язвы. Некоторые американские эксперименты на Украине, например, по переносу птицами бацилл сибирской язвы, в случае успеха имели бы катастрофические последствия для всего населения Земли, так как таким образом можно было бы получить биологическое оружие абсолютно неизбирательного действия.

Другие исследования украинских лабораторий направлены на изучение заболеваний, передающихся через летучих мышей, и на переносчиков птичьего гриппа.

Проект "Птичий грипп – воздушным путем" разрабатывался в Харьковском институте ветеринарной медицины. В объекте внимания – речные утки.

"Они могут безостановочно пересекать большие расстояния, тем самым обеспечивая скоростную переноску патогенов", – отмечается в материалах, попавших в руки российских специалистов.

Специалисты войск РХБЗ именно с этим проектом связывают вспышки птичьего гриппа в последние годы на юге России.

"Только в 2021 году ущерб от высоко патогенного птичьего гриппа превысил 1,7 миллиарда рублей, было уничтожено 6 миллионов голов домашней птицы. Документы подтверждают причастность Харьковского института к проведению работ по сбору штаммов вирусов птичьего гриппа, обладающих высоким эпидемическим потенциалом и способных преодолевать межвидовой барьер.

Эпидемиологами в летний сезон на Украине прогнозируется возможный рост заболеваемости кишечными инфекциями (холеры, дизентерии) в районах проведения спецоперации в связи с длительным периодом боевых действий. В результате появились целые разрушенные города, городские

кварталы, а также посёлки и деревни. Нарушены не только стандартные жилые коммуникации, но и образовалось значительное количество погибших, многих из которых банально не могли похоронить неделями.

На основе выше изложенного можно сделать следующие выводы:

1. Биолаборатории создавались с целью образовать вокруг России кольцо мощных баз, которые были бы нацелены на раскачивание эпидемий и скрытого применения военно-биологического оружия против нашей страны.

2. В Государственной Думе создана комиссия по расследованию работы этих лабораторий.

3. Для успешной борьбы с инфекционными заболеваниями необходимо повысить уровень подготовки специалистов (эпидемиологов и инфекционистов).

3.Проводить санитарно-просветительную работу среди населения по профилактике распространению данных заболеваний.

Список литературы:

1. Тезисы из доклада начальника войск радиационной, химической и биологической защиты (РХБЗ) Вооруженных сил РФ генерал-лейтенант Игорь Кириллов от 16.06.22

2. Доклад Министерства здравоохранения ДНР

3. Данные из доклада парламентской комиссии по расследованию деятельности биолабораторий на территории Украины

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КУРОРТНЫХ ФАКТОРОВ, КАК СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ

Руководитель преподаватель
высшей квалификационной
категории Чурилова В.С.
студент Затынацкий А.К.

ЯБ - хроническое и рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, с вовлечением в патологический процесс, наряду с желудком и двенадцатиперстной кишкой, органов системы пищеварения, развитию осложнений, угрожающих жизни больного.

По современным представлениям ЯБ рассматривается как полиэтиологическое заболевание, в состав причин которого входят:

- наследственная предрасположенность;
- перинатальная патология, приводящая к гипоксии плода, в том числе к гипоксии желудка;
- аллергическое воспаление слизистой оболочки желудка, при котором отмечается тканевая эозинофилия и увеличено число клеток, продуцентов Ig E;
- гельминтозы, паразитарные заболевания;
- вторичные иммунодефицитные состояния, часто встречающиеся у детей, особенно проживающих в экологически неблагоприятных регионах;
- Helicobacter pylori (Hp).

В настоящее время есть все основания утверждать, что Hp играет ведущую роль в развитии ЯБ.

Клинические симптомы обострения ЯБ (боль в животе, диспептические расстройства и функциональные нарушения ВНС)

Наиболее частым, но наименее специфичным симптомом ЯБ является боль в животе. Только у 15-20% детей с болями в животе при обращении к врачам-гастроэнтерологам выявляются эрозивно-язвенные процессы.

Боль при типичном течении ЯБ достаточно интенсивная, локализуются в основном в эпигастральной и параумбиликальной области, возникает регулярно. Боль принимает ночной, «голодный» характер. Боль может быть ранней (возникает после приема пищи в течение 30-60 мин) и поздней (через 2-3 часа после еды). Возможна иррадиация боли в спину, правое плечо,

лопатку, «мойнигановский» ритм боли: голод- боль-прием пищи – облегчение и т.д.

У части больных ЯБДК имеет место снижение аппетита, задержка физического развития, а также склонность к запорам или неустойчивый характер стула.

В структуре осложнений преобладают кровотечения (80%), реже наблюдаются стенозы (11%), перфорации (8%) и пенетрации язвы (1,5%).

Кровотечение характеризуется кровью в рвотных массах, черным дегтеобразным стулом. При большой кровопотере характерны слабость, тошнота, бледность, тахикардия, снижение АД, иногда обморок.

