

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И
МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ
ВОРОНЕЖСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ**



**Инновационные обучающие технологии
глазами различных специальностей:
от общего к частному**

сборник материалов региональной очно-заочной студенческой
научно-практической конференции (25 апреля 2019 г., г. Воронеж,
БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж»)

ВОРОНЕЖ 2019

Издается по решению методического совета БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж» протокол № 5 от 30.05.2019 г.

ББК 94.3

Инновационные обучающие технологии глазами различных специальностей: от общего к частному: сборник материалов региональной очно-заочной студенческой научно-практической конференции (25 апреля 2019 г., г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж»)/ [Электронный ресурс].- Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж», 2019.-252 с.

25 апреля на базе Воронежского медицинского колледжа состоялась региональная очно - заочная студенческая научно-практическая конференция «Инновационные обучающие технологии глазами различных специальностей: от общего к частному». В конференции приняли участие представители Липецкого, Острогожского, Россошанского, Борисоглебского, Старооскольского, Бутурлиновского колледжей и др.

Редакционная коллегия:

С.И. Селеменова – директор БПОУ ВО «ВБМК», Е.Л. Селивановская – зам. директора по учебной работе БПОУ ВО «ВБМК», Т.Н. Кутепова – зам. директора по воспитательной работе БПОУ ВО «ВБМК», Н.И. Жихарева – заведующая практикой БПОУ ВО «ВБМК», Н.А. Еремина – кандидат биологических наук, методист БПОУ ВО «ВБМК».

Сборник включает в себя тезисы докладов участников региональной очно-заочной студенческой научно-практической конференции. Все работы публикуются в авторской редакции. Авторы несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, ссылок, статистических данных.

© Коллектив авторов, 2019

© Бюджетное профессиональное образовательное учреждение Воронежской области «Воронежский базовый медицинский колледж»

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| Архирейская И. М., Боев Е.А. БИНАРНЫЙ УРОК В СИСТЕМЕ СОВРЕМЕННОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ..... | 8 |
| Базлова Е.Д., Пушкарская О.В. mHealth МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ СМАРТФОНОВ: ОБЕЩАНИЯ И РЕАЛЬНОСТЬ..... | 12 |
| Берлин Е.М. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО- КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА В СВЕТЕ ТРЕБОВАНИЙ СОВРЕМЕННЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ..... | 15 |
| Бредихина Е.С., Михайлова Е.Н. ЗООТЕРАПИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВА СЕДАТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ..... | 21 |
| Василихина А. А., Хмыз Л.В. ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА ИССЛЕДОВАНИЙ..... | 28 |
| Выблова Т. Н. МОТИВИРОВАНИЕ СТУДЕНТОВ НА ЭТАПЕ ВЫБОРА ТЕМЫ ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ..... | 34 |
| Галстян С.К., Осипова С.В. СОВРЕМЕННЫЕ ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ..... | 41 |
| Евсеева Д. С., Антюфеева Т. С. ИКТ - ТЕХНОЛОГИИ ГЛАЗАМИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ И СТУДЕНТА-МЕДИКА..... | 46 |

| | |
|---|-----|
| Емельянова Т.Б., Куприянова Э.В. ПОБЕДИМ РАК ВМЕСТЕ!..... | 53 |
| Иванишина А.А., Куприянова Э.В. ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА..... | 57 |
| Изосимова Е. С., Плотникова Т.А. ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АПТЕЧНОЙ КОСМЕТИКИ..... | 61 |
| Кадацкая Е.С., Лозинская Л.М. БАДЫ: ЗА И ПРОТИВ. АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ ВБМК К БАД-АМ ДЛЯ ПОХУДЕНИЯ..... | 69 |
| Карон И.В. ФАКТОРЫ РИСКА УГРОЗЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. РОЛЬ АКУШЕРКИ В ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ..... | 79 |
| Коробкина Ю.С. АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ЭФФЕКТИВНЫХ ПРИЕМОВ ОБУЧЕНИЯ НА УРОКАХ «ГЕНЕТИКА ЧЕЛОВЕКА С ОСНОВАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ» В БУТУРЛИНОВСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ТЕХНИКУМЕ..... | 85 |
| Костенко О.В. ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ В СЕМЬЕ | 89 |
| Красницкая Н.Н., Воробьева Е.Н. ЗНАЧЕНИЕ ОПТИМИЗАЦИИ РЕЖИМА СНА И БОДРСТВОВАНИЯ СТУДЕНТОВ ДЛЯ АДАПТАЦИИ К УЧЕБНОМУ ПРОЦЕССУ..... | 97 |
| Лукина Е.П., Астанина О.В. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОЛЕЖНЕЙ..... | 103 |

