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

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

студенческой учебно-исследовательской конференции

Кисловодск

29 апреля 2021 год

В сборнике представлены материалы студенческой учебно-исследовательской конференции, состоявшейся 29 апреля 2021 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- методической работы, кандидат педагогических наук

Члены редакционного совета

Беккер Марина Семеновна, председатель общеобразовательной ЦМК, преподаватель информационных технологий в профессиональной деятельности

Григорьян Марина Борисовна, методист, кандидат педагогических наук

Ответственный за выпуск: Беккер М.С. Григорьян М.Б.

Тел. 8(87937) 6-84-83

СОДЕРЖАНИЕ

ПОНЯТИЕ О МАССАЖЕ. ПРИЕМЫ МАССАЖА **8**

Руководитель Аванесова Т. Б. студентка Дауткиреева Р.

ВРЕДНЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ОРГАНИЗМ МЕДСЕСТРЫ **10**

Руководитель Азарова Л. П. студентка Останева А.

КОРЬ: АКТУАЛЬНОСТЬ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ **14**

Руководитель Акульшина А.С.студентка Дроботова А.

ЛЕКСИКА ЧУВСТВЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ В РЕКЛАМЕ **17**

Руководитель Амбарцумян Л.Ю. студентка Гульмамедова К.

ГЕРУНДИЙ. ПРОБЛЕМА ПЕРЕВОДА НА РУССКИЙ ЯЗЫК **21**

Руководитель Батищева Т. А. студентка Коваленко Е.

ТЕХНОЛОГИИ ПОИСКА В СЕТИ INTERNER **24**

Руководитель Беккер М.С. студентка Хамамова Ф.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ: ОТ БОГА ВРАЧЕВАНИЯ ДО НАШИХ ДНЕЙ **28**

Руководитель О.В. Белокопытова, студентка Белоусова О.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ЕЕ МЕСТО В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ **31**

Руководитель Болдырева Л. В.студентка Карабутова Ю.

ИСТОРИКО-ФИЛОСОФСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА **35**

Руководитель Больбат А.А. студентка Надирова М.

ГИПОФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ **38**

Руководитель Боташева Ф.Н. студентка Балова А.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ГБПУ СК «КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ» **40**

Руководитель Вострикова Е.А. студент: Кауфман А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦВЕТОВОГО КОДИРОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ РОССИИ И США **41**

Руководитель Гакинульян Л.С. студентка Баймурзаева Ш.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО МЕТОДИКЕ ПОЛЯНЦЕВОЙ О.И. **45**

Руководитель Галстян Г.В., студент Григориадис С.

ВЕЛИКИЙ ШЕЛКОВЫЙ ПУТЬ НА КАВКАЗЕ **49**

Руководитель Глушкова И.А. студентка Серида В

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ БОЛЬНЫХ **53**

Руководитель Гордиенко Т. А. студентка Асабутаева П. А.

Методы современной иммобилизации **56**

Руководитель Демина Е.А. студентка Булавинова М

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ «С». АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ **61**

Руководитель Иванова Е. Т. студентка Ахаева Г.

«АНГЛИЙСКИЕ СОКРАЩЕНИЯ BFF(BEST FRIENDS FOREVER) ИЛИ EF(ENEMIES FOREVER)» **64**

*Руководитель Иванова Н. М. студентка Алиева А***.**

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА **67**

Руководитель Карабашева И. Р. студентка Бадалова С.

ЧИПСЫ: ВРЕД ИЛИ ПОЛЬЗА? **72**

Руководитель Коджакова С.З. студент Амбросимов А.

КАМЕННОЕ СЕРДЦЕ: АКТУАЛЬНОСТЬ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ **76**

Руководитель Комарова Г. П. студентка Абрамян Л.

ВИТАМИН Д **79**

Руководитель Комарова Н.Г. студентка Абдурахманова Д.

ВИТАМИН В-12 И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ **83**

Руководитель Крылова А.В. студентка Магомедова А.
РОЛЬ ИГР С МЯЧОМ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА 88
Руководитель Курмаев В. А. студентка Пихтелёва А.
ДЕТИ ПО ЖЕЛАНИЮ, А НЕ ПО СЛУЧАЮ 90
Руководитель Лайпанова З.Х. студентка Сторожук Е
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДСЕСТРЫ 94
Преподаватель Маилова С.А.студентка Ахаева Г.
ОПАСНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НАРУШЕНИЯ РЕЖИМА СНА И РЕЖИМА ПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ В РОССИИ И АНГЛОЯЗЫЧНЫХ СТРАНАХ 97
Руководитель Малышева Н.Г., студентка Грабовенко Е.
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА АМБУЛАТОРНЫМ БОЛЬНЫМ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 101
Руководитель Меренкова Е.М.студентка Чумакова Я.
АНГЛИЙСКАЯ ЛЕКСИКА В РЕКЛАМНЫХ СЛОГАНАХ РОССИЙСКИХ СМИ 104
Руководитель Петросян Л.Ю студентка Израева Т.
СТРЕПТОКОККОВЫЕ ИНФЕКЦИИ 108
Руководитель Писна З.В. студентка Сулейманова Г.
СУИЦИД: ОЦЕНКА РИСКА И ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ 111
Руководитель Рамазанова Ш.З. студент Качалиев Э.
АНТИСЕПТИКИ В БЫТУ 114
Руководитель Сергеева И.В. студентка Нащёкина И.
ИСТОРИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ 118
Руководитель Серегина О.И. студентка Абдурахманова М.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМ СВЯЗАННЫХ С ЙОДОДЕФИЦИТОМ У БЕРЕМЕННЫХ **121**

Руководитель Тохчукова Х.Р. студентка Узденова А.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА **125**

Руководитель Урузбиева Е.А., студентка Пихтелева А.

ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА **130**

Руководитель Урусова А. М. студентка Васильченко Я.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТА НА СОВРЕМЕННОГО ПОДРОСТКА. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ **132**

Руководитель Урусова А.М. студентка Бажок Д.

УВЛЕЧЕННОСТЬ ЗАНЯТИЯМИ В СЕКЦИИ «ФУТБОЛ» ВО ВНЕУРОЧНОЕ ВРЕМЯ СТУДЕНТАМИ КОЛЛЕДЖА ВСЕХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ **137**

Руководитель Фарсаданян А.П студент Махов Р.

АКТУАЛЬНОСТЬ НОРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ **139**

Руководитель Халкечева Г.В. студентка Фархлулова С.

РОЛЬ И УМЕСТНОСТЬ ЗАИМСТВОВАНИЙ В СОВРЕМЕННОМ РУССКОМ ЯЗЫКЕ **143**

Руководитель Хутова А.Ч. студент Акимов В.

ЗАБОЛЕВАНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ. ЭРОЗИИ **146**

Руководитель Цорионова С. К. студентка Багаудинова А.

ОТХОДЫ И ИХ ПЕРЕРАБОТКА **148**

Руководитель Черняева Р.П. студент Брылев Д.

ПОЛИВИТАМИНЫ И ИХ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ОБЩЕЕ РАЗВИТИЕ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА **150**

Руководитель Чотчаева А.А. студентка Огурлиева А.

НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ БЕЛКОВ КОРОВЬЕГО МОЛОКА. ЦЕЛИАКИЯ 153

Руководитель Чурилова В.С. студентки Далгатова А, Асакова Д.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ «КИСЛОВОДСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА 157

Руководитель Ягодкина Е. А. студентка Анисимова Е.

ПОНЯТИЕ О МАССАЖЕ. ПРИЕМЫ МАССАЖА

Руководитель Аванесова Т. Б.
студентка Дауткиреева Р.

Актуальность темы работы заключается в том, что лечебный массаж – это научно-обоснованный лечебный метод, сущность которого заключается в нанесении раздражения телу пациента руками массажиста или специальными приспособлениями с лечебной целью.

Различают следующие виды массажа:

По назначению

Лечебный(применяется при многих заболеваниях).

Гигиенический (используется для закрепления здоровья, улучшения функционального состояния, предупреждения осложнений)

Спортивный:

- предварительный (применяется у спортсменов для подготовки к терниолвке или соревнованию;

- восстановительный (применяется после спортивной тренировки или соревнования);

- тренировочный (используется дополнительно к тренировке);

4. Косметический (массаж лица):

- гигиенический (применяется с гигиенической целью и для предупреждения увядания кожи);

- лечебный (используется при заболеваниях челюстно-лицевой области).

5. Гинекологический – лечебный бимануальный массаж (применяется в гинекологии)

По методике:

- Классический (основан на послойном воздействии на ткани с применением четырех основных классических приемов: поглаживание, растирание, разминание, вибрация).

- Сегментарно-рефлекторный (основан на воздействии на рефлексогенные зоны, зоны с повышенной чувствительностью).

- Другие виды:периостальный, соединительнотканный, кишечный, восточный, шведский, финский. Эти виды массажа у нас используются редко.

По технике

- ручной
- инструментальный (щеточный, баночный, массажерами)
- аппаратный
- гидромассаж

Длительность одной процедуры массажа зависит от характера и стадии заболевания (травмы), общего состояния, пола, возраста больного, величины массируемой области. Первая процедура не должна быть продолжительной и интенсивной, особенно у лиц с повышенной возбудимостью, пожилых людей, при травмах. Длительность одной процедуры при локальном массажа составляет 15 мин. Продолжительность общего массажа 15-35 мин.

Частота проведения массажа также зависит от функционального состояния, вида травмы (заболевания), пола, возраста больного, а так же задач поставленных перед массажистом. Например: гигиенический массаж проводят 2-3 раза в неделю, при травмах и заболеваниях – ежедневно или 2-3 раза в день.

Длительность курса массажа зависит от тяжести заболевания и составляет 5-20 процедур. Иногда массаж проводиться курсами, с перерывами в течении нескольких лет.

Общими показаниями для проведения массажа при острых заболеваниях являются: удовлетворительное состояние больного; завершение острой фазы болезни; период ранней и поздней реконвалесценции:

отсутствие признаков обострения и рецидива болезни, а также обострения сопутствующих заболеваний ; согласие больного на процедуру.

Общими противопоказаниями для проведения массажа служат: острая форма заболевания, наличие фебрильной температуры, гипотонические (коллаптоидные) состояния, головокружение, выраженная слабость, кровотечение и наклонность к ним, тромбозы сосудов, тяжелые нарушения ритма сердца, недостаточность кровообращения III степени, болезни крови, гнойные процессы любой локализации, чрезмерное психическое или физическое утомление, доброкачественные и злокачественные опухоли, общее тяжелое состояние, отек Квинке и другие тяжелые проявления аллергии.

Лечебный массаж на применяют при острой (подострой) печеночной, почечной недостаточности, токсической печеночной энцефалопатии, ДВС – синдроме, выраженном диарейном (колитическом) синдроме, асците, заболеваниях кожи живота и в смежных областях.

Список литературы:

Бурякин Ф.Г. Лечебная физкультура и массаж.

Епифанцев В.А. Лечебная физкультура и массаж.

ВРЕДНЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИНА ОРГАНИЗМ МЕДСЕСТРЫ

Руководитель Азарова Л. П.
студентка Останева А.

Актуальность темы:

Тема, которая выбрана для исследования, является актуальной, так как в настоящее время медицинские сестры подвергаются вредным воздействиям на рабочем месте, в общении с пациентами и их родственниками, а также выполняя профессиональные манипуляции, с одной стороны. С другой

стороны, узнав какие вредные факторы, влияют на здоровье медсестры, мы сможем снизить уровень профессиональных заболеваний, которые в дальнейшем могут воздействовать на плод

Чтобы выявить вредные воздействия, мы предложили медсестрам заполнить анкету, в которую включили следующие вопросы:

возраст;

стаж работы;

с какими дезрастворами работают;

что на их взгляд является причинами стрессов;

профессиональные заболевания.

Цель: Выявить вредные воздействия на организм медсестры.

Задачи:Определить возрастной состав и стаж работы, выяснить причину стрессов, выявить профессиональные заболевания медработников,

беременность медсестры и опасность воздействия на плод вредных факторов.

По результатам опроса мы выявили, как влияет работа медсестры в разных отделениях на здоровья:

Возраст	Стаж работы	Отделение	Причины стрессов	Профессиональные заболевания медработников
23	1 год	Скорая помощь	Недовольство, хамство	Вирусные гепатиты, ВИЧ
33	11 лет	Психиатрическое отделение	Трудность общения с пациентами	СЭВ
39	7 лет	Реанимационное отделение	Трудность общения с родственниками	Гепатит, ВИЧ
41	20 лет	Рентген	Неуважительное отношение	Облучение
43	15 лет	Онкологическое	Хамство	Облучение
58	27 лет	Операционное	Неуважение	Раздражение дыхательных путей
62 года	43 года	Роддом	Работа в ночное время	ВИЧ, гепатит

Порезультатом опроса мы определили, что большинство респондентов используют на своих рабочих местах следующие дезрастворы: тетрамин,

фориспот, клиндезин окси, как видно из результатов, что наиболее часто используется тетрамин, который наиболее безопасен в использовании и гипоаллергенен.

Виды вредных производственных факторов:

Механические

Физические

Психогенные

Химические

Биологические

Механические:

Этому воздействию подвергаются: гинекологи, хирурги, операционные медсёстры, стоматологи, массажисты из-за того, что вызывают вынужденное положение тела. А так же перемещение тяжестей, в том числе и самого пациента.

Физические:

дискомфортный климат, связанный с повышенным или пониженным уровнями температуры и влажности воздуха;

ультразвуковое, радиологическое, рентгеновское, электромагнитное излучение;

шум и вибрация;

холод;

нерациональное освещение

Психогенные:

Связанные с эмоциональными перегрузками:

процессом общение с пациентом и его родственниками;

неорганизованный режим труда

Химические:

лекарственные вещества (особо опасные в виде аэрозолей);

наркотические вещества;

гормональные вещества;

дезинфицирующие средства;

витамины

Биологические:

Вызываются:

вирусами;

бактериями;

антибиотиками;

вакцинами;

сыворотками;

Медсестра подвергается стрессам из-за:

работы в ночное время-41 %

личного болезненному состоянию-19 %

пациента-16 %

родственников пациента-17 %

коллег по работе-7 %

Профессиональные заболевания медработников:

повышенное АД-26 %

заболевание ССС-2 %

аллергические состояние- 32%

нервные заболевания- 22%

заболевания щитовидной железы-2 %

заболевания суставов-4 %

гинекологические заболевания- 7 %

Заключение:

По результатам нашего исследования мы выявили, что вредное воздействие на организм медсестры оказывает работа в ночное время – 41%.

Из профессиональных заболеваний чаще всего отмечаются аллергические состояния – 32%. На втором месте повышение АД – 26%, что может быть следствием работы медсестры в ночное время.

Беременность медсестры и опасность воздействия на плод:

Токсоплазма, а так же вирусы: краснухи, ветряной оспы, простого герпеса, цитомегаловируса, внутриутробная инфекция могут привести к гибели плода, либо к дефекту развития плода и к преждевременным родам. Так же медсестра подвергается опасности, контактируя с различными источниками излучения.Даже небольшие дозы, воздействующие в течение продолжительного времени, оказывают серьезное влияние на здоровье медсестры и повреждают плодили могут вызвать у плода генетические изменения во многих поколениях.

КОРЬ: АКТУАЛЬНОСТЬ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ

Руководитель Акульшина А.С.
студентка Дроботова А.

Актуальность темы. Средиболезней,управляемыхсредствамиактивнойиммунизации, видноеместозанимаеткорь.Традиционноонасчитаетсядетскойинфекцией, однаковпоследнеевремявсёчащеэтомузаболеванию этой инфекцией подвергаетсяивзрослое население.

Люди очень восприимчивы к инфицированию корью, так как ее заразность практически 100%. По статистике Всемирной организации Здравоохранения, количество случаев заболеваний корью в 2019 г. в Европе достигло рекордного уровня за десять лет. В России распространенность кори занимает одно из первых мест среди острых детских инфекций.

Цель и задачи работы: обосновать значимость кори для современного здравоохранения. Проанализировать эпидемиологические особенности данного инфекционного заболевания.

В Российской Федерации за 2020 год зарегистрировано 1 214 больных корью, в 2019 г –4 478человека, что говорит о снижении заболеваемости корью на 73%.

В последнее время возраст тех, кто болеет корью, значительно изменился. Если раньше это заболевание преимущественно наблюдалась у дошкольников, то в наше время — по большей части у школьников и молодых людей в возрасте от 15 до 18 лет.В 2020 году удетей зарегистрировано –763случаев, у лиц старше 18 лет – 451 случай заболевания корью.

В Европейском центре профилактики и контроля заболеваний связывают такую пугающую тенденцию со снижением общемирового уровня вакцинации до 78%, вместо требуемых 90-95%. Отказ от прививок в последнее время становится все более популярным. Согласно данным ВОЗ, в 2019 году каждый десятый ребенок на планете остался без необходимых прививок. ВОЗ призвало европейские страны "принять меры", для повышения иммунизации населения, т.к. активная иммунизация – одно из основных, а порой, и единственных, мер защиты от кори.

В СКФО за 2020 год зарегистрировано 577 случаев кори, в 2019 году – 921 случай, что говорит о снижении заболеваемости на 37%,у детей – 457 случаев, у лиц, старше 18 лет – 120 случаев.

В Ставропольском крае за 2020 год зарегистрировано всего 7 случаев кори, из них 4 случая у детей и 3 случая у взрослых.

Все заболевшие корью либо не были привиты, либо имели сомнительный прививочный анамнез, что говорит о важности проведения плановой вакцинации от коревой инфекции.

Корь опасна из-за своих осложнений: потери зрения, энцефалита, тяжелой диареи, приводящей к обезвоживанию, инфекций лор-органов, тяжелых инфекций дыхательных путей, пневмонии, которые могут закончиться летальным исходом. Наибольшую угрозу корь представляет для плохо питающихся маленьких детей и взрослых, особенно в пожилом

возрасте или тех, у кого в организме есть острая недостаточность витамина А или страдающих отВИЧ-инфекции или других болезней, ослабляющих иммунную систему человека.

Для предотвращения заражения корью населения, профилактики тяжелых осложнений, необходимо принимать ряд профилактических мер, проведение санитарно-просветительной работы среди населения, что является основными задачами медицинской сестры, в обязанности которой входит как сестринский уход за больным корью, так и профилактика данного заболевания.

Список литературы:

Педиатрия с детскими инфекциями [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970446324.html

Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 - 2020 гг»

Корь.ИнформационныйбюллетеньВОЗ№ 286,Февраль2019 г. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/ru/index.html

Мероприятия по выявлению и иммунизации всех восприимчивых к кори лиц, детей и взрослых, как граждан Российской Федерации, так и иностранных граждан, осуществляющих трудовую деятельность на территории Российской Федерации. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.02.2019 №2 (зарегистрировано в Минюсте России 11.03.2019, рег. № 54004). https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72092578/

ЛЕКСИКА ЧУВСТВЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ В РЕКЛАМЕ

Руководитель Амбарцумян Л.Ю.
студентка Гульмамедова К.

Телевизионная реклама в современном обществе становится частью массовой культуры, так как она влияет не только на конкретного потребителя товаров и услуг, но и на зрителей, которые могут быть не заинтересованы в приобретении рекламируемого товара. Каждый телезритель находится под постоянным воздействием рекламы на его чувства. Эта тема является актуальной, потому что степень изученности недостаточна.

В данной работе мы рассмотрим тексты российской телевизионной рекламы, в которых могут содержаться слова, влияющие на чувственное восприятие человека.Чувственное восприятие является одним из источников познания окружающего мира. Изначально любое явление окружающего мира воспринимается органами чувств (зрение, слух, осязание, запах, вкус), затем идёт его осмысление и категоризация. Эти пять чувств заставляют человека принимать жизненные решения, делать покупки, выбирать услуги.

Зрительные, слуховые, осязательные, вкусовые и обонятельные образы воплощаются в языке. Языковые единицы с семантикой восприятия выполняют различные функции на смысловом и структурном уровнях языка. Для обозначения цвета и тактильных ощущений в русском языке чаще всего используются прилагательные, сравнительные обороты, конструкции с существительным в родительном падеже. Эта конструкция также характерна и для обозначения вкусовых и обонятельных ощущений. Прилагательным, которые несут значение вкуса, цвета и запаха свойственно образовывать переносные значения, а также выступать в функции символов и «ярлыков».Прилагательные, которые обозначают данные признаки как относительные, используются для обозначения многих явлений. В частности сферой их употребления становится реклама.

В русском языке большое количество прилагательных, обозначающих запах, не имеют эталона (смрадный). Запах имеет нечто общее со светом и звуком локализуется в пространстве и распространяется. Об этом свидетельствует общая сочетаемость существительных цвет, запах, звук с глаголами исходить, литься, доноситься.

Качества предметов, определяемые тактильно, на ощупь, в русском языке немногочисленны, однако способность осязать осознаётся как одна из самых важных в характеристике личностных свойств человека и его взаимодействия с миром.

Анализируя рекламный материал, нам удалось выявить некоторые виды телерекламы и объединить их в следующие группы реклама продуктов питания; реклама услуг различных фирм; реклама косметических средств; реклама медикаментов; реклама бытовой техники; реклама мебели; реклама средств передвижения; реклама одежды, реклама чистящих средств. Остановимся на некоторых из них.

Реклама косметических средств. Особенностью этой группы рекламных текстов на телевидении является использование имён прилагательных. Чаще всего употребляются прилагательные, имеющие отношение к цвету сияющий, чёрный, белый, цветной; к осязанию идеальное (покрытие), лёгкая (текстура), натуральный, воздушный, невесомый; к зрению соблазнительный, роскошный, идеальный, интересный. Прилагательные, относящиеся к обонянию и слуху, в просмотренных нами рекламах не выявлены. Кроме этих групп используются прилагательные новый, достойный, роковой, революционный, трёхслойный, восхитительный, бесценный. Они не входят в группы чувственного восприятия. В рекламе губной помады RouqeCarresse от Loreal использован сравнительный оборот «лёгкий, как воздушный поцелуй», который выражает приятные тактильные ощущения. «Цветовая» реклама экспрессивна, в ней обязательно присутствует преувеличение солнечный, ослепительный, переливающийся. Например, в рекламе тонального крема, тональной основы часто звучит

словосочетание «естественное сияние», данное лексическое сочетание создаёт положительное восприятие. Цвет характеризуется прилагательными сияющий, ослепительный, яркий. Наивысшее проявление цвета выражено словосочетаниями максимум цвета, 100% цвета, революция цвета.

В рекламе туши для глаз наблюдается доминирование зрительных ощущений. Представлены глаголы зрительного восприятия смотреть, глядеть. Очень часто используется существительное взгляд. Наречия приятно, безупречно, успешно усиливают звучание этих глаголов.Постоянно подчёркивается с помощью прилагательных со значением «Цвет» (тусклый, бледный), что без рекламируемого средства человек будет выглядеть плохо.

В рекламе кремов, гелей частотно использование глагола увлажнять. При прослушивании такой рекламы в сознании зрителя могут возникать приятные осязательные ощущения. Используются устойчивые сочетания, например, не отрывать взгляд. В рекламе парфюмерных изделий используется глагол шептать.

Реклама лекарственных средств. В данной категории реклам выделяются лексемы, связанные с неприятными тактильными ощущениями. Например, больно глотать, сильно разболеться, кашель, разжижает, выводит мокроту, перхоть, колики, зуд, чихание, раздражение, заболевание, грибок стоп, изжога. Для этого используются существительные, глаголы, наречия. Это вполне объяснимо. Используется лексика негативной окраски, чтобы убрать болезненные ощущения, необходимо приобрести рекламируемое средство. Представлены глаголы сохранять, поддерживать, благоприятствовать, избавляться, насыщать, проникать; существительные прочность, упругость. Частотно использование прилагательного горячий как в прямом, так и в переносном значении пить горячим, горячий ответ простуде и гриппу.

Реклама продуктов питания. В анализируемых рекламах продуктов питания на языковом уровне представлены в основном вкусовые ощущения. Для этого используются слова со значением «Вкус». Прилагательные

вкусный, терпкий, клубничный, фруктовый, нежный, мятный. Существительные тархун, клубника, яблоко. Данная лексика направлена на создание приятных вкусовых ощущений. Например, в рекламе чая используется прилагательное вкусный. Принципиально важной в формировании содержания текста рекламы является ситуация слухового восприятия. Используются глаголы, создающие звуковое впечатление хрустеть, кипеть, жевать. Их использование привлекает внимание к продукту на звуковом уровне. Приятные запахи ассоциируются с ароматами кофе роскошный аромат, гипнотический аромат, пламенный аромат. Существительное вкус сочетается в рекламе с разными прилагательными совершенный, восхитительный, неземной, божественный, отличный.

Таким образом, семантика чувственного восприятия в рекламных текстах российского телевидения представлена языковыми единицами, имеющими различную частеречную принадлежность глаголами, прилагательными, существительными, наречиями. Чаще всего это глаголы и прилагательные зрительного, слухового и осязательного восприятия. Важную роль играют прилагательные со значением цвета, вкуса. Наблюдается доминирование зрительных ощущений.

В ходе исследования было установлено, что всю рекламу можно разделить на различные тематические группы. В каждой тематической группе используются различные лексемы со значением вкуса, зрения, осязания, обоняния и слуха. Использование слов с данным лексическим значением объясняется необходимостью привлечения внимания к рекламируемому предмету. Также мы отметили частотные лексемы, использующиеся в той или иной группе рекламируемых товаров. «Цветовая» реклама экспрессивна, ей свойственно преувеличение. Слова со значением восприятия запахов тоже нашли своё отражение в рекламе. Слова лексической группы «Слух» менее частотны, а группы «Зрение» более употребительны.

ГЕРУНДИЙ. ПРОБЛЕМА ПЕРЕВОДА НА РУССКИЙ ЯЗЫК

Руководитель Батищева Т. А.
студентка Коваленко Е.

Введение: В английском языке, как и в русском, все формы глагола делятся на личные (finiteforms) и неличные (nonfiniteforms). Первые являются глаголами в чистом виде, вторые соединяют в себе как глагольные признаки, так и не глагольные, т.е. признаки какой-либо другой части речи. Неличные формы - это инфинитив (TheInfinitive), причастие (TheParticiple) герундий (TheGerund) и отглагольное существительное (Verbalnoun). Неличные формы могут выполнять в предложении функции разных его членов (кроме функции сказуемого или его спрягаемой части).

Объектом исследования является проблема перевода герундия на русский язык обучающимися на уроках английского языка.

Предметом исследования являются способы перевода герундия на русский язык.

Гипотеза исследования перевод герундия зависит от его синтаксической функции в предложении.

Задачи исследовательской работы:

Отобразить основные сведения о герундии;

Рассмотреть особенности перевода герундия на основе его синтаксических функций;

Проанализировать перевод герундия на русский язык в различных источниках англоязычных текстов

Происхождение герундия: По мнению профессионального переводчика Елены Александровны Корнеевой «Герундий - наиболее поздняя по происхождению неличная форма глагола. Он произошел от древнеанглийского глагольного существительного и причастия настоящего

времени; благодаря этому соединяет в себе характерные черты существительного и глагола».

В древнеанглийский период отглагольное существительное имело суффикс -ing, -ung; в среднеанглийском стал -inge в результате смещения конструкций с отглагольным существительным и причастием настоящего времени. Таким образом, отглагольное существительное и причастие слились в одну форму с окончанием -ing(e), современное -ing.

Правило герундия: Поскольку в русском языке нет форм, соответствующих герундию и он не может быть переведен на русский язык, отдельно от контекста предложения, то при его переводе используются различные способы перевода. Герундий имеет свои временные и залоговые формы:

	Active	**Passive**
Indefinite	**writing**	**being written**
Perfect	**having written**	**having been written**

Герундий может выполнять в предложении следующие функции:

Подлежащего: Smokingisnotallowedhere – Куритьздесьнеразрешается.

*Именной части составного сказуемого:*Thy roidectomy is removing hethy roidgland–Тиреоидэктомия – это удаление щитовидной железы.

Дополнения: а) прямого: The patient needs examining at once – Больной нуждается в срочном обследовании; *б) предложного:* The brainiest heprimary centre for regulating body activities – Мозг является центром регуляции движений тела. *Определения:* There are different methods of treating his disease – Существуют различные способы лечения этого заболевания. *Обстоятельства:* After receiving necessary information we can perform the operation. – Получив (после того, как мы получили) необходимые данные, мы можем сделать операцию.

You cannot get the Aids virus by giving blood - Ты не можешь заразиться СПИДом, сдавая кровь. В данном предложении герундий переводится деепричастием. Часто деепричастием переводим герундий там где есть

предлог **by**, в таких предложениях герундий выполняет синтаксическую роль обстоятельства.

Герундий может переводиться существительным, инфинитивом, деепричастием, придаточным предложением.

Сложные формы герундия чаще всего переводятся придаточным предложением: I remember his having been taken to the infection hospital as a small lchild – Я помню, что он лежал в инфекционной больнице ещё в детстве. (Inderfinite Perfect Gerund Неопределенный **перфектный** герундий)

I insist on being treated with acertain consideration - Я настаиваю на том, чтобы ко мне относились внимательнее. Сложная форма герундия. (Passive Indefinite Gerund. Неопределенный пассивный герундий), переводится придаточным предложением.

I wasn't aware of Kate's having been ill – Я не знал что Кейт была больна. Perfect Gerund Active. Сложная форма герундия. Переводится придаточным предложением.

You cannot get the Aids virus by being bitten by mosquitoes or other bugs – Вы не можете заразиться СПИДом когда вас кусают комары или другие насекомые. Сложная форма. (Indefinite Active Gerund. Неопределенный активный герундий). Переводится придаточным предложением.

I didn't like having been operated by a surgeon – Мне не понравилось как меня прооперировал хирург. Сложная форма. (Passive Perfect Gerund Пассивный перфектный герундий) Переводим придаточным предложением.

Заключение: Рекомендации для обучающихся при переводе герундия.Перевод герундия зависит от его функции в предложении. Герундий без предлога может выполнять в предложении синтаксические функции подлежащего, именной части составного сказуемого, прямого дополнения, а с предлогом **by**– обстоятельства.