Стеноз пилоробульбарной зоны развивается обычно в процессе заживления язвы. В результате задержки пищи в желудке происходит его расширение с последующим развитием интоксикации, истощения.

Пенетрация возникает обычно на фоне длительного и тяжелого течения заболевания, неадекватной терапии. Наблюдается рвота, не приносящая облегчения, возможна лихорадка. Основной клинический признак перфорации - резкая внезапная («кинжальная») боль в эпигастральной области и в правом подреберье, часто сопровождающаяся шоковым состоянием. Отмечается слабый пульс, резкая болезненность в пилородуоденальной зоне, исчезновение печеночной тупости вследствие выхода воздуха в свободную брюшную полость.

При постановке диагноза следует обратить внимание на:

1. Анамнестические данные (характерные жалобы, рефрактерная к терапии железодефицитная анемия, семейный анамнез);
2. Физикальное обследование (обнаружение болезненности с характерной локализацией, диспепсические расстройства, снижение веса);

Диагноз подтверждается инструментальным обследованием (обнаружение язвенного дефекта при эндоскопическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки)

Консервативное лечение:

1. Диетотерапия. С целью ускорения заживления язв всем пациентам с ЯБ рекомендуется диетотерапия. Основные принципы диетического питания пациентов с язвенной болезнью включают частое (5-6 раз в сутки), дробное питание, механического термического и химического щажения.

Медикаментозная терапия.

2. Всем пациентам с обострением ЯБ с целью заживления язвенного дефекта рекомендуется проведение антисекреторной терапии ингибиторами протонного насоса;
3. Применяются эзомепразол или лансопразол;
4. Как вариант эрадикационной терапии может быть назначена классическая четырехкомпонентная терапия на основе висмута трикалия дицитрата в комбинации с ИПН, тетрациклином (разрешен детям с 8 лет) и метронидазолом;
5. При неэффективности эрадикационной терапии рекомендовано проводить индивидуальный подбор препарата на основе чувствительности H. pylori к антибактериальным препаратам;
6. Не рекомендуется в большинстве случаев проведение эндоскопического контроля заживления язвенного дефекта у детей.

Хирургическое лечение.

Рекомендовано проведение хирургического лечения язвенной болезни желудка при наличии осложнения болезни: перфорация язвы, декомпенсированный рубцовоязвенный стеноз привратника, сопровождающийся выраженными эвакуаторными нарушениями; профузные желудочно-кишечные кровотечения, которые не удается остановить консервативными методам, в том числе и с применением эндоскопического гемостаза;

Данное исследование проводилось на базе санатория «Буковая роща». С сентября по март на реабилитацию из вошедших в состав России Донецкой и Луганской народных республик поступило 15 детей. При изучении анамнеза дети страдали заболеваниями ЖКТ. Из них было 2 ребенка с язвенной

болезнью, остальные страдали хроническим гастритом. Из анамнеза было выявлено, что дети не получали достаточного количества питательных веществ. В санатории были назначены реабилитационные мероприятия:

1. **Диетическое питание** — основа лечения любых проблем с желудочно-кишечным трактом и в первую очередь необходимо при язвенных поражениях слизистой.
2. **Питьевое лечение** способствует нормализации секреторной и моторной функций желудка, снятию воспалений и регенерации поврежденных тканей.
3. **Грязелечение** в основном назначается в виде аппликаций. Помогает улучшить местный кровоток и кровоснабжение слизистой желудка, снять воспаления.
4. **Гидротерапия** представлена различными душами и ваннами, а также гидромассажем.
5. **Аппаратная физиотерапия** назначается индивидуально в зависимости от показаний, жалоб пациента и диагностированных сопутствующих заболеваний. Для лечения желудка применяются ультразвук, магнит, лазер, электромагнитное излучение.
6. **Плавание в бассейне, терренкур, ЛФК** укрепляют организм, повышают выносливость и работоспособность, помогают справиться со стрессом и накопившимся напряжением, а также благотворно влияют на работу ЖКТ.
7. **Аэро- и фитотерапия** используются для нормализации обмена веществ и улучшения эмоционального состояния.

В результате проведенной реабилитации у детей наступило улучшение состояния, улучшился аппетит, исчезли боли. Даны следующие рекомендации: соблюдать правильное питание, использовать противорецидивную и сезонную терапию и консультация узких специалистов.

Список литературы

1. Запруднов А.М. Болезни органов пищеварения у детей: в чем причина? // Врач. 2020. N5. С.14-16

2. Гуреев А.Н. Роль факторов иммунитета в развитии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей. Автореф. дисс. … канд. мед. наук., М.:2017. 25 с.

3. Цветкова Л.Н. Язвенная болезнь у детей (алгоритм диагностики и лечебной тактики).ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2019. 46 с.

4. Гастроэнтерология детского возраста (под редакцией С.В. Бельмера и А.И. Хавкина) – Москва: ИД Медпрактика-М, 2021.-420 с.