| | |
|--|-----|
| Минаева А.С., Лосева В.А., Хорева Е.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ MS EXCEL ДЛЯ ОБРАБОТКИ И НАГЛЯДНОГО ПРЕДСТАВЛЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ СТАТИСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ (ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫХ ЭКСПЕРИМЕНТОВ, НАБЛЮДЕНИЙ, СОЦИАЛЬНЫХ ОПРОСОВ)..... | 112 |
| Никанорова М.А., Инкерманлы А.Л. ПРОГРЕССИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АКУШЕРСТВЕ – ЭКО.. | 118 |
| Осипова М.А. ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, РЕАЛИЗУЕМЫЕ ПРИ ИЗУЧЕНИИ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ПСИХОЛОГИЯ»..... | 122 |
| Пашкова А.Д., Плотникова И.В. ИННОВАЦИИ БЕЗБОЛЕЗНЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ В СТОМАТОЛОГИИ..... | 126 |
| Полякова Н.А., Довиденко А.А., Комарова О.Н., Хорошева И.Н. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ .. | 136 |
| Полякова Т.А., Козлукова Т.В., Попова Т.И. ИССЛЕДОВАНИЕ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ..... | 148 |
| Попкова Л.А., Молчанова Е.И. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НА СИФИЛИС..... | 155 |
| Родионов В.К., Осадченко Г.В. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ТАБЛЕТОК АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ..... | 162 |
| Сапрыкина И.Е., Рубахина О.Е. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАЗВИТИЯ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ..... | 169 |

| | |
|--|-----|
| Селеменова С.И., Селивановская Е.Л., Мальцева Л.Н., Жихарева Н.И., Еремина Н.А. УПРАВЛЕНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ В ВБМК ПО ФОРМИРОВАНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ | 175 |
| Семагина Е.Е., Григорьева О.Ю. ВЕГЕТАРИАНСТВО..... | 181 |
| Сильченко Н.С., Квасова Я.А., Копаева И.А., Григорьева Л.П., Льяшова Е.В. ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА..... | 189 |
| Ситник Н.С., Бахматова Ю. В. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПЕРСОНАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРА НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ СТАРООСКОЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ПРИ ОСВОЕНИИ ИКТ КОМПЕТЕНЦИЙ НА УРОКАХ ИНФОРМАТИКИ..... | 198 |
| Толокнова М.Г. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОБЛЕМНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ АКТИВИЗАЦИИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА УРОКАХ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА..... | 205 |
| Тюменцева Л.В. ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ПРИМЕРЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ВЕБ-КВЕСТА ПО ФАРМАКОЛОГИИ..... | 213 |
| Фельдман А.Б., Татарина И.В. ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ПЕДАГОГИКА В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ..... | 217 |

| | |
|--|-----|
| Фельдман А.Б., Татарина И.В. ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ..... | 222 |
| Шевцова П.И., Осьминина Г.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОХОНДРОЗА..... | 227 |
| Шляпужникова С.А., Борисова С.В. ФОРМИРОВАНИЕ ИКТ-КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИН, ПМ НА ПРИМЕРЕ ОПЫТА БПОУ ВО «ОСТРОГОЖСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»..... | 234 |
| Юрова М.С., Самойлова Ю.С., Толочкова М.Г. НЕМЕЦКИЕ ПОСЛОВИЦЫ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ..... | 238 |

Архирейская Ирина Михайловна
Боев Евгений Анатольевич
преподаватели
г. Борисоглебск, БПОУ ВО «Борисоглебский медицинский
колледж»

БИНАРНЫЙ УРОК В СИСТЕМЕ СОВРЕМЕННОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Федеральный государственный образовательный стандарт профессионального образования (ФГОС СПО) нового поколения направлен на приобретение обучающимися не только знаний, определенных умений, но и на формирование общих и профессиональных компетенций. Основным методологическим компонентом в решении данной задачи является компетентностный подход, реализация которого предусматривает широкое использование в учебном процессе нестандартных форм проведения уроков. Одним из таких новшеств современной методики является технология интегрированного обучения, в рамках которой наиболее интересны бинарные уроки, основанные на межпредметных связях.

Бинарный урок - это нетрадиционный вид урока, который ведут по определённой теме два или несколько педагогов - предметников. Такие уроки позволяют интегрировать знания из разных областей для решения одной проблемы, дают возможность применять полученные знания на практике, а главное - способствуют формированию коммуникативной компетенции обучающихся, что является важным профессиональным качеством будущего медицинского работника в обеспечении взаимопонимания, доверия в отношениях с пациентами, в установлении контакта с их родственниками, в эффективности решения поставленных задач.

Цель бинарного урока - создать условия мотивированного практического применения знаний, навыков и умений, дать обучающимся возможность увидеть результаты своего труда и получить от него радость и удовлетворение.