Список литературы:

1. Корнеева Е.А. Пособие по морфологии английского языка. Учебное пособие для институтов и факультетов иностранных языков/ Н.А. Кобрина, К.А. Гузеева. - М.: Высшая школа, 2016

2. Качалова К.Н. Практическая грамматика английского языка. Учебное пособие/ Е.Е. Израилевич. - М.: ЮНВЕСЛИСТ, 2017

3. Казакова Т.А. Практические основы перевода. Учебное пособие - СПб.: Союз, 2019

4.Корнеева Е.А. Грамматика английского языка. Морфология. Синтаксис. Учебное пособие - СПб.: Союз,2016

ТЕХНОЛОГИИ ПОИСКА В СЕТИ INTERNER

Руководитель Беккер М.С.
студентка Хамамова Ф.

Цель: расширить и углубить знания по теме «*Поисковые сайты и технологии поиска сети Internet*»

Задачи:Изучить информационно-поисковые системы, описать принцип работы информационно-поисковых систем, составить список правил для формирования запроса в поисковой системе Яндекс

Актуальность темы: в современном мире ежедневно добавляется огромное количество информации на просторы Интернет, людям становится трудно найти конкретный ответ на поставленный вопрос, в связи с эти следует знать и пользоваться технологиями поиска в сети.

Поисковые системы

В Интернете сосредоточено огромное количество документов, чтобы облегчить поиск нужной информации, создаются специальные **поисковые машины.**

Поисковые машины - это автоматические системы, опрашивающие серверы, подключенные к глобальной сети, и сохраняющие в своей базе информацию об имеющихся на серверах данных.

По специальным образом сформулированному запросу **поисковые машины** предоставляют информацию о том, где можно получить необходимые данные.

Поисковые машины состоят из трех частей: робота, индекса и программы, обработки запроса.

Робот - это программа, которая посещает веб-страницы и считывает (полностью или частично) их содержимое. Роботы поисковых систем различаются индивидуальной схемой анализа содержимого веб-страницы.

Индекс - это хранилище данных, в котором сосредоточены копии всех посещенных роботами страниц. Индексы в каждой поисковой системе различаются по объему и способу организации хранимой информации. Базы данных ведущих поисковых машин хранят сведения о десятках миллионов — документов, а объемы их индекса составляют сотни гигабайт. Индексы периодически обновляются и дополняются, поэтому результаты работы одной поисковой машины с одним и тем же запросом могут различаться, если поиск производился в разное время.

Программа обработки запроса - это программа, которая в соответствии с запросом пользователя «*просматривает*» индекс на предмет наличия нужной информации и возвращает ссылки на найденные документы. Множество ссылок на выходе системы распределяется программой в порядке убывания релевантности, то есть от наибольшей степени соответствия ссылки запросу к наименьшей.

Популярные системы в России

Рейтинг поисковых систем РФ

Поисковая Система	**Число пользователей**
Яндекс	56%
Google	35,5%

Mail.ru	8,8%
Rambler	1%
Другие	0,7%

Характеристики поисковых машин объем документов в индексе, частота обновления информации.

Информационное пространство, которое охватывает робот поисковой машины, и разнообразие типов документов, о которых собирается информация; скорость обработки запроса

Критерий определения релевантности (соответствия найденного документа поисковому запросу)

Возможность детализации и уточнения запроса

Поисковая система Google

Google позволяет осуществлять поиск в различных источниках информации: во Всемирной паутине, в каталоге, в дискуссионных группах, а также искать картинки.

Возможен также расширенный поиск, который позволяет разыскивать документ на разных языках и в различных форматах (PDF, DOC, XLS и т.д.), показывать страницы, измененные в течение определенного времени, и учитывать ряд других параметров.

Поисковая система Google: работая в **Google**, полезно знать несколько операторов, упрощают поиск. Например для того чтобы получить толкование слова или сочетания слов, достаточно перед незнакомым термином (через пробел) напечатать "**define**".

Так, задав запрос «*define Интернет*», вы получите специальную ссылку, предоставляющую всевозможные толкования термина в Сети.

Слово «***site***», сопровождаемое двоеточием, позволяет ограничить поиск конкретным сайтом. Например, запрос «*сеть site:www.hownetworks.boom.ru*» позволяет найти документ со словом «*сеть*» на конкретном сайте.

Поисковая система Yandex

Яндекс — популярнейшая в России поисковая система, функционирующая с осени 1997 года. Поиск Яндекса позволяет искать по Рунету документы на русском, украинском, белорусском, английском, немецком и французском языках с учетом морфологии русского и английского языков и близости слов в предложении (если вам необходимо искать без морфологии, можно заставить Яндекс не учитывать формы слов из запроса при поиске).

Например, запрос **!иванов**найдет только страницы с упоминанием этой фамилии, а не города Иваново.

Правила для формирования запросов в поисковой системе Яндекс:

Ключевые слова в запросе следует писать строчными (маленькими) буквами. **Например,** «*лфк гимнастика*»

При поиске учитываются все формы слова по правилам русского языка, независимо от формы слова в запросе.

Например, слово «*болею*» будет = «*болеете*», «*болею*»

Для поиска устойчивого словосочетания следует заключить слова в кавычки. **Например,** «*Смысл высказывания «жить здорово*»»

Для поиска по точной форме перед словом надо поставить восклицательный знак.

Например, «***!****организм человека схема*»

При поиске синонимов или близких по значению слов между словами можно поставить вертикальную черту «|».

Например, «|*честь*»

Знак "~" (тильда) позволяет найти документы с предложением, содержащим первое слово, но не содержащим второе.

Например, «*акушерство~болезни*» будут найдены предложения со словом «*акушерство*», и в этих предложениях не будет слова «*болезни*».

Вместо одного слова в запросе можно подставить целое выражение. Для этого его надо взять в скобки ( ).

Например, «*(руководство Visual C) ~~цена*» выдаст все документы с предложением «*руководство Visual C*», но без слова «*цена*»).

Если вы хотите, чтобы были отобраны только те документы, в которых встретилось каждое слово, указанное в запросе, поставьте перед каждым из них знак плюс " + ". **Например,** «*+машина*» будут отобраны документы, где есть это слово. Для поиска внутри одного предложения слова в запросе разделяют пробелом или знаком "&". Несколько набранных в запросе слов, разделенных пробелами, означают, что все они должны входить в одно предложение искомого документа. **Например,** «*приключенческий роман*» или «*приключенческий&роман*»

Заключение

Правила для формирования запросов помогут **быстро** и **качественно** найти нужную информацию в поисковой системе Яндекс.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ: ОТ БОГА ВРАЧЕВАНИЯ ДО НАШИХ ДНЕЙ

Руководитель О.В. Белокопытова,
студенткаБелоусова О.

Кесарево сечение является древнейшей операцией в истории медицины. Согласно греческой легенде, бог врачевания Асклепий был рождён кесаревым сечением. В древние времена кесарево сечение долго оставалось основным методом оперативного родовспоможения. В случае смерти роженицы – с целью спасения ребёнка. Следовательно, в течение длительного времени операция была мерой, которая не сохраняла жизнь женщины.

Кесарево сечение – акушерская операция, в ходе которой плод и послед извлекаются из матки через искусственно созданный разрез в ее стенке. Долгое время кесарево сечение имело отношение лишь к трагическим

случаям, когда мать умирала, но в 1500 году впервые упоминается успешное проведение кесарева сечения.

В древних цивилизациях, а также в античных государствах рассечение брюшной полости делалось только в случае смерти роженицы с целью спасения ребёнка. Следовательно, в течение длительного времени операция была мерой, которая не предназначалась для сохранения жизни матери.

В России первую операцию сделали: в 1756 году отечественный акушер доктор медицины И. Эразмус и в 1842 году – В. Рихтер, отечественный акушер, профессор кафедры повивального искусства МГУ. В 1874 году В. Штольц первым в России произвёл кесарево сечение зашиванием раны на матке.

В доантисептический период (до 1880 года) примерно 80% женщин после операции кесарева сечения погибали. Введение антисептиков позволило снизить этот процент до 50. Конец 20 и начало 21 веков во всём мире ознаменовались расширением показаний к кесареву сечению в интересах плода.

Совершенствование техники этого метода привело к тому, что способ родоразрешения стал при отклонениях от нормы самым распространённым в акушерстве, заменив такие операции и пособия, как наложение акушерских щипцов, вакуум - экстрактора.

Отношение многих акушеров к кесареву сечению как к «безопасному» методу родоразрешения, привело к тому, что сегодня эта операция производится не только по медицинским показаниям, но и по требованию женщины. Абдоминальное родоразрешение не требует акушерского мастерства, нужна лишь хорошая хирургическая техника

Во всём мире неуклонно растёт доля кесарева сечения в общем количестве родов, и есть страны, где доля кесаревых сечений уже превысила 40% - это Китай, Индия, Бразилия и некоторые другие страны. В России количество детей, появляющихся на свет при помощи кесарева сечения, составляет 15%. Главная причина растущей популярности кесарева сечения

во всех странах мира - надёжность и безопасность операции. Причиной всё большего распространения этой операции, несомненно, является всеобщее непонимание того, что, прежде всего, нужно женщине в родах.

Операция «кесарево сечение» относить к разряду сложных оперативных вмешательств. Осложнения могут быть как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Характер послеоперационных осложнений чаще всего воспалительный. Гнойно-воспалительные процессы после кесарева сечения встречаются в 9-10 раз чаще, чем после самопроизвольных родов. Перитонит в настоящее время встречается относительно редко (0,2 – 0,8%). Среди осложнений преобладают эндометриты (это основная причина распространения инфекции и формирования неполноценного рубца на матке) и нагноение послеоперативного шва.

Поэтому естественные роды имеют преимущество перед кесаревым сечением. **Естественные роды**– это роды без излишнего медицинского вмешательства. Если беременность проходит нормальными темпами и с нормальными показателями, нет никаких оснований беспокоиться, что роды пройдут неуспешно. Здоровые роды естественным путем проходят с такой скоростью, как это обусловлено природой. Так, длительность родов зависит от многих обстоятельств, как правило, составляет у первородящих 9-11 часов, а у повторно родящих 6-9 часов. Если на протяжении всего этого времени никаких отклонений от нормально протекающего процесса не наблюдается, то и не стоит в него вмешиваться. При таком условии роды и могут считаться естественными.

Для выявления какой же метод родоразрешения предпочитают современные женщины было проведено онлайн анкетирование, в котором женщины отвечали на следующие вопросы: возраст, профессия, знает ли опрашиваемая об осложнениях возникающих при операции «кесарево сечение», а также какой метод родоразрешения предпочла бы женщина.

При анализе полученных данных из анкетирования 50 женщин выявлено, что в анкетировании участвовали женщины в возрасте: до 20 лет – 23 человека; от 20- 35 лет – 18 человек; старше 35 лет – 9 человек.

Среди них 21 человек являются мед. работниками, другие профессии – 28 человек

Об осложнениях для ребёнка при операции «кесарево сечение» знают – 38 человек, не знают – 12 человек.

При выборе способа родоразрешения, кесарево сечение предпочли 12 человек, а роды через естественные родовые пути – 38 человек.

В результате комплексного изучения проблемы установлено, что большинство женщин информированы о негативных последствиях операции «кесарево сечение» и значительная часть опрошенных изъявили желание рожать естественным путём.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И ЕЕ МЕСТО В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Руководитель Болдырева Л. В.
студентка Карабутова Ю.

Актуальность темы работы. Бронхиальная астма является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины в связи с высоким уровнем распространения, стойкой утратой трудоспособности, снижением качества жизни больного и смертности. В настоящее время в мире этим заболеванием страдает около 300 млн человек, к 2025 г., по мнению экспертов, эта цифра увеличится до 400 млн. Большую тревогу вызывает тот факт, что бронхиальной астмой болеют более 10% детей.

Цель исследования – изучить заболевание «БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА» и ее место в современном мире.

Задачи исследования: определить понятие заболевания бронхиальная астма, рассмотреть историческую справку о заболевании. Провести

исследование статистических данных по бронхиальной астме за период с 2018 по 2020 гг.

Бронхиальная астма – хроническое заболевание, являющееся причиной значительного ограничения жизнедеятельности, снижения социальной и физической активности, качества жизни. Заболевание оказывает огромное влияние на уровень и характер профессиональной деятельности. Его тяжелые формы сопровождаются нарушением функций не только органов дыхания, но и других систем, высокой частотой утраты трудоспособности, требующей длительного приема лекарственных средств, и приводят к инвалидности.

Заболеваемость в России на первый взгляд не очень большая – 2,2% (около 7 млн человек), однако имеет место значительное количество смертных случаев – 28,6 случаев на 100 тыс. населения. Это означает, что около 43 тыс. человек в России ежегодно погибает от бронхиальной астмы. Россия занимает печальное второе место в мире после Китая, где смертность еще больше – 36,7 случаев.Основной причиной наступления неблагоприятного исхода заболевания является отсутствие систематического врачебного наблюдения, нежелание пациентов регулярно посещать врача поликлиники, тяжелое течение заболевания.

В Краснодарском и Ставропольском краях, на Северном Кавказе заболеваемость бронхиальной астмой среди населения очень высока. По данным «Сведений о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов в городе Кисловодске за 2020 год» число зарегистрированной бронхиальной астмы у лиц 18 лет и более – 386 человек, из них взято под диспансерное наблюдение 103 человека. У взрослых старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) зарегистрировано бронхиальной астмы – 167 человек, из них взято под диспансерное наблюдение – 70 человек.

Несмотря на значительный прогресс в сфере лечения бронхиальной астмы, за последние десятилетия не произошло кардинальных изменений в статистике заболеваемости и тяжести течения болезни. В большинстве случаев заболевание развивается в раннем детстве, до школьного возраста.

Среди взрослого населения бронхиальная астма также очень часто встречается. Среди больных 77,6 % — это люди работоспособного возраста. Следует отметить, что женщин в данной статистике больше – 68%.

По данным Российской ассоциации аллергологов и иммунологов, сейчас явная тенденция к росту числа больных бронхиальной астмой, особенно в больших городах. Это связано, прежде всего, с вредными выбросами от транспорта, высокой концентрацией в воздухе серы и диоксида азота.Также специалисты отмечают, что еще одни важный фактор роста больных астмой - современный тип питания: употребление большого количества транс-жиров, консервированных продуктов, всевозможных добавок и красителей, которые являются мощными аллергенами для человека.

Статистика также отмечает, что 2% больных астмой заболели в результате профессиональной деятельности. Это, как правило, мужчины. Также следует отметить следующие профессии, обладатели которых находятся в зоне риска: ветеринары - 6%, пекари – 20%, работники химической промышленности – 34%.

В последние десятилетия, наряду с неуклонным ростом заболеваемости бронхиальной астмой, изменяется и клинический облик этого заболевания: все больший вес приобретают тяжелые, труднокурабельные формы его течения, что подтверждается увеличением числа госпитализаций и смертельных исходов, причиной которых является бронхиальная астма. Эти особенности определяют высокую медико-социальную значимость данной патологии, обусловливают необходимость дальнейшего изучения её патогенеза, а также поиска эффективных методов профилактики и лечения. Профилактика приступов бронхиальной астмы- непосредственная задача участковой медицинской сестры поликлиники, которая должна научить пациента распознавать первые признаки начала приступа, рассказать о заболевании и научить пользоваться карманным ингалятором.

Несмотря на то, что бронхиальная астма неизлечима, в настоящее время является доказанным, что адекватное лечение позволяет контролировать клинические проявления заболевания – симптомы, нарушения сна, ограничения повседневной активности, нарушения функции лёгких, потребность в препаратах неотложной помощи. При контролируемой астме возможно не более чем случайное возобновление симптомов и крайне редкое развитие тяжёлых обострений заболевания.

Проведение эффективной базисной терапии бронхиальной астмы требует формирования активного и осознанного отношения пациентов к лечебному процессу, воспитания в нём не потребителя медицинских услуг, а партнёра медицинских работников в борьбе с тяжёлым хроническим заболеванием. Цель такого сотрудничества – дать возможность пациенту приобретать знания, навыки и уверенность в важности личного участия в лечении своего заболевания. Решить эту сложную задачу возможно только путём организации взаимодействия участковой медицинской сестры с пациентом при реализации сестринского ухода.

Список литературы:

Блохин, Б. М. Детская пульмонология : национальное руководство / под ред. Б. М. Блохина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 960 с. (Серия "Национальные руководства") - Текст: электронный // URL: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970458570.html(дата обращения: 06.04.2021)

Виноградова Т.А. Клиническая пульмонология: пособие для студентов лечебного, педиатрического факультетов, врачей-интернов, клинических ординаторов/Т.А. Виноградова. – Гродно: ГрГМУ, 2017.- С.44-141.

О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2020 году: Государственный доклад.–М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2021.–186 с.

ИСТОРИКО-ФИЛОСОФСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

РуководительБольбат А.А.
студентка Надирова М.

Актуальность данной работы в том, что здоровье является одним из феноменов, наиболее остро определяющих специфику современного состояния общества.

Цель работы: показать тесную взаимосвязь истории и медицины в их историческом развитии.

Философия и медицина - одинаково древние по своему происхождению феномены культуры.Проблема здоровья человека интересовала философов с древних времен.На всем протяжении истории культуры идеи объединения философского и медицинского знания ради постижения тайны жизни и тайны человека осуществлялись в трудах самых известных философов, медиков, естествоиспытателей.

Древневосточная мудрость представляет собой симбиоз философских и медицинских идей, заключенная в египетской «Книге мертвых», индийских ведах, в учении китайских даосов, а так же в трудах врачей – философов Востока, например, Авиценны.Главным делом жизни для Авиценны была медицина. Ибн Сина оставил потомкам множество книг по медицине, а его «Трактат врачебной науки» стал второй печатной книгой после Библии и служил хрестоматий для врачей в течение 600 лет. Советы Авиценны о том, как прожить здоровую жизнь, написанные1000 лет назад, актуальны и в XXI веке. Например: «Если заниматься физическими упражнениями - нет никакой нужды в употреблении лекарств, принимаемых при разных болезнях, если в то же время соблюдать все прочие предписания нормального режима»

Основой восточной философии медицины всегда оставалось рассмотрение человеческого организма как самодостаточной сущности, в

которой неразрывно связаны дух и тело. Болезни тела здесь рассматриваются, прежде всего, как болезни духа, соответственно лечение болезни – это, прежде всего, восстановление душевного равновесия и духовного здоровья.

В Древней Греции философия и медицина так же тесно сотрудничают ивзаимообогащаются. Их объединяет стремление разобраться в человеческой психике, попытка ответить на вопрос, что есть человек, какова личная и общественная ценность человеческого здоровья, является ли человек существом биологическим или социальным. Эти вопросы рассматриваются в работах таких знаменитых древнегреческих врачей и философов, как Эмпедокл, Аристотель, Гиппократ и др.Наиболее известный на сегодняшний день представитель древнегреческой медицины, Гиппократ отмечал активную природу здоровья в следующем афоризме: «Праздность и ничегонеделание влекут за собой порочность и нездоровье – напротив того, устремление ума к чему-нибудь приносит с собой бодрость, вечно направленную к укреплению жизни».

В средневековой европейской традиции философские и медицинские исследования продолжают взаимопересекаться. Европейские врачи-философы эпохи Средневековья предвосхитили многие последующие медицинские открытия и разработки, приемы лечения болезней; они так же изучали воздействие общества (социального статуса личности) на развитие патологических процессов в организме. Средневековые ученые, естествоиспытатели способствовали внедрению химических препаратов в медицину, а так же заложили основы теории адаптации человека в окружающей среде.Андреас Везалий в своей работе «О строении человеческого тела» в строго систематическом порядке описал мышцы, кости, связки, внутренние органы. Не меньшее значение для медицины имели открытия английского врача Уильяма Гарвея, с именем которого связывается открытие кровообращения. Он ратовал за создание

сравнительной анатомии, лечение больных непосредственно у их постелей и призывал к клиническим описаниям больных.

В новое и новейшее время, особенно в XX веке, философия медицины, как особая отрасль научного знания, становится особенно популярной. Среди большого числа замечательных философов и медиков XX столетия, стремившихся объединить философскую и медицинскую проблематику с целью решить насущные проблемы человечества, можно назвать австрийского врача и философа З.Фрейда, швейцарского психиатра и культуролога К.Г.Юнга, врача и философа А.Швейцера.

Зигмунд Фрейд открыл в человеке бессознательное как самостоятельное, независящее от сознания безличное начало человеческой души. Карл Густав Юнг, швейцарский психолог, мыслитель, основатель «аналитической психологии», автор работ «Архетип и символ», «Душа и миф», открыл изначальные культурные истоки бессознательного.

Только гармония сознания и бессознательного создавает здоровые и духовно богатые личности. Альберт Швейцер установил следующие основные неукоснительные правила жизнедеятельности больницы, обязательные для всех: 1) забота о больном, 2) соблюдение чистоты, 3) соблюдение дисциплины.

Он ярко показал, чтогуманизм в поведении медика – это все то, что способствует охране здоровья человека как в клинике, так и далеко за ее пределами.

Итак, философия и медицина на протяжении многих веков своего развития взаимообогащают друг друга, взаимопересекаются.

Основные проблемы, которые встали в современную эпоху во главу угла философии медицины: здоровье личности и здоровье нации, здоровый образ жизни, влияние общества и природной среды на патологические изменения в человеческом организме, проблемы человеческой духовности.

Список использованной литературы:

1.Шуталева А. В. Философские проблемы естествознания. Учебное пособие для СПО., М.: Юрайт. 2020

2. Губин В. Д., Некрасова Е. Н. Философия культуры, М.: РГГУ. 2019

3. Любутин К. Н., Грибакин А. В. Западная философская антропология, М.: Юрайт. 2019

4.www.phil63.ru: Философия. Профессиональный дискурс.

5.SokratLib.ru: Книги по философии. Справочник по истории философии. Философия древности, Средневековья, Восточная, Возрождения, Нового времени, Немецкая, Русская, Зарубежная, Современнная.

ГИПОФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Руководитель Боташева Ф.Н.
студенткаБалова А.

Гипотиреоз– заболевание, обусловленное снижением функции щитовидной железы и недостаточностью выработки ею гормонов. Проявляется замедлением всех процессов, происходящих в организме: слабостью, сонливостью, увеличением веса, медлительностью мышления и речи, зябкостью, гипотонией, у женщин - нарушениями менструального цикла. В тяжелых формах развивается микседема у взрослых и кретинизм (слабоумие) у детей. Осложнениями заболевания являются гипотиреоидная кома, поражение сердца и сосудов: брадикардия, атеросклероз коронарных сосудов, ИБС. Лечение пациентов с гипотиреозом проводится искусственно синтезированным тиреоидным гормоном.

Гипотиреоз - наиболее распространенная форма функциональных нарушений щитовидной железы, развивающаяся вследствие длительного стойкого дефицита гормонов щитовидной железы или снижения их биологического действия на клеточном уровне. Гипотиреоз может не выявляться долгое время.

Это связано с постепенным, незаметным началом процесса, удовлетворительным самочувствием пациентов в легкой и умеренной степени заболевания, стертыми симптомами, расцениваемыми как переутомление, депрессия, беременность.

Недостаток гормонов щитовидной железы вызывает системные изменения в работе организма. Тиреоидные гормоны регулируют энергетический обмен в клетках органов, и их дефицит проявляется в снижении потребления тканями кислорода, уменьшении расхода энергии и переработки энергетических субстратов. При гипотиреозе нарушается синтез различных энергозависимых клеточных ферментов, необходимых для нормальной жизнедеятельности клетки.

В случае запущенного гипотиреоза возникает муцинозный (слизистый) отек, наиболее выраженный в соединительной ткани. Развивается микседема в результате избыточного скопления в тканях гликозаминогликанов, которые, обладая повышенной гидрофильностью, задерживают воду.

Членами кружка «Анатом» было проведено исследование, целью которого было выявление гипотиреоза у студентов отделений «Лечебное дело» и «Сестринское дело». В ходе исследования было выявлено, что гипотиреоз развит у 1%; симптомы гипотиреоза проявляются у 10% из данной группы.

Вывод: гипотиреоз выявлен у большого количества студентов.

Заключение: гипофункция щитовидной железы приводит к многочисленным нарушениям функций организма. Профилактика гипотиреоза является важным условием для сохранения здоровья населения

Список литературы:

1.Анатомия в схемах и таблицах *Л.В. Горелова, И. М. Таюрская.*- Ростов н/Д; Феникс.2015.

2.Атлас анатомии человека: Учеб. пособие для студентов учреждений сред. проф. образования / Р. П. Самусев. - 7-е изд., перераб. -Москва 2017,.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ГБПУ СК «КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

РуководительВострикова Е.А.
студент:Кауфман А.

Актуальность темы:Всероссийская диспансеризация детей (2002года) позволила сделать вывод, что соматическое здоровье подростков явно страдает: прогрессируют болезни эндокринной системы, наблюдаются инфекционные и паразитарные заболевания, патология в области мочеполовой системы.

Любые нарушения в организме человека могут быть спровоцированы различными факторами. Определенные показатели говорят об уровне и гармоничности физического развития, функционального состояния, уровне иммунной защиты и неспецифической резистентности. Это и есть биопотенциал организма с точки зрения медицины.

Объект исследования:студенты КМК.

Цель: изучить уровень соматического здоровья студентов.

Предмет исследования:соматическое здоровье.

Задачи:- Изучить литературу, посвященную этой теме;

- Ознакомить студентов с методами исследования;

- Провести функциональные пробы среди учащихся;

- Провести анализ полученных данных;

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

Первая часть работы посвящена изучению литературы по выбранной теме, изучению методов проведенияфункциональногоисследования.

Вторая часть работы –проведение функциональных проб, анализ полученных данных. Анализ проводился среди студентов всех курсов. Проводились пробы Штанге, Генча, Руфье. Данные пробы позволяют судить о состоянии сердечно – сосудистой и дыхательной систем (показатель восстановления после физической нагрузки).Ортостатическая проба – показатель координации движения.

Вывод: По результатам полученных данных, можно сделать вывод, что уровень соматического здоровья студентовнашего колледжа в большинстве случаев высокий. В основном это связано с пропагандойздорового образа жизни, воспитанием в семье, также помогают знания, полученные на занятиях о факторах рискавызывающем заболевания.

Список литературы:

Модель здоровья подростка. Интернет – ресурс: https://adolesmed.szgmu.ru/s/17/?m1=12

Оценка соматического здоровья детей. Интернет – ресурс: https://med-tutorial.ru/m-lib/b/book/4081953680/102

Состояние соматического и репродуктивного здоровья современных подростков. Интернет – ресурс: https://science-education.ru/ru/article/view?id=21892

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦВЕТОВОГО КОДИРОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ РОССИИ И США

Руководитель Гакинульян Л.С.
студентка Баймурзаева Ш.

Материалом для исследования послужили данные, собранные нами в сети интернет на англоязычных сайтах, которые мы перевели и проанализировали, сравнивая с организацией российской работы

Цель данной работы проанализировать и сравнить использование цветового кодирования в медицине в России и США

Гипотеза: использование цветового кодирования в медицине России и США отличается.

Впервые цветовое кодирование было использовано в клиниках США. Цветовую маркировку шприцев предложило использовать «ASTM-International» (American Societyfor Testing Materials) – американская международная добровольная организация, разрабатывающая и издающая стандарты для материалов, продуктов, систем и услуг, основанная в 1898 году.

Исследования Института Медицины США показали, что около 80% взрослого населения США принимают медикаменты еженедельно. Треть из них принимает пять и более различных таблеток в день. В связи со значительным ростом количества рецептурных препаратов, различать различные лекарства, изготавливаемые в форме жидкостей, порошков, капсул и таблеток становится все трудней. Поэтому яркая и точная цветовая дифференциация жизненно важна. Доктора, фармацевты и пациенты полагаются на цвет, форму и размер лекарственных препаратов чтобы отличать схожие фармацевтические продукты и на цветовое оформление этикетки.

В России цветовое маркировка используется для игол для подкожных инъекций одноразового применения имеют специальный цветовой код для идентификации. Проще говоря, пластиковое основание иглы определенного диаметра должно иметь определенный цвет. Чаще всего этот же цвет отображается на упаковке игл.

В СанПиН 2.1.3.2630-10 (пункт 11.5) сказано, что "Уборочный инвентарь должен иметь четкую маркировку или цветовое кодирование с учетом функционального назначения помещений и видов уборочных работ и храниться в выделенном помещении.

Красный – в медицинских учреждениях (ЛПУ, амбулаториях, клиниках, диспансерах, больницах, госпиталях, клиниках и т.п.) инвентарь с кодировкой красного цвета предназначен для уборки санитарных комнат, комнат для хранения грязного белья, медицинских отходов.

Желтый - в общей уборке остальных поверхностей.

Зеленый-в сфере здравоохранения - для уборки перевязочных комнат и процедурных кабинетов.

Синий - для зон с наименьшим риском. В медицине его применяют для уборки коридоров, палат, ординаторских.

Всемирной организацией здравоохранения выделено пять классов медицинских отходов, которые маркируется: класс **«А»** белым цветом, **«Б»** желтым, **«В»** красным, **«Г»**черным, **«Д»**- зеленым цветом.

Знакомясь с организацией системы здравоохранения в англоязычных странах, мы обратили внимание на широкое использование различной кодифицированной символики в организации функционирования медицинских служб в различных обстоятельствах. Так, например, цветные коды применяются в США для сортировки больных и пострадавших в зависимости от степени тяжести болезни. Целью такой сортировки является обеспечение своевременного оказания медицинской помощи пострадавшим в какой-либо конкретной обстановке.

Всего для сортировки применяется четыре цвета - красный жёлтый, зелёный и чёрный (иногда синий). Пострадавших осматривают, оценивают категорию и после оценки навешивают на пострадавшего цветную бирку/браслет или ленту того цвета, которое соответствует нужной категории сортировки, в темное время суток используют цветные фонарики.

Чёрный цвет означает смерть и помощь в этом случае не оказывается. Красный цвет означает, что пострадавший в тяжелом состоянии и он немедленно транспортируется в клинику. Жёлтый цвет означает, что пострадавшему нужна помощь, но транспортируется в клинику во вторую

очередь. Зелёный цвет означает, что пострадавший может дойти до клиники сам. Такая же система действует и в приемном отделении (триаж)

Есть система внутрибольничных кодов, там цветов намного больше, они обозначают конкретную ситуацию. Эти коды понятны только персоналу, хотя никакого секрета в них нет. Смысл заключается в следующем: если что-то происходит (попытка украсть новорожденного, пожар, сердечный приступ и т. д.), то по громкой связи передают определенный код.

Группы специально обученных и тренированных людей в таком случае бросают все свои дела и отвечают на этот код, чтобы спасти человека или предотвратить негативные последствия чего-либо. Например, фраза «код синий, 5» обозначает, что на пятом этаже необходимо срочное реанимирование.