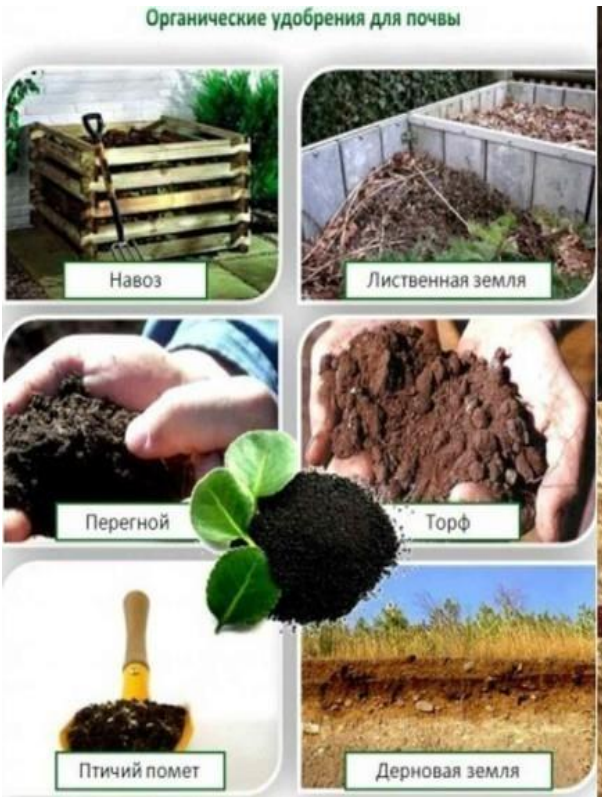
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОЦЕНТНОГО СОДЕРЖАНИЯ ВОДЫ В МИНЕРАЛЬНЫХ УДОБРЕНИЯХ

Руководитель: преподаватель
высшей квалификационной
категории Черняева Р.П
студентка: Прохорова М.

В настоящее время особое внимание обращено на возможности интеграции в процесс патриотического воспитание организацию учебной работы по химии, регулярным включением в изучаемый материал информации из истории отечественной науки, о выдающихся открытиях и их роли в развитии нашей страны, о великих ученых, их исследованиях на благо нашей Родины.

Наши студенты принимали участие УИРС по данной теме в городе Кисловодске предприятие - «Городские цветы».

В качестве объекта исследования были выбраны минеральные удобрения, которые широко используются для подкормки растений.



Удобрения должны содержать определенное количество воды и её качество.

То есть сколько входит в состав удобрения:

-Дистиллированной воды

-Минерализованной воды

-Воды из скважин частного домовладения

А так же должны входить в состав удобрения следующие минеральные вещества: Калий, магний, цинк, кальций, железо, медь, сера и т.д.

Таблица: количество содержание минеральных веществ в удобрениях

Минеральные удобрения			
Название удобрения	Химический состав	Цвет и внешний вид	Получение в промышленности и нахождение в природе
2.. *Фосфорные удобрения*			
Двойной суперфосфат	$Ca(H_2PO_4)_2 \cdot H_2O$ (40% P_2O_5)	Сходен с простым суперфосфатом	Производство осуществляется в две стадии: а) $Ca_3(PO_4)_2+3H_2SO_4 \longrightarrow 2H_3PO_4+3CaSO_4$ $CaSO_4$ оседает, и его отделяют фильтрованием: б) $Ca_3(PO_4)_2+4H_3PO_4 \longrightarrow 3Ca(H_2PO_4)_2$
3. Калийные удобрения			
Хлорид калия	KCl (52—60% K_2O)	*Белое мелкокристаллическое вещество*	Хлорид калия встречается в природе в виде минерала сильвинита (NaCl·KCl)

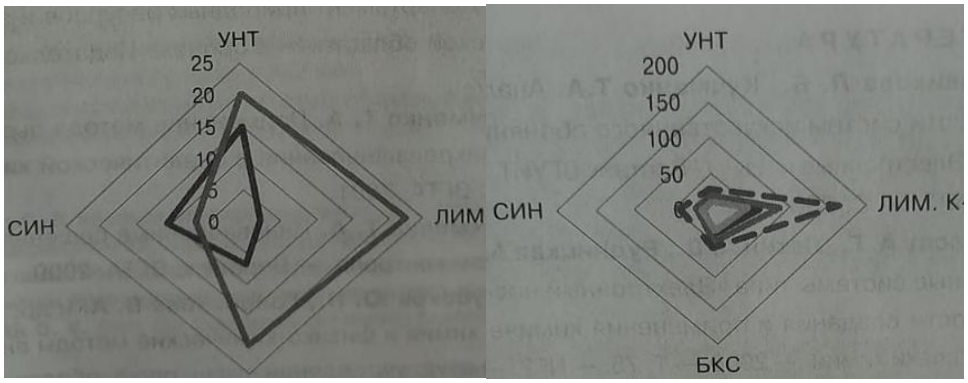
Исследования проводились с помощью газоанализатора методом **«Современных технологий»**

Газоанализатор

Пробы с удобрениями через сутки, после помещения их в склянку с закрытой резиновой пробкой.