Структура интегрированных уроков отличается от классических четкостью, компактностью, сжатостью, логической взаимообусловленностью учебного материала на каждом этапе урока, большой информативной емкостью материала.

Такой вид урока активно используется преподавателями цикловой методической комиссии общих гуманитарных и социально-экономических дисциплин, например, хорошо интегрируются между собой дисциплины «История» и «Литература», «Обществознание» и «История», так как многие темы этих предметов тесно связаны между собой. На наш взгляд, наиболее эффективно проводить бинарный урок при завершении темы, как обобщающее, закрепляющее занятие. Ведь такой урок, систематизирующий знания, формирующий убеждение в связанности предметов и целостности мира, является важным этапом в формировании мировоззрения обучающихся, развитии их мышления.

Обобщая свой опыт по проведению бинарных уроков, мы пришли к выводу, что планировать такие уроки лучше в следующих формах: урок-путешествие, урок-исследование, урок-экскурсия, мультимедиа-урок, проблемный урок.

Отметим положительные стороны бинарного урока:

- развивает сотрудничество педагогов, способствует сплочению педагогического коллектива;

- расширяется кругозор у обучающихся и педагогов;

- интегрирует знания из разных областей;

- способствует формированию у обучающихся убеждения в связности предметов, в целостности мира;

- служит средством повышения мотивации к изучению дисциплин, т. к. создает условия для практического применения знаний;

- развивает у обучающихся навыки самообразования, потому что подготовку к уроку обучающиеся частично могут осуществлять самостоятельно и во внеурочное время;

- развивает аналитические способности;

- обладает огромным воспитательным потенциалом.

Разберем один из своих бинарных уроков и поделимся некоторыми важными моментами, которые стоит учитывать при подготовке и проведении таких уроков.

Тема по литературе - «Отечественная война 1812 года в истории на страницах романа Л.Н. Толстого «Война и мир». Как же происходит подготовка этого урока?

Согласовав между собой темы по литературе и истории, мы поняли целесообразность интеграции, обговорили цели и задачи

нашего урока, наметили итоги и выводы, к которым обучающиеся должны прийти. Мы выбрали, на наш взгляд, наиболее рациональную форму урока, это был урок-исследование.

Являясь одной из форм реализации межпредметных связей и интеграции предметов, бинарный урок имеет целью создание условий мотивированного практического применения знаний, навыков и умений, дает обучающимся возможность увидеть результаты своего труда и получить от него радость. Цели нашего будущего урока были определены сразу: обобщение событий русской истории 1812 г. и освещение их в литературе XIX века.

Интеграция позволила решить важные обучающие задачи, среди которых - обучение работе с текстом, с историческим материалом, формирование навыка исследовательской, поисковой и аналитической работы.

Среди развивающих задач следует отметить развитие умения оценивать исторические события, развитие навыков выборочного чтения, анализа текста, культуры речи.

Воспитательные задачи также оказались крайне важны. Это воспитание чувства патриотизма и уважения к памяти предков на ярких примерах героизма русской армии, приобщение к архивным материалам, литературным и историческим источникам, свидетельствующим о храбрости русских воинов, готовности защищать свою Родину.

На уроке использовались различные педагогические технологии: коммуникативные, личностно-ориентированные, интерактивные. Особенно хочется отметить использование на уроке информационно-коммуникативные технологии: демонстрация видеоролика об Отечественной войне 1812 года позволила обучающимся погрузиться в атмосферу тех времен, сделать проверку группового задания (защита проектов по предложенным преподавателями темам - «Причины, начальный этап Отечественной войны 1812 года», «Формирование ополчения», «Наполеон и Кутузов» (по истории); «Мысль народная» (по литературе)) зрелищной и яркой.

Приведем примеры заданий для обучающихся:

- прокомментировать стихотворные строки Ф. Глинки и А.С. Пушкина:

Вспомним, братцы, россов славу
И пойдем врагов разить!

Защитим свою державу:
Лучше смерть — чем в рабстве жить.
Мы вперед, вперед, ребята,
С богом, верой и штыком!
Вера нам и верность свята:
Победим или умрем! Ф.Глинка
Надменный! кто тебя подвигнул?
Кто обуял твой дивный ум?
Как сердца русских не постигнул
Ты с высоты отважных дум?
Великодушного пожара
Не предузнав, уж ты мечтал,
Что мира вновь мы ждем, как дара;
Но поздно русских разгадал

А.С. Пушкин

- провести сравнительный анализ точек зрения историков и писателей на Отечественную войну 1812 г.;

- ответить на вопросы:

- в чем причины победы России в этой войне, войне против сильнейшего противника - Наполеона Бонапарта?

- насколько сохранена историческая правда в романе «Война и мир» и каковы причины победы русского народа в Отечественной войне 1812 года?

- соотнести исторические факты со строками из романа.