Есть Код Красный - пожар.

Код Серый - кто-то буянит и нужна охрана.

Код Розовый - попытка украсть ребёнка.

Код Зелёный - эвакуация и т.д.

В некоторых больницах США во время пандемии коронавирусаввели «код Солнце». В случае отключения пациента от ИВЛ, когда человек начинает дышать самостоятельно, включают песню группы The Beatles "HerecomestheSun", а медработники начинают аплодировать. Для всех это является хорошим знаком — еще один человек с диагнозом COVID-19 пошел на поправку. Получается очень эмоционально, и каждый раз хочется плакать.

В Россиицветовое кодирование не так развито, хотя элементы используются и в нашей стране. Так, например, в нескольких больницах например, в Астрахани и в Ленинградской области вводится цветовое кодирование /зонирование для сортировки пациентов при поступлении в больницу.

Таким образом, наша гипотеза подтвердилась. Использование цветового кодирования в медицине в России и США имеют некоторые сходных черты, но немало и принципиальных отличий.

Списоклитературы:

https://colormatters.com/color-symbolism/the-color-of-medications

https://racvs.ru/events/archive/ezhegodnaya_sessiya_ntssskh_im_an_bakuleva2017/ispolzovanie_tsvetovogo_kodirovaniya_shpritsev_kak_element_obespecheniya_bezopasnosti_patsienta_v_an/#:~:text=Впервые%20цветовое%20кодирование%20было%20использовано,услуг%2C%20основанная%20в%201898%20году

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО МЕТОДИКЕ ПОЛЯНЦЕВОЙ О.И.

Руководитель Галстян Г.В.,
студент Григориадис С.

В своей повседневной жизни мы часто слышим слово «возраст». Но знаете ли вы, что значит это понятие?Возраст – одна из фундаментальных и сложных категорий психологии. Можно выделить два уровня анализа этого понятия:

Абсолютный (или календарный, хронологический) возраст выражается количеством временных единиц (минут, дней, лет, тысячелетий и т. п.), отделяющих момент возникновения объекта от момента измерения его возраста. Это чисто количественное, абстрактное понятие, обозначающее длительность существования объекта, его локализацию во времени. Определение абсолютного возраста называется датировкой.

Условный возраст (или возраст развития) определяется путем установления местоположения объекта в определенном эволюционногенетическом ряду, в некотором процессе развития, на основании каких-то качественно-количественных признаков. Установление условного возраста – элемент периодизации, которая предполагает выбор не только хронологических единиц измерения, но и самой системы отсчета и

принципов ее расчленения. Анализ индивидуального развития человека показывает, что категория возраста с точки зрения жизненного пути конкретного человека может быть рассмотрена с нескольких позиций.

Биологический возраст определяется состоянием обмена веществ и функций организма по сравнению со средним статистическим уровнем развития, характерным для всей популяции данного хронологического возраста, – за основу взяты те генетические, морфологические, физиологические и нейрофизиологические изменения, которые происходят в организме каждого человека. Благодаря полученным статистическим данным о том, в каком хронологическом возрасте какие изменения должны происходить, были установлены определенные возрастные нормативы. Соответственно если в данном возрасте у человека еще не наступили ожидаемые изменения, значит, он отстает в своем биологическом развитии, т. е. его биологический возраст меньше хронологического. Если, напротив, наступили изменения, которые должны произойти в более старшем возрасте, то говорят, что биологический возраст человека превышает его хронологический возраст.

Психологический возраст устанавливается путем соотнесения уровня психического (умственного, эмоционального и т. д.) развития индивида с соответствующим нормативным уровнем.

Социальный возраст измеряется посредством соотнесения уровня социального развития человека (например, меры овладения определенным набором социальных ролей) с тем, что статистически нормально для его сверстников.

Существует также субъективный возраст личности, имеющий внутреннюю систему отсчета. Под этим понятием подразумевается собственная оценка человеком своего возраста, возрастное самосознание, зависящее от напряженности, событийной наполненности жизни. Основой субъективного возраста является самоощущение. Следовательно, субъективный возраст относительно свободен от хронологического возраста.

Человек может ощущать себя старше своих лет, младше или соответственно своему возрасту.

Предметом психологического исследования является психологический возраст человека, а основной задачей в связи с этим выступает поиск системы отсчета и хронологических единиц измерения, т. е. построение периодизации психического развития

Психологический возраст – это не просто какое-то современное понятие или очередная характеристика, которую важно узнать о себе.. С течением времени в зависимости от внутренних и внешних факторов он может меняться в любую сторону, как в сторону омоложения, так и в сторону старения.На базенашего колледжа была проведена методика «Определение психологического возраста по методике Полянцевой О.И.»среди студентов 3 курса специальности «Сестринское дело» и 3 курса специальности «Лечебное дело».

Был проведен анализ полученной информации и сравнение результатов. Среди прошедших тестирование студентов 3 курса специальности «Сестринское дело» 65 человек, 3 курса специальности «Лечебное дело» 65 человек.

Студентам было предложено25 суждения и четыре возможных варианта ответов, каждый из которых соответствует определенному количеству баллов. Выражая степень своего согласия с суждениями, были проставлены баллы:

4 – Полностью согласны;3 – частично согласны;2 – скорее не согласны;1 – категорически не согласны;

В результате тестирования каждый студент мог определить свой психологический возраст. Обработка результатов проводилась суммированием баллов по всем 25 суждениям.

Свыше 75 баллов – значит, независимо от года рождения, вы преисполнены жизненных сил и веры в себя. Вы общительны, оптимистичны, доброжелательны. Стариком вы станете нескоро.

50–75 баллов. На пути к зрелости вам пришлось принести в жертву некоторые достоинства юности. Заботы и стрессы ослабили вашу способность радоваться, зато научили серьезности и ответственности. Вы «средний» взрослый, не слишком отягощенный проблемами. Но чуть больше бодрости и оптимизма вам не помешает.

Менее 50 баллов. О людях вроде вас говорят, что они много повидали и испытали, всему знают цену. Но не рановато ли наступила эта пора? Ведь так много можно еще увидеть, узнать и пережить!

Результаты тестирования студентов 3 курса специальности «Сестринское дело» показали, что из методики Определение психологического возраста по методике Полянцевой О.И.»

Свыше 75 балов набрали- 20 человек;

50–75 балловнабрали-- 40 человек;

Менее 50 балловнабрали- 5 человек.

Результаты тестирования студентов 3 курса специальности «Лечебное дело» показали, что из методики В. Мегедь, А. Овчарова по определению типа личности:

Свыше 75 балов набрали-32 человек;

50–75 балловнабрали- 30 человек;

Менее 50 балловнабрали- 3 человек.

Результаты тестирование показали что у студентов 3 курса специальности «Сестринское дело»,доминирует психологический возраст на пути к которому пришлось принести в жертву некоторые достоинства юности. Заботы и стрессы ослабили их способность радоваться, зато научили серьезности и ответственности, а у студентов отделения «Лечебное дело» доминирует психологический возраст который независимо от года рождения, преисполнен жизненных сил и веры в себя.

Итог: Психологический возраст - это физический возраст, которому человек соответствует по уровню собственного психологического развития. Возраст человека – один из основных критериев его психической жизни и

особенностей характера. В зависимости от возраста человек по разному воспринимает различные жизненные ситуации тем самым еще раз доказывая свою индивидуальность.

Списоклитературы

Абрамова Г.С. Общая психология. Учебное пособие для вузов.М.: Академич. проект, 2018

Айзенк Г.Ю. Структура личности / Пер. с англ.. - М.; СПб: КСП+; Ювента, 2017.

Айсмонтас Б.Б. Общая психология: тесте.М.: Владос-Пресс, 2018

Батаршев А.В. Психология личности и общения. - М.: Владос, 2019.

Подольский А.И. Введение в психологию. Учебное пособие для вузов.М.: Книжный Дом «Университет», Ростов-на-Дону: Феникс, 2020

ВЕЛИКИЙ ШЕЛКОВЫЙ ПУТЬ НА КАВКАЗЕ

Руководитель Глушкова И.А.
студентка Серида В

Актуальностью моего исследования является история кавказского ответвления Великого шелкового пути — это история широкого культурного взаимодействия и взаимообмена между народами Востока и Запада, сыгравшего важнейшую роль в истории, а сегодня придается огромное значение популяризации историко-культурного наследия различных регионов нашей страны и мира.

Целью моего исследования является изучение материалов путешественников прошедших веков, археологов-реставраторов, а так же памятников того времени, подтверждающих значимость кавказского отрезка Великого шелкового пути.

История шелкового пути берет начало в 138 г. до н.э., когда император Китая с целью развития торговли послал в Западные земли караван с

дипломатической миссией. Караван вернулся назад только через 13 лет – столько времени занял у него путь из Китая в Центральную Азию и обратно. Но начало было положено – и на Запад стали уходить торговые караваны, которые везли для продажи или обмена рукописные труды, изделия из серебра и золота, пряности, гнали скот. И, конечно же, везли шелк.

Однако нигде в записях путешественников не упоминалось об отрезке Великого Шелкового Пути, проходившем через Кавказ. Тем не менее, в скальных захоронениях в окрестностях Нижне - Архызского городища найдены, в частности, шелковые византийские ткани. Обнаружены шелка, из Китая и из Согда, Все эти государства находились на Шелковом пути. Как же эти артефакты попали сюда, на Кавказ?

Великий шелковый путь – торговый путь, который связывал Восточную Азию и Средиземноморье в Древнюю эпоху и эпоху Средневековья. Его протяженность составляла 12 тысяч км.

Торговля стимулировала рост ремесел, а следовательно – рост городов, через которые проходили торговые караваны.

Маршрут Великого Шелкового Пути не был чем-то застывшим – он менялся постоянно, часто из-за войн между народами или кочевыми племенами. Такие опасные территории караваны обходили стороной – так появлялись «запасные» пути. Именно таким путем и стал кавказский отрезок Великого Шелкового Пути.

Эти выводы подтверждают собственноручные записи флорентийца Франческо Пагалотта, сделанные в 1355 г..

В этой работе, ставшей основой для многовековых исследований ученых во всем мире, историки обратили внимание на следующий отрывок: «А потом дорога уходит резко на север и теряется высоко в горах, название которым «Кимирийские». Никто не рискует идти по ней, кроме самых отважных и отчаянных купцов и торговцев. Многие прощаются с ними перед Железными Вратами. Скрываясь в горах на несколько недель, они потом неожиданно появляются у Табриза, минуя все опасные земли».

Дело в том, что «Кимирийскими» западные путешественники называли горы Северного Кавказа, «Железными воротами» - город Дербент, а Тебриз – это древний город на берегу Черного моря, с западной стороны Кавказского хребта.

Но ведь всегда считалось, что торговый маршрут, известный сегодня как Великий Шелковый путь, обходил Кавказ далеко с юга, через пустыни Ирана и Ирака.

Но если поверить Франческо Пагалотти, то получается, что одна из самых удивительных дорог в истории мировой цивилизации, некогда проходила по территории современной России.

И, что не менее важно, из этого отрывка следует, что в Средние века через кавказские горы существовал тайный неизведанный путь из Азии в Европу.

Подтверждением этого вывода являются исследования архитектора-реставратора Валентина Кузьмина.

«Мне, архитектору-реставратору в течение нескольких лет довелось обследовать памятники архитектуры на Северном Кавказе и, частично, в Закавказье. Мои собственные исследования привели меня к парадоксальной мысли: храмы строились отнюдь не для местных жителей. Местные жители вели пастушеский образ жизни. Миссионерская деятельность в таких условиях невозможна, однако на Северном Кавказе находятся самые древние на территории России храмы. Все они расположены в горах, труднодоступны, плохо изучены и малоизвестны.

Я пришелк выводу о том, что все храмы стоят на торговых путях. И надо отметить еще одну важную деталь: наличие бойниц для стрельбы из лука в ингушских храмах говорит о том, что храмы строились во враждебной социальной среде»

Так же Кузьмин упоминает об Мисимианском ответвлении Великого Шелкового Пути: «от города Севастополис(Сухуми) - на Клухорский перевал, далее - вдоль Теберды до слияния с Кубанью, а затем путь через

Гумбаши, спускался в кисловодскую котловину и шел вдоль реки Подкумок. В г. Ессентуки трасса делилась на северную и южную. Северная трасса, обогнув гору Змейка, недалеко от современного города Минеральные Воды, и шла вдоль берега к городу Маджар (Буденновск) и далее к низовьям Волги. Южная же трасса проходила вдольлевого берега реки Подкумок до современного Пятигорска, и после по древней дороге, к низовьям Волги».

Подтверждают выводы археолога-реставратора найденное в окрестностях поселка Подкумок погребение, в котором находились подвески в виде львов и скарабеев из египетского фаянса. Это говорит о развитых здесьмеждународных торговых отношениях.

Еще одним доказательством о Кавказском шелковом пути являются памятники, сохранившиеся с тех времен. Одним из таких памятников является менгир древнего аланского городища, что в Архызе.

Чаще всего звучит версия о предназначении менгира как указателя пути: идти следует туда, куда направлен взгляд лика менгира.

Другой памятник, доказывающий о существовании кавказского направления Великого Шелкового Пути, сегодня, к сожалению, утрачен. Это древний город Маджар, о котором упоминалось ранее.

Маджар- современный Будённовск. В период расцвета, в 13-14 вв. был крупным ремесленным и торговым центром в составе Золотой Орды иимел особый статус, что позволяло ему чеканить собственную монету.

Маджар был центром пересечения караванных путей, идущих через Северный Кавказ. Здесь найдено значительное количество китайского фаянса, бронзовые китайские зеркала, посуда из Хорезма, бронзовая аптекарская ступка из Западной Европы.

В заключении хотелось бы сделать вывод, что через Северный Кавказ действительно проходила часть Великого шёлкового пути, сыгравшего большую роль в развитии экономических и культурных связей не только народов Кавказа, но и Передней и Средней Азии и Китая. Это прослеживается в особенностях архитектурных памятников,

распространении религий и новых технологий, преимущественно из Китая (шелк, порох, бумага).

Списоклитературы:

https://ru.wikipedia.org/wiki/Нижне-Архызское_городище

https://archkmv.ucoz.ru/publ/marshruty/sledy_velikogo_shelkovogo_puti/2-1-0-19

https://maximus101.livejournal.com/93142.html

https://ru.wikipedia.org/wiki/Маджар

https://www.bez-granic.ru/index.php/all-texts/191-caucases

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ БОЛЬНЫХ

Руководитель Гордиенко Т. А.
студентка Асабутаева П. А.

Актуальность темы работы заключается в том, что курортное комплексное лечение служит важнейшим элементом современной медицины в снижении заболеваемости населения, предупреждения инвалидизации и как следствие этого в сохранении и воспроизводстве трудовых ресурсов. Использование современных методов санаторно-курортного лечения позволяет сокращать сроки временной нетрудоспособности в 2-3 раза. Учитываянеблагоприятныетенденциивсостоянииздоровьянаселения РФ, возрастает роль санаторно-курортного оздоровления.

Цели и задачи работы: изучить комплексное лечение санаторно-курортных больных, провести исследовательскую работу по изучению состава процедур на одного отдыхающего в Санатории «Кавказ» г-к Кисловодск.

Уникальные природные условия и признанные во всем мире традиции отечественной школы курортологии, высокий профессионализм специалистов санаторно - курортных организаций вносят большой вклад в оздоровление граждан РФ, восстановление их жизненных сил и энергии. Недаромвопросыразвитиягорода-курорта Кисловодска взяты палатой регионов, лично Председателем Совета Федерации Валентиной Ивановной Матвиенко под особый контроль.

Санаторно-курортное лечение — один из этапов в комплексной терапии больного, имеющий преемственный характер и тесно связанный с предшествующими и последующими лечебно-профилактическими мероприятиями. Основной целью санаторного лечения является восстановление и компенсация нарушенных функций на основе нормализации и повышения собственных защитно-приспособительных механизмов организма. Направление на санаторно-курортное лечение выдает лечащий врач и заведующий отделением лечебно-профилактического учреждения, в котором наблюдается больной.

Под комплексным лечением санаторно-курортных больных подразумеваются: санаторно-курортный и индивидуальный режимы, лечебное питание в соответствии с назначенной диетой, внутренний прием минеральных вод, лечебная физкультура, процедуры физиолечения (грязелечение, климатотерапия, бальнеопроцедуры, физиотерапия, талассотерапия, гелиотерапия, аэротерапия и т.д.), в зависимости от лечебных факторов курорта и характера заболевания.

Санаторно-курортное лечение сокращает длительность временной нетрудоспособности на 25—30 %, возвращает к прежней работе до 80 % больных, перенесших инфаркт миокарда. Происходит сокращение расходов на лечение больных в амбулаторно-поликлинических и стационарных организациях в 2,6—3 раза. По накопленным десятилетиями данным, показателями эффективности санаторно-курортного лечения является уменьшение в 2—6 раз числа обострений различных заболеваний и в 2,5 раза

потребности в госпитализации. Дети болеют в течение года в 3—5 раз реже, чем в предыдущие годы, в 25 % наступает стойкая ремиссия хронических заболеваний. Ежегодная многолетняя профилактика и лечение в санаторно-курортных условиях позволяют существенно увеличить продолжительность жизни (от 3 до 15 лет).

Комплексное санаторно-курортное лечение больных основано на широком использовании природных факторов, повышающих защитные силы организма, благотворно влияющих на функции органов и систем. Возможность сочетания элементов климатотерапии (аэро-, гелио- и бальнеотерапии) с гигиенодиетическим режимом, применением медикаментозных, физиотерапевтических мероприятий и лечебной физкультурой обосновывает использование комплексного санаторно-курортного лечения для больных с различными заболеваниями как важного метода восстановления нарушенной реактивности и функционального состояния организма и в конечном итоге — реабилитации больных.[15]

В санатории применяется физиотерапия, диетотерапия, лечебная физкультура, пропагандируется здоровый образ жизни. Успешно лечат различные состояния, сопровождающиеся болевыми ощущениями, (например, ревматические, эндокринные заболевания, нарушения обмена веществ и болезни, причиной которых является неправильное питание).

Все это делает санаторно-курортную помощь одним из востребованных и эффективных направлений медицинской реабилитации. При функциональных нарушениях, используя методы санаторно-курортного лечения, можно путем активации процессов адаптации организма не допустить развитие заболеваний. При хронических формах заболеваний санаторно-курортное лечение способствует восстановлению и компенсации нарушенных функций, замедляет прогрессирование заболевания, уменьшает число обострений, удлиняет период ремиссии. Таким образом, задача санаторно-курортного лечения заключается в активизации защитных реакций

организма, направленных на сохранение относительного постоянства его внутренней среды.

Список литературы:

Ветитнев А.М. Курортное дело. Учебное пособие : учебное пособие / А.М. Ветитнев. — Москва :КноРус, 2018. — 527 с.

Разумов А.Н. Развитие санаторно-курортного комплекса России — основа сбережения здоровья населения// Федеральный специализированный журнал «Кто есть Кто в медицине»/ №2 (91), 2018 г.

Салалыкина Е.В., Лынова Е.Н., Организация труда медицинских сестер физиотерапевтического отделения в условиях санаторно-курортного комплекса // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 4-1. – С. 232-234.

Методы современной иммобилизации

Руководитель Демина Е.А.
студентка Булавинова М

Качество оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе в значительной степени определяет дальнейший исход повреждения. Однако в экстремальной ситуации пострадавшего спасает не только профессионализм но и время. Уже много лет известно о существовании «золотого часа» - времени, когда здоровье пациента находится на грани жизни и смерти, и когда больному можно оказать наиболее действенную помощь. Через час, усилий для стабилизации состояния придется прилагать намного больше. В условиях современного города, доставить пострадавшего при чрезвычайной ситуации в считанные минуты порой представляет собой сложную задачу.

Иммобилизация может в значительной степени снизить процент осложнений и смертность среди пострадавших.

Иммобилизация – создание неподвижности в поврежденной или больной части тела.

Транспортная иммобилизация - это временное создание максимального покоя поврежденному участку тела или органу на время транспортировки.

Обычно, для этого используются стандартные шины, изготовленные фабричным путем из проволоки и дерева. Каждый вид этих шин имеет свои особенности и предназначен для наложения на определенные участки тела. Поэтому бригаде скорой помощи для успешной работы на выезде всегда необходимо иметь полный набор шин. Решение, которое позволит минимизировать количество различных шин может стать использование средств современной иммобилизации.

Вакуумные шины представляют собой универсальное средство многократного применения для транспортной иммобилизации пострадавших с любыми травмами и повреждениями влюбых щадящих позах или положениях поврежденных конечностей без их дополнительных смещений. Они обладают способностью модифицироваться и принимать индивидуальную форму тела в любом необходимом положении. Вакуумные шины немешают правильной циркуляции крови, т.к. при жесткой фиксации нет избыточногодавления. Они удобны и легки в применении. Принимают любые индивидуальные формытела пациента и обеспечивают превосходную термоизоляцию. Вакуумные шины легкомоются. А за счетвысоко-качественного и прочного покрытия, шины могут быть использованы многократно.

Пневматические шины нашли широкое применение на современном этапе благодаря удобному их применению. Однако в зимнее время материал, из которого изготовленыданные шины, теряет эластичность, возникает угроза разрыва материала и непригодностишины. Поэтому в зимнее время сотрудники скорой помощи чаще используют лестничные шины.

Лестничные шины (типа Крамера) благодаря возможности придать ей любую форму, дешивизне, легкости и прочности получили широкое

распространение. В наше время такие шины выпускают в специальных чехлах из ткани ПВХ, поэтому шина не требует предварительной подготовки с помощью марли и ваты. Также шина оснащена фиксирующими ремнями.

Равным образом для иммобилизации конечностей можно использовать *складные шины*. Они просты, удобны и надежны в обращении. Выполнены из пластика и текстильных застежек. В сложенном виде занимают малый объем, что позволяет размещать их в любых медицинских укладках. Фиксируются с помощью ремней.

Кроме этого, существуют *одноразовые складные шины*, изготовленные из гофрированного картона с водоотталкивающей пропиткой. Они предназначены для моментального изготовления любых шин на месте происшествия. Каждая заготовка упакована индивидуально с инструкцией по изготовлению шин. Для удобства использования на заготовки нанесена разметка, обозначающая линии сгибов и разрезов для получения необходимого варианта шин. После наложения шины сохраняют иммобилизирующие свойства не менее 24 часов. Малый вес и компактная упаковка позволяют размещать их в любых медицинских укладках.Имеют длительный срок хранения в упаковке – 5 лет. Использованные шины не требуют специальных методов утилизации. К тому же, они относительно не дорогие.

При травмах верхних отделов позвоночника и бедра может использоваться *устройство-шина складная*. Она позволяет проводить иммобилизацию в ограниченном пространстве и извлекать пострадавшего из труднодоступных мест. Обеспечивает транспортировку пострадавшего, как в вертикальном, так и в горизонтальном положении. Обладает прочной ременной системой. Парные цветные ремни исключают возможность ошибки при фиксации пострадавшего

Пострадавшие с травмой позвоночника нуждаются в особо бережной транспортировке, так как возможно дополнительное повреждение спинного мозга. Иммобилизация, обычно, производится на стандартных жестких

носилках. Однако для этого может использоваться *иммобилизирующий вакуумный матрас*. Такой матрас применяется при травмах позвоночника, переломах бедренных костей, костей таза, политравмах, внутренних кровотечениях и шоковых состояниях. Время, необходимое для приведения матраса в рабочее состояние, не более 5 минут. Специальные секции дают возможность проводить надежную иммобилизацию при комбинированных и сочетанных травмах. С помощью матраса пострадавшего можно переносить в горизонтальном и вертикальном положении. Матрас также оснащен парными цветными ремнями. Ручки расположены вне зоны иммобилизации пациента и обеспечивают равномерное распределение веса при переноске пострадавшего.

Помимо транспортной иммобилизации существует лечебная иммобилизация, которая применяется для лечения различных повреждений. Обычно для этого используют классический гипс. Но такой материал имеет очень много минусов. При долгом ношении гипса на поврежденном участке часто нарушается кровообращение. Сухожилия, суставы и мышцы практически не работают, что может привести к диформации или уменьшению подвижности сустава после снятия гипса.

В наше время появились материалы нового поколения – полимерные бинты, их также называют «пластиковые гипсы».

В отличии от классического гипса пластиковый весит в несколько раз меньше и не мешает движению. В то же время материал очень прочный, что гарантирует правильное срастание сломанных костей.

Не боится воды, с ним можно спокойно купаться как в ванне, так и в море, а в случае загрязнения – просто протереть влажной тканью.

Пористая структура материала свободно пропускает воздух, благодаря чему у пациента не возникает зуда, раздражения или других кожных реакций. Кроме того, полимерные фиксаторы не токсичны и гипоаллегренны.

За счет упругого материала полимерный гипс плотно прилегает к месту травмы, а заодно позволяет смоделировать любую форму при сложных переломах.

Во время рентгена пластиковый гипс не надо снимать, он не задерживает рентгеновские лучи. Врачу видны все детали на снимке, а значит не возникнет никаких затруднений в оценке срастания костей.

Гипс из пластика аккуратно выглядит даже после долгого ношения, а пациент ощущает его как обычную повязку и не чувствует дискомфорта как при ношении обычного гипса.

Снимается с помощью пилы и за счет гладкой фактуры не травмирует кожу и волосы. Этим он выгодно отличается от классического гипса, который при долгом ношении чуть ли не срастается с кожей.

Есть несколько видов полимерных бинтов, самые известные – это целлакаст и турбокаст.

Целлакастовые повязки представляют собой бинт из специального волокна, пропитанного полиуретановой смолой. Бинт позволяет делать иммобилизирующую повязку быстро, чрезвычайно надежно и в то же время делает ее легкой, удобной. Данный бинт в среднем на 60% легче, чем традиционная гипсовая повязка. Бинт выпускают в индивидуальной упаковке, в герметично закрытом пакете из фольги.

Турбокаст – низкотемпературный термопластик. В основу применения материала положено его свойство становиться пластичным при разогревании в диапазоне температур от 60 до 100°С. После остывания в течение нескольких секунд, температура на поверхности изделия снижается до 35-45°С, что является приемлемым для моделирования на теле пациента. В течение 5-8 минут превращается в прочную жесткую конструкцию, не требующую дополнительного усиления.Важным качеством НТТП, которое отличает их от широко известных средне- и высокотемпературных материалов, является наличие «рабочей пластической памяти». Это свойство материала при разогревании возвращаться в свою исходную форму. Наличие

памяти позволяет многократно перемоделировать готовое изделие в соответствии с клинической ситуацией.

Одним из перспективных направлений в сфере разработки новых медицинских изделий является 3Dпечать. 3D-печатные ортезы могут использоваться как современная комфортная замена гипса. Ортезы создаются на основе биометрических параметров пациента с использованием технологии 3D печати. Специальная программа преобразует размеры руки пациента в 3D модель индивидуального ортеза. Время печати такого изделия от 15 до 90 минут. Ортез имеет внутреннюю трёхмерную структуру, которая делает более удобным процесс термоформования.

Травмы наносят колоссальный ущерб здоровью граждан. Но благодаря продуманной системе иммобилизации, количество смертей уменьшится во много раз. Это очень актуальный вопрос, где необходимо активное участие правительства во внедрении этих разработок в систему здравоохранения и МЧС.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ «С». АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Руководитель Иванова Е. Т.
студентка Ахаева Г.

Актуальность темы. Проблема вирусных гепатитов по-прежнему остается одной из самых важных для здравоохранения всего мира.

Среди вирусных гепатитов с парентеральным способом передачи гепатит. С представляет собой наиболее значимую проблему здравоохранения. Прежде всего, это связано с глобальным распространением инфекции, высоким уровнем заболеваемости, склонностью к формированию хронических форм инфекции, приводящих к циррозу, первичному раку печени; вирус гепатита С способен поражать многие органы и ткани человека. В то же время, в практическом здравоохранении до сих пор нет

вакцины против этой инфекции, а применяемые сегодня лечебные препараты всё ещё малоэффективны, дорогостоящи и не являются безвредными для здоровья человека. Сохраняется острая необходимость в осуществлении мониторинга инфекции, в разработке новых методов диагностики, лечения и профилактики гепатита С.

Целями и задачами работы, является изучение этиологии, эпидемиологии и патогенеза, клинической картины и диагностики, методов лечения и профилактики вирусного гепатита С. А также анализ эпидемиологических показателей распространения гепатита Св Российской Федерации и Ставропольском крае за период 2017-2020 гг., сделатьвыводы.

На основании итогов работы разработать рекомендации для населения по профилактике вирусного гепатита С.

Гепатит С — антропонозная инфекционная болезнь с контактным механизмом передачи возбудителя, характеризуемая легким или субклиническим течением острого периода болезни, частым формированием хронического гепатита С, возможным развитием цирроза печени и гепато-целлюлярной карциномы.

В большинстве случаев гепатит С имеет безжелтушное малосимптомное начало. В связи с этим он может оставаться не диагностированным в течение нескольких лет и выявляется, когда в тканях печени уже развивается цирроз или происходит злокачественная трансформация в гепатоцеллюлярный рак.

Современный этап называют «золотой эрой» изучения проблемы вирусных гепатитов. Благодаря использованию методов вирусологии, молекулярной биологии, генной инженерии, в частности рекомбинантной технологии, раскрылись новые горизонты понимания проблемы и дальнейшего ее изучения.Диагноз гепатита С считается достаточно обоснованным при выявлении в крови вирусной РНК и антител к ней в результате повторных исследований методом ПЦР и различными видами серологических реакций.

В настоящее время достигнут определенный прогресс в изучении вирусных гепатитов: расшифрован спектр их возбудителей; разработаны и внедрены в практикусовременные методы лабораторной диагностики, в том числе – молекулярно-генетические;проводится противовирусная терапия при вирусных гепатитах В, С. Кроме того,расширены представления об исходах вирусных гепатитов с учетом особенностей ихклинического течения и индивидуальным иммунологическим и вирусологическимпрофилем пациентов.

В мире насчитывается около 170-200 млн. человек, страдающих вирусным гепатитом С. Россия относится к странам, в которых от 2 до 3% населения инфицированы этим вирусом. Анализ заболеваемости острого гепатита С в нашей стране показывает, что в 2020 г. было зарегистрировано 969 заболевших, 23 детей до 14 лет. Основную группу заболевших составляют лица в возрасте 20—29 лет и подростки. В структуре хронических поражений печени доля вирусного гепатита С достигает более 40%.