Исследовались несколько сенсоров это: «Электронный Нос» и «Электронный Язык»

При этом аналитическими сигналами являются визуальные отличие в виде лепестковой диаграммы.



Электронный нос Электронный язык

По их форме можно судить о вкусе вод и запахов и о количественных соотношениях.

Эти методики используются для экологического мониторинга и выявления фальсифицированных минеральных вод.

И так при помощи мультисенсорных систем типа «Электронный нос» и «Электронный Язык» отвечает запросам практической деятельности, ориентацию их использования в жизни.

Таблица результатов качества воды

№ пробы	название пробы мл/г	Na	Ca	Cl	SO	NO
1	Дистилированная вода	0,070	0,368	0,184	0,162	0,458
2	Вода «аква минерале» негазированная	0,71	0,414	0,112	0,165	0,420
3	Вода из скважины домовладения	0,065	0,150	0,150	0,147	0,415

Список литературы:

1. Кучененко Т.А., Умарханов Р.У., Кочетова Ж.Ю., Бельских Н.В., «Разработка датчиков газоанализаторов и детекторов на основе пьезосенсора», Журнал аналитическая химия- 2012 год №11

ВЛИЯНИЕ ТАТУИРОВОК И ПИРСИНГА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Руководитель: к.п.н. преподаватель высшей квалификационной категории Чернышева С.В., студентка Алейникова У.О.

Ученые считают, что история тату началась при первобытнообщинном строе, 100-60 тыс. лет назад до н. э. При раскопках в Египте была найдена мумия, возраст которой более 4 000 лет, у которой хорошо видны рисунки на коже – тату.

История пирсинга такая же древняя, как и история татуировки. Собственно сложно сказать, что появилось раньше. Представители африканской цивилизации издавна прокалывали себе носы и уши, вставляя в них самые разные, порой совершенно неожиданные предметы, например, кости. Для них пирсинг являлся не только украшением, он носил также и религиозный характер. Так, у древних египтян прокалывание пупка было знаком принадлежности к знатному роду.

В конце XX века пирсинг получил второе рождение благодаря хиппи и другим неформальным объединениям молодежи, а в последнее десятилетие, также как и татуировка, незаметно перешел в разряд модных атрибутов практически всех социальных и возрастных групп людей. В наши дни пирсинг практически утратил религиозный смысл и играет лишь роль украшения.

Несоблюдение норм гигиены может вызвать такие заболевания, как СПИД, гепатит, столбняк.

При хронических заболеваниях косметические процедуры могут спровоцировать ухудшение общего состояния организма и обострить имеющееся заболевание. Аллергическая реакция на краску.

Отдельно стоит вынести осложнения, появляющиеся при проколе полости рта. В первую очередь, человек получает инфицирование. Так как в ротовой полости содержится большое количество болезнетворных бактерий,

а украшения, используемые при пирсинге губы, являются травмирующим фактором для слизистой дёсен, то часто у людей наблюдаются воспаления. Пирсинг губы и языка приводит к образованию сколов на зубах и трещин на зубной эмали, которая в большей степени подвержена проникновению микробов и развитию кариеса.

Татуировки во время Великой Отечественной Войны:

В Красной армии наличие наколок не приветствовалось. Тем не менее, татуированные солдаты в рабоче-крестьянской армии все-таки были. Порой военнослужащие делали рисунки на теле во время перерывов между боями, что позволяло скоротать время и хоть как-то отвлечься от гнетущих мыслей. При этом считалось, что некоторые символы могут приносить удачу в бою.

Так, среди бойцов Красной армии была популярна татуировка на левой руке в виде пятиконечной звезды – символа молодой советской республики. Гораздо сложнее была наколка, изображающая лихого всадника в буденовке. В одной руке он держит саблю, а в другой – большое красное знамя с гербом РСФСР. Менее распространена среди красноармейцев была так называемая Адамова голова – символическое изображение человеческого черепа с двумя перекрещенными костями. Обычно череп с костями выражал бесстрашие и готовность отдать свою жизнь за правое дело.

Так, солдаты делали изображения родов войск, символики подразделений, в том числе гербы и флаги. Бывали также корабли, танки, самолеты, в зависимости от того, в каких войсках нес службу красноармеец. Моряки иногда накалывали якорь. В целом получают распространение патриотические наколки, подчеркивающие веру в победу и верность советской родине. Встречались также татуировки с изображением вождей партии – Владимира Ленина и Иосифа Сталина. Известно, что заключенные в лагерях рисовали их на груди, наивно полагая, что в случае чего стрелять в вождей надзиратели и чекисты не посмеют.