Благодаря интересному материалу, продуманной до мелочей структуре урока, слаженной работе преподавателей урок очень понравился обучающимся.

Урок по литературе «Отечественная война 1812 года в истории на страницах романа Л.Н. Толстого «Война и мир»» стал интегрированным по содержанию и бинарным по форме. Это позволило усилить интеграционный эффект и создать модель учебного взаимодействия не только между обучающимися, но и преподавателями, продемонстрировав таким образом широкий спектр средств и способов коммуникации. Мы с уверенностью готовы сказать: два учителя, два предмета на уроке – это современно, актуально, перспективно.

Список литературы

1. ФГОС СПО по специальности 34.02.01 Сестринское дело.
2. ФГОС СПО по специальности 33.02.01 Фармация.
3. Безрукова В.С. Интеграционные процессы в педагогической теории и практике [Текст] /В.С. Безрукова. Екатеринбург, ПО "Север" 1994. - 152 с.
4. Гузеев В.В. Теория и практика интегральной образовательной технологии [Текст] / В.В. Гузеев. М.: Народное образование, 2001. - 223 с.

Базлова Екатерина Денисовна
г. Россошь, БПОУ ВО «Росошанский медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель Пушкарская О.В.

mHealth МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ СМАРТФОНОВ: ОБЕЩАНИЯ И РЕАЛЬНОСТЬ

Темп нашей жизни и социально-экономические условия в стране заставляют жить современного человека в жёстких условиях постоянного стресса, хронического недосыпания, гиподинамии и перекусов «на бегу». Все это, усугубленное городской экологией, приводит к целому букету различных недугов.

Исследовательская работа посвящена возможностям использования mHealth мобильных приложений для смартфонов в качестве инструмента формирования здорового образа жизни.

Основания для исследовательской работы:

1. Популярность здорового образа жизни.
2. Широкие возможности современных смартфонов.
3. Актуальность mHealth мобильных приложений для новичков желающих заниматься своим здоровьем самостоятельно.
4. Недостаточная осведомлённость в вопросах использования мобильных утилит и помощников в борьбе за здоровье.

Цель работы: определить возможность использования программного обеспечения мобильных устройств для самостоятельного контроля за состоянием здоровья и соблюдением здорового образа жизни.

Задачи:

1. углубить и расширить знания о mHealth – технологиях, изучив и проанализировав интернет ресурсы по данной теме;
2. провести анкетирование среди студентов и преподавателей с целью изучения ориентированности опрашиваемых на здоровый образ жизни и выяснения их потребностей в использовании mHealth мобильных приложений для смартфонов; а также осведомлённости в вопросах применения утилит данного класса в повседневной жизни;
3. провести тестирование наиболее привлекательных для студентов смарт-приложений в заданных условиях;
4. выполнить измерения и расчёты аналогичных показателей и параметров в тех же условиях с использованием стандартных в здравоохранении методик;
5. провести сравнительный анализ полученных результатов;
6. привлечь внимание к преимуществам использования мобильных приложений, побуждающих пользователя к физической активности и здоровому питанию, способствовать их популяризации среди будущих медицинских работников.

Методы исследования: изучение и анализ интернет – ресурсов, опрос и анкетирование, эксперимент, расчёты и измерения, обобщение и сравнительный анализ.

В интернет-источниках и публикациях использование мобильных приложений в борьбе за здоровый образ жизни выглядит простым, привлекательным и оправданным в интересах профилактической медицины. Но насколько им можно доверять с точки зрения медицинского работника?

В рамках исследовательской работы проверку на соответствие между реальными и ожидаемыми результатами прошли: шагомер Runtastic Pedometer, пульсометр Runtastic Heart Rate и калькулятор калорий FatSecret.

Точность измерений шагомера была протестирована при обычной ходьбе и беге; устройство также прошло испытания на лжешаги при движении в автомобиле.

Результаты работы пульсометра подверглись сравнению с серией измерений частот сердечных сокращений, полученных привычной методикой пальпации пульса.

При тестировании калькулятора калорий FatSecret в электронных таблицах Excel выполнены расчёты калорийности

отдельных блюд и всего меню из рациона студентов с использованием таблиц калорийности отдельных продуктов. Результаты вычислений соотнесены с результатами работы мобильного приложения в аналогичных условиях.

Результаты тестирования мобильных приложений показали:

- Результаты, полученные разными инструментальными средствами, часто не совпадают.
- Разница полученных результатов не является существенной для измеряемых величин или параметров.

Выводы:

1. Результаты работы мобильных приложений нельзя назвать точными, но это приложения не являются медицинскими приборами, и их показания нельзя использовать для постановки диагноза или лечения.

2. Работу мобильных приложений шагомера и калькулятора калорий можно оценить как положительную: они стимулирует пользователя к двигательной активности и правильному питанию - важнейшим составляющим здорового образа жизни.