В СКФО зарегистрировано 46 заболевших острым вирусным гепатитом С – это на 26% меньше, чем в 2019 году, в Ставропольском крае 17 случаев (на 32% меньше, чем в 2019 году) заболевания острым вирусным гепатитом.

Территориально регистрация острого вирусного гепатита С снизилась с 12 административных территорий в 2019 году до 11 в 2020 году, в том числе в 8-ми превышен краевой уровень от 1,2 до 2,6 раз. Наибольшее количество больных зарегистрировано в г. Ставрополе – 9 и г. Пятигорске -6 и доля заболевших городских жителей значительно выше сельских и составила – 87%. Все случаи заболевания кроме одного зарегистрированы среди взрослого населения. Ведущим среди установленных путей передачи острого вирусного гепатита С в 2020г. является естественный путь передачи вируса (половой) – 50% от установленных случаев, парентеральный при введении наркотиков - 25% .

Учитывая динамику развития эпидемиологической ситуации по гепатиту С в крае, отсутствие специфической профилактики, необходимо проведение профилактики среди населения вирусного гепатита С.

Список литературы:

Белоусова А.К., Дунайцева В.Н. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии: учебник/ А.К. Белоусова, В.Н. Дунайцева; под ред. Б.В. Кабарухина.- Изд. 10-е.-Ростов н/Д: Феникс, 2018. – С.160-162.

Дерябин Н.Г. Гепатит С: современное состояние и перспективы.// Практическая гепатология / Ред.: Н.А. Мухин. -М., 2018. - С. 44-48.

«О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году». Государственный доклад, 2020, - 179 с.

«АНГЛИЙСКИЕСОКРАЩЕНИЯBFF(BEST FRIENDS FOREVER) ИЛИ EF(ENEMIES FOREVER)»

Руководитель Иванова Н. М.
*студенткаАлиева А***.**

Развитие языка не стоит на месте. Сегодня, благодаря популярной культуре и интернету, особенно быстро эволюционирует сленг. Так, за последние 10 лет появилось много новых сокращений и аббревиатур, которые полезно знать всем изучающим английский язык.

Сегодня поговорим о распространенных сокращениях, встречающихся как в текстах, так и в разговоре. А также, узнаем, какие в английском языке бывают аббревиатуры и как они расшифровываются.

Актуальность темы заключается в том, что владение иностранным языком является одним из условий успешной адаптации в социальном

пространстве.В современном мире каждый для легкого общения сокращает те или иные слова для быстрого общения.

Цели данного исследования

Изучить сокращения в английском языке

Понять, для чего нужны сокращения

Познакомить с их понятиями

Главными задачами являются:

Составить список часто употребляемых сокращений.

Дать классификацию сокращений в современном английском языке.

Провести опрос среди студентовколледжа.

Что такое сокращения Сокращение (contraction) – это два или даже три слова, объединенные в одно, укороченное слово, причем некоторые буквы выбрасываются. На письме вместо выброшенных букв ставится апостроф. В английском языке сокращения используются очень часто, в основном в разговорной речи.

Введение сокращений

В английском языке сокращенияпервоначально возникли как средство экономии в письменности, и лишь намного позднее в XVI в. сокращенные единицы стали сначала появляться в разговорной речи, и уже потом переходить в стили письменной речи.

Американский интернет-сленг зародился в 90-х годах, когда операторы мобильной связи ограничивали объем сообщений 160 символами. Пользователи начали сокращать часто используемые слова. Очень быстро этот «тайный» язык распространился сначала по Америке, а потом и по всему миру. Сейчас уже даже в Рунете не обойтись без «имхо», «лол», «омг» и других английских акронимов.

Сокращения делятся на три типа:

Обычные сокращения

Слова и фразы с использованием цифр

Укороченные в процессе разговорной речи

Обычные сокращения

Idk – I don’tknow (я не знаю)

LOL – laugh out loud (смеятьсявслух)

PLS, PLZ – please (пожалуйста)

Ily– I love you (ялюблютебя)

OMG – oh my God! (Омойбох!)

THX – thanks (спасибо)

XOXO – hugs and kisses (обнимаюицелую)

ATB = all the best (всегонаилучшего)

BC= because (потомучто)

BF = boyfriend (молодой человек, парень, бойфренд)

Слова и фразы с использованием цифр.

C u l8r – see you later – (увидимсяпозже)

2day – [tuː][deɪ] – today (сегодня)

M8 – [m][eɪt] – mate (приятель, партнёр)

2mrw – tomorrow – завтра

W8 – wait – ждать

Be4 – before – перед

Укороченные в процессе разговорной речи.

Kinda- kind of

Wanna – want to

Lemme – let me

Gonna – going on

Gotta –I’ve got to

Outta – outof

В русском языке встречаются множество заимствованных с английского языкаслов.

Краш(от англ.) ***crush*** **-**означает давить. Несмотря на это, на сленге приложения Tik Tok такой термин считается как влюблённость.

Крипово(от англ.) ***creepy*** — жуткий, бросающий в дрожь. Страшно.

Хейтер(от англ.)***hate*** — ненавидеть какую-то персону. Тот кто не любит или ненавидит кого – либо.

Дисс (от англ.) ***disrespect*** — относиться пренебрежительно, не уважать — рэп-композиция, оскорбляющая другого рэпера

Современная молодежь в последнее время стала часто использоватьсокращения и заимствования. Но на наш взгляд очень важно знать их расшифровку, либо перевод такого сокращения, чтоб не попасть в неловкую ситуацию при общении.

Мы провели опрос среди учащихся Кисловодского медицинского колледжа.Участие в данном опросе приняли 160 человек.

Благодаря этому опросу мы выяснили, что большинству молодёжи известны данные английские сокращения. Встречаются они им чаще всего в интернете.Половина опрошенныхактивно использует эти сокращения и будет дальше использовать в переписке.

В современном мире каждый для легкого общения сокращает слова, но нужно ли так делать, не приведёт ли это к искажению речи человека и утрате словарного запаса?

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Руководитель Карабашева И. Р.
студентка Бадалова С.

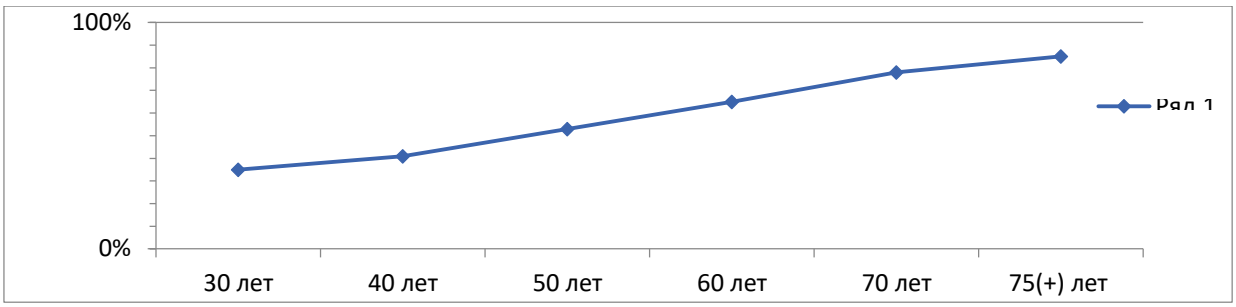
Актуальность темы В общей структуре заболеваемости патология опорно-двигательного аппарата занимает четвертое место после болезней органов дыхания, кровообращения и пищеварения. Болезни позвоночника, костей и суставов одинаково свойственны и молодым, и пожилым людям. Мужчины страдают ими почти в два раза чаще, чем женщины. Практически

каждый десятый взрослый имеет ту или иную патологию костно-мышечной системы.

Артроз наблюдается у каждого пятого человека в возрасте от 30 до 40 лет и у каждого второго – в возрасте от 50 до 60 лет. Среди людей в возрасте старше 65 лет заболеваемость артрозом составляет 70-85%.

В 30 лет заболеваниями опорно-двигательного аппарата страдают 35% населения, к 40 годам увеличивается на 6%, то есть, составляет 41%. К 50 годам процент составляет 53, к 60 годам-65%, к 70 годам-78%. Люди старше 75 лет имеют заболеваемость в процентном соотношении 85%. То, есть с каждым десятилетием процент заболеваемости повышается и тем самым к 90 годам у каждого пятого будет наблюдаться заболевание опорно-двигательного аппарата.

Статистика показывает, что к 65-летнему возрасту около 70 % людей имеют те или иные проблемы с суставами. Чем старше человек, тем выше риск развития подобных заболеваний, и к 75 годам на болезни суставов жалуется практически каждый. В последние годы доля заболеваний костно-мышечной системы постоянно растет: число вновь заболевших ежегодно увеличивается примерно на 25%. Помимо угрожающих показателей заболеваемости еще большую тревогу вызывают данные о последствиях – первичная инвалидность вследствие заболеваний костно-мышечной системы занимает третье место после болезней органов кровообращения и злокачественных новообразований. Постоянный прогресс медицины обеспечивает существенное продление жизни, параллельно с этим растёт процент хронических заболеваний. Наиболее заметна данная тенденция при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, и такая патология, как артроз, является одной из самых актуальных.



Причины болезней опорно-двигательного аппарата в пожилом возрасте

У пожилых людей постепенно уменьшается объем мышечной массы, поскольку при снижении уровня физической активности мышцы начинают атрофироваться. Хрящи также изменяются — теряют эластичность, истончаются, расслаиваются. Деградация суставного хряща приводит к тому, что кости суставов начинают деформироваться; страдают также связки, сухожилия, суставные сумки. Кроме того, у многих пожилых людей развивается остеопороз, в результате чего кости становятся хрупкими и ломкими, возрастает вероятность переломов.

Травмы суставов, полученные на протяжении жизни, нередко приводят к развитию различных заболеваний в пожилом возрасте. Особенно часто серьезные проблемы с суставами наблюдаются у бывших профессиональных спортсменов, а также у тех, кто занимался тяжелым физическим трудом. Отдельно следует упомянуть нарушения функций суставов, возникающие вследствие эндокринных патологий, поскольку при гормональном дисбалансе обменные процессы протекают иначе. Изменяется состав синовиальной жидкости, ухудшается состояние хряща, снижается плотность костной ткани. Так называемые эндокринные артриты нередко отмечаются у женщин в период менопаузы.

Иммунитет пожилых людей нередко ослаблен, в результате увеличивается риск развития инфекционных заболеваний суставов. Помимо этого, негативно влияют на опорно-двигательный аппарат различные хронические инфекции и аутоиммунные сбои.

Серьезное влияние на суставы оказывает избыточный вес (который нередко становится следствием малоподвижного образа жизни), высокая влажность, холод, плохая экологическая обстановка, неправильное питание. Как отмечают специалисты, нередко заболевания суставов развиваются под воздействием сразу нескольких факторов.

Оценка качества жизни пациентов с патологиями опорно-двигательного аппарата. Проблема изучения качества жизни пациентов с патологиями опорно-двигательного аппарата является актуальной, так как данные заболевания вызывают потерю или ограничение возможности передвижения и ослабление социальной активности пациента.Согласно официальной статистике общая динамика болезней опорно-двигательного аппарата в России с конца 20 века возрастает с каждым десятилетием приблизительно на 30%. Каждый год 1% россиян ставится диагноз «артрит». На долю только артроза, артрита и остеопороза приходится приблизительно 3% населения России.

Многие авторы (Савченко М.А., Тетерюков А.А, Неустроева Т. Г., Мамонова С. Б. и другие) указывают, что уровень качества жизни у больных во время болезни снижается. Необходимо отметить что, у пациентов с патологиями опорно-двигательного аппарата отмечается снижение социальной активности, что в свою очередь влияет на психологическую составляющую качества жизни пациентов.

Выводы результата исследования

В результатеанкетирования лиц пожилого возраста с заболеваниями опорно-двигательного аппарата я пришла к следующим выводам:

В возрасте лиц 65 лет и более из них принимают препараты кальция не более 30%.

Вредные привычки имеют 80-85%.

Прием гормональных препаратов при сопутствующих заболеваниях имеют 40%.

Физическая активность составляет 30%.

Заключение

Качества жизни лиц пожилого возраста при заболеваниях опорно-двигательного аппарата напрямую зависят от возраста пациента, стадии заболевания, чрезмерные физические нагрузки без надлежащего отдыха и восстановления, малоподвижный образ жизни, постоянное статическое напряжение, травмы, воспалительные заболевания, болезни обмена веществ, дегенеративно-дистрофические заболевания (артроз, спондилоартроз, остеохондроз), осложнения после инфекционных болезней, аутоиммунные поражения опорно-двигательного аппарата. При заболеваниях опорно-двигательного аппарата объем циркулирующей крови снижается в зависимости от стадии заболевания по сколько заболевания опорно-двигательного аппарата приводят к инвалидизации.

Список литературы

1.Авдонченко, Т.С. Лечебная физкультура после эндопротезирования тазобедренного сустава у пожилых людей[Текст]/ Т.С. Авдонченко, С.И. Робина, А.Д. Замулин, М.Н. Зайцев, В.П. Пак, С.Н. Кошкин // Реабилитация в медицине и спорте: Тез.докл. - М., 1998.-С.109.

Азолов, А.А. Восстановительная травматология и ортопедия

Сназин В.Я. Движения без боли: Ранняя диагностика и лечение заболеваний опорно-двигательного аппарата. Издательство ‘’Советский спорт’’. 2006г.160с.

Гребова Л.П. Лечебная физическая культура при нарушениях опорно-двигательного аппарата. Издательский центр ‘’Академия’’. 2006г.175с.

Медицинская энциклопедия, главный редактор Покровский В.И., Москва: "Медицина", 2003 г.

ЧИПСЫ: ВРЕД ИЛИ ПОЛЬЗА?

Руководитель Коджакова С.З.
студент Амбросимов А.

28 сентября 2018 года. зампредседателя комитета Госдумы по охране здоровья Леонид Огуль предложил законодательно запретить продажу на территории школ сладких газированных напитков, чипсов, сухариков, шоколадных батончиков и прочих продуктов, вредных для здоровья .

Огуль напомнил, что одна из главных причин заболеваний сердечно-сосудистой системы - неправильное питание и избыток лишнего веса.

"В 2017 году диагноз "ожирение" установлен двум миллионам россиян, - сообщил он. - И это лишь те, кто дошел до врачей". В 35 регионах РФ число больных ожирением за год выросло на 10%. "Причем более всего тревожит ситуация с детским и подростковым ожирением. Число детей с лишним весом с каждым годом растет", - констатировал политик.

Актуальность темы: сегодня проблема здорового сбалансированного питания является одной из приоритетных.

Цель:

провести качественный анализ чипсов и их возможных заменителей.

выяснить влияние различных компонентов чипсов на функции органов человека.

Задачи:

1.Изучить историю создания чипсов

2. Выяснить влияние различных компонентов чипсов на функции органов человека.

3. Сделать анализ данного продукта на наличие жира, крахмала, хлорида натрия, сравнить состав различных видов чипсов

Объект исследования: Чипсы.

Предмет исследования: Качественный состав чипсов.

Теоретическая часть

Под термином «чипсы» (от англ. «chips») следует понимать плоские по форме продукты, полученные отрезанием от целого. Впервые чипсы были приготовлены в 1853г. В США для американского мультимиллионера К. Вандербильта его шеф- поваром Д.Крумом.

Сегодня для приготовления картофельных чипсов используют специальные сорта картофеля, с низким содержанием сахара и диаметром клубней 3-4 см. Отобранные картофель моют, чистят и нагревают до 80'С. При этом в нём экстрагируется восстанавливающие сахара и разрушающие ферменты. Затем картофель нарезают ломтиками и после удаления выделившегося на их поверхности крахмала обжаривают в растительном масле. Затем чипсы обрабатывают смесью, состоящей из ароматизаторов, вкусовых добавок и соли. Готовые чипсы взвешивают и упаковывают. Перед запайкой шва в пакет подаётся пищевой азот, что увеличивает срок хранения продукта.

Как видим, кроме натуральных продуктов (картофеля и растительного масла), сахара, соли в состав чипсов входят различные синтетические вещества: углеводы, пищевые добавки, обозначенные большой буквой «Е» с соответствующим номером. Благодаря синтетическим пищевым добавкам, чипсы имеют разные вкусы и ароматы, « хрустят» и долго хранятся. Основные синтетические составляющие чипсов: лактоза, глутамат натрия, мальтодекстрин, ортоосфат кальция ,ацетат натрия ,акриламид-являются канцерогенами.

Акриламиднакапливаясь в организме, вызывает у человека онкологические заболевания. Предельный уровень акриламида составляет 1 микрограмм в день - это полграмма чипсов. Даже в самой маленькой пачке (28 г) безопасная доза превышает в 56 раз.

В 1994 году акриламид был отнесён специалистами Всемирной организации здравоохранения к веществам, "вероятно канцерогенным и мутагенным для человека".

Акриламид способен не только вызывать возникновение раковых опухолей, но и разрушать ДНК.

Большинство производителей в производстве чипсов, используют муку – пшеничную или кукурузную, а также смесь крахмалов. Часто это бывает соевый крахмал, в основном из генетически модифицированной сои.

Злоупотребление жареной пищей, как известно, неблагоприятно сказывается на функционировании многих органов человека.

Жир, накапливающийся в чипсах, приводит к образованию «плохого» холестерина – а это атеросклероз и другие опасные заболевания. Чипсы в процессе готовки пропитываются жиром, и мы получаем этого жира 30 г.

Зачастую с одной пачкой человек «съедает» больше жира, чем его организм должен получить за целый день. Мало того, в чипсах содержатся канцерогенные жиры. Их избыток чреват проблемами с пищеварением, ожирением и затормаживанием умственной деятельности. Кроме того, все чипсы очень соленые, а избыток хлорида натрия мешает нормальному росту костей, нарушает обмен веществ и вызывает проблемы с сердцем, проблемы с работой кишечника изжогу, гастриты, аллергию.

В чипсах:

1) 0% полезных веществ – ни витаминов, ни минералов, ни хороших белков и углеводов.

2) 510 ккал – то есть почти половину дневной нормы.

3) 0,7г поваренной соли, а за день можно съесть не больше 2 г.

4) 30г насыщенных жиров, канцерогены.

5) Красители и ароматизаторы.

Экпериментальная часть

1.*Качественное определение жиров*

Кладем большой чипс на фильтровальную бумагу и сгибаем её пополам, раздавив испытуемый образец на сгибе бумаги. Удаляем кусочки чипса с фильтровальной бумаги и посмотрим бумагу на свет.

Результаты:

Наличие пятен на фильтровальной бумаге свидетельствует о содержании в чипсах жирных кислот.Чем больше жира содержит продукт, тем больше размер пропускающего свет пятна.

2. ***Приготовление водной вытяжки для качественного определения растворимых компонентов***

Взвесили по 1 г чипсов каждого вида. Измельчили их в ступке и перенесли крошки в химические стаканы. Добавим 10-15 мл дистиллированной кипящей воды и размешаем стеклянной палочкой. Приготовили бумажные фильтры и отфильтровали смеси. Фильтрат собрали и использовали для проведения испытаний.

3.Качественное определение катионов натрия

Чистую прокаленную медную проволоку опускаем в фильтрат, и вносим в бесцветное пламя горелки; пламя окрашивается в желтый цвет. Реакция исключительно чувствительна, желтый цвет пламени свидетельствует о наличии ионов натрия Na^+во всех образцах чипсов.

4.Качественное определение хлорид – ионов

Нальем в пробирку 1-2 мл водной вытяжки и добавим 3-4 капли 5%-ного раствора нитрата серебра, а затем 1-2 мл 0,1 м раствора азотной кислоты.

При добавлении к водной вытяжке 5%-ного раствора нитрата серебра выпадает белый творожистый осадок AgCl – не растворимый в азотной кислоте, по этому признаку можно сделать заключение о присутствии в растворе хлорид – ионов.

Результаты:

Наибольшее содержание солей отмечено нами в образце №1«Lays» - более интенсивный белый - творожистой осадок. В образцах№2, №3, №4- наблюдали белый мутный осадок

5.Качественное определение крахмала

Из-за содержания в чипсах крахмала при добавлении 3%- ного спиртового раствора иода появляется тёмно-синее окрашивание. Моментально интенсивная синяя окраска всех образцов.

Результаты:

Полученный результат соответствует данным, указанным на упаковках.

Список литературы

О.С. Габриелян, Г.Г. Лысова учебник по химии для 11 классов - М.: «Дрофа» 2019 г.

Железняков Ю.В., Назаренко В.М. Учебно-исследовательские экологические проекты в обучении химии /Химия в школе. – 2015

Краузер Б., Фримантл М. Химия. Лабораторный практикум. – М: Химия.

Фрим Н.Е. Химия для поступающих в ВУЗы. – М.: Высшая школа, 2018

Юркова А.Р. Разговор о правильном питании/ Методическое пособие. - М.: ОЛМА ПРЕСС, 2001

Журнал «Химия в школе»№ 10 2005 год.

КАМЕННОЕ СЕРДЦЕ: АКТУАЛЬНОСТЬ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ

Руководитель Комарова Г. П.
студентка Абрамян Л.

Актуальность темы.Ишемическая болезнь сердца (ИБС) стойко занимает первое место в структуре смертности населения большинства развитых стран мира. В Российской Федерации, по данным официальной статистики, на долю ИБС приходится 29,1% всех случаев смерти. ИБС, однако, может протекать по-разному, прогноз жизни разных больных может значительно отличаться, что отчетливо показано во Фремингемском

исследовании. Инфаркт миокарда (ИМ), являясь одним из самых тяжелых и драматических осложнений ИБС, значительно ухудшает прогноз жизни больных. По данным различных авторов от 5- 18% больных умирает в острой стадии этого заболевания. Однако и больные, выжившие после острого инфаркта миокарда (ОИМ), имеют весьма неблагоприятный прогноз жизни. По данным различных источников смертность в первые 3-5 лет после перенесенного ИМ достигала 30-45%. Достаточно давно стало понятно, что прогнозирование течения и исхода заболевания при ОИМ является важнейшей частью клинической науки.

В течение многих лет были выработаны самые разнообразные подходы к стратификации таких больных на группы риска. Однако, следует отметить, что большинство этих подходов оценивают только риск больничной летальности или риск осложнений в самое ближайшее время после перенесенного ИМ. Предсказание отдаленного прогноза жизни больных, перенесших ИМ, является непростой задачей, в первую очередь потому, что количество исследований, отслеживающих отдаленные исходы (1 год и более) у репрезентативных выборок больных, ограничено. Относительно немногочисленные данные, касающиеся изучения отдаленного прогноза жизни больных, перенесших ОИМ, существенно 10 различаются по данным разных исследований. Причиной этого являются как методические особенности проведения таких исследований, так и особенности ведения и лечения таких больных в разных регионах. В России исследования по изучению отдаленной выживаемости больных после перенесенного ОИМ немногочисленны и не всегда соответствуют требованиям доказательной медицины. Крупных отечественных исследований, посвященных этой проблеме, с охватом всех больных, перенесших ОИМ в одном из районов Российской Федерации не проводилось вообще. Официальная медицинская статистика по выживаемости больных, перенесших ОИМ через 6 месяцев, 1 год и в более поздние сроки, ограничивалась данными больничной летальности.

Цель и задачи работы: На основании полученных данных создать инструмент стратификации больных, имеющих риск неблагоприятного исхода.

Задачи 1. Разработать анкету для больных, отражающую их поведение при возникновении ангинозной боли и особенности принятия решения о вызове «Скорой помощи», а также анкету, отражающую догоспитальную терапию. С помощью разработанных анкет определить время принятия решения о вызове «Скорой помощи» пациентами с ангинозной болью и факторы влияющие на него, а также характеристику медикаментозной догоспитальной терапии, в том числе перед развитием ОИМ/ОКС. 2. С помощью статистико-математических методов выявить факторы, влияющие на внутри-госпитальную летальность у пациентов с ИМ, включенных в данный регистр. 3. Проследить жизненный статус больных ИМ, в течение трех лет после выписки из стационара, определить величину смертности и факторы, влияющие на неблагоприятный отдаленный прогноз, включая лекарственную терапию у данной группы обследованных лиц.

Список литературы:

Оценка ближайших и отдаленных результатов лечения больных острым инфарктом миокарда в рамках регистра (интернет ресурс) https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/01/dissertation_ginzburgml.pdf

Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST: маркеры риска и исходыhttps://www.dissercat.com/content/ostryi-infarkt-miokarda-s-podemom-segmenta-st-markery-riska-i-iskhody

Эпидемиологические аспекты инфаркта миокарда в Российской Федерацииhttp://www.crie.ru/pdf/disser1(gerasimov).pdf

ВИТАМИН Д

Руководитель Комарова Н.Г.
студентка Абдурахманова Д.

Витамин D — группа биологически активных веществ (холекальциферол,

Эргокальциферол, ситокальциферол, 2,2-дигидроэргокальциферол и другие).

Это жирорастворимый витамин, отличающийся от других витаминов тем, чтозначение витамина D для организма трудно переоценить. Он отвечает за целый ряд важных биохимических процессов:

•помогает усвоению кальция и фосфора, «открывая» клетки костной ткани, зубов и ногтей для приема этих минералов;

•нормализует уровень сахара в крови;

•ускоряет обмен веществ;

•синтезирует моноциты, которые очищающие кровь;

•стимулирует синтез ряда гормонов;

•улучшает передачу импульсов между нейронами;

•влияет на развитие эмбриона.

Цель исследования :изучить современные представления и принципы специфической коррекции организма при недостатке витамина Д .

Задачи исследования:

Выявить; факторы, приводящие к авитаминозу, определение 25(OH)D в крови, определить формы заболевания, познакомиться с лекарственными препаратами для лечения авитаминоза

25(OH)D

Витамин D является на самом деле провитамином. Для активации

Холекальциферол сначала должен превратиться в печени в 25-гидрокси-

Холекальциферол (сокращенно 25(OH)D)

25(OH)D – основной метаболит витамина D, присутствующий в крови. Он образуется преимущественно в печени, при первой ступени гидроксилирования витамина D, обладает умеренной биологической активностью.

Две основных формы 25(OH)D – *холекальциферол (витамин D3) и эргокальциферол (витамин D2).* D3 образуется, главным образом, в коже под действием ультрафиолетовых лучей, в то время как источником D2 служит только пища. Важно, что концентрация 25(OH)D отражает вклад двух этих компонентов, обе формы витамина D в данном исследовании измеряются эквимолярно. Уровень 25(OH)D считается лучшим индикатором статуса витамина D в организме. Основная роль витамина D в организме связана с регуляцией кальциевого обмена.

К чему приводит недостаток или избыток витамина D?

Недостаток витамина D проявляется рахитом у детей и остеомаляцией (снижением минерализации костей) у взрослых, проявления дефицита витамина D сходны с проявлениями гиперпаратиреоидизма, который может развиваться вторично. Комплекс лабораторных исследований при подозрении на дефицит витамина D должен включать определение кальция и фосфора крови (при выраженном дефиците ожидается снижение этих показателей), паратгормона и 25(OH)D. Исследование может быть дополнено определением мочевины, креатинина, магния для исключения состояний, связанных с патологией почек и дефицитом магния.

Избыток витамина D может приводить к токсическим эффектам (чаще наблюдается у детей), что проявляется, в зависимости от дозы и длительности применения, в гиперкальциемии, гиперфосфатемии, кальцификации мягких тканей, тошноте, рвоте, запорах, анорексии, задержке роста и развития.

Определение 25(OH)D в крови

Анализ на витамин D могут назначить врачи разных специальностей: педиатр, терапевт, ортопед, травматолог, ревматолог или эндокринолог при наличии одного или нескольких показаний:

-дефицит витамина D (симптомы рахита у детей, остеопороза – у взрослых);

-комплексная диагностика обмена кальция;

-синдром мальабсорбции (нарушение всасывания питательных веществ в кишечнике);

-контроль эффективности лечения препаратами, содержащими витамин D;

-подготовка к беременности или во время беременности;

-повышенная усталость, депрессивные состояния.

С какой целью определяют уровень 25-ОН витамина D в сыворотке крови

Определение уровня 25-ОН витамина D в сыворотке крови используют для оценки статуса витамина D в организме (суммарно относительно D2 и D3).

Рекомендуемый уровень содержания витамина D

Российская ассоциация эндокринологов считает оптимальной концентрацией витамина D в крови взрослого человека 30-100 нг/мл,

недостаточностью 20-30 нг/мл,

дефицитом — менее 20 нг/мл.

Для перевода из нг/мл в нмоль/л нужно нг/мл * 2,5 = нмоль/л

Пример: 30 нг/мл * 2,5 = 75 нмоль/л

Что означают результаты?

<u>Причины пониженного уровня 25-гидроксивитамина D:</u>

-нехватка солнечного света;

-недостаточное потребление витамина D с пищей;

-нарушение всасывания витамина D из кишечника при синдроме мальабсорбции;

-нефротический синдром (в связи с повышенной потерей жидкости и белка);

-заболевания печени (нарушение одного из этапов метаболизма витамина D);

-прием некоторых лекарственных препаратов (например, фенитоина, который влияет на способность печени производить 25-гидроксивитамин D)

Причины повышенного уровня 25-гидроксивитамина D:

-чрезмерное употребление препаратов, содержащих витамин D.

Определение дозировки необходимой для приёма витамина Д после получения результата анализа

(IU/ME) = 40 x (75 - текущий уровень D(25)OH в крови) x m (кг).

Это доза витамина Dкоторую вам нужно получить по итогу окончания терапии.

Норма по анализам D(25)OH варьируется от одной организации здоровья к другой.

EFSAЕвропейское агентство (орган) по безопасности продуктов питания (**EFSA**, *англ. European FoodSafety Authority*на сегодняшний день принимает концентрацию 50 nmol/L подходящим целевым значением для всех групп населения. В исследованиях ориентир идет на дозировку 75 nmol/L.

Для перевода из нг/мл в нмоль/л нужно нг/мл * 2,5 = нмоль/л

Пример: 30 нг/мл * 2,5 = 75 нмоль/л

Пример:

- Человек весом 70 кг
- В анализах D(25)OH — 10 nmol/L
- ME = 40 x (75-10) x 70 = 182 000 ME

Чтобы восполнить этот дефицит в течение 3 месяцев делите полученную цифру на 90 (дней) — получите ежедневную дозу.

182 000/90 = 2022 МЕ/день что немного превышает профилактическое значение для приема препарата для взрослого человека, но не превышает допустимую.