Современные татуировки - это могут быть линии от шеи до пальца или геометрические композиции. Несмотря на простоту исполнения, здесь есть где разгуляться — можно обыграть тату, добавляя разные элементы.

Надписи. Классика мини-тату — буквы и цифры. Идеальный вариант, если хочется оставить максимум чистой кожи и вложить в татуировку что-то очень личное.

Парные. Это гармонично расположенные изображения на обеих руках и иногда на спине. Рисунки должны быть простыми и небольшого размера, при этом они могут располагаться асимметрично

Микрореализм. При такой технике рисунок получается объемным и смотрится как маленькое ювелирное украшение.

Треш - стиль. Мода рейвов конца 1990-х и начала 2000-х вернулась и в тату. Максимально несерьезное отношение к системе, жизни, себе и своему телу — вот что провозглашают эти нонконформистские рисунки. Еще один модный вариант — набить отпечаток пальца.

Было проведено анкетирование среди учащихся 1, 2, и 3 курсов, затрагивая такие специальности, как сестринское, лечебное и акушерское дело. Я задала студентам такие вопросы:

1. Как вы относитесь к людям, у которых есть пирсинг и татуировки?

2. Как вы думаете, для чего люди делают татуировки и пирсинг?

3. Разрешили бы вам родители сделать их?

4. Хотели бы вы сделать себе тату или прокол?

5. Как вы думаете, оказывают ли украшения отрицательное влияние на организм человека?

Таким образом, решаясь сделать татуировку или пирсинг, стоит реально оценивать все возможные риски таких процедур. Ведь они могут стать причиной потери здоровья и репутации, значительно осложнить жизнь. Тем более что с возрастом золотые колечки и стразы в носу, пупке, языке, бровях и на груди будут выглядеть все менее эстетично, как и утратившие четкие очертания и цвет рисунки на потерявшем упругость теле.

В заключение немного морали - главная часть любого оружия - голова его владельца. Наколоть можно все, что угодно и где угодно - только не забудьте задать себе вначале вопрос:" А зачем?".

Список литературы:

1. Ерохина, Н.Н. Молодежные субкультуры: семиотический аспект [Текст] / Н. Н. Ерохина.// Социологические исследования - 2006. - №11. - С. 95-102.

2. Луков, В. А. Особенности молодежных субкультур в России [Текст] / В. А. Луков // Социологические Исследования - 2012. - №10. - С. 79-87.

3. Щепанская Т.С. Символика молодежной субкультуры: опыт этногр. исследования Системы. [Текст] / Т. С. Щепанская. - СПб, 2021. - с.340.

4. Щепанская, Т.С. Система: тексты и традиции субкультуры. [Текст] / Т.С.Щепанская. - М.: 2014. - с. 256.

АПТЕЧКА, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В ЗОНЕ СВО

Руководитель: преподаватель
высшей квалификационной
категории Чотчаева А.А.
студентка Лизогубова У.

Мы повсеместно используем различные лекарства, но в нашей учебно-исследовательской работе хотели бы рассмотреть состав аптечки, используемую в зоне СВО.

Для начала разберем, как делят аптеки. Одним из важных аспектов подготовки является эшелонирование, то есть распределения снаряжения по экипировке таким образом, чтобы предметы первой необходимости, такие как, запасные магазины или жгуты находились в быстрой доступности. Медицинское снаряжение принято разделять на 3 эшелона:

Первый эшелон. Располагается в быстром доступе на видном месте, чтобы в случае ранения не приходилось перерывать все подсумки на снаряжении. Помните, что именно аптечкой первого эшелона будут останавливать кровь в случае ранения. Наличие аптечки первого эшелона

обязательно, ведь сослуживцы не обязаны использовать свою для помощи товарищу. Располагать ее принято в «Треугольнике жизни» или на напашнике.

Состав аптечки первого эшелона:

1) Жгут (турникет, Эрсмарх, Альфа);

2) ППИ

3) Шприц-тюбик с обезболивающим средством.

Второй эшелон. Располагается единообразно во всем подразделении, как правило на правом боку. Повторюсь, именно в нее полезут сослуживцы, когда дотащат раненого до желтой зоны. Помощь раненому оказывается в первую очередь его собственными мед.средствами, если же их не хватает - используются общеотрядные, например из рюкзака санинструктора.

1. Жгут/Турникет - 2шт.

1. ППИ/Бандаж - 2шт.

2. Обезболивающее (шприц тюбик/ампула+шприц) -1шт.

3. Бинт стерильный - 2шт.

4. Маркер перманентный.

5. Одеяло спасательное.

6. Перчатки смотровые стерильные - 1пара.

7. Хлоргексидин - 1 шт.

8. Повязка противоожоговая (большая) - 2шт.

9. Гемостатики

10. Атравматические ножницы - 1шт.

11. Окклюзионная повязка - 1 пара.