3. Работа мобильного приложения пульсометр информативна и полезна с медицинской точки зрения: она помогает пользователю вовремя отслеживать любые изменения в сосудистой системе.

4. Программное обеспечение мобильных устройств может и должно использоваться для самостоятельного контроля над состоянием здоровья и соблюдением здорового образа жизни.

И так, внедрение в жизнь современных инновационных технологий позволяет каждому человеку самостоятельно следить за состоянием своего здоровья и соблюдением здорового образа жизни, что существенно сокращает основные факторы риска и оказывает положительное влияние на снижение заболеваемости и преждевременной смертности.

Список литературы

1. Гурова А. И., Горлова О.Е. Практикум по общей гигиене Москва, издательство Университета дружбы народов, 1991 – с. 63-74.

2. Лебедев Г.С., Шадеркин И.А., Фомина И.В., Лисненко А.А., Рябков И.В., Качковский С.В., Мелаев Д.В. Эволюция интернет-

технологии в системе здравоохранения. Журнал телемедицины и электронного здравоохранения 2'2017.

3. Лифлянский В. Г., Закревский В.В., Андропова М. Н. Лечебные свойства продуктов. Издательский центр «Терра», 1996 – с. 510 – 514.

4. Никитин П. В., Мурадянц А.А., Шостак Н.А. Мобильное здравоохранение: возможности, проблемы, перспективы. Клиницист 4'2015 том 9 - с.13-21.

5. Трушкина Л.Ю., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М. Гигиена и экология человека Феникс, 2003 .с – 163 -174.

6. Честнов О. П., Бойцов С.А., Куликов А.А., Батурин Д.И. Мобильное здравоохранение: мировой опыт и перспективы. Профилактическая медицина 4' 2014 – с.3 – 9.

Интернет – источники:

7. <https://www.iemag.ru/>

8. <https://www.adme.ru/svoboda-psihologiya/15-besplatnyh-prilozhenij-dlya-zdorovogo-obraza-zhizni-790060/>

9. http://www.diama.ru/sites/default/files/0_materials/vladimirsky_mobile_diagnostic.pdf

10. <https://www.apteka.ua/article/354237>

Берлин Елена Михайловна

преподаватель

г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский

колледж»

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА В СВЕТЕ ТРЕБОВАНИЙ СОВРЕМЕННЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ

В последнее время система образования постоянно претерпевает изменения. Меняются стандарты образования, повышаются требования к уровню и качеству подготовки специалистов. Соответственно и новым условиям меняется и система образования, модернизация которой происходит в первую очередь благодаря применению современных информационных технологий. В связи с этим появилась потребность в новых

методологических подходах, к разработке новейших информационных технологий и информационных технических средств.

Обязательным элементом оснащения образовательного процесса и одним из главных компонентов дидактической среды являются средства обучения. Только с их помощью можно достичь поставленной цели, реализовать намеченное содержание, наполнить обучение познавательной деятельностью.

Главной задачей педагога является необходимость сделать предмет интересным для ученика, показать за правилами и теоремами настоящие живые явления природы. В наши дни обучающие мультимедийные технологии требуют использования в учебных заведениях современных технических средств, которые позволяют разнообразить педагогический, технологический инструментарий учителей, избавляя от рутинной работы.

Разные средства обучения имеют различное назначение и возможности, а также выполняют различные дидактические функции. Комплексность в методическом основании учебно-воспитательного процесса предполагает выбор соответствующих средств обучения с учетом их преимущественных дидактических функций и учебных ситуаций.

Комплексный подход к методическому оснащению учебно-воспитательного процесса требует, чтобы средства обучения обеспечивали обучающую деятельность преподавателя и учебно-познавательную деятельность учащихся, причем на всех этапах учебно-воспитательного процесса: на этапе подачи и восприятия учебного материала, на этапе закрепления и совершенствования знаний и умений, на этапах применения и контроля.

Учебно-воспитательный процесс включает три основные функции: образовательную, воспитательную и развивающую. Комплексность в методическом отношении учебно-воспитательного процесса предполагает реализацию через средства обучения всех функций процесса обучения.

Средства обучения стали не только источником учебной информации, но и инструментом управления познавательной деятельностью школьников. Средства обучения должны содействовать усвоению основ наук, развитию мышления, формированию мировоззрения, воспитанию учащихся в духе нравственности.