Если расчетная доза выходит за пределы безопасных (для взрослого человека) 4000МЕ — начинайте принимать препарат только после согласования с врачом — возможно вам назначат разовые большие загрузочные дозы.

Во многих медицинских системах сейчас назначают лечебные дозы витамина D.

Например, 5000 МЕ один раз в неделю для срочной компенсации дефицита.

По нашим исследованиям, анализ на витамин Д назначают :

Педиаторы 100 %

Геникологи60 %

Терапевты40 %

Эндокринологи 100%

Было опрошено около 50 человек .

Из них :

Без назначения врача принимали витамин Д – 30%

По назначению врача -50%

Не принимали -20%

ВИТАМИН В-12И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ

Руководитель Крылова А.В.
студентка Магомедова А.

Витами́нами B12 называют группу биологически активных веществ, называемых кобаламинами и относящиеся к корриноидам, содержащим в структуре атом кобальта (III) и являющиеся хелатными соединениями[1][2].

В научной литературе под витамином B12 обычно подразумевают цианокобаламин, который свободно преобразуется в одну из коферментных форм в человеческом организме[3]. В форме цианокобаламина в организм человека поступает основное количество витамина B12, при этом он не является синонимом B12, несколько других соединений также обладают B12-витаминной активностью[4]. Витамин B12 также называется внешним фактором Касла[5].В природе продуцентами этого витамина являются бактерии и археи, в растениях не синтезируется

ФУНКЦИИ ВИТАМИНА B12

Витамин B12 участвует в переводе фолиевой кислоты в активную форму, в синтезе метионина, коэнзима А, антиоксиданта глутатиона, янтарной кислоты, миелина. Он контролирует синтез ДНК (следовательно, деление клеток), созревание эритроцитов, увеличивает уровень Т-супрессоров, что способствует ограничению аутоиммунных процессов. О функциях витамина B12 см. Формирование эритроцитов.B12 участвует в формировании эритроциты. содержащие гемоглобин. Пожалуй, наиболее хорошо известной функцией B12 является его роль в развитии эритроцитов. Как было уже отмечено выше, витамин B12 относится к внешним факторам Касла, которые отвечают в организме за поддержание нормального кроветворения. Когда красные кровяные клетки созревают, им требуется информация, содержащаяся в молекулах ДНК (ДНК или дезоксирибозы нуклеиновые кислоты, вещество в ядре нашей клетки, которое содержит генетическую информацию). Без витамина B12, синтез ДНК выходит из строя, и невозможно получить информацию, необходимую для образования красных кровяных телец. Клетки становятся плохих негабаритных форм, и начинают функционировать неэффективно, такое состояние называется злокачественной анемией (или "перниционзнной анемией"). Чаще всего, злокачественная анемия вызвана не отсутствием B12, а уменьшением его поглощения из-за отсутствия внутреннего фактора.

Витамин B12 и нервная системавлияние витамина B12 на мозговую деятельность. Второй большой задачей витамина B12 является его участие в развитии нервных волокон. Витамин B12 участвует в строительстве белковых и жировых структур защитного миелинового слоя. Миелиновая оболочка, которая покрывает нейроны, формируется менее успешно при дефиците витамина B12. Хотя витамин играет косвенную роль в этом процессе, была отмечена эффективность в облегчении боли и других симптомов расстройств нервной системы при введении витамина B12 пищевыми добавками.

Одной из главных задач витамина B12 является участие в процессахпроизводства метионина - аминокислоты, которая влияет на умственную деятельность и формирование эмоционального фона человека. Витамин B12, фолиевая кислота и метионин (а также витамин C) образуют своего рода рабочую группу, которая специализируется, главным образом, на работе мозга и всей нервной системы. Эти вещества участвуют в выработке так называемых моноаминов — стимуляторов работы нервной системы, определяющих состояние нашей психики.Витамин B12 в лечении заболеваний нервной системы. Витамин B12 и костно-мышечная система.

Витамин B12 и костно-мышечная система. В самое последнее время получены данные, что витамин B12 имеет большое значение и для образования костей. Рост костей может происходить лишь в том случае, когда в остеобластах (клетках, из которых создаются кости) имеется достаточный запас витамина B12. Это особенно важно для детей в период активного роста, а также для женщин в климактерическом периоде, у которых происходит гормонально обусловленная потеря костной массы — остеопороз.Витамин B12 влияет на рост мышц, поскольку участвует в процессах белкового обмена и синтеза аминокислот. Он активизирует энергообмен в организме. Немаловажно и то, что он поддерживает жизнедеятельность нервных клеток спинного мозга, через которые происходит централизованное управление мускулатурой тела.

Витамин В12 и обмен веществ. Для циркуляции по телу белков, необходимых для роста и восстановления клеток, требуется витамин В12. Многие из ключевых компонентов белка, так называемые аминокислоты, становятся недоступными для использования в отсутствие В12. Витамин В12 оказывает влияние на движение углеводов и жиров в организме.

ЛипопротеинВ сочетании с фолиевой кислотой (витамином В9) и пиридоксином (витамином В6) витамин В12 нормализует обмен метионина и холина, тем самым оказывает благоприятное воздействие на печень, предупреждая ее жировое перерождение. Это связано с тем, что холин и незаменимая аминокислота метионин относятся к очень сильными липотропным веществам. Также, по последним данным, дефицит витамина В12 приводит к нехватке карнитина, так называемого квазивитамина (витамина Вт или В11) - вещества, являющегося кофактором метаболических процессов, обеспечивающих поддержание активности КоА.

Источники витамина В12

Итак, что мы имеем? Человек и животные обычно обеспечивают себя витамином В12 в результате потребления продуктов питания животного происхождения и продуцирования его микрофлорой рубца (для жвачных животных). Однако, учитывая, что синтез витамина В12 кишечной флорой незначителен (и кобаламин из толстого кишечника не является биодоступным), витамин должен обязательно поступать в организм извне.

Следовательно, отличные пищевые источники витамина В12 ограничиваются лишь продуктами животного происхождения? Нет. Во-первых, не всегда можно получить достаточное количество витамина В12 из-за промышленной обработки еды. Во-вторых, разработанные технологии позволяют в настоящее время получать В12-содержащие продукты практически из любых видов пищевого сырья, в т.ч. растительного происхождения. Например, проведенные исследования показали, что при производстве хлеба из ржаной и смеси ржаной и пшеничной муки, применение концентрата закваски с пропионовокислыми бактериями

способствует увеличению количества витаминов группы В, особенно витамина В12, как в ржаной закваске, так и в готовом хлебе - установлено, что при выпечке сохраняется более половины витаминов, содержащихся в полуфабрикате. (Показатели готового хлеба: В1 - 0,53-0,57 мкг/100г, В2 - 0,40-0,43 мкг/100г, В12 - 0,65-0,85 мкг/100г).

Отмечено, что пропионовокислые бактерии являются бесспорными лидерами по синтезу витамина В12, а также основными поставщиками цианокобаламина в фармакологии Ферментирование пищевого сырья с использованием пропионовокислых бактерий стало перспективным и доступным направлением в создании витаминизированных пробиотических продуктов, благодаря исследованиям проведенным в ВСГУТУ. Если конкретно говорить о еде, то идеальными, по содержанию витамина В12, являются приготовленные на наших бактериальных (пробиотических) закваскаx, т.е. ферментированные именно пропионовокислыми бактериями, следующие биопродукты: кисломолочные напитки, квасные напитки, твердые сорта сыра, хлебобулочные изделия, колбасные изделия и др. продукты, как растительного так и животного происхождения. Сферы применения пробиотиков - продуцентов витаминов группы В постоянно расширяются.Согласно исследованиям ВОЗ, признаков переизбытка витамина В-12 у человека найдено не было. Каждый год проводиться статистика по количеству заболеваний которые были выявлены при дефиците В-12. Согласно статистике, при употребление В-12 снижается риск заболевания неврологической системы, так же известно, что витамин влияет на организм, только положительно

РОЛЬ ИГР С МЯЧОМ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Руководитель Курмаев В. А.
студентка Пихтелёва А.

Актуальность темы. В профессиональной подготовке медицинского работника игра в баскетбол занимает особое место, поскольку развивает необходимые физические и психологические качества. Профессия медицинского работника отнесена к интеллектуальному труду, который характеризуется переработкой большого объема разнообразной информации, требует мобилизации памяти, концентрации внимания, и часто связана со стрессовыми ситуациями.

Игра в баскетбол предъявляет высокие требования к психике баскетболиста: ощущениям, восприятиям, вниманию, представлению, воображению, памяти, мышлению, эмоциям и волевым качествам. Большинство действий баскетболисты выполняют, основываясь на зрительных восприятиях. Баскетболист выполняет движения в условиях жесткого лимита времени, что предъявляет большие требования к максимальной скорости реагирования.

Для баскетбола типичны нестандартность, неопределенность предстоящего действия и большое разнообразие способов решения одной и той же двигательной задачи.

Для достижения успеха в баскетболе спортсмен должен уметь управлять своими эмоциями, действиями, психическим состоянием при различных состояниях организма. Совершенствование мастерства в условиях преодоления возникающих трудностей, стремление не останавливаться на пути к достижению цели характеризуют такое волевое качество, как настойчивость.

Решительность и смелость выражаются в способности принимать ответственные решения, сопряженные с риском, а также в своевременности принятия решений в ответственные моменты игры.

Выдержка и самообладание помогают преодолевать неблагоприятные эмоциональные состояния в экстремальных условиях. В зависимости от особенностей проявления волевых усилий можно судить об уровне развития волевых качеств баскетболистов.

Баскетбол в профессии медицинского работника играет немаловажную роль. В этом достаточно легко убедиться, рассмотрев качества, присущие баскетболистам и медицинским сотрудникам. Можно заметить сходство и тем самым понять, что баскетбол играет не последнюю роль в медицинской деятельности. Эффективность и качество работы медработника во многом зависит от состояния его здоровья, функциональной физической и эмоциональной подготовленности. Так, например, фельдшерам нужна:

- выносливость, чтобы в течении рабочей смены выполнять множество вызовов и, при необходимости, часами оказывать помощь больному в непростых уличных или бытовых условиях;

- быстрота (как движений, так и реакций), чтобы быстро дойти или добежать до больного, быстро сообразить, быстро перевязать кровоточащий сосуд и т.д.;

- сила, чтобы перенести больного или его поднять;

- гибкость, чтобы иметь возможность в любом положении оказать больному помощь;

- ловкость, чтобы уметь быстро и точно выполнить все необходимые манипуляции во время реанимационных действий.

Занятия баскетболом помогают формировать настойчивость, смелость, решительность, честность, уверенность в себе, а так же развивают физически. Существуют различные направления в медицине, но в каждой из них баскетбол играет свою роль. С его помощью хорошо развивается способность переключения внимания, ведь во время игры игрок должен

уметь быстро переключать своѐ внимание с одного игрока на другого, чтобы видеть всю ситуацию и знать, кому следует передать мяч, а кому нет. В баскетболе руки тоже играют важную роль, ведь игрок должен уметь забрасывать мяч в кольцо, а для этого надо развивать мышцы рук, пальцы, кисти, чтобы они были ловкими и гибкими для выполнения точных бросков. Таким образом, можно прийти к выводу, что занятия баскетболом способствуют развитию и формированию физических и духовных качеств, которые необходимы каждому медицинскому работнику.

Влияние баскетбола на развитие физических и эмоциональных качеств можно продемонстрировать на примере участия студентов «Кисловодского медицинского колледжа» в спортивных соревнованиях по баскетболу.

По результатам соревнований были выявлены следующие показатели физической подготовки наших студентов:

Таким образом, применив в игре вышеупомянутые качества, команда нашего колледжа успешно справилась с поставленной задачей и заняла первое место в командных соревнованиях по баскетболу, доказав высокую роль игр с мячом в воспитании профессионального медицинского работника.

ДЕТИ ПО ЖЕЛАНИЮ, А НЕ ПО СЛУЧАЮ

Руководитель Лайпанова З.Х.
студентка Сторожук Е

Ежегодно человеческая популяция увеличивается примерно на 2%, что составляет 100 млн. человек, т.е. население большой страны. Ежегодно 500 тыс. женщин умирает от различных осложнений, связанных с беременностью. Ежегодно сотни тысяч младенцев и детей погибают из-за отсутствия семейного планирования, т.к. рождаются у слишком молодых или у пожилых матерей, или меньше чем через год после рождения предыдущего ребенка, или в многодетных семьях с плохими бытовыми и социальными условиями.

Планирование семьи - это комплекс мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и сохранения здоровья женщин и детей. Комплекс мероприятий, имеющих своей целью способствовать супружеской паре в решении следующих задач:

избежать нежеланных детей;

иметь только желанных детей;

регулировать интервалы между беременностями;

установить количество детей;

контролировать выбор времени рождения ребенка в зависимости от возраста родителей.

часть этих задач решается за счет:

обеспечения противозачаточными средствами;

лечения бесплодия;

лечения невынашивания.

Другими словами, планирование семьи – это дети по желанию, а не по случаю.

Для того чтобы родительство было ответственным, чтобы на свет появились желанные и здоровые дети, каждый современный человек должен знать, как сохранить свое репродуктивное здоровье:

Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия при отсутствии заболеваний репродуктивной системы на всех этапах жизни.

Состояние репродуктивного здоровья во многом определяется образом жизни человека, а также ответственным отношением к половой жизни. В свою очередь, все это влияет на стабильность семейных отношений, общее самочувствие человека.

Оптимальный возраст для рождения детей 20-35 лет. Доказано, что если беременность возникает раньше или позже, то протекает с большим числом осложнений и вероятность нарушений здоровья у матери и ребенка выше. Интервалы между родами должны быть не менее 2-2,5 лет; это помогает женщине восстановить силы после предыдущих родов. Аборт не является лучшим способом регулирования рождаемости. Контрацепция делает интимную жизнь более грамотной, устраняет ненужные волнения и ожидания. Решение об использовании того или иного метода лучше принять после того, как Вы узнаете обо всех контрацептивных средствах и проконсультируетесь со специалистом. Если нежелательная беременность все-таки наступила, и Вы решили сделать аборт, необходимо обратиться к врачу как можно раньше – это снизит риск возможных осложнений. После родов и аборта можно забеременеть од прихода первой менструации, поэтому необходимо подобрать надежный метод контрацепции до возобновления половой жизни. Инфекции, передаваемые половым путем, часто являются причиной бесплодия у мужчин и женщин. Половое воспитание и сексуальное образование детей и подростков поможет сохранить их здоровье, подготовить к будущей семейной жизни, и воспитать чувство ответственного родительства.

Планирование семьи, применение безопасных методов контрацепции помогут сохранить свое здоровье, родить здоровых и желанных детей, принесет счастье в каждый дом.

Методы контрацепции:

Гормональная контрацепция.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)

Состоящие из комбинации эстрогенного и гестагенного компонента (моно-, двух-, трехфазные)

Низкодифференцированные монофазные препараты, содержащие гестагены третьего поколения.

Мини-пили, содержащие микродозы гестогенов.

Гестаген содержащие нетаблетированные контрацептивы пролонгированного действия.

Посткоитальные препараты, содержащие гестагены, но в небольших дозах.

Внутриматочная контрацепция (ВМК)

Барьерная контрацепция.

Женские:

Химические – спермициды

Немедикаментозные механические барьеры

Медикаментозные механические барьеры

Мужские:

Презервативы

Биологические методы контрацепции.

Ритмический

Температурный

Хирургическая стерилизация.

Анкетирование проведено у 95 пациенток. 17% опрошенных были в возрасте 18 лет, 38 % - от 18 до 25 и 45% - 25-35. На вопрос «сколько было беременностей» 12% женщин ответили, что была одна беременность, у 17% - две, у 24% - три, у 47% - более трех. У 41% опрошенных женщин по одному ребенку, у 29% по два, у 23% - более двух, у 7% - детей нет. 75% опрошенных женщин, имели желанную беременность, а 25% - нет. 12% женщин имеют гинекологические заболевания, 88% не имеют. На вопрос

«Знаете ли, о методах контрацепции» 47% женщин ответили, что знают, 53% - не знают. 23% опрошенных узнали о методах контрацепции из СМИ, 31% - от родственников, и 40% от медработников.

Выводы:

Состояние репродуктивного здоровья женского населения удовлетворительное.

Уровень знаний по вопросам контрацепции недостаточно хороший

Поэтому необходимо проводить санпросвет работу среди населения

Результаты исследования можно использовать на практических занятиях по акушерству и гинекологии.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДСЕСТРЫ

Преподаватель Маилова С. А.
студентка Ахаева Г.

Актуальность хронического панкреатита чрезвычайно высока, так как заболевание имеет высокую распространенность, поражая до 5% населения. В структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта он составляет от 5,1 до 9% [3, 19], а в общей клинической практике - от 0,2 до 0,6%.

За последние 30 лет отмечена общемировая тенденция к увеличению заболеваемости острым и хроническим панкреатитом более чем в 2 раза. Если в 90-е годы частота хронического панкреатита составляла 3,5-4,0 на 100 тыс. населения в год, то в последнее десятилетие отмечен неуклонный рост частоты заболеваний поджелудочной железы, поражающих ежегодно 8,2-10 человек на 100 тыс. населения. Распространенность хронического панкреатита в России составляет 27,4-50 случаев на 100 тыс. населения.

Цельи задачи работы: изучить и выявить особенности сестринского ухода за пациентами с хроническим панкреатитом.

Хронический панкреатит – группа хронических заболеваний поджелудочной железы различной этиологии, преимущественно воспалительной природы, с фазово-прогрессирующими очаговыми, сегментарными или диффузными дегенеративными, деструктивными изменениями ее экзокринной части, атрофией железистых элементов (панкреоцитов) и замещением их соединительной (фиброзной) тканью; изменениями в протоковой системе поджелудочной железы с образованием кист и конкрементов, с различной степенью нарушения экзокринной и эндокринной функций.

На протяжении последних десятилетий распространенность панкреатита, в частности хронической его формы, являющейся предметом настоящего дипломного исследования, весьма существенно возросла, и он приобрел важное медико-социальное значение.

Хронический панкреатит характеризуется значительным снижением качества жизни и социального статуса большого числа больных молодого и среднего, наиболее трудоспособного, возраста. При рецидивирующем течении хронического панкреатита в 30 % случаев развиваются ранние осложнения (гнойно-септические, кровотечения из изъязвлений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, тромбоз в системе портальной вены, стеноз двенадцатиперстной кишки и др.), летальность при этом достигает 5,1%. Летальность после первичного установления диагноза хронического панкреатита составляет до 20 % в течение первых 10 лет и более 50% - через 20 лет, составляя в среднем 11,9%. 15-20% больных хроническим панкреатитом погибают от осложнений, связанных с атаками панкреатита, другие - вследствие вторичных нарушений пищеварения и инфекционных осложнений.

Исходя из вышеизложенного становится очевидным, что важной задачей современной гастроэнтерологии является ранняя диагностика начальной стадии хронического панкреатита, поскольку только своевременно начатое лечение позволяет коренным образом изменить прогноз и исход

данного заболевания.В то же время, несмотря на внедрение в клиническую гастроэнтерологию современных диагностических технологий (эндоскопическая ретроградная гепатохолангиопанкреатография, компьютерная и магнитно-резонансная томография, эндоскопическая ультрасонография), выявление хронического панкреатита до сих пор считается до конца нерешенной проблемой.

Качество жизни пациентов с хроническим панкреатитом существенно нарушается. Такие пациенты привлекают внимание медицинских работниковвследствие двух основных синдромов: абдоминальной боли и малдигестии. В настоящее время можно говорить о существовании гиподиагностики хронического панкреатита. Хронический панкреатит должен быть включен в дифференциальный диагноз во всех случаях необъяснимой абдоминальной боли.

К числу этиологических факторов хронического панкреатита можно отнести различные поражения органов, анатомически и физиологически связанных с поджелудочной железой (билиарный тракт, желудок и двенадцатиперстная кишка), алкоголизм и нарушения питания, воздействие различных медикаментов и химических факторов, ведущих к повреждению поджелудочной железы.

В этих условиях возрастает роль средних медицинских работников в реализации профилактических программ и обучении пациентов образу жизни при уже поставленном диагнозе «Хронический панкреатит».

Задачи, которые ставит перед собой медицинская сестра -осуществить процесс ухода за пациентом с хроническим панкреатитом, в условиях лечебно-профилактического учреждения и дать представление пациенту и его родственникам о междисциплинарности такого ухода, а также о принципах и видах координации и сотрудничества между всеми вовлеченными в процесс специалистами. Знание и правильное понимание хронического панкреатита чрезвычайно важно для своевременной

диагностики этого тяжелого в прогностическом плане состояния и назначения адекватной терапии в каждом конкретном случае.

Список литературы:

Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. Хронический панкреатит: руководство для врачей. – СПб.: «Питер». – 2018. – 416с.

Охлобыстин А.В., Кучерявый Ю.А. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита. [Электронный ресурс http://www.gastro-j.ru/article/472-rekomendatsii-rossiyskoy-gastroenterologicheskoy-assotsiatsii-po-diagnostike-i-lecheniyu-hronich/show/full] (Дата посещения 04/2021)

ОПАСНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НАРУШЕНИЯ РЕЖИМА СНА И РЕЖИМА ПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ В РОССИИ И АНГЛОЯЗЫЧНЫХ СТРАНАХ

Руководитель Малышева Н.Г.,
студентка Грабовенко Е.

Подростковый возраст — важный этап развития для каждого ребенка, где отмечаются активные темпы роста, перемен в гормональном фоне. Проще говоря, дети превращаются во взрослых, и именно этот период называется переходным.

Цель:Показать опасные последствия нарушения режима сна и режима питания, симптомы, причины; Показать статистику последствия нарушения режима сна и режима питания подростков в России и англоязычных странах.

В канадском университете легочной медициныбыл проведен опыт. Выяснилось, что подростки, которые допоздна засиживаются перед телевизором и компьютером вместо того, чтобы ложиться спать, и также долго спят утром, имеют повышенные шансы заработать астму или

аллергию. В исследовании поучаствовали более 1,5 тысячи юношей и девушек 13–14 лет.

Ученые сравнили показатели самочувствия подростков и их режим сна и обнаружили, что вероятность заболеть астмой примерно в три раза выше у группы молодежи, которая предпочитает ложиться спать после полуночи.

Основной тип расстройства сна у подростков:бессонница. Подростки нуждаются в 8-9 часах полноценного сна. В противном случае, негативные последствия не заставят себя долго ждать. Первыми появляются такие симптомы, как хроническая усталость, нарушение концентрации, синдром ночного апноэ сна и храпа, что не способствует полноценному сну, синдром беспокойных ног, лунатизм.

Полноценный сон — важная составляющая, и появление любых симптомов, указывающих на расстройства сна, можно считать тревожными:сон подростков продолжается 5-6 часов, отсутствует режим дня, и когда наступает время спать, подростки предпочитают проводить время за компьютером, доделывать уроки, листать социальные сети и новостные ленты или смотреть сериалы по ночам, повышенная утомляемость.

Последствия. Отсутствие полноценного сна, независимо от причины, которая к этому привела, может привести к ряду осложнений, затрагивающим многие аспекты здоровья подростков: рассеянность, нарушение концентрации внимания.

Причинами и факторами риска, которые могут вызвать нарушения сна, врачи называют гормональный фон. Бушующие гормоны могут менять режим сна, а уже внешние обстоятельства могут делать эту проблему более серьезной, дополнительные кружки и секции. Всестороннее развивать ребенка, ставить и достигать новых целей хорошо, но необходимо ориентироваться на здоровье ребенка и его возможности. Большая ответственность и нагрузки на подростков могут стать причиной различных расстройств сна;отсутствие режима дня. Многие подростки предпочитают вести ночной образ жизни, интернет, чаты, игры и фильмы в круглосуточном

доступе. Такие увлечения могут существенно нарушать сон и режим дня;неправильное освещение.

Причины расстройств пищевого поведения считается, что **расстройства пищевого поведения** являются результатом одного или нескольких биологических, поведенческих и социальных факторов, включая генетику, неприятные переживания травмы, давление со стороны сверстников, травля, наличие членов семьи с похожими пищевыми нарушениями.

Расстройства пищевого поведения протекают довольно сложно, большинство из них начинается со случайной или целенаправленной **потери веса,** которая может привести к нездоровым мерам по поддержанию этой потери.Погрешности в питании сочетаются с малоподвижным образом жизни современного подростка. Это связано не только с отсутствием желания заниматься физкультурой, но и с повышенными умственными нагрузками. Дети много времени проводят в статичном положении в школе, дома, выполняя домашнее задания, при подготовке к экзаменам.

Нерациональное питание с преобладанием высококалорийных легкоусвояемых продуктов и гиподинамия приводят к нарушению всех звеньев обмена веществ.Пища — источник веществ, необходимых для образования клеток специфической и неспецифической защиты.Ожирение, нарушение работы органов пищеварительной системы, повреждение слизистой рта, ухудшение состояния кожи из-за нехватки витаминов, микроэлементов и нарушения углеводного обмена приводят к повреждению барьерных функций иммунной системы.

Немного о стрессе в подростковом возрасте в цифрах:

В подростковом возрасте к самым распространённым источникам стресса относят: 1) школу (83%), 2) поступление в престижный ВУЗ или сам процесс выбора, чем заниматься после школы (69%) и 3) финансовую ситуацию в семье (65%);

Многие тинейджеры жалуются на бессонницу (35%), переедание или употребление нездоровых продуктов (26%), пропуск приемов пищи (23%) из-за стресса в течение месяца;

40% подростков отмечают чувство раздражения или злости, 35% жалуются на чувство тревоги или нервозности, 36% говорят о состоянии усталости, 31% отмечает состояние перегруженности из-за стресса за последний месяц;

Больше четверти подростков говорят, что избегают общения или резко сокращают часы времяпрепровождения с одноклассниками и друзьями в связи с накопившимся за месяц стрессом. 51% тинейджеров говорит, что они чувствуют некое напряжение от стресса по крайней мере раз в месяц;

Подростки отмечают, что в течение академического года средний уровень их стресса достигает значения в 5,8 по 10-бальной шкале, по сравнению с показателем 4,6 в летний период.

В нашем колледже мы провели анкетирование среди учащихся, задали им несколько вопросов о том, как они питаются, соблюдают ли режим дня, режим труда и отдыха. В ходе опроса выяснилось, что 50% студентов часто пропускают завтрак, 70% ест 2-3 раза в день, 80% питаются как придется, и только 20 % следят за своим питанием(белки, жиры, углеводы).Радует то, что большая часть опрашиваемых, около 75 % редко употребляют фастфуд (гамбургеры, картофель –фри , майонез). Но Кока-колу , к сожалению, любят и пьют многие, около 50%.

50% подростков регулярно занимаются спортом, остальные только во время уроков физкультуры.

Большая часть студентов (60%))ложится спать около полуночи, процентов 35 засиживаются за учебниками и гаджетами и дольше.

Вывод. От неправильного питания и несоблюдения режимадня страдает не только обмен веществ, но и защитная система организма.При недостаточном поступлении в организм витаминов, белка, жирных кислот

страдает иммунитет, что провоцирует высокую подверженность организма к заболеваниям вирусными и бактериальными инфекциями.

Подростки при чаще и тяжелее болеют, период выздоровления у них занимает более длительное время. Снижается эффективность учебы и качество жизни в целом.

Список литературы**:**

https://medaboutme.ru/articles/narushenie_sna_u_podrostkov_prichiny_i_posledstviya/,
https://yandex.com/news/story/Narushenie_rezhima_sna_opasno_dlya_zdorovya_podrostkov--e5b49ae27ac503289130b703d697189e
https://volg.mk.ru/social/2020/07/14/narushenie-rezhima-sna-opasno-dlya-zdorovya-podrostkov.html

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА АМБУЛАТОРНЫМ БОЛЬНЫМ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Руководитель Меренкова Е. М.
студентка Чумакова Я.

Актуальность темы работы.Мочекаменная болезнь, иначе называемая уролитиаз, является одним из самых распространенных и частых заболеваний в мире (5-10%), встречается чаще всего у пациентов трудоспособного возраста. Мочекаменная болезнь занимает второе место в структуре урологической заболеваемости, уступая позицию только инфекционно-воспалительной патологии органов мочевой системы.

Цель работы: раскрыть профессиональную деятельность медицинской сестры при уходе за амбулаторным больным с мочекаменной болезнью.

Для достижения данной цели необходимо решить следующие задачи: изучить причины развития, классификацию и клиническую картину, современные принципы диагностики и лечения пациентов при мочекаменной

болезни. Описать работу участковой медицинской сестры по уходу за пациентами с мочекаменной болезнью, выявить особенности работы. Разработать ряд рекомендаций больному и профилактике развития мочекаменной болезни.

Мочекаменная болезнь (МКБ) – распространенное заболевание, однако точно оценить ее частоту трудно, так как нередко она протекает бессимптомно. У большинства пациентов МКБ проявляется в течение жизни только однократным спонтанным отхождением конкремента. Тем не менее,частота рецидивов МКБ в среднем составляет 35% в течение 5 лет и 52% в течение 10 лет после первого клинического эпизода. У 15–20 % пациентов рецидивы МКБ случаются чаще 4 раз в течение жизни [2]. При этом, заболеваемость этой патологией с каждым годом стремительно увеличивается, не смотря на достижения медицины. Этому могут способствовать такие факторы риска, как: урбанизация населения, гиподинамия, частые стрессовые ситуации, погрешности в питании, ухудшение состояния окружающей среды.

Таким образом, большая распространенность заболевания и высокая частота рецидивов диктуют необходимость регулярного наблюдения за этими пациентами.

Несмотря на актуальность проблемы, периодичность обследований и их объем у диспансерных пациентов с МКБ не регламентированы, а оценка метаболических нарушений и выбор тактики их коррекции при МКБ кажутся практикующим урологам слишком сложными.

В настоящее время сложность патогенетических механизмов развития МКБ, проблемы определения условий, при которых возможен литогенез и частый рецидив конкрементов, выбор метода лечения, возможности прогнозирования течения мочекаменной болезни, оценка качества жизни пациента после оперативного лечения по-прежнему являются актуальными вопросами современной урологии.