12. Пластырь рулонный - 1шт

Третий эшелон. Лежит в штурмовом (рейдовом) рюкзаке. Эта та самая «большая аптека», в которой сокрыты таблетки, мази и прочие вещи, предназначенные для лечения повсеместных болячек. Желательно хранить все эти препараты в подсумке или хотя бы в вакуумном пакете, чтобы не искать по всему рюкзаку: капли глазные, спрей для носа,

противовоспалительные обезболивающее мази, НПВС таб., от простудных воспалений, жаропонижающие, противовирусные, абсорбирующие, антибиотики, противорвотное, разогревающая мазь, противокашлевые и т.д.

Указанный список являются примерным, каждый подбирает под себя в силу своих слабых сторон.

Теперь вернёмся к поиску необходимых препаратов. С третьим эшелоном все понятно, любой из этих препаратов можно найти в городской аптеке. При желании большинство из второго и первого эшелона также можно найти в аптеках, заказать через интернет, но есть препараты которые нельзя получить без рецепта или они просто не сертифицированы на территории нашей страны, такие препараты в дефиците. Так из наркотических обезболивающих используют промедол. На данный момент его используют исключительно при отрыве конечности, в остальных тяжелых случаях пользуются нефопамом. Он обладает таким же болеутоляющим эффектом, но является не наркотическим анальгетиком. Побочное действие, это рвота, что отягощает процесс применения. Также использование обезболивающих препаратов в виде шприц-тюбиков значительно облегчило жизнь. В случае ранения каждый может сам себе оказать первую помощь не прикладывая колоссальных усилий.

К труднодоступным относятся гемостатики. Особой популярностью среди персонала пользуется, белорусский гемостатик. Он не сертифицирован на территории России, но оказывает колоссальную помощь при ожогах, огнестрельных и осколочных ранениях обладая не только кровоостанавливающей функцией, но и регенеративной. Следует ещё отметить о новшествах, которые не оправдали себя. Это кровоостанавливающая губка. Она отлично впитывает кровь, что позволяет уменьшить объем работы во время оказания первой помощи, но начинает крошиться, закупоривая сосуды.

Различный перевязочный материал раньше без труда можно было найти в любом военторге, однако сейчас он в дефиците. Бандажи

используются различных фирм, по сути наши ППИ, только удобнее за счет того, что сделаны на эластичном бинте. Турникеты, российского производства, далеко не все хорошие и ломаются на раз два, а это время - жизнь бойца. Часто можно услышать фразу «если у тебя один жгут, у тебя нет жгута», поэтому лучше при себе иметь два, а то и более турникетов.

Помимо аптечек бойцов имеется мед рюкзак парамедика. Он включает в себя все три эшелона аптек, а так же более специализированные мед.средства: кубитальные катетеры, декомпенсаторные иглы, окклюзионная повязка, шины, перевязочный материал.

Сан. инструктора должны справляться так же с «санитарными потерями» возникающими из обычных заболеваний, таких как орви, бронхиты, так же из-за физической нагрузки возникают межреберные невралгии, бытовые травмы и т.д. Какие бы не были условия, в любом случае это стресс, и тут зависит от психики солдата, на сколько он готов, возможны астено - невротические реакции, панические атаки. В данной ситуации не обойтись без успокоительных средств. Это все должно учитываться парамедиками.

Сейчас в связи со сложившейся ситуации многим медикам, как и воинскому составу, приходится закупать лекарства самостоятельно. Благодаря неравнодушным людям совершаются сборы для покупки медикаментов в различные аптечки. В среднем, парамедицинская сумка выходит на сумму 14989р.

Список литературы:

1. Султан Г. Первая помощь в несчастных случаях / Sultan G., Schreider E. - М.: Издание журнала "Практическая Медицина" (В. С. Эттингер), 2021. - 298с.

2. Абрамов М. Г. Неотложная терапевтическая помощь / М.Г. Абрамов. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2021. - 236 с.

3. Буянов В. М. Первая медицинская помощь / В.М. Буянов. - М.: Медицина, 2022. - 192 с.

4. Вялов С. С. Неотложная помощь. Практическое руководство / С.С. Вялов. - М.: МЕДпресс - информ, 2021. - 192 с.

РАБОТА ЛЕНИНГРАДСКИХ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И БЛОКАДЫ ГОРОДА

(Скробанский К. К.)

Руководитель:
преподаватель Эркенова Т.Р.
студентка Хутова М.З.

Константин Клементьевич Скробанский родился 1876 год —умер 4 марта 1946 года, Ленинград, СССР — российский и советский гинеколог, ректор Первого Ленинградского медицинского института (1921, 1925—1928), академик Академий Медицинских Наук СССР (1944).

В осажденном городе оставалось более двух миллионов человек, из них более четырехсот тысяч детей, а также много беременных женщин, воздержавшихся от эвакуации по причине именно беременности. Среди страшных бед, лишений, ужасов, смертей главной трагедией блокады были женщины и дети. В невыносимых условиях происходило, казалось бы, «обыкновенное чудо» — женщины беременели и рожали детей.