В педагогике сегодня нет однозначного определения понятия «средство обучения». Одни авторы применяют его в узком смысле, имея в виду средства-инструменты, служащие достижению общеобразовательных и воспитательных целей обучения. Другие к средствам обучения помимо материальных средств-инструментов относят интеллектуальные средства осуществления мыслительной деятельности, которые дают возможность человеку проводить опосредованное и обобщенное познание объективной действительности. Есть те, кто подразделяют средства обучения на средства учения, которыми пользуется учащийся для усвоения материала и сами средства обучения, т.е. средства, которые использует педагог для создания условий обучения для ученика. А также существуют авторы, рассматривающие средства обучения в широком смысле, они обозначают этим термином все содержание и весь проект обучения и средства-инструменты обучения.

Под средствами обучения понимают разнообразнейшие материалы и орудия учебного процесса, благодаря использованию которых более успешно и за рационально сокращенное время достигаются поставленные цели обучения. Главное дидактическое назначение этих средств – ускорить процесс усвоения учебного материала, приблизить учебный процесс к наиболее эффективным характеристикам.

Особую группу составляют технические средства обучения (ТСО). К этой группе относят средства новых информационных технологий – компьютеры и компьютерные сети, интерактивное видео, средства медиаобразования, учебное оборудование на базе электронной техники и др.

Если рассматривать средства обучения на уроке, то самыми актуальными являются учебные компьютерные программы по теме урока – компьютерная техника как средство обучения обладает огромными возможностями. Благодаря ним однообразные упражнения можно представить в форме увлекательно составленной игры, а тему урока изложить в занимательной форме.

Однако для широкого внедрения компьютеров в учебный процесс существует ряд преград: нехватка программного обеспечения для обучения, высокая стоимость оборудования, неблагоприятное влияние компьютеров на человеческий, а, тем более, юношеский организм. В силу вышеуказанных причин, вопрос о полной компьютеризации процесса обучения не стоит, однако по

отдельным темам и предметам использование компьютерных программ активно расширяется.

Дидактическая сущность технических средств обучения состоит в том, что они позволяют осуществлять разностороннее, комплексное воздействие на учащихся. Применение ТСО пробуждает у учащихся интерес к знаниям, формирует у них внутреннюю учебно-познавательную мотивацию и положительное отношение к предмету. ТСО делятся на три группы: информационные – служат передаче информации от педагога к учащимся, контролирующие – служат определению степени и качества усвоения информации учащимися и обучающие – служат обучению учащихся по определенной программе.

Возможности компьютеров в обучении огромны. Такое универсальное обучающее средство, как персональный компьютер, может быть с успехом использовано на самых различных по содержанию и организации учебных занятиях. В то же время компьютер является традиционным средством обучения с широким использованием, он может помочь активному включению учащегося в учебный процесс, поддерживая интерес и способствуя пониманию и запоминанию учебного материала. Среди задач применения компьютера в обучении присутствует обеспечение обратной связи в процессе обучения и индивидуализации учебного процесса, повышение наглядности учебного процесса, получение информации из самых различных источников, организация коллективной и групповой работы. Обучение строится таким образом, чтобы учащийся понимал, что задачу решает не машина, а он сам, и что только он несет ответственность за последствия принятого решения. Учебные игровые программы способствуют формированию мотивации учения, стимулируют инициативу и творческое мышление студентов, развивают умение совместно действовать и подчинять свои интересы общим целям. Таким образом, компьютер в учебном процессе выполняет несколько функций: служит средством общения, создания проблемных ситуаций, источником информации, способствует контролю за действиями ученика и предоставляет ему новые познавательные возможности.

Что касается использования мультимедийных технологий в образовании, то они являются одними из наиболее перспективных и популярных педагогических информационных технологий.

Современная молодежь осваивает все новые формы общения, используя новейшие технологии. И очередное техническое средство – интерактивный экран, который впитал в себя все функции компьютера, являясь практически его модификацией. Имея мощную память и гибкую обратную связь, интерактивная доска является мягко откликающейся системой, в которой человек может работать обычным образом – как ручкой в тетради. Образовательный процесс становится более гибким. Благодаря удобству использования и большому набору возможностей, интерактивные доски занимают достойное место везде, где необходима демонстрация визуального материала и тесное интерактивное взаимодействие с аудиторией. Вся современная проекционная аппаратура является многофункциональной, предоставляя возможность работы с информацией в различных видах, а не только в цифровом, как у обычных компьютеров. Прежде всего это звуковая и видеоинформация.

Мультимедийные средства обучения прочно вошли в современный учебный процесс. При использовании мультимедиа появляются новые обучающие методики, новая педагогика, новые инструменты. Медиаобразование, интегрированное в учебные предметы, обогащает учебный процесс новыми формами, методами и приемами работы, позволяющими активизировать познавательную деятельность учащихся.

Наличие информационных технологий обучения дает возможность получения образовательных результатов, которые в рамках традиционной образовательной среды недостижимы.