Диагностируется мочекаменная болезнь по клинической симптоматике, результатам рентгенологического исследования, УЗИ почек и мочевого пузыря. Лечение МКБ делится на консервативное и хирургическое. Консервативная терапия подразумевает под собой применение медикаментозных препаратов. В комплексе с медикаментозным лечением применяют также физические методы лечения: диатермические токи, лазеротерапия, вибротерапия, амплипульсные токи и др. Как один из возможных методов лечения используется растворение конкрементов (чрескожное, пероральное). Свое применение нашли хирургические техники лечения больных с МКБ (эндоскопические, открытые операции, дистанционная литотрипсия). Чрезвычайно важной рекомендацией Европейской Ассоциации Урологов (ЕАУ) является обязательное проведение оценки химического состава камней для профилактики рецидивирования МКБ. Помимо этого, для профилактики рецидивирования рекомендуется метаболическая диагностика с последующей коррекцией выявленных метаболических нарушений.

Таким образом, мочекаменная болезнь является одной из наиболее важных и экономически значимых проблем не только в урологии, но и смежных отраслях медицины, поскольку требует мультидисциплинарного подхода к диагностике, лечению и профилактике. А четкое понимание факторов риска уролитиаза и вероятного механизма литогенеза позволит практикующим медицинским работникам более осмыслено подходить к лечению и профилактике данной патологии.

По этой причине возрастает роль средних медицинских работников в реализации профилактических программ и обучении пациентов образу жизни при уже поставленном диагнозе «Мочекаменная болезнь», которые непосредственно реализуются в именно в амбулаторных условиях.

Задачи, которые ставит перед собой участковая медицинская сестра - осуществить процесс ухода за пациентом с мочекаменной болезнью, в условиях амбулаторного лечения, дать представление пациенту и его

родственникам о междисциплинарности такого ухода, а также о принципах и видах координации и сотрудничества между всеми вовлеченными в процесс специалистами.

Список литературы:

Борисов, В. В. Мочекаменная болезнь. Терапия больных камнями почек и мочеточников : учеб. пособие / В. В. Борисов, Н. К. Дзеранов. - Москва, 2019. - 96 с.

Гаджиев Н.К., Бровкин С.С., Григорьев В.Е., Дмитриев В.В., Малхасян В.А., и др. Метафилактика мочекаменной болезни: новый взгляд, современный подход, мобильная реализация. Урология. 2017; 1:124-129.

Иванов В.Ю., Семенякин И.В., Малхасян В.А., Раснер П.И., Тедеев В.В., Мацаев А.Б. Актуальные вопросы амбулаторного ведения пациентов с мочекаменной болезнью. Учебно-методические рекомендации № 79.- Москва, Издательский дом «АБВ-пресс», 2018. – 68 с.

АНГЛИЙСКАЯ ЛЕКСИКА В РЕКЛАМНЫХ СЛОГАНАХ РОССИЙСКИХ СМИ

Руководитель Петросян Л.Ю
студентка Израева Т.

Реклама – это средство, заставляющее людей нуждаться в том,о чем они раньше не слышали (Мартти Ларни). Каждый день мы слышим или видим рекламу,мы пытаемся найти необходимую нам информацию. Реклама занимает центральное место в мире телевидения,а рекламные слоганы в основном содержат сообщение, адресованное публике, которое может на нее повлиять. Умелое и правильное воздействие может привести к достижению нужных результатов.

Я считаю, что это очень интересная и актуальная тема, потому что 21 веке, каждая минута нашей жизни связана с рекламой.Реклама

демонстрирует современный,живой язык и отражает состояние культуры общества. Начиная с середины 20 века в русский язык проникают, и приживаются англоязычные слова. Англоязычная лексика для нас настолько привычна, что заменить ее на русскую для нас не представляется возможным. Многие компании теряют убытки и неудачи в поиске наиболее подходящего слогана,который удовлетворил бы запросы публики и привлек их внимание. Используемые в рекламе, оригинальные и необычные сочетания языковых средств быстро набирают популярность и становятся главной тенденцией в обществе.

Актуальность темы обусловлена повышением интереса рекламодателей к использованию рекламных слоганов.

Объектом исследования является английская лексика в рекламных слоганах.

Предметом исследования – особенности перевода англоязычных слоганов в рекламе.

Цель исследования: исследование и характеристика англоязычной лексики как элемента рекламной информации.

Задачи исследования: проанализировать использование иностранной лексики в рекламных сообщениях и выявить причины ее употребления. Исследовать особенности языка рекламы и структуру рекламного текста.

Материалом исследования служат англоязычные слоганы.Были отобраны стилистически окрашенные рекламные слоганы как в оригинале, так и, по возможности, на языке перевода.

Рекламный слоган - это фраза, которая отражает суть рекламируемого товара или услуги.

Главная функция рекламного слогана - донести потребителю основную мысль рекламной кампании.

Слоган (рекламный слоган)- это фраза, концентрирующая суть рекламной кампании.

Главная цель слоганов - выделить бренд, фирму или продукцию среди конкурентов, воздействуя на человеческое сознание.

Я выяснила, что слоганы могут быть:

1) товарные; 2) корпоративные; 3) эмоциональные; 4) рациональные;

5) слоганы междометного характера.

Товарными обслуживающими непосредственно товары и услуги, продающиеся конечным потребителем;

- Молоко вдвойне вкусней, если это Milky Way, Snickers.Не тормози – Сникерсни.

Корпоративными, являющимися частью имиджевой рекламы, направленной на создание благоприятного отношения к компании.

AVON. Улыбнись новому дню. Impossibleisnothing (Невозможное возможно) –компания Adidas.

Эмоциональные слоганы, роль, которых – произвести впечатление, воззвать к чувствам потенциального покупателя товара или услуги. - Pampers. Малыши вдохновляют.

Рациональные – слоганы, опирающиеся на факты, цифры, показатели и технические характеристики товара.

- Тойота Ленд Крузер 100 с полным приводом – Toyota Land Cruiser 100

Слоганы междометного характера:

-RedBull окрыляяяяеееет, GalinaBlanca –буль-буль

Главной целью употребления иностранных слов в названиях и рекламе является мимикриризация под импортный бренд.

«Россияне не доверяют собственной промышленности. А вот товар, который назван иностранным именем вселяет некую надежду, что он хотя бы спроектирован где-то за границей и проверен иностранным специалистом» Фабрика "Первомайская заря" сначала выпускала одежду под маркой "Зарина". Но проведенное в 1997 году маркетинговое исследование, проведённое КОМКОН показало, что название на латинице (Zarina) больше привлекает потенциальных покупателей, особенно молодых.

Рекламный слоган питерской компании «Sela» («Feelthesame») принципиально не переводился на русский (до принятия мер по контролю за иностранной лексикой).

Под англоязычный сленг подстраивалась и ростовская «Глория Джинс», выводя молодежную марку одежды «GeeJay».

O'STIN», «Demix», «Outventure», «Joss», «Exxtasy», «Termit», «Torneo» принадлежат «Спортмастеру»

Бренды чая «Greenfield» и «Tess» принадлежат питерской компании «Орими Трейд», а «Curtis&Patridge» – производителю «Май». «Wimm-Bill-Dann», успешный российский производитель, которому принадлежит в том числе «J7» - одна из крупнейших компаний в стране. Их конкуренты «Multon» поставляют в магазины не менее популярный сок под маркой «Rich». И тоже являются отечественными производителями.

Я решила провести опрос о значении рекламы. Было проведено анкетирование, вопросы которого представлены ниже:(данные приведены в диаграмме)

1.Ваше отношение к рекламе.2.Доверяете ли вы рекламе?3.Какую рекламу вы предпочитаете?4. Какую рекламу вы больше замечаете?

Вывод Проведенное исследование англоязычной лексики в языке российской рекламы позволило прийти к следующим выводам: Влияние английского языка на текстовый материал российской рекламной коммуникации былнезначительным до 90-х годов XX века. Ставшим на сегодняшний день общепринятым ведущим языком международного общения, английский язык все более интенсивно используется народами мира в самых разнообразных сферах человеческой деятельности, особенно в рекламной индустрии, что подтверждает нашу гипотезу. Иностранное слово привлекает внимание потребителей, оказывает на них экспрессивное влияние, часто появляется в речи, особенно молодежи, что говорит о наличии английской лексики в модных современных журналах, газетах, на телевидении и в Интернете. Привлекательность использования англоязычной

лексики состоит в том, что она приносит в рекламу чувство успешности, открытости миру. При создании названия бренда или рекламного сообщения нужно определить оптимальное сочетание русских и иностранных лексических единиц, которое не противоречило бы законодательству РФ и при этом привлекало бы информационно-активную молодёжную аудиторию, таким образом, повысив популярность бренда. Неоправданное введение в речь иноязычных элементов засоряют ее. Поэтому необходимо усилить контроль над языком рекламы, ввести и принять более жесткие меры борьбы с неправильным использованием иностранной лексики в российских СМИ.

Список литературы

1.Попов Н. Российские бренды с иностранными названиями. Причины, механизмы, перспективы.

2.Электронная библиотека www.wikipedia.ru 36. www.glamurno.info

3.Галактионова Г.В., Дороднева Н.В., Овсянникова Н.А. Сравнительный анализ вербального и невербального компонентов рекламы в глянцевых журналах (на материале английского и русского языков)// Фундаментальные исследования, №2-12, 2015. –С. 2742-2745.

4.Интернет ресурсы www.adslogans.co.uk/

5.Попова Ж.Г. Как написать эффективный рекламный текст/ Маркетинг в России и за рубежом.

СТРЕПТОКОККОВЫЕ ИНФЕКЦИИ

Руководитель Писна З.В.
студентка Сулейманова Г.

Актуальность темы. Стрептококковая инфекция до 50-х годов этого столетий, давала большое число; бурно протекавших тяжелейших заболеваний с высокой летальностью: пневмонии, эмпиемы, септикопиемии, менингиты. Эта инфекция была распространена как внутрибольничная

инфекция в родильных домах, в хирургических отделениях, в инфекционных детских больницах как вторичная инфекция при кори, коклюше, дифтерии, была частой причиной тяжелых осложнений и летальных исходов. Положение изменилось после введения в практику пенициллина, оказывающего быстрое действие на стрептококк.

После введения в практику пенициллина стали исчезать – тяжелые поражения, внутрибольничная стрептококковая инфекция среди причин летальных исходов практически исчезла, но ее значение в патологии детей все еще очень велико. Среднетяжелые, легкие, формы остались широко распространенными, а возможно, и участились (в ряде случаев в результате неправильного лечения), что является одной из причин распространения скарлатины, аллергизации детей, возникновения почечных заболеваний, ревматизма, поражений сердца, хронических тонзиллитов. Стрептококковая инфекция вызывает такие разноплановые заболевания, как ангина, скарлатина, ревматизм, гломерулонефрит, рожа, пиодермия. Часто стрептококки играют ведущую роль в развитии осложнений других заболеваний.

Задачи исследования:провести анализвстречаемости стрептококковых инфекций в Касумкентской центральной районной больнице Республики Дагестан.Изучить виды стрептококковых заболеваний.Дать краткую характеристику некоторых стрептококковых заболеваний.Проанализировать распространение стрептококковых инфекций в период с января по март 2021года. **Краткая характеристика стрептококковых заболеваний**. Стрептококки - грамположительные бактерии шаровидной или овальной формы, диаметром 0,6-1 мкм, располагающиеся попарно в виде цепочек.Стрептококки продуцируют различные токсины и ферменты.Стрептококки длительно сохраняются при низких температурах, устойчивы к высушиванию, погибают в дезинфицирующих растворах и при нагревании до 56°С в течение 30 мин. В гное и мокроте, на предметах, окружающих больного, сохраняются месяцами.

Стрептококки чувствительны к воздействию антибиотиков, особенно пенициллина.Стрептококковые заболевания регистрируются во всех регионах земного шара. Болезни кожи чаще наблюдаются в жарких странах, тогда как ангина, скарлатина - в странах с холодным и умеренным климатом. Болеют дети всех возрастов, начиная с периода новорожденности. Заражение происходит контактно-бытовым и воздушно-капельным путем. Возможна передача через зараженные продукты питания. Эпидемическую опасность представляют больные ангиной, стрептодермией, пневмонией, скарлатиной и другими стрептококковыми заболеваниями, а также бактерионосители.Скарлатина- острое инфекционное заболевание с симптомами общей интоксикации, ангиной и высыпаниями на коже. Скарлатина - антропонозная инфекция; источником инфекции является больной.Пневмония, вызваннаястрептококком, протекаетв качестве осложнения ОРВИ или других инфекционных заболеваний. Чаще болеют дети в возрасте 2-7 лет.Рожа - одна из форм стрептококковых инфекций.

Проявляется воспалением кожи и подкожной жировой клетчатки. Источник инфекции - больной стрептококковой инфекцией или бактерионоситель. Механизм передачи воздушно-капельный и контактный через инфицированные предметы, чаще при нарушении целостности кожных покровов.При стрептококковой инфекциив процесс вовлекается глотка, возникает острый фарингит. Ангина - одна из форм стрептококковой инфекции с локализацией воспалительного процесса в ротоглотке.Сопровождается интоксикацией, лихорадкой, болями в горле. Источником возбудителя являются больные стрептококковой инфекцией и здоровые носителистрептококка.Пиодермия – гнойное поражение кожи, вызываемые гноеродными кокками. Возбудитель передается через игрушки, одежду, полотенца. Стрептодермия – это разновидность пиодермии, гнойное поражение кожных покровов, которое вызывается стрептококками.

Материалы и методы исследования:Провела микробиологический мониторинг возбудителей стрептококковых заболеваний в Касумкентской

центральной районной больнице Республики Дагестан.Изучила, какими стрептококковыми болезнями болели пациентыбольницы. Проанализировала частоту встречаемости стрептококковых инфекций в Касумкентской больнице**.**

Результаты исследования. Микробиологический мониторинг показал, что стрептококковые инфекции среди населения Касумкентского района встречаются часто. Больницей была предоставлена статистика заболеваемости стрептококковой инфекцией в районе за последние три месяца первый квартал 2021г.Ангиной болело 3808 чел., скарлатиной – 1 чел., фарингит обнаружен у 1315 чел., рожистое воспаление у 428 чел., пиодермия у 3 чел., с пневмонией госпитализировано 3985 чел. **Выводы.** Проведенный анализзапервый квартал 2021 года показал, что стрептококковые инфекции довольно часто встречаются в Касумкентском районе Республики Дагестан. Наиболее распространенными стрептококковыми заболеваниями являются ангина, фарингит, рожа.

Заключение. Полученныерезультатыподтверждают, что стрептококковая инфекция остаетсяв численаиболее острых проблем здравоохранения. Заболеваниястрептококковой природыотносятсякоднимиз самыхчасторегистрируемых .

СУИЦИД: ОЦЕНКА РИСКА И ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Руководитель Рамазанова Ш.З.
студент Качалиев Э.

Актуальность темы. Тема смерти пронизывает всю нашу жизнь, актуализируясь с возрастом. Проблема суицидального поведения является архиважной как в научном, так и в теоретическом плане, в связи с тем, что число суицидентов растет на протяжении последних десятилетий. Суицид

коснулся не только жизней взрослого населения, но и молодежи, детей. Современный человек зачастую не может найти позитивный смысл собственной жизни из-за разрушения старых ценностей и традиций, дискредитации новых и отсутствия культуры мировоззренческой рефлексии, позволяющей прийти к уникальному смыслу своим неповторимым путем.

Наиболее чувствительным к подобного рода изменениям является подростковый возраст, который протекает под знаком биопсихосоциальной эволюции. В этот короткий, по астрономическому времени, период подросток проходит великий путь в своем развитии: через внешние срывы и восхождения он обретает чувство личности. Данный возраст представляет собой период особой концентрации конфликтов, зачастую приводящих к поведенческим отклонениям, включая суицид.

По данным ВОЗ за последние 45 лет показатели распространенности суицида увеличились на 60%, и сегодня по причине суицида каждый год умирает почти один миллион человек. Это выражается общим мировым показателем 16 человек на 100 тысяч населения и ставит суицид на десятое место среди ведущих причин смерти во всем мире, а в возрастной категории от 15 до 44 лет это одна из трех ведущих причин смерти. Масштабы проблемы станут еще более значительными, если прибавить к этим показателям число попыток самоубийства, поскольку случаев суицидальных попыток в 20 раз больше, чем случаев завершенного суицида. . По данным ИТАР-ТАСС, более миллиона россиян покончили жизнь самоубийством за минувшие 20 лет. Однако общее число суицидов в стране снизилось в последние годы. Россия наконец-то покинула десятку стран с самым высоким уровнем самоубийств и сейчас занимает четырнадцатое место в мире, сообщили в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского. [43] Очень высоким остается уровень самоубийств среди подростков(порядка 16 случаев на 100 тысяч человек, почти втрое больше, чем в других странах). Хуже всего ситуация обстоит в Сибири и на Дальнем Востоке: там происходит 30 самоубийств на 100 тысяч

населения. Этот показатель в полтора раза выше критического уровня, который обозначила Всемирная организация здравоохранения. Причем больше всего суицидов совершается на Алтае, в Туве, Бурятии, Чукотском и Ненецком автономных округах -- 60 случаев на 100 тысяч жителей.

По данным Росстата, частота суицидальных действий среди молодежи в течение последних двух десятилетий удвоилась, а количество детей и подростков, покончивших с собой, составляет 16 % от общего числа умерших от неестественных причин. За последние 5 лет самоубийством покончили жизнь 14 157 несовершеннолетних, ежегодно погибает около 2 800 детей и подростков в возрасте от 5 до 18 лет (эти случаи не учитывают число попыток суицида). Суицид является второй причиной смертности молодых людей (после несчастных случаев) в возрасте от 15 до 18 лет. Мысли о самоубийстве возникают у 30% лиц в возрасте от 14 до 24 лет, а, по прогнозам исследователей, в последующие 10 лет число суицидов будет расти еще быстрее, особенно у подростков в возрасте от 10 до 14 лет [16].

Таким образом, все сказанное выше, безусловно, доказывает глобальность этой проблемы для общественного здоровья, ее мировой масштаб, а также указывает на ее значимость и острую необходимость разработки мер, которые позволили бы каким-то образом изменить в положительную сторону сложившуюся тенденцию. Однако многообразие форм, методов и способов профилактических мероприятий затрудняет выбор направленности профилактики суицидального поведения подростков. Так же затрудняет этот процесс многогранность понятия суицид, который включает в себя группу интегрированных факторов, непосредственным образом потенциирующих суицидальное поведение у лиц подросткового возраста.

В связи с чем, возникает противоречие между необходимостью повышения эффективности профилактической работы с подростками с суицидальными проблемами и недостаточной научной и исследовательской проработанностью этого вопроса и соотнесение этой деятельности с деятельность работника социальной службы.

Поэтому актуальность выбранной темы не вызывает сомнений, ведь организация эффективных профилактических мер позволит снизить риск возникновения суицидального поведения в подростковом возрасте. А это является одним из ключевых моментов, требуемых для построения здорового полноценного общества, способного к самореализации и саморазвитию.

Список литературы

1. Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. – М.: «Медицина», 1979.- 192с

2. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения. В кн.: Комплексные исследования в суицидологии. М 1986; 7—25.

3. Данилова М.Б., Пепеляева Т.И. Диагностика и профилактика суицидального поведения больных шизофренией: Методические рекомендации. М 1987

4. Жариков Н.М., Иванова А.Е., Анискин Д.Б., Чуркин А.А. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема. Журнневрол и психиат. 1997; 97: 6: 9—15.

5. Ласый Е.В., Евстегнеев Р.А. Оценка обстоятельств, способов и угрозы жизни суицидальных попыток больных шизофренией в прогнозировании и профилактике суицидального риска. Ж. Соц. и клин психиат. 1999; 2: 14—17.

6. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений. В кн.: Актуальные проблемы суицидологии. М 1978; 82: 59—73.

АНТИСЕПТИКИ В БЫТУ

Руководитель Сергеева И.В.
студентка Нащёкина И.

Актуальность темы Антисептика (от лат. Anti-против, septicus-гниение) - система мероприятий, направленных на уничтожение

микроорганизмов в ране, патологическом очаге, органах и тканях, а также в организме больного в целом. Выделяют виды антисептики в зависимости от природы используемых методов: механическая, физическая, химическая и биологическая антисептика.

Цель исследования:

- разобраться, какие препараты относятся к антисептикам в медицине, чем они отличаются друг от друга и какие из них можно советовать для каждой домашней аптечки

- определить использование антисептиков в быту.

Задачи исследования:

-изучить литературу по данной теме

-проанализировать значение антисептиков и их действие

-разобрать традиционные антисептические препараты домашней аптечки

-сделать обзор современных антисептических средств.

В нашей стране зарегистрировано огромное количество торговых наименований антисептических средств в виде мазей, растворов, спреев и присыпок. Антисептические и дезинфицирующие средства должны отвечать ряду требований:

Они должны обладать высокой антимикробной активностью, малым латентным периодом действия и относительно низкой токсичностью.

Антисептики не должны раздражать и повреждать ткани (кожу, слизистые), минимально всасываться с места их нанесения.

Дезинфицирующие средства должны обладать сильным противомикробным и противопаразитарным действием, не повреждать обрабатываемые предметы (изменять цвет, вызывать коррозию металлов и др.) и не создавать опасности для лиц, работающих с ними.

Действие антисептиков:

Противомикробные и противопаразитарные средства в зависимости от концентрации и ряда других условий могут оказывать на возбудителей заболеваний:

- Бактериостатическое действие - задерживать рост и размножение микроорганизмов
- Бактерицидное действие – вызывать гибель микроорганизмов в короткий срок.

Польза антисептиков:

Антисептики отличаются низкой стоимостью и высокой эффективностью (эту информацию я получила, посещая городские аптеки), поэтому в домашних аптечках должны быть данные препараты. Они применяются в виде растворов **(**перманганата калия, перекиси водорода, спиртового раствора йода, борной кислоты, этилового спирта, нашатырного спирта, хлоргексидина).

- для профилактики кариеса;
- при раздражении кожи;
- при солнечных ожогах;
- при болях в горле;
- при укусах насекомых;
- при заболеваниях: ринит, ларингит, стоматит, конъюнктивит и др.

Использование антисептиков в быту:

Помимо внешней красоты и опрятности, жилище человека должно быть безопасным для его здоровья.

Регулярная влажная уборка дома и его дезинфекция совершенно необходимы в случаях, если кто-то из домочадцев заразился какой-нибудь инфекцией, при склонности к аллергии на пыль и пылевых клещей, при грибковых поражениях поверхностей, в сезон вирусных эпидемий.

Самое оптимальное — иметь в запасе набор всех моющих препаратов, дезинфектантов и защитных средств, которые могут пригодиться для качественной уборки помещения.

Например, хорошо отмыть пол, стены и мебель помогут растворы «Проклин Олдей» (используется 0,5-5% в зависимости от отделочного материала) и «Проклин Универсал плюс».

С жиром и въевшимся нагаром плит и духовок справится жидкий сильнощелочной концентрат «Проклин Антижир экстра», который надо нанести на несколько минут, протереть губкой и смыть водой.

Чистить сантехнику в ванной и туалете нужно кислотным моющим средством «Проклин Санит».

Труднодоступные места и небольшие по площади предметы продезинфицирует «Септолит Экспресс», который наносится с помощью диспенсера.

Руки при уборке следует защищать прочными перчатками с удлиненной манжетой, а после вымыть с мылом и обработать кожным спреем «Септолит Антисептик».

Вред антисептиков:

С использованием антисептических средств нужно быть осторожным, так как большинство из них при частом использовании высушивают кожу, провоцируя шелушение. К тому же не рекомендуется проводить санацию рук с их помощью слишком часто, так как вместе с патогенными бактериями они могут подавлять действие естественного защитного барьера кожи.

Заключение:

В результате исследования я пришла к выводу, что антисептические средства имеют широкий спектр действия и огромное значение в современной медицине и в нашей повседневной жизни.

В быту обычно используют средства в удобной небольшой упаковке, например, антибактериальный спрей для рук. В составе таких дезинфектантов всегда содержится ряд отдушек и смягчающих веществ.

Использование глицерина, эфирных масел, парфюмированных добавок позволяет смягчить воздействие спиртового антисептика на кожу и улучшает его запах.

Список литературы:

1. Харкевич, Д.А. Фармакология с общей рецептурой [Электронный ресурс]: учебник / Д.А. Харкевич.- 3-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Режим доступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970432020.html

2. Коновалов, А.А. Фармакология. Курс лекций [Электронный ресурс]: учебное пособие / А.А. Коновалов. — Электрон. дан. — Санкт-Петербург: Лань, 2018. — 108 с. — Режим доступа: https://e.lanbook.com/book/109614. — Загл. с экрана. Фармакология : учебник / Р. Н. Аляутдин, Н. Г. Преферанский, Н. Г. Преферанская ; под ред. Р. Н. Аляутдина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 704 с.: ил.

ИСТОРИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Руководитель Серегина О.И.
студентка Абдурахманова М.

Санаторно-курортное лечение — медицинская помощь, осуществляемая в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных факторов в условиях пребывания на курорте, в лечебно-оздоровительной местности, в санаторно-курортных организациях.

Целебные свойства природы известны человечеству с древнейших времен. Первые курорты обустраивались человеком на месте природных образований, обладающих лечебными свойствами. Так, известные всем римские термы вначале были творением природы, и лишь потом преобразованы в чудо архитектуры Древнего Рима.В античных государствах

Греции общественные купальные устройства были неотъемлемой частью спортивных заведений. Завоевав Грецию, римляне заимствовали их опыт в лечении минеральными водами и лечебными грязями. Так, храмы строились в местностях с целебным чистым воздухом, богатой растительностью.Развитие отечественных курортов началось во время царствования императора Петра I. Он был знаком с практикой лечения в Западной Европе, неоднократно там бывал. Возвратившись в Россию, Петр приказал придворным медикам «искать в нашем государстве ключевых вод, которыми можно пользоваться от различных болезней». В 1717 г. последовал Указ «О приискании в России минеральных вод». Вскоре в Олонецкой губернии были обнаружены минеральные воды. В 1719 г. близ Петрозаводска возле минерального источника построили дворец, в котором жил царь с семьей. Именно здесь и зародился первый курорт в России - Марциальные воды. После смерти царя курорт пришел в упадок и, по сути, прекратил свое существование. Его возрождение началось уже в 1964 г. По указу Петра I были составлены правила пользования минеральными водами. Интересна история развития и становления такого крупного курортного района, как Кавказские Минеральные Воды. Первые исторические сведения о «горячих водах» Пятигорья относятся к XIV в. и принадлежат арабскому путешественнику Ибн-Батуте. В ходе покорения земель Северного Кавказа были открыты новые минеральные источники. В 1803 г. близ источников «кислой воды» (нарзана) возникли первые жилые строения, получившие название крепости Кисловодской. Император Александр I признал этот регион лечебной местностью государственного значения.В 1820-1830-х гг. только начиналось зарождение будущих курортов на Кавказе. В этот период под «курортом» понималось наличие природного источника (минеральных вод, лечебных грязей и т. п.). В 1822 г. в Кисловодске на средства правительства была построена двухэтажная ресторация с колоннадой и лестницей, спускавшейся в парк к источнику. К 1858 г. завершилось строительство Нарзанной галереи. Таким образом, наряду с поездками «на

воды» в Европу, стали практиковаться и путешествия на Кавказ.К началу XX в. в России насчитывалось уже 36 курортов, объединявших 60 санаториев (3 тысячи мест). Первая мировая война резко сократила приток отдыхающих, но в прифронтовой полосе были организованы два курорта. В 1912 г. по официальной статистике в России действовало 72 курорта. В 1918 г. все курорты были объявлены государственной собственностью. Таким образом, были заложены основы развития санаторно-курортного дела в стране. На Кавказских Минеральных Водах были переоборудованы в санатории некоторые крупные здания, началось строительство новых профсоюзных санаториев и лечебных учреждений, только в Кисловодске было создано 20 новых санаториев. В 1930-е гг. учреждения края перешли на круглогодичную работу, возросла пропускная способность курортов.К началу 1940 г. в СССР было 3600 санаториев и домов отдыха на 470 тысяч мест. Новые курорты создавались на Урале, в Сибири, Дальнем Востоке. В годы Великой Отечественной войны санатории были превращены в сеть тыловых госпиталей.К середине 1980-х гг. в стране насчитывалось 14 тысяч санаториев на 2,5 млн. мест.

Развал СССР в конце 1991 г. и переход к рыночной экономике больно ударил по санаторно-курортной отрасли в России: сократилось рекреационное пространство (Россия потеряла основные курортные зоны на Балтике, в Карпатах, в Крыму и др.), резко уменьшилась материальная база, существенный ущерб был нанесен научному обеспечению курортного дела в России.С середины 1990-х гг. в курортной отрасли наметились положительные тенденции развития. В начале XXI в. курортный комплекс России насчитывает 45 тысяч здравниц, увеличилась численность населения, получающего лечение и укрепляющих свое здоровье. Основными методами санаторно – курортного лечения являются бальнеотерапия (минеральные ванны и приём минеральной воды внутрь), грязелечение, климатолечение, лечебная физкультура и лечебное питание. Важным принципом лечения является его комплексность — использование разнообразных природных

лечебных факторов в сочетании с физиотерапевтическими процедурами, диетотерапией, лекарственными и другими лечебными средствами и методами. На конец 2020 года в России насчитывалось 1211 санаториев и пансионатов с общим фондом в 333 196 коек. Наибольшее количество санаторно-курортных учреждений находится в Краснодарском крае, Ставропольском крае и Московской области. Санаторно-курортный фонд в России велик. В СССР максимальное количество мест достигало не более 290000, а сейчас превышает 330000 мест.

Список литературы:

1. Ветитнев А.М., Журавлева Л.Б. Курортное дело: учеб. пособие. М., 2016. С.121.

2. Курорты России и мира: справочник / Сост. А.Н. Разумов, Е.А. Турова, В.С. Шинкаренко. М.: Дирекция Всерос. форумов «Здравница», 2017.

3. Кусков А.С, Лысикова О.В. Курортология и оздоровительный туризм: учебное пособие. Ростов н/Д: Феникс, 2017.

4. https://tourlib.net/statti_tourism/borisova2.htm

5. https://www.bestreferat.ru/referat-66622.html

6. https://studfile.net/preview/5134538/page:52/

ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМ СВЯЗАННЫХ С ЙОДОДЕФИЦИТОМ У БЕРЕМЕННЫХ

Руководитель Тохчукова Х.Р.
студентка Узденова А.