В этот период многие родовспомогательные заведения были преобразованы в госпитали. Так, в Институте акушерства и гинекологии был развернут многопрофильный госпиталь; в здании клиники акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии размещалось хирургическое отделение эвакогоспиталя № 1117 Ленинградского фронта, которое при бомбежках было сильно повреждено. В ночь с 23 на 24 мая 1942 года артиллерийскому обстрелу подверглись клиники Педиатрического медицинского института. В это же время авиабомбой при прямом попадании был разрушен один из роддомов Васильевского острова, было много жертв среди медицинского персонала.

Тем не менее в осажденном Ленинграде продолжали работать родильные дома, хотя их число сократилось с 15 (на 1492 койки) в 1941 г. до

6 (на 810 коек) в 1944 г. В них трудились в 1941 году — 164, а в 1942 году — 73 врача (693 и 210 акушерок соответственно). Характеризуя работу акушеров-гинекологов в период блокады, главный акушер-гинеколог города К. К. Скробанский указывал, что персонал родовспомогательных учреждений прикладывал огромные усилия для создания «хотя бы минимальных условий для акушерской работы: согреть воду и помещение, осветить палаты, дать женщине, только что родившей, горячую пищу»

Столь же тяжелыми были условия работы клиники и в первую половину 1942 г.... В этот период число тяжелых осложнений при родах резко повысилось. Частота случаев эклампсии возросла по сравнению с 1940 г. в 4 раза. Резко возросло также количество преждевременных родов. В то же время обращает на себя внимание сравнительно малый процент летальности рожениц и родильниц от септических заболеваний (0,17 % против 0,1—0,13 % в мирное время) при довольно высокой летальности от заболеваний, связанных с беременностью и родами (главным образом эклампсия и предлежание детского места), превышавшей таковую в мирное врем в 3 раза.

В условиях постоянных бомбардировок, артиллерийских обстрелов и других травмирующих нервную систему факторов, на фоне алиментарной дистрофии и авитаминоза значительно возросла частота эклампсии, которая, по мнению большинства акушеров того времени, протекала значительно тяжелее и давала громадную смертность. Из особенностей течения «блокадной эклампсии» следует указать на раннее ее проявление (в 50 % случаев — уже на 5—7 месяце беременности), наличие нормального артериального давления (в 35 % случаев АД не превышало 130 мм рт. ст.), частое заболевание эклампсией повторнородящих (30 %), тяжелое течение с высокой материнской летальностью.

Работа гинекологических кабинетов на некоторых предприятиях Ленинграда и анализ диспансерного наблюдения за 10 893 женщинами позволили из числа осмотренных по тем или иным показаниям перевести на

облегченную работу 268 (2,5 %), направить на амбулаторное лечение 853 (8 %) и на стационарное лечение 103 (1 %). При осмотре было выявлено 163 (1,5 %) беременных. Эта огромная работа во многом способствовала сохранению здоровья и трудоспособности женщин-работниц, составлявших в те годы основной контингент работавших на предприятиях оборонной промышленности.

В каждом районе города в течение всей блокады продолжали работать женские консультации, под наблюдением которых в разные годы состояло от 2 до 58 тысяч женщин. Работа женских консультаций отличалась рядом особенностей, обусловленных главным образом преобладанием среди обслуживаемого населения лиц, страдавших алиментарной дистрофией и различного рода авитаминозами. Наиболее тяжелым был период с ноября 1941 года по апрель 1942 года, когда больные и беременные с выраженными явлениями дистрофии и авитаминоза составляли в среднем 74 % всех пациенток.

При анализе работы женских консультаций в период блокады отмечена значительная частота родов на дому. При изучении этого явления выяснилось, что, наряду с общими причинами (затруднение с транспортировкой рожениц, недостаточная госпитализация некоторых категорий беременных), не последнюю роль играл и тот факт, что у страдающих дистрофией и авитаминозом рожениц роды протекали довольно быстро, нередко — стремительно.

Список литературы:

1.Скробанский Константин Клементьевич — Большая Медицинская Энциклопедия.

2. История кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ПСПбГМУ имени академика И. П. Павлова.

3. Константин Клементьевич Скробанский// Акушерство и гинекология, № 2, с. 1, 2022;

СРАВНЕНИЕ РЕЦИРКУЛЯТОРОВ РАЗНЫХ МОДЕЛЕЙ

Руководитель: преподаватель
высшей квалификационной
категории Ягодкина Е. А.
студентка Литовченко С.

На протяжении многих лет мы стремимся обезопасить себя, особое внимание, уделяя местам, где находятся люди со слабым или пониженным иммунитетом: больницы, детские сады, школы. Тем не менее, защита от нежелательных бактерий и вирусов требуется во многих местах, через которые проходит большое количество людей, а в последние несколько лет, в связи с появлением коронавирусной инфекции, потребность в современных способах обеззараживания стала только острее. Конечно, руки, окружающие предметы и поверхности мы можем обработать при помощи спиртовых антисептиков или дезинфицирующих средств, однако как быть с опасностью заражения через воздух?