Использование электронных образовательных ресурсов имеет ряд особенностей: 1) повышение мотивации студентов к обучению и самостоятельной учебной активности, благодаря увеличению разнообразия материала и усилению его интерактивности и наглядности; 2) повышение ритмичности занятий, благодаря возможности управления темпом обучения на основе интерактивной мультимедийной составляющей обучения; 3) возможность организации индивидуальных траекторий обучения учащихся; 4) достижение полной индивидуализации обучения: индивидуальная работа на компьютере позволяет настроить оптимальный для каждого учащегося темп работы, определить и отобрать наиболее приемлемые способы представления информации (аудиально, визуально, кинестетический); 5) возможность включения в учебную

работу исследовательской составляющей: учащийся не боится делать ошибки, так как на компьютере он имеет возможность вернуться назад, отменить ошибочный шаг и выполнить его заново правильно, достигнув тем самым педагогической цели – достичь в учебной ситуации правильного решения; 6) реализацию объективности в оценивании учебных достижений на уроке средствами компьютерных диагностических заданий, что снимает у учащегося психологическое напряжение, помогает сформировать чувство критической самооценки выполненной работы; 7) обеспечивается возможность самостоятельной работы при выполнении домашних заданий и подготовке к урокам.

Опыт использования мультимедийных презентаций, различного рода электронных приложений позволяет обеспечить на уроках повышение качества обучения и эффективности подготовки студентов за счет использования имеющихся современных электронных образовательных ресурсов, дает дополнительную мотивацию учащихся и стимулирование их интереса к обучению, повышает мотивацию педагогов использования на занятиях современных электронных образовательных ресурсов, снижает временные затраты при подготовке к занятиям, позволяет реализовать на практике доступность высококачественного обучения за счет использования современных образовательных и информационных технологий. Новые технические и программные средства современных технических средств обучения способствуют реализации индивидуальных образовательных путей в тех ситуациях, когда темп продвижения в предметных областях отдельного учащегося не совпадает с темпом продвижения всего коллектива.

Таким образом, электронные образовательные ресурсы и формируемая на их базе новая информационно-образовательная среда имеют немалый потенциал для повышения качества обучения. Однако он будет реализован в полной мере только в том случае, если обучение будет строиться с ориентацией на инновационную модель, важнейшими характеристиками которой являются личностно ориентированная направленность, установка на развитие творческих способностей обучающихся.

Список литературы

1. Векслер В.А. Содержание и организация обучения взрослых основам информационных технологий в системе дополнительного образования: региональный аспект: дис. канд. пед.наук: 13.00.08. – Комсомольск-на-Амуре, 2009.
2. Глушкова Т.Н. Современные средства обучения студентов. Издательство «Башкортостан», 2017.– 57 с.
3. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования: Ученое пособие для студентов вузов и системы повышения квалификации педагогических кадров/Е.С.Полат, М.Ю.Бухаркина, М.В.Моисеева, А.Е.Петров; Под ред. Е.С. Полат. – М.:Издательский центр «Академия»,2000.– 272 с.
4. Педагогика: учебное пособие/под ред. П.И. Пидкасистого. – М.: Высшее образование, 2008.– 430 с.
5. Технические средства обучения и методика их использования: Учеб. Пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001.– 256 с.
6. Фролов, Илья Николаевич. Методология применения современных технических средств обучения: учебно-методическое пособие / Фролов И. Н., Егоров А. И. – Москва: Акад. Естествознания, 2009 (Пенза: Тип. ИД "Акад. Естествознания"). – 57 с.

Бредихина Екатерина Сергеевна
г. Старый Оскол, ОГАПОУ «Старооскольский медицинский
колледж»

34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель Михайлова Е.Н.

ЗООТЕРАПИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВА СЕДАТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

В настоящее время люди очень часто испытывают стресс, особенно в мегаполисах, поэтому в надежде избавиться от проблем, суеты жизни, многие принимают психотропные препараты, в том числе и студенты ученых заведений, что может привести к отрицательным последствиям.

Зоотерапия – вид лечения, в котором используются настоящие животные или их символы, например, игрушки или рисунки. В специализированных центрах помимо самих животных в процессе лечения участвуют врачи, психологи и социальные работники. Стоит отметить, что при таком типе лечения специалисты используют специально обученных животных, а не питомцев пациента.

Во многих странах созданы специальные организации и центры, в которых проводится зоотерапия. Общение с животными помогает в лечении людей, страдающих физическими или психическими заболеваниями. Благотворное воздействие живых существ на наш организм признано Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

Домашние питомцы – не только полноправные члены многих семей, но и настоящие терапевты. Мало кто знает, что кошки и собаки благотворно влияют на сердечно-сосудистую систему человека, а аквариумные рыбки и попугайчики успокаивают нервы и поднимают настроение.