В организме человека йод играет немаловажную роль. Он необходим для выработки гормонов щитовидной железы, а они, в свою очередь, являются регулятором всех процессов, происходящих в нашем теле. Начиная с ранней беременности, выработка материнского тиреоидного гормона обычно увеличивается примерно на 50% в ответ на повышение уровня

сывороточного тироксин-связывающего глобулина (в результате повышения уровня эстрогена) и из-за стимуляции рецепторов тиротропина хорионическим гонадотропином человека. Плацента является богатым источником дейодиназы, которая усиливает расщепление тироксина до биоактивного обратного трийодтиронина.

Таким образом, увеличивается потребность в гормонах щитовидной железы, для чего требуется достаточное снабжение йодом, которое в основном поступает с пищей и / или в виде дополнительного йода. Кроме того, во второй половине беременности у плода увеличивается выработка фетальных гормонов щитовидной железы.

Беременная женщина нуждается в увеличенной норме йода, т.к. плод вплоть до рождения берёт этот элемент из организма матери. Да и сама женщина в силу нарастания гормональной активности нуждается в большем объёме. По статистике 80% будущих матерей испытывают йодистую недостаточность. Поэтому на вопрос нужен ли йод при беременности, однозначный ответ "да". Суточная потребность в период беременности 0,2мг вещества.

Для восполнения потребности в йоде необходимо рациональное питание. Йодосодержащие продукты - это морепродукты, морская капуста, печень трески, свёкла, чёрная смородина, инжир, шпинат, молочные продукты, йодированная соль. При недостаточном поступлении йода в организм необходимости применять препараты йода, но только по назначению врача.

Нехватка йода способна привести к следующим последствиям:

угрозы прерывания беременности;

умственной отсталости ребёнка;

врождённой патологии щитовидной железы малыша;

нарушению обмена веществ, избыточному весу;

замедляется рост плода;

гибель плода.

Современные данные по эмбриологии головного мозга позволяют предположить, что критическое время для эффекта дефицита йода - середина второго триместра, т.е. 14-18 недель беременности. В это время формируются нейроны коры головного мозга и базальных ганглиев. Это также время формирования улитки (10–18 недель), которое также сильно влияет на развитие эндемического кретинизма. Дефицит йода или гормонов щитовидной железы, возникающий в этот критический период жизни, приводит к замедлению метаболической активности всех клеток плода и необратимым изменениям в развитии мозга.

Исследования показали, что и в третьем триместре беременности йод необходим для полноценного роста и развития плода.

Несмотря на положительные аспекты влияния йода на здоровье женщин и формирование полноценного человека внутри её, переизбыток его несёт в себе не меньше ущерба, чем дефицит. Этот химический элемент является токсическим веществом, способным привести к:

отравлению организма;

развитию тиреотоксикоза;

диспептическим расстройствам;

мышечной слабости;

ломкости волос;

токсидермии;

тахикардии;

формированию диффузного зоба;

снижению массы тела;

угрозе выкидыша;

сбои внутриутробного развития плода.

Передозировка йода при беременности может выражаться в привкусе его во рту. Это может случиться при длительном применении микроэлемента, в случае многократного превышения рекомендуемых доз и просто при непереносимости йода.

Другими приметами интоксикации йодом служат воспаление слизистых оболочек , расстройства пищеварения, высыпания на коже, осиплость голоса, жжение в горле, учащённое дыхание.Эти проявления являются острым сигналом.

Таким образом, йод — это не только химический элемент периодической таблицы Менделеева, но и один из важнейших микроэлементов, который входит в состав тиреоидных гормонов. Ни для кого, ни секрет, что Россия и некоторые другие европейские государства являются эндемичными территориями по йододефицитным состояниям. Это напрямую связано с недостатком йода в воде и продуктах.

Инициативной группой кружка « Здоровье +» была проведена исследовательская работа на базе женской консультации города Кисловодска. Были опрошены 50 респодентов (беременных женщин), из них 30 повторно беременные, 20 беременны в первый раз.

Исследовались следующие моменты:

Принимали ли они витамины йодосодержащие при планировании беременности

Принимают ли витамины йодосодержащие во время беременности

Включают ли в рацион питания продукты богатые йодом (морепродукты и тд)

Результаты исследования показали, что из 50 опрошенных женщин 35 женщин принимали препараты йода, витамины йодосодержащие на этапе планирования беременности, 10 из них принимают препараты йода во время беременности,5 женщин не принимали на этапе планирования и не принимают во время беременности.

В процессе опроса общее самочувствие и протекание беременности в соответствии с гистационными нормами протекает у женщин, которые принимали йодосодержащие витамины на этапе уже планирования беременности, а также включают в ежедневный рацион питания продукты содержащие йод.

Исследование показало, что для благоприятного течения беременности и для полноценного развития плода необходима профилактика йододефицита. Проводить которую, рекомендуется еще на стадии планирования беременности.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Руководитель Урузбиева Е.А.,
студентка Пихтелева А.

Актуальность темы обусловлена тем, что данное заболевание широко распространено и является основной причиной смертности, а также хронической сердечной недостаточности. ИБС является многофакторным заболеванием. Распространенность стенокардии в значительной степени зависит от возраста и пола. У лиц в возрасте 45-54 лет стенокардия напряжения наблюдается у 2-5 % мужчин и 0,5-1% женщин, у лиц 65-74 лет – 11-20% мужчин и 10-14% женщин. У 20% пациентов приступы стенокардии предшествовали развитию инфаркта миокарда, постинфарктная стенокардия наблюдается у 50% больных. В России почти 10млн трудоспособного населения страдают ИБС, более трети из них имеют СС заболевания.Сложность его диагностики на ранних стадиях развития общеизвестна.Причинами столь высокой заболеваемости и смертности от ИБС, являются высокая распространенность курения, избыточная масса у превалирующего большинства пожилого населения, наследственная отягощенность, и другие факторы предрасполагающие к развитию данной патологии. Большое значение для ранней выявляемости ИБС имеет своевременное обследование пациентов до возникновения клинических проявлений заболевания. Современные методы диагностики способствуют решению данной задачи, а также подбору эффективного адекватного

лечения.

Современная рабочая классификация ИБС:1. Внезапная сердечная смерть (первичная остановка сердца), 2. Стенокардия(Стабильная стенокардия напряжения, нестабильная стенокардия - впервые возникшая стенокардия в сердце, прогрессирующая стенокардия, ранняя постинфарктная (послеоперационная) стенокардия.Спонтанная стенокардия (вазоспастическая, вариантная, Принцметалла), безболевая ишемия миокарда

4. Инфаркт миокарда — характерно развитие некроза сердечной

мышцы вследствие длительной ишемии в пораженной области. Выделяют

следующие формы инфаркта миокарда:Инфаркт миокарда с зубцом Q (крупноочаговый, трансмуральный), инфаркт миокарда без зубца Q (мелкоочаговый), постинфарктный кардиосклероз, сердечная недостаточность —приводящее к декомпенсации в работе сердечно-сосудистой системы и снижению уровня переносимой физической нагрузки, аритмия и другие ишемические синдромы

Клиника ИБС Клиника ИБС наиболее достоверно может быть рассмотрена на примере стабильной стенокардии. Главным клиническим симптомом принято считать загрудинную боль, как наиболее яркий клинический синдром ишемии.Для описания боли производят оценку 3-х критериев: локализация, длительность, характер, связь с нагрузкой (или ее эквивалентом).

Диагностика ИБС Для первичной оценки наличия и выраженности ишемических изменений, в особенности при первичном контакте пациента с врачом, и определения дальнейшей схемы обследования существует ряд методов диагностики наличия ИБС.К одному из таких методов относится таблица SCORE. Благодаря таблице SCORE есть возможность выставить предварительный диагноз и оценить тяжесть ИБС, выстроить дальнейшую тактику диагностики и лечения выявленной патологии.

Для оценки риска SCORE учитывают следующие критерии:1. Пол, 2. Возраст, 3. Курение, 4. Уровень общего холестерина, 5. Уровень АД. Для примера можно провести анализ развития летального исхода умужчины 53 лет, длительно курящего, с уровнем общего холестерина6,1 ммоль/л и уровнем артериального давления (АД) 150/90 мм рт. Ст.Оценка проводится по следующему алгоритму: мужчина, 50 лет,курит, холестерин 6 (менее 7), АД 140 (менее 160). В итоге получаемвероятность в 5 % развития летального исхода в ближайшие 10 лет, чтотребует дообследования, наблюдения пациента, коррекции факторов рискаи модификации образа жизни.

Лабораторные методы обследования

1. Общий анализ крови (контроль уровня гемоглобина, лейкоцитов).

2. Биохимический анализ крови.Включает в себя определение: уровня трансаминаз, показателей липидограммы (для коррекции уровня холестерина, триглицеридов, коэффициента атерогенности), уровня тропонинов Т и I (с целью диагностики инфаркта миокарда,в особенности при безболевой ишемии миокарда), уровня протромбинового индекса, других показателей.

Инструментальные методы исследования: 1. Электрокардиография (ЭКГ покоя), 2. Эхокардиография, 3. Холтеровское мониторирование ЭКГ методика суточного анализа ЭКГ, 4. МРТ, 5. Нагрузочные методы исследования:Стресс-ЭКГ (с физической нагрузкой, с фармакологической

нагрузкой). Наиболее часто используемые методики с физической нагрузкой. Тредмил тест– это метод исследования состояния сердца, его ритма, а также показаний артериального давления при физической нагрузке, который применяется для контроля состояния больных после инфаркта миокарда, стентирования, аортокоронарного шунтирования. Исследование проводится только по назначению врача.Для оценки состояния работы сердца чаще используют велоэргометрию.

Чреспищеводная электрокардиостимуляция (ЧПЭС) проводится в случаях когда нет возможности провести пробу с физической нагрузкой.

Причиной тому может быть недостаточная физическая подготовленность пациента, наличие сопутствующих заболеваний, препятствующих проведению пробы (наличие дыхательной недостаточности, тяжелое течение артериальной гипертензии, поражение суставов нижних конечностей, перемежающая хромата и прочие).При невозможности с использованием методики ЧПЭС.

Нагрузочные тесты с визуализацией: стресс-ЭхоКГ — позволяет с использованием фармакологической нагрузки выявить зоны гипо- и акинезии, на фоне увеличения нагрузки намиокард под действием фармакологических препаратов (дипиридамол —за счет уменьшения субэндокардиального кровотока, добутамин — за счет увеличения потребности миокарда в кислороде). На основании выявленияопределенного числа пораженных сегментов выставляется риск сердечнососудистой смертности (производится стратификация риска), стресс-перфузионнаясцинтиграфия миокарда, стресспозитронно - эмиссионная томография (стресс-ПЭТ) —дает четкое представление о питании миокарда.

Лечение

*I Немедикаментозное лечение ИБС - Коррекция факторов риска:*1. Питание , 2. Коррекция массы тела, 3. Борьба с гиподинамией, 4. Отказ от курения.

*II Медикаментозное лечение.*1. Гиполипидемические препараты (Статины (аторвастатин, симвастатин, розувастатин), Фибраты (фенофибрат)), 2. Нитраты (Короткодействующие (нитроглицерин, нитроминт), Пролонгированные (монокапс, моночинкве, кардикет)).3. Нитратоподобные (сиднонимины) — при непереносимости нитратов (молсидомин, диласидом),

4. β-адреноблокаторы (метопролол, бисопролол, карведилол, небиволол), 5. Ингибиторы АПФ (сартаны), 6. Антиагреганты (аспирин, клопидогрел), 7. Антагонисты кальция (Дигидропиридиновые антагонисты кальция (амлодипин, нифедипин, лерканидипин), Недигидропиридиновые

антагонисты кальция. (верапамил), (Дилтиазем).8. Ингибиторы If-каналов. Принцип действия препаратов этой группыоснован на блокировании If-каналов в синусовом узле и замедлении ЧССна этом фоне. Единственным на сегодняшний день представителем является ивабрадин.9. Мочегонные (петлевые, тиазидные и тиазидоподобные).10. Препараты обеспечивающие клетки миокарда достаточным уровнем питательных веществ и кислорода (триметазидин, мельдоний, тиотриазолин).

III *Интервенционные методы лечения*:1.Методика ЧКВ с проведением коронароангиографии, баллоннойангиопластики и установкой стента в области сужения.2. Аортокоронарное шунтирование (АКШ). Маммарокоронарное шунтирование (МКШ). Кроме того существуют более редко используемые методы эндоваскулярной (ренгенхирургической) реваскуляризации миокарда:1. Лазерная коронарная ангипластика с использованием эксимерноголазера, разрушающего тромб.2. Ротабляция. Метод используется для «вытачивания» кальцинифицированных бляшек вращающимся буром. При этом бляшка разрушается до состояния мелкой пыли.3. Транслюминальная экстракционная атерэктомия, направленное

удаление атеросклеротической бляшки — методика основана на подведении к бляшке цилиндра с отверстием на конце и срезании кальцинифицированной бляшки с отсасыванием вакуумом срезанных частиц.

Вывод

В результате проведенного исследования, можно сделать выводы: современные методы диагностики позволяют своевременно диагностировать данную патологию и способствуют подбору эффективного лечения направленного на улучшение качества жизни пациентов с ИБС

ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Руководитель Урусова А. М.
студентка Васильченко Я.

Актуальность темы: Электростимуляция показана при всех случаях болевых и рефлекторных синдромов, вызванных хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата у пациентов при всех вариантах, стадиях и периодах болезни. Способ эффективен даже в случаях упорных рефлекторных болей у пациентов, безрезультатно лечившихся другими комплексными методами.

Предмет изучения: Электростимуляция (нейростимуляция) – это использование импульсных токов для восстановительного лечения тканей, органов и систем, особенно нервов и мышц, утративших свою нормальную функцию в результате болезни или травмы.

Механизм действия и эффект: Основную работу по электростимуляции выполняет импульсный ток, который подводится через накожные электроды к двигательным точкам – проекциям нервных центров, которые отвечают за работу тех или иных групп мышц. Ток вызывает возбуждение нервов, которое запускает точечные мышечные сокращения. В результате в пораженных участках улучшается крово- и лимфоток, нормализуется функциональность нервов, ускоряется обмен веществ. Электростимуляцией эффективно лечат поврежденные двигательные нервы. В таких случаях из-за прекращения деятельности нерва и иннервации мышцы может возникнуть быстрая атрофия. Ее очень трудно восстановить. Электростимуляцию назначают пациентам для того, чтобы предупредить атрофию мышц с нарушенной иннервацией.

Показания к проведению электростимуляции: нарушения двигательной активности (паралич, парез) по причине травм или

заболеваний центральной или периферической нервных систем; стимулирование мышц для улучшения периферического артериального и венозного кровотока, лимфотока; нарушения моторики ЖКТ, функций желчевыводящих путей, мочеполовой системы (в том числе и импотенции);гипотрофия мышц по причине длительной иммобилизации; укрепление и увеличение мышечной массы у спортсменов; лечение сколиоза и других патологий позвоночника.

Противопоказания к проведению электростимуляции:сердечно-сосудистые патологии (полная поперечная блокада сердца, мерцательная аритмия), частые сосудистые кризы;инфаркт или инсульт в остром периоде;высокое артериальное давление;ревматизм в стадии обострения;склонность к кровотечениям, нарушения свертываемости крови;эпилепсия;онкологические заболевания;острые воспалительные процессы в организме, лихорадка;значительные по площади раны и трофические язвы;переломы костей до их полного сращения;общие противопоказания к проведению физиотерапии;наличие электрокардиостимулятора.Электрическая стимуляция показана при таких заболеваниях позвоночника: остеохондроз и грыжа межпозвонковых дисков, которые сопровождаются болевыми синдромами, первичные и вторичные атрофии мышц, невралгии, болевые синдромы как последствия спортивных травм и т.п.

Электрические сигналы являются адекватными раздражителями не только нервной и мышечной тканей, но практически всех органов и систем организма. Применение электрических методов воздействия целесообразно тогда, когда патологические явления еще не вызвали грубых деструктивных изменений в органе, несовместимых с его функциями.

Электрические сигналы, распространяясь в организме, вызывают заданные изменения различных процессов жизнедеятельности человека: увеличивают кровоток, усиливают лимфообращене, изменяют скорость процессов восстановления тканей, активизируют ферментные системы,

способствуют выводу молочной кислоты, оказывают болеутоляющее и противовоспалительное действие.

Чрескожная электронейростимуляция (ЧЭНС). Особую группу составляют методы, в которых используются слабые импульсные токи. Широко применяется термин короткоимпульснаяэлектроаналгезия. Главное назначение этого метода – борьба с болью [1].

Транскраниальная электростимуляция (ТЭС). Опыт показывает, что одним из методов, которые могут весьма эффективно использоваться при различных заболеваниях, является транскраниальная электростимуляция (ТЭС) или транскраниальная электроаналгезия. Транскраниальная электростимуляция – это лечебное воздействие импульсными токами на систему головного мозга. Аппарат представлен на рисунке [2] ниже.

Миоэлектростимуляция в естественных условиях возбуждение и сокращение мышц вызывается нервными импульсами, поступающими к мышечным волокнам из нервных центров. Подобное возбуждение можно вызвать, применяя воздействие электрическим током – электромиостимуляцию (ЭМС). Аппарат представлен на рисунке [3] ниже.

Биорегулируемая электростимуляция. Биологическая электростимуляция – воздействие на участки кожи импульсными токами, параметры которых меняются. Основное отличие метода составляет наличие биологической обратной связи по изменению кожного импеданса. Благодаря такому решению каждый воздействующий импульс на организм отличается от предыдущего, потому что он уже отвечает на реакцию организма. В результате воздействие активизирует значительно большую часть нервных волокон, включая тонкие С-волокна.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРНЕТА НА СОВРЕМЕННОГО ПОДРОСТКА. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Руководитель Урусова А.М.
студентка Бажок Д.

Актуальность темы. В современном информационном мире Интернет охватил все сферы жизнедеятельности и невозможно сейчас представитьнашу жизнь без него.

Интернет, явление неоднозначное и таким же неоднозначным является его влияние на подростков. Это является большой проблемой, так как, современное подрастающее поколениебольше времени проводитв Интернете и увы, применяет его не всегда в нужных целях.

Цель: исследовать влияниесети Интернет на формирование сознания и ценностных ориентаций современных подростков.

Задачи: раскрыть понятие Интернет; описать положительные и отрицательные стороны влияния Интернет на современного подростка; провести опрос и выяснить востребованность сети Интернет учащимися в колледже; на основании итогов работы разработать рекомендации по рациональному использованию подростками сети Интернет.

Интернет– это глобальная компьютерная сеть, предоставляющая огромные свободы пользователям, также можно сказать и это будет правильно, это величайшее изобретение 20 века. Появление сети Интернет совершил огромный прорывв будущее, дал стимул к дальнейшему развитиюи модернизации практически во всех областях.

Интернет-это гениальное достижение современности. Возможности Интернет практически безграничныиплох он, именно потому, что не имеет границ. Технический прогресс остановить невозможно, и компьютерная грамотность становиться составляющей общей грамотности, свидетельством образованности человека. Глазами большинства подростков, Интернет- это в первую очередь-развлечения, а уж потом- учеба.Большая часть подростков проводит свое время в Интернете, в частности в социальных сетях. По их мнению, это расширяет их кругозор, мировоззрение. Но на самом деле все

наоборот, ограничивается их общениеи свобода в целом. Это уже в некоторых случаях перерастает в зависимость.

Если рассмотреть положительные стороны Интернет, можно сказать, что появилась возможность проявить себя, рассказать о себе практически всему миру. В Интернете каждый прокладывает свой собственный путь и каждый человек сам решает, какими услугами сети воспользоваться. Очень много людей: нетрудоспособные и с ограниченными возможностями получили возможность реальной удаленной работы. Интернет является самым огромным источником информации, гдеможно получить самые свежие новости узкой или широкой тематики. Интернет можно использовать не только для досуга, но и в учебе. Огромную роль он сыграл за последний год в плане образования. Следует отметить, что учеба и контроль знаний студентов по дистанционной форме обучения стало возможным благодаря сетиИнтернет.

Итого, выделим положительные факторы использования Интернет:

активное и эффективное использование необходимой информации в обучении;

снимает напряжение, при использовании его на досуге;

вырабатывает новые способы организации своего времени;

позволяет быть в курсе последних событий в мире и адаптироваться под современное общество.

Отрицательными факторами можно назвать, что информация, которая есть в Интернете нельзя не только читать, но и смотреть в особенности подростками. Дети перестали читать книги, сокращают круг общения, заменяя его на виртуальное. У молодежи стремительными темпами растет агрессивность, которая вызвана чрезмерным, а иногда и болезненным увлечением компьютерными играми, посещение ненужных и опасных сайтов. Исследования показывают, что зависимость подростков от Интернета, нелогичное использование этих технологий может оказывать разрушающее влияние на качество запоминания и уровень их

успеваемости.При отсутствии должного контроля со стороны взрослых, молодежь в социальной сети становится объектом негативного информационно-психологического влияния, манипулирования.Новые технологии, такие как Интернет, мобильная сеть и цифровые игры получили такое распространение среди подростков, что послужили тому, что больший процент учащихся имеют серьезные проблемы в концентрации необходимого внимания в учебе.

Разберем итоги отрицательного влияния Интернет:

нерациональное использование своего времени;

отсутствие контроля со стороны взрослых;

посещение ненужных, опасных сайтов;

ослабление способностей к самостоятельному творческому и логическому мышлению;

вредное воздействие на психику;

опасность подавления межличностного общения на виртуальную;

вред здоровью;

интернет зависимость у многих подростков.

Интернет достаточно сильно влияет на подростка. Современная молодежь считает,что уже не могут вообще без Интернета.

Для изучения этого вопроса мы провели опрос в двух группах 140м и 170м, среди 47 человек и получили следующие статистические данные:

У всех опрошенных студентов есть Интернет, также выяснилось, что учебный материал они лучше понимают и запоминают по своим лекциям и от объяснений преподавателя, нежели через Интернет; используют: Интернет для учебы 48%; а для развлечений 52%. Проводят в Интернете более 8 часов в день 50%; более 4 часов 30%, не более 2часов 15% и менее 2 часов 5%. Без интернета отдыхают, когда его нет, 80%; а 20% не могут без интернета ни минуты. 100% используютИнтернет чтобы узнать что-то новое во всех областях и сферах и не отстать от жизни; используют только для социальных сетей 25%. Также студенты признались, что по сравнению с дистанционным

и онлайн обучением: учебу в колледже выбирают 80%, а дистанционное обучение 20%, так как можно не ходить на учебу; а для контроля знаний наоборот; 80% дистанционное, так они чувствуют себя уверенно и 20% наоборот. По данным опроса с целью правильного использования Интернет можно порекомендовать следующее:

заинтересовать подростка в учебе обучающими и развивающими играми, творческой работой, с использованием Интернет;

привести примеры, что далеко не вся информация в сети Интернет-100% правда, а большей частью даже непроверенная и от сомнительных источников;

рассказать о вреде здоровью при долгом нахождение в Интернете иоб опасности посещения нежелательных сайтов;

быть в курсе об онлайн друзьях и об основных посещаемых сайтов подростков;

приводить в пример людей, которые достигли высоких результатов в жизни в различных областях, путем правильного использования Интернет:в учебе, в работе и в других сферах деятельности.

В ближайшем будущем Интернет расширится настолько быстро, что заменит многое, что сделано руками человека. Вследствие этого люди перейдут к виртуальному восприятию мира. Конечно невозможно заменить все «живое» на виртуальное, но этот процесс уже начался. Если не принять радикальных методов по контролю за теми, кто его посещает, то наше подрастающее поколение начнет деградировать. Это является очень большой проблемой, которая требует незамедлительного решения.

Список литературы:

Владимирова Н.. «Как не попасть в «паутину. Борьбас интернет-зависимостью/ Н. Владимирова//ОБЖ,-2017 №1

Данелян С В. Интернет-зависимость и ее профилактика в подростковой среде/,С.: сборник науч. т. Департамент образования г. Москва «Моск.гор.пед.ун. (ГАОУ ВО МГПУ).-М.,2018г.

Каткова Л.В. Социальные технологии профилактики аддиктивного поведения стуобласти социальной работы и смежных науках ,-2018г-№2

Охрана жизни и здоровья детей в Интернете// Начальное образование.-2019.-№2

http://www.b17.ru/article/internet_zavisimost_podrostkov/

http://www.hse.ru 17.ru

УВЛЕЧЕННОСТЬ ЗАНЯТИЯМИ В СЕКЦИИ «ФУТБОЛ» ВО ВНЕУРОЧНОЕ ВРЕМЯ СТУДЕНТАМИ КОЛЛЕДЖА ВСЕХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Руководитель Фарсаданян А.П
студент Махов Р.

Футбол - один из игровых видов спорта в программах физического воспитания студентов общеобразовательных учреждений. Он практикуется во внеклассной работе – это занятия в спортивных секциях по футболу, физкультурно – массовые мероприятия(соревнования в учебных учреждениях на уровне города). При этом немаловажно, что футбол – один из самых популярных видов спорта в нашей стране.

Эффективность решения оздоровительных, образовательных и развивающих задач физического воспитания при освоении обучающимся игры в футбол во многом зависит от того, насколько преподаватель физической культуры знает основы данного вида спорта, владеет технологией обучения двигательным действием,средствами и методами воспитания физических способностей. Наличие хорошо разработанного планирования позволяет избежать стихийности в профессиональной деятельности преподавателя физической культуры, излишних затрат времени и сил, низкого качества и неудовлетворённых результатов.

Польза занятий футболом огромна. Секция «Футбол» в медицинском колледже направлена на оздоровление и физическое развитие студентов, на формирование здорового образа жизни, формировании таких физических и психических качеств и способностей, которые позволят осваивать футбольные навыки и рассчитана для работы со студентами, увлекающимися футболом.

Футбол оказывает благотворное влияние на развитие аналитических способностей (во время игры необходимо анализировать то, что происходит на поле и подбирать необходимую тактику), на эмпатию (во время командных спортивных игрформируется сопереживание), на умение общаться (для достижения позитивного результата нужно уметь сотрудничать с другими игроками), на умение действовать по правилам (подчиняясь правилам игры, развиваются сила воли, упорство и уравновешенность). Студенты учатся правильному поведению игроков во время проведения матчей по футболу, правильному восприятию проигрыша (не всегда спортивные игры оканчиваются победой, в рамках футбольных соревнований необходимо учиться адекватно воспринимать поражение, уважать чужую победу), адекватной самооценки собственных сил.

Секция «Футбол» проводится два раза в неделю. Место занятий - игровые площадки ДЮСШ № 1 г. Кисловодска: спортивная площадка по ул. Цандера, спортивный стадион им. Романенко (въезд города). Количественный состав - до20 студентов I-IV курсов специальностей «Лечебное дело», «Стоматология ортопедическая», «Сестринское дело». Анализ и многолетние наблюдения за составом секции «Футбол» позволяет сделать вывод, что студенты специальности «Лечебное дело» больше увлечены футболом и посещают секцию в колледже. Далее на втором месте по увлеченности футболом в колледже студенты специальности «Стоматология ортопедическая». Наглядным примером служит список играющего состава команды, принимавшей участие в соревнованиях по мини-футболу на городском уровне.

2020-2021 уч.год	2018-2019 уч.год	2017-2018 уч.год
Дзамихов Мартин 310 ф Магомедов Биярслан 310 ф Кушхов Азрет 300 м Шериев Рустам 140 ф Архагов Амирбек 120 т Микиров Никита 130 ф Аветисян Олег 250 м Авакян Сергей 250 м	Вердиев Серкер430ф Зайнулабидов Джабраил 120 т Исмиев Рамазан 210т Магомедов Биярслан 110 ф МагомедалиевСаадула 310ф Канкулов Салим 310ф Ширитов Аскер 310ф ХасаевМикаил 220ф Пшихачев Ислам 320 ф Тилебов Марат 320т	АтавовМажид 230 ф ТапашевМикаил 120 ф Пшихачев Ислам 220ф ВердиевСеркер 330ф Салатгереев Бийболат310 т Архагов Мурат 430 ф Саидов Салим 310т Бугов Амирхан 420ф МагомедалиевСаадула, 210ф Канкулов Салим 210ф Ширитов Аскер210ф, Тебоев Ислам 320 т.

В рамках спортивных мероприятий команда секции «Футбол» ежегодно участвуют в соревнованиях и занимают первые места. 01-02 апреля 2021 года на футбольной площадке ДЮСШ г.-к. Кисловодск состоялись соревнования по футболу среди юношей в зачет Студенческих игр ССУЗ-ов города-курорта Кисловодска, посвященной 76 годовщине Победы в Великой Отечественной войне. В турнире принимали участие: ГБПОУ СК «Кисловодский медицинский колледж», ФГБУ «Кисловодский медицинский колледж» МЗ РФ, Кисловодский Государственный многопрофильный техникум, Кисловодский кооперативный техникум. В результате первое место, как и в предыдущие годы, завоевала команда ГБПОУ СК «Кисловодский медицинский колледж».

АКТУАЛЬНОСТЬ НОРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Руководитель Халкечева Г.В.
студентка Фархлулова С.

Острый гастроэнтерит, вызванный возбудителем Норволк, - острая вирусная инфекционная болезнь с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, характеризуется умеренной интоксикацией и картиной острого гастроэнтерита с доброкачественным течением .

Актуальность темы.В России острые кишечные инфекции, в том числе Норволк - вирусная инфекция продолжают оставаться одной из наиболее серьезных проблем здравоохранения из-за широкой распространенности, роста заболеваемости, отсутствия в стране системы вакцинопрофилактики по норовирусной патологии.Норовирусная патология получила повсеместное распространение, представляет серьезную проблему для мирового здравоохранения.На планете число инфицированных растет год от года. Так, в 2018 заявлено более 260 миллионов эпизодов норовирусной патологии в год, а в 2019 уже более 685 млн. человек. По статистике, каждый пятый эпизод острого гастроэнтерита в мире вызван норовирусом. Из 685 млн. заболевших на долю детей до 5 лет приходится до 200 млн. Из них почти 50 тыс. имеют летальный исход. В 2016 г. ВОЗ заявляла о пандемии норовируса. Вспышки болезней, вызываемые вирусами Норволк, чаще возникают в закрытых либо полузакрытых учреждениях, таких как лечебные учреждения для хронических больных, больницы, тюрьмы, общежития и круизные лайнеры . Группами риска при норовирусном поражении считаются дети, люди с первой группой крови, беременные, лица пожилого возраста, ВИЧ-инфицированные. Типичная сезонность – зимнее время.

В Ставропольском крае вторая по значимости (после ротавирусной инфекции) кишечная инфекция вирусной этиологии, вызванная вирусом Норволк, в динамике за пять лет регистрировалась ежегодно.