В обществе уже достаточно давно широко используются рециркуляторы – приборы, которые служат для обеззараживания воздуха в помещении в присутствии людей. Принцип их работы основывается на том, что рециркулятор забирает воздух из помещения, прогоняет его через камеру облучения и выбрасывает его обратно в то же помещение. В камере облучения воздух подвергается воздействию ультрафиолета и обеззараживается. Однако так как технология не нова, существует множество моделей рециркуляторов, и может быть непростой задачей выбрать одну из них.

Приступая к работе над исследованием по выбору оптимальной модели рециркулятора, мы поставили перед собой цель: проанализировать и сравнить технические характеристики нескольких популярных моделей рециркуляторов разных производителей.

Актуальность моей работы заключается в том, что сегодня борьба с вирусами, охватившая весь мир коронавирусная инфекция не только диктует свои правила жизни, но и повышает спрос на медицинские аппараты.

Обеззараживание воздуха сейчас требуется как в домашних условиях, так и на рабочем месте.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Изучить историю и технику работы рециркуляторов
2. Выделить наиболее существенные технические характеристики для сравнения
3. Выбрать популярные модели рециркуляторов
4. Сравнить выбранные модели рециркуляторов
5. Представить результаты сравнения

По итогам сбора информации можно сказать, что для сравнения лучше подойдут настенные, чем напольные (передвижные) рециркулятры, так как они более безопасны в использовании: нельзя их уронить, опрокинуть, споткнуться, до них не доберутся дети и домашние животные. Передвижные тоже имеют свои преимущества, за счёт компактности и дополнительных приспособлений (например, рукоятки), вполне возможно при помощи одного устройства обработать несколько помещений в течение дня, не устанавливая свой прибор для каждого.

Как нами было выяснено, наиболее важными техническими характеристиками для рециркулятора являются бактерицидная эффективность, производительность, мощность, уровень шума, габариты и вес.

Сами модели выбирались из настенных, наиболее эффективные из линейки. Одними из самых популярных по выбору оказались следующие:

1. Дезар-5
2. Аэролайф С-80
3. Армед 1-115 МТ
4. Мегидез 3913

По уровню бактерицидной эффективности все модели соответствуют одной планке, а именно – 99,9%, что соответствует первой категории помещений, к которой относятся операционные, родительные помещения,

детские палаты роддомов и туберкулёзные диспансеры. По производительности в порядке убывания лидируют Дезар-5 и Мегидез 3913, всего на три деления от последнего отстаёт Аэролайф С-80, а Армед 1-115 МТ имеет достаточно низкие в сравнении показатели. Тем не менее по мощности так же первым идёт Дезар-5, что не является хорошим показателем, так как чем выше мощность, тем больше энергии требуется устройству. За ним следует Аэролайф С-80 со существенно меньшими показателями в этой области, а Армед 1-115 МТ и Мегидез 3913, которые потребляют практически в половину меньше его, находятся примерно на одном уровне.

По уровню шума все модели имеют схожее значение, а по весу наименее тяжелыми являются Армед 1-115 МТ и Аэролайф С-80, превосходят их в несколько раз Дезар-5 и Мегидез 3913, что является скорее минусом, однако нивелируется, учитывая производительность и низкую мощность последнего.

По габаритам самый компактный Армед 1-115 МТ, далее идут Аэролайф С-80, Мегидез 3913 и Дезар-5.

Подводя итог, можно сказать, что наиболее предпочтительным вариантом для больших помещений является Мегидез 3913, обладающий высокой производительностью и низким энергопотреблением, а также небольшими габаритами пусть и при достаточно высоком, но не самом, весе.

На втором месте находится Аэролайф С-80, так как он при относительно невысоком потреблении энергии имеет высокие показания в области производительности, и ненамного больше по размерам, чем Мегидез 3913, однако весит в два раза меньше.

На третьем месте находится Армед 1-115 МТ, который обладает как небольшими габаритами и весом, так и прочими показателями, но находится выше Дезара-5, поскольку его производительность превосходит мощность

Список литературы:

1. https://recirkulatoru.ru/blog/detail/retsirkulyator-kak-ispolzovat-i-na-chto-obratit-vnimanie-pri-ekspluatatsii/
2. https://dezar.su/c/c/dezar-5
3. https://megidez.ru/catalog/retsirkulyatory-obluchateli-bakteritsidnye/retsirkulyator-megidez-3913/
4. https://www.armed.ru/product/recirkulator-1-115-mt-metall-s-tajmerom-armed-3/
5. https://airlife.ru/catalog/show/ochistitel-vozdukha-s-80
6. https://aif.ru/boostbook/obluchatel-retsirkuljator.html