В 2019 году зарегистрировано 278 случаев норовирусной инфекции, показатель заболеваемости – 9,91 на 100 тыс. населения, что выше уровня 2018 года на 17,1%, выше среднемноголетнего уровня в 3 раза.

На фоне эпидемии COVID-19 в России снизилась заболеваемость ОКИ. Кишечные инфекции во втором квартале 2020 года регистрировались в три раза реже, чем в аналогичный период прошлого года. Если в 2019 выявлялось 120 таких случаев на 100 тыс. населения, то в 2020-м было зафиксировано только 40 случаев на 100 тыс. населения.Территориально в крае первое место по заболеваемости норовирусной инфекцией занимает Кисловодск, что

связано с изношенностью водопроводной системы города и хорошей лабораторной базой. В 2021 году заболеваемость ротавирусной и норовирусной инфекциями суммарно выросла на 34% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года.

По информации Федеральной службой Роспотребнадзора за январь 2021 года по РФ было зарегистрировано 6 вспышек заболеваемости острыми кишечными инфекциями, преимущественно норо и ротавирусной этиологии.

Причиной массового отравления жителей села Марьины Колодцы на Ставрополье в марте 2021 года стала норовирусная инфекции, сообщил губернатор края Владимир Владимиров. Источником заражения могла стать некачественная питьевая вода.

В селе Марьины Колодцы с кишечной инфекцией госпитализированы 162 человека. Специалисты Роспотребнадзора обнаружили в воде норовирус. Теперь селянам воду привозят бочками и проводят подворовые обходы. **Этиология.** Возбудитель заболевания – РНК-содержащий норовирус человека, принадлежащий к семейству Калицивирусов. Известны более 7-мигрупп вируса, патогенными для людей считаются только три. Возбудитель устойчив в окружающей среде, сохраняет жизнеспособность в течение более 28 суток. Инактивация норовируса возможна только при использовании хлорсодержащих дезинфектантов

Эпидемиология Источниками инфекционного агента служат больные либо бессимптомные носители, описаны случаи выделения вируса из организма в течение двух недель после выздоровления. Вирусы передаются при прямом контакте с больным и гораздо реже — фекально-оральным способом через заражённую еду либо воду.**Клиника** Инкубационный период заболевания составляет 4-48 часов. Клиническая картина развивается остро, начинается с повышения температуры тела до 38° С и более, озноба, ломоты в теле, болей в мышцах, суставах, резкой слабости. Треть больных с норовирусной инфекцией отмечает появление першения в горле, насморка, сухого кашля. Затем присоединяется снижение аппетита, тошнота,

неоднократная рвота желудочным содержимым. Пациенты предъявляют жалобы на ноющие боли в животе, преимущественно в эпигастрии, околопупочной области, урчание, частый, обильный жидкий стул со слизью.Нарастание жажды, хрипоты, появление тянущих болей, судорог в руках, икроножных мышцах, выраженная сухость кожи и слизистых, уменьшение количества выделяемой мочи, нарушения сознания являются показаниями для экстренной консультации врача.

Диагностика. Выделение норовируса из испражнений пациентов происходит с помощью ПЦР, также используются лабораторные твердофазные тест-системы для иммуноферментного анализа кала, иммунохроматографические экспресс-тесты. В крови с помощью методик ИФА, РНГА обнаруживаются антитела к вирусу, что имеет больше ретроспективное значение. Обязательно проводится бактериологическое исследование кала, промывных вод, рвотных масс. Лечение. Специфическая этиотропная терапия отсутствует. Основным направлением в лечении болезни является регидратационная терапия, проводимая как оральными растворами (регидрон, цитроглюкосолан, оралит), так и путем внутривенных инфузий (ацесоль, дисоль, хлосоль, трисоль). Применяются ферментные (панкреатин, липаза), спазмолитические (дротаверин) препараты, сорбенты.

Профилактика. Прогноз неосложненного заболевания благоприятный, летальность составляет около 0,001%. Большинство смертельных исходов приходятся на крайние возрастные группы – дошкольников и пожилых людей. До 60% случаев болезни протекают как легкие с полным выздоровлением в течение 1-3 дней. Тяжелое течение у 1-5% пациентов обусловлено тяжелым преморбидным состоянием, выраженной иммуносупрессией, поздним обращением, присоединением вторичной инфекции.

Вакцина не разработана.**Заболевание обладает высокой контагиозностью и очень быстро распространяется среди детей, поэтому**

при обнаружении симптомов у одного ребенка, рекомендуется сразу же закрывать на 7-дневный карантин весь класс или группу детского сада.

Выводы

1.При норовирусной инфекции у детей помимо гастроинтестинальных симптомов нередко отмечаются и другие, затрагивающие верхние дыхательные пути, поджелудочную железу, гепатобилиарную и мочевыделительную систему, сердце.

2. Комплексная терапия, соответствующая стандартам лечения ОКИ вирусной этиологии, должна проводиться с первого дня заболевания.

3. Эффективным лекарственным препаратом, купирующим симптомы норовирусной инфекции, препятствующим развитию внекишечных

Список литературы

1.Пронько Н. В., Красько Ю. П. Норовирусная инфекция: особенности эпидемиологии и клинико-лабораторных проявлений на современном этапе // Актуальная инфектология. 2017. № 1 (5). С. 14–17.

2.Пронько Н. В., Лешко К. В. Клинические и эпидемиологические характеристики вирусной диареи при госпитальной инфекции // Медицинская панорама. 2017. № 1. С. 38–41.

3.Pazdiora P., BenešC. Rotavirus gastroenteritis in the Czech Republic before the start of vaccination // Epidemiol. Mikrobiol. Imunol. 2018. V. 62 (4). P. 131–137.

4.Pringle K., LopmanB., Vega E. et al. Noroviruses: epidemiology, immunity and prospects for prevention // Future Microbiol. 2019. V. 10 (1). P. 53–67.

5.Буланова И. А. Обоснование применения лактосодержащих пробиотиков при острых водянистых диареях у детей раннего возраста. Автореф. дис. … к.м.н. Архангельск, 2018. 24 с.

РОЛЬ И УМЕСТНОСТЬ ЗАИМСТВОВАНИЙ В СОВРЕМЕННОМ РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Руководитель Хутова А.Ч.
студент Акимов В.

Заимствование слов – неизбежный и необходимый процесс совершенствования языка как культурной единицы. При этом остаётся неизменным присущий языку грамматический строй и внутренние законы языкового развития. Заимствование не говорит о бедности языка, это свидетельствует как раз о силе, о творческой активности этого языка. При этом необходимые заимствования надо отличать от ненужных или модных слов, засоряющих язык, подменяющих его природные богатства. Но даже и необходимыми заимствованиями следует правильно пользоваться, хорошо понимая их смысл и зная условия их употребления.

Цель исследования: выявить роль и обозначить уместность употребления заимствований в современном русском языке.

Задачи: ответить на вопрос «Что включает в себя понятие заимствованного слова?»; установить причины, пути, сферы применения и классификацию заимствований; провести исследовательскую работу.

Заимствование (лингв.) — естественный процесс в истории становления языка как культурной ценности, в результате которого в языке появляется некоторый иноязычный элемент для обозначения нового явления, предмета или объекта изучения.

Причины заимствований: потребность в наименовании нового явления или предмета; необходимость разграничить содержательно близкие, но всё же различающиеся понятия; необходимость специализации понятий в той или иной сфере общества; тенденция, суть которой заключается в том, что цельный, не расчленённый на отдельные составляющие объект, и обозначаться должен цельно, а не сочетанием слов; социально-психологические причины и факторы: восприятие иноязычного слова как более престижного и «красиво звучащего».

Пути заимствования:

Калькирование. Создать из исконных языковых элементов новое слово по образцу иностранного, сделать кальку с него, т.е. перевести его по частям: водород — по образцу латинского hydrogenium (рождающий воду, в латинском корень -gen- - род, а hydro - значит вода).Использовать для выражения нужного значения уже имеющееся слово, придав ему новое значение по образцу чем-то похожего иностранного слова; например, компьютерная мышь от англ. Mouse. Заимствовать само слово (переход как формы, так и значения слова): таким образом в языке появляются заимствования в узком смысле, например дизайн из англ. design и т. д.

К сожалению, нет определённой классификации (в зависимости от выбранных критериев создаётся типология) заимствований, которая бы в полной мере отражала одновременно их степень ассимиляции, тематическую группу, хронологический порядок, происхождение и стилистические особенности. Поэтому я привожу собственную упрощённую собирательную классификацию.

Анализ средств массовой коммуникации (телевидение, радио, газеты) на наличие заимствований во всех сферах общества:

Язык людей политики и дипломатии изобилует такими словами, как консенсус, саммит, плюрализм, рейтинг, спикер, истеблишмент, элита.

У экономистов, финансистов и управленцев: дефолт, офшор, лизинг, дилер, брокер, риелтер, мониторинг. На телевидении царствуют триллеры, блокбастеры, ток-, дог-, реалити - шоу и т.п. Журналисты не могут обойтись без брифингов, пиаров, ньюсмейкеров, слоганов, эксклюзивов. У торговцев в ходу гипер - и супермаркеты, шопы, бутики, прайс-листы, провайдеры, дистрибьютеры, сэконд-хенды. Единственная вещь, которая может утешить в молодёжном сленге — характерная ограниченность употребления, связанная с возрастными рамками.Сейчас на каждом шагу можно услышать, как какой-нибудь школяр, юноша или девушка, зная слово на английском, прибавляют к нему аффиксы, после чего слово уже звучит как

русское(своеобразно «русифицируется»). И это только локальный случай, коих намного больше.

Стремление к сохранению языка в неприкосновенном виде, провозглашение его чистоты, как особой ценности, борьба против неологизмов и иноязычных заимствований, ограждение от естественного проникновения новообразований, ненормированных лексических и грамматических элементов – это языковой пуризм.

В пуризме можно увидеть как положительные стороны — заботу о сохранении и развитии самобытной национальной культуры, обращении к существующим богатствам, ресурсам и возможностям родного языка, так и отрицательные стороны — формалистическое отношение к языку, непонимание процесса его развития, антиисторичность, выражающаяся в ретроспективности оценки «правильности».

Широко распространены пуристские представления о том, что заимствования засоряют язык, наносят ему непоправимый вред, поскольку разрушают связи между исконными словами и привносят в его систему чуждые смыслы, что, однако, может противоречить таким очевидным фактам, что многие наиболее богатые языки (английский, немецкий, русский, японский) содержат целые пласты заимствованных слов. Кроме того, в большинстве случаев заимствование чужих слов сопровождает усвоение технологических, культурных, социальных и других инноваций. Отсюда громадное значение заимствованных слов для истории культуры.

Проблема состоит не в заимствованиях, а в том, кто и как их употребляет. Употребление иноязычных слов, как и других, регулирует лексическая норма. Поэтому, выбирая слова, люди должны обращать внимание на значение, стилистическую окраску, употребительность, сочетаемость с другими словами.

ЗАБОЛЕВАНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ. ЭРОЗИИ

Руководитель Цорионова С. К.
студентка Багаудинова А.

Актуальность темы работы. В структуре гинекологической патологии ведущую позицию занимают заболевания шейки матки. Поэтому каждой женщине с наступлением половой зрелости рекомендуется проходить регулярное обследование у гинеколога.

Не является новостью тот факт, что заболевания шейки маткимогут закончитьсяразвитием рака шейки матки, причем данная патология все чаще встречается средимолодых рожавших женщин и женщин среднего возраста, не предъявляющих никаких жалоб. Необходимостьранней диагностики важна потому, что процесс формирования рака является стадийным и включает в себя фоновые и предраковые заболевания, рак insitu (рак «на месте») и распространенный рак шейки матки.

Термином «эрозия шейки матки» обозначается дефект, нарушение целостности эпителия влагалищного сегмента шейки матки. Эрозия шейки матки относится к наиболее частой гинекологической патологии и встречается у 15% женщин.

У 10-15 женщин из 100 врачи-гинекологи диагностируют заболевания шейки матки (ШМ). Поражения слизистой в отсутствие своевременного и грамотного лечения приводят к развитию рака шейки матки. В данном случае статистика тоже впечатляет (и пугает) из 100 онкологических заболеваний у женщин 12 являются раком шейки матки. И, разумеется, заболевания шейки матки, возникающие у женщин репродуктивного возраста, отрицательно сказываются на их возможности забеременеть и выносить плод.

Чтобы избежать появления предракового процесса или не допустить его развития, нужно бережно следить за своим здоровьем и регулярно посещать гинеколога. Современная развернутая диагностика, включающая в себя кольпоскопию, УЗИ, лабораторные исследования (цитология,

гистология…), позволяет эффективно предупреждать, приостанавливать и профилактировать фоновые и предразковые болезни шейки матки.

Цель работы: раскрыть информацию о заболеваниях шейки матки.

Для достижения данной цели необходимо решить следующие задачи: изучить причины развития, классификацию и клиническую картину, принципы диагностики и лечение при заболеваниях шейки матки. Разработать рекомендации женщинам и профилактике развития заболеваний шейки матки.

Список литературы:

1. «Заболевание шейки матки» - Е. Е. Вишневская Минск, - 2018 г.

2. «Гинекология» - под ред. Л. Н. Василевской, М., - 2019 г.

3. http://www.consilium-medicum.com/media/gynecology/00_03/89.shtml

ОТХОДЫ И ИХ ПЕРЕРАБОТКА

Руководитель Черняева Р.П.
студент Брылев Д.

В связи с тем, что человек является социальным существом, среда жизни людей – это не только природная среда, но и искусственная среда, которую человек создает сам.

Человек в отличие от другихживых организмов обладает двумя важнейшими экологическими особенностями. Во-первых, действие человека как экологического фактора на окружающую среду является целенаправленным и несоизмеримо более мощным, чем действие любого другого вида организмов. Во- вторых, создаваясам искусственную среду обитания, человекиспытывает на себе действие природных факторов в значительно ослабленном виде.

В связи с этим экология изучает человека с двух сторон: как фактор, создающий особый тип искусственных экологических систем –

антропобиогеоценозы, и какобъект действия экологических факторов природной среды.

Экология изучает взаимоотношение организмов с факторами окружающей среды. Единицей биогеоценотического уровня организации жизни являетсябиогеоценоз – устойчивая, саморегулирующаяся открытая экологическая система. На биогеоценотическом уровне организации проявляются все основные свойства живого.

В настоящее время проблема формирования грамотного отношения к окружающей среде не теряет своей актуальности. Изучение экологических проблем, обеспечивает более глубокое понимание взаимодействия человека и природы.

Цель -Развивать у студентов экологическую компетентность.

Задачи: Собрать и накопить материал для исследования. Составить схему утилизации бытовогои строительного мусора.

Был проведен опрос граждан в количестве 5 человек

-Назовите бытовые и строительные отходы

-Каким образом в настоящее время мусор утилизирует?

Составили таблицу параметров, где были внесены следующие виды отходов

- Пищевые отходы

-Фольга -
Металлолом

-Упаковки - Банки

-Пластик -Батарейки

-Макулатура -Стеклотара

Указали параметры сравнения

Ущерб природе

Пути разложения

Конечный продукт разложения

Время разложения

Способ вторичного использования

Продукты, которые образуются при обезвреживания

Запрещено сжигать

Сырье для дальнейшего использования

У нас на Кавказских Минеральных водах построен полигон «Арго» в районе села Бекешевка где производят утилизациюразных отходов.

Фото и т.д.

Экология человека изучает закономерности возникновения и развития экологических систем, в которые включен человек. В ходе социального опроса, где был поставлен вопрос «Какие Вещества считаете отходами, которые следует утилизировать? Из данных, которые мы получили, выяснилось, что при переработке отходов получается вторичное сырье, которое экономит природные ресурсы.По таблице показываем, как идет утилизация, какое влияние оказывают отходы на окружающую среду, и период полураспада.В результате получают продукцию вторичного сырья, которую используют в нуждах человека.

ПОЛИВИТАМИНЫ И ИХ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ОБЩЕЕ РАЗВИТИЕ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА

Руководитель ЧотчаеваА.А.
студентка Огурлиева А.

Поливитамины – это биологически активные добавки, которые содержат много разных витаминов и минералов, иногда вместе с другими ингредиентами.

Несовместимость водо- и жирорастворимых витаминов

Витамины	**С каким витамином несовместим**	**Причина несовместимости**
В1	В6, В12 при введении их в одном шприце	Разложение других витаминов. Усиление аллергизирующего влияния В1

B2	B12	Разрушение витамина B2 ионом кобальта
B2	B1	Окисление тиамина
B6	B12	Разрушение витамина B6, накопление иона кобальта.
B12	C,B6,PP	Разрушение витаминов солями кобальта
B12	E, фолиевая кислота	Разрушение вследствие различия pH
B12	C,B1	Разрушение B12 (окисление)
PP	B12	Разрушение витамина PP, накопление кобальта
C	Витамином B12, фолиевая кислотой и витамином E.	Разрушение этих витаминов из-за различия pH
P	Витамином B12	Разрушение витамина P ионом кобальта
A	Витамином C	Нарушение обмена витамина C.
A	Витамином D	Взаимное ослабление действия.Наступление D-витаминной недостаточности при даче ретинола и наоборот.

Диапазон суточных дозировок витаминов для детей

Категория	**Новорожденные и дети до года**	**Дети 1-10 лет**
Ретинол (витамин A)	400 мкг	500-700 мкг
Токоферол (витамин E)	3-4 мкг	5-7 мкг
Холекальциферол (витамин D)	10 мкг	2,5-4 мкг
Аскорбиновая кислота (витамин C)	25-35 мг	40-45 мг
Филлохинон (витамин K)	5-10 мкг	15-30 мкг
Тиамин (витамин B1)	0,3-0,5 мг	0,7-1 мг
Рибофлавин (витамин B2)	0,3-0,5 мг	0,7-1,2 мг
Пиридоксин (витамин B6)	0,3-0,6 мг	1-1,2 мг
Пантотеновая кислота (витамин B5)	2-3 мг	3-5 мг
Цианокобаламин (витамин B12)	0,3-0,5 мкг	0,7-1,4 мкг
Ниацин (витамин PP)	5-6 мг	9-12 мг

Поливитаминные комплексы:

Компливит-кальций Д3 для малышей

Комбинированный препарат, предназначенный для восполнения дефицита кальция и витамина D_3 в организме. Показания к применению: профилактика дефицита кальция и витамина D_3 у детей раннего возраста.

Мульти-табс Малыш Кальций плюс. Это комплекс витаминов и минералов для детей 2-7 лет, обогащенный кальцием, для нормального развития ребенка. Комплекс необходим детям, которые не любят молочные продукты, испытывают дефицит кальция. Прием Мульти-табс Малыш Кальций плюс помогает восполнить дефицит витаминов, макро- и микроэлементов, а также обеспечить поступление кальция в организм ребенка во время периода активного роста и смены зубов. Препарат не содержит искусственных красителей, ароматизаторов и сахара.

Бифистим. Это комплексный препарат содержащий бифидобактерии и поливитамины. Обладают высокой антагонистической активностью против широкого спектра патогенных и условно-патогенных микроорганизмов кишечника, включая: стафилококки, протей, энтеропатогенную кишечную палочку, шигеллы, некоторые дрожжеподобные грибы; восстанавливают равновесие кишечной микрофлоры; нормализуют пищеварительную и защитную функции кишечника; активизируют обменные процессы; повышают неспецифическую резистентность организма; способствует улучшению функции печени; уменьшают риск развития диареи, вызванной антибиотиками и различными токсикантами; уменьшают аллергические проявления при непереносимости лактозы

Пиковит. Это сироп для детей содержит комплекс витаминов, являющихся важными факторами метаболических процессов в организме. Показания препарата: переутомление у детей школьного возраста; повышенная физическая и нервно-психическая нагрузка; отсутствие аппетита и нерегулярный, неполноценный или однообразный рацион питания; период выздоровления после перенесенных заболеваний; повышение сопротивляемости организма к инфекционным и простудным заболеваниям; комплексная терапия при применении химиотерапевтических средств.

Поливитаминная недостаточность снижает толерантность к вирусным и бактериальным агентам, повышает риск онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. К концу XX века практически во всех регионах России дефицит аскорбиновой кислоты среди детского населения достигал 70-100%, а у 60-80% детей обнаруживалась недостаточная обеспеченность такими важнейшими витаминами, как тиамин, рибофлавин, пиридоксин, ниацин и фолиевая кислота.

НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ БЕЛКОВ КОРОВЬЕГО МОЛОКА. ЦЕЛИАКИЯ

Руководитель Чурилова В.С.
студентки Далгатова А, Асакова Д.

Аллергию на белки коровьего молока часто путают с непереносимостью лактозы. Заметим, что это неравнозначные понятия.

Самое важное об аллергии на молоко

Чувствительность к белкам коровьего молока является самой распространенной пищевой аллергией у младенцев и маленьких детей. А также у взрослых с эозинофильным эзофагитом.

По мировой статистике, от 2 до 7,5 % детей до трех лет в Европе и Америке имеют именно такую аллергию. Эти цифры значительно снижаются у взрослого населения: здесь признаки аллергии на молоко имеет лишь 1 %.

Однако, по данным Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии (EAACI), реальное количество реакций на молоко намного превышает число зарегистрированных случаев.

Непереносимость лактозы: механизм возникновения

Непереносимость лактозы обусловлена отсутствием или недостаточным количеством в желудочно-кишечном тракте человека фермента лактазы,

Именно лактоза делает молоко молоком

В норме для усвоения лактоза должна расщепляться в кишечнике в глюкозу и галактозу

Если схема расщепления лактозы в организме человека не срабатывает, фермент синтезируется в недостаточном количестве или с генетическими ошибками

Как свидетельствует статистика, молочная непереносимость характерна для 10–20 % населения Западной Европы. А также для 90 % жителей некоторых азиатских стран.

Аллергия на белки коровьего молока — это заболевание, при котором иммунная система человека воспринимает молочный белок как аллерген и выделяет в ответ антитела, запускающие аллергическую реакцию.

Молоко коровы содержит более 25 различных протеинов, способных вызвать аллергию. Важные аллергены молока – белки сыворотки и казеина.

Есть продукты, которые содержат скрытые молочные белки: маргарин, молочный шоколад, конфеты, кондитерские изделия, готовые полуфабрикаты, колбасные и макаронные изделия, сухие завтраки и другие.

Иногда встречается смешанная реакция на белки молока. В этом случае у человека присутствуют и непереносимость лактозы, и аллергия.

Симптомы реакции на белки молока

Для аллергии характерны следующие симптомы:

тошнота, рвота, диарея, колики, спазм, метеоризм, запор;

покраснение, зуд, сыпь, крапивница, экзема, дерматит;

ринит, чихание, затрудненное дыхание, хрипы, бронхиальная астма, отек Квинке и даже анафилактический шок.

Почему может возникать реакция на белки молока

Наследственность – наличие аллергической реакции или склонности к ней у родственников.

Незрелость пищеварительной и иммунной систем ребенка. До 2 лет рыхлая слизистая кишечного тракта ребенка не способна в полной мере

расщепить лактозу. Это приводит к попаданию крупных белковых фрагментов в кровоток. Что, в свою очередь, провоцирует выработку специфических антител и возникновение активного иммунного ответа.

Течение беременности и питание матери во время нее. Такие факторы, как кислородное голодание плода, стресс, преждевременное рождение ребенка, угроза прерывания беременности могут спровоцировать аллергию.

Что делать, если ваш организм реагирует на молокоК счастью, у большинства детей аллергия на белки молока проходит без каких-либо последствий к 5 годам. Но в некоторых случаях реакция гиперчувствительности остается на всю жизнь.

С другой стороны, коровье молоко и молочные продукты являются основным источником белков, калорий и кальция в рационе младенцев и детей младше 2 лет. А поэтому, если безмолочная диета необходима, прописывать ее может только врач. Для этого он проводит соответствующие обследования и консультации. на аллергенность белков коровьего молока влияет сильный нагрев, например при выпекании

Сделаем вывод. *При непереносимости лактозы или при аллергии на молочные белки с диетой экспериментировать не стоит. Ее можно составить только с врачом, чтобы рацион был не только безопасным, но и полезным.*

ЦЕЛИАКИЯ Целиакия - хроническое полисиндромноезаболевание, характеризующееся неспецифическим повреждением слизистой оболочки тонкой кишки глютеном, в результате чего развивается нарушение всасывания в кишечнике. Синонимами термина «целиакия» являются болезнь Ги – Гертера - Гейбнера, кишечный инфантилизм,

РаспространенностьИзвестно, что частота целиакии значительно варьирует в различных регионах. Среди представителей европейской расы заболевание распространено достаточно широко. Частота заболевания в Европе колеблется от 1:300 в Западной Ирландии и 1:267 в Швеции до 1:10000 в Дании, составляя в среднем 1:1000-1:2000. Целиакия считается

редким, практически не встречающимся заболеванием среди африканцев, японцев, китайцев.

В этиологии целиакии ведущую роль играет глиадин - спирторастворимая фракция глютена - белка, содержащегося в злаковых растениях (пшеница, рожь, ячмень, овес). По мнению ряда авторов, заболевание можно объяснить сниженной активностью дипептидаз в щеточной кайме энтероцитов, не обеспечивающих в полной мере отщепление пролина от молекулы глиадина и оказывающих токсическое воздействие на слизистую оболочку тонкой кишки. Еще одной из гипотез развития целиакии является сенсибилизация глиадином, вследствие чего эпителий кишечника становится мишенью для развития иммунологического процесса

ДиагностикаОтсутствие четких представлений о патогенезе целиакии не позволяет разработать и строгую диагностическую программу. Диагноз ставится на основании клинических проявлений, данных анамнеза, эндоскопического и обязательного гистологического исследований слизистой оболочки тонкой кишки и выявления АГА в крови

Клинические проявленияТипичные клинические проявления целиакии обычно развиваются через 1,5-2 месяцев или позднее после введения прикорма –манной и овсяной каши. У ребенка появляются жидкий стул до 10 раз в сутки ,увеличивается оббьем каловых масс .Стул обильный, пенистый ,светлый или с сероватым оттенком ,с жирным блеском ,зловонный. Ребенок становится вялым ,плаксивым, отказывается от еды. Живот резко увеличен и тонкие конечности, развивается гипотрофия ,которая характеризуется резким отставанием массы от ростовых показателей

ЛечениеОсновным и самым эффективным методом лечения является строгое соблюдение аглютеновой диеты: из рациона исключаются продукты, в которых содержится глютен - все изделия из пшеницы, ржи, ячменя, овса.

Больным рекомендуются продукты, богатые витаминами (все виды овощей и фруктов), белком (творог и кисломолочные продукты, бобовые,

рыба), с исключением цельного молока на срок не менее 6 месяцев от начала лечения, ограничение жирной пищи

ПрофилактикаПервичной профилактики целиакии не существует. Вторичная профилактика сводится к соблюдению диеты и ежегодному обследованию у гастроэнтеролога

Список литературы

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. «Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника», Москва 1998, С 315-326.

2. Бельмер С.В. // Целиакия. - Русский медицинский журнал. Том 4, №3. с. 188-190.

3. Буянов В.М., Лукомский Г.И. «Руководство по клинической эндоскопии», Москва 1985

4. Когер О.Х., Уйбо Р.М., Мяки М. // Целиакия у детей с. 81,83,84.

5. Кондакова О.Б. // Клинико-генеалогическое, иммунологическое и морфофункциональное исследование целиакии (диссертация на соискание ученой степени к.м.н.). - Москва, 1999. - с.5-7,9,27,29.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ «КИСЛОВОДСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Руководитель Ягодкина Е. А.
студентка Анисимова Е.

Одной из важнейших составляющих здорового образа жизни является рациональное питание. Студенческая пора очень разнообразна и насыщена, отличается большим перенапряжением нервной системы. Нагрузка, особенно в период сессии, значительно увеличивается. Хроническое недосыпание, нарушение режима дня и отдыха, характера питания и интенсивная информационная нагрузка могут привести к нервно-психологическому

срыву. В компенсации этой негативной ситуации большое значение имеет правильно организованное рациональное питание.

На базе нашего медицинского колледжа работает студенческий исследовательский кружок «Здоровье», работа которого осуществляется по следующей схеме: выбор темы, стратегия и тактика исследований, эксперимент в исследовании, порядок формирования текста исследовательской работы.

Приступая к работе над исследованием питания студентов, мы поставили перед собой цель: выявить основные проблемы в рационе питания студентов Кисловодского медицинского колледжа.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

Исследовать и оценить питание студентов «КМК»

Провести анкетирование

Подсчитать результаты и подвести итоги

Сформулировать рекомендации по организации правильного питания

Кружком «Здоровье» было проведено анонимное анкетирование среди 70 студентов разных возрастных групп: 220м, 100а, 320а. Студентам были выданы бланки с вопросами, после чего были подсчитаны результаты и подведены итоги.

Исследование показало, что студенты, живущие как с родителями, так и живущие самостоятельно, предпочитают употреблять продукты домашнего приготовления. Большая часть студентов из разных возрастных категорий принимают пищу 3-4 раза в день, при этом завтракают примерно 15 человек от общего количества, которые начинают свой день с употребления каши, а вот остальные практически исключили её из своего рациона. Наиболее частое употребление первых блюд наблюдается у студентов в возрасте 17 лет. Студенты колледжа стараются ежедневно принимать первые блюда, но при этом наиболее часто употребляют жареные блюда, не забывая о пользе свежих овощей и фруктов. Студенты стараются заботиться о своем здоровье

и сводят к минимуму употребление газированных напитков и кофе. Большинство участников опроса употребляют пищу за 3 часа до сна.

У половины опрошенных выявлялись проблемы с желудком, в связи с этим были предложены рекомендации по организации правильного питания.

Исходя из диаграмм видно, что более ответственно к своему питанию относятся студенты в возрасте 18-20 лет: они не злоупотребляют жирной или быстро приготовляемой пищей, сократили потребление кофе и газированных напитков, и увеличили потребление первых блюд, т.к. осознают последствия нерационального питания и стараются наиболее тщательно заботиться о своем здоровье.

Беспокоит рост популярности у остальных студентов продуктов питания быстрого приготовления, содержащих в большом количестве различные ароматизаторы, красители. Поэтому неправильное питание становится серьезным фактором риска развития многих заболеваний. К сожалению, статистика показывает резкое увеличение среди молодых людей лиц, страдающих ожирением, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом и т.д. Предотвратить такие заболевания можно, если вести здоровый образ жизни и, в первую очередь, правильно питаться.