Факты из истории зоотерапии. Зоотерапия - особый медико-психологический комплекс, осуществляемый при помощи животных, включающий компоненты физиологического и психологического воздействия. Официально зоотерапия как метод была впервые использована в психиатрической больнице «Йорк Ретрит» в Англии в конце XVIII в. Сам же термин *pet therapy* (зоотерапия) впервые употребил американский психиатр Борис Левинсон, когда обнаружил, что его пациенты положительно реагировали на его собаку, которая находилась в приемной во время сеанса лечения. Лечение с помощью животных (зоотерапия или анималтерапия) оформилось как особое направление в медицине в середине 50-х годов XX века. Животные прекрасно чувствуют биополя и различают неуловимые для человека запахи. По сути, наши меньшие братья могут получать информацию на молекулярном и биоэнергетическом уровне. Исследования, проводимые в последнее время, подтверждают целительные способности наших лающих, мяукающих домочадцев, и других видов животных. При продолжительных и регулярных контактах с животными, с помощью зоотерапии можно добиться положительных результатов в лечении многих болезней. Среди них такие как: детский церебральный паралич (ДЦП), олигофрения,

задержка психического развития, наркомания, расстройства сердечно-сосудистой системы, аутизм, гиперактивность, болевой синдром, различные поражения головного и спинного мозга, рак, диабет, посттравматический стресс, депрессия, а также снятие нервного напряжения и просто ежедневного стресса. С помощью зоотерапии можно также бороться с негативными отклонениями в поведении детей и подростков. Основным отличием методов зоотерапии от традиционных методов лечения является то, что пациенты настроены на общение с животным, а не на лечение. Люди переживают сильные положительные эмоции и искренне заинтересованы в продолжении лечения. В отличие от нашего отношения к неприятным, а порой и болезненным процедурам традиционной медицины.

Актуальность исследования. В настоящее время ни один из известных нам видов хобби не приобрел таких грандиозных масштабов, как увлечение домашними животными, которые приносят огромную радость для своих хозяев. Студенты тянутся к взаимодействию с миром природы, что на практике чаще всего сводится к общению с домашними питомцами и животными в целом. Именно поэтому я считаю, что выбранная мной тема очень актуальна, так как будущий медицинский работник должен знать о влиянии зоотерапии на организм человека.

Влияние зоотерапии на организм человека. Понаблюдайте за собой. Когда вы гладите кошку или собаку, что происходит с вами? Вам становится легче общаться с тем, кто находится в этот момент с вами, вы успокаиваетесь, мысли выстраиваются в определенном порядке, неприятные эмоции исчезают. Это наблюдения. А вот с точки зрения физиологии у человека снимается напряжение мышц, улучшается пищеварение, снижается давление, многих приятно клонит в сон.

Почему это происходит? Все животные – биоэнергетики. Они чувствительны к отрицательной энергии, которая исходит от ваших мыслей или ваших больных органов. К тому же они умеют преобразовывать ее в положительную. Поэтому, когда вам плохо, одолевают безрадостные мысли, болит живот или голова, наши верные друзья обязательно реагируют. Прижимаются к больному месту, подтягивают, мурлыкают, воркуют, высушивают языком слезы, смешат, отвлекают.

Существуют даже специализированные центры, в которых «работают» специально обученные животные, не питомцы больного. Кроме прямого общения с животными, в таких центрах используются картинки, игрушки, рассказы о животных, фильмы с их участием и т.д.

При сердечно-сосудистых болезнях. Известно множество историй о том, как кошки спасали людей от сердечного приступа и гипертонического криза. Кошка может даже предупредить о возможном приступе. Владельцы кошек знают, что их любимцы иногда начинают ластиться, когда их хозяин сильно раздражен или находится в напряжении. Английские врачи утверждают, что кошка в доме уменьшает риск повторного инфаркта миокарда. У человека, недавно перенесшего приступ, нормализуются давление и пульс после того, как он в течение нескольких минут погладит любимую кошку.

При стрессе и усталости. Кошки способны снять усталость, стресс, мигрень, понизить давление, нормализовать пульс. Отличными психотерапевтами и невропатологами считаются длинношерстные кошки - сибирские, ангорские, персидские, бирманские, норвежские лесные кошки, которые помогают людям, страдающим бессонницей, раздражительностью, депрессией. При этом цвет кошки тоже влияет на ее целительные способности. С этой точки зрения черные кошки забирают у человека вдвое больше отрицательной энергии, чем кошки других цветов. Рыжие кошки сами отдают положительную энергию. Кошки кремового окраса тонизируют нашу энергетику, ну а серо-голубые - успокаивают. Белые же кошки - непревзойденные лекари по показателям.

Социологический опрос «Влияние зоотерапии на здоровье человека». Исследование проводилось на базе СМК. В ходе проводимого исследования принял участие 50 человек.

Проведя анкетирование, мы получили следующие результаты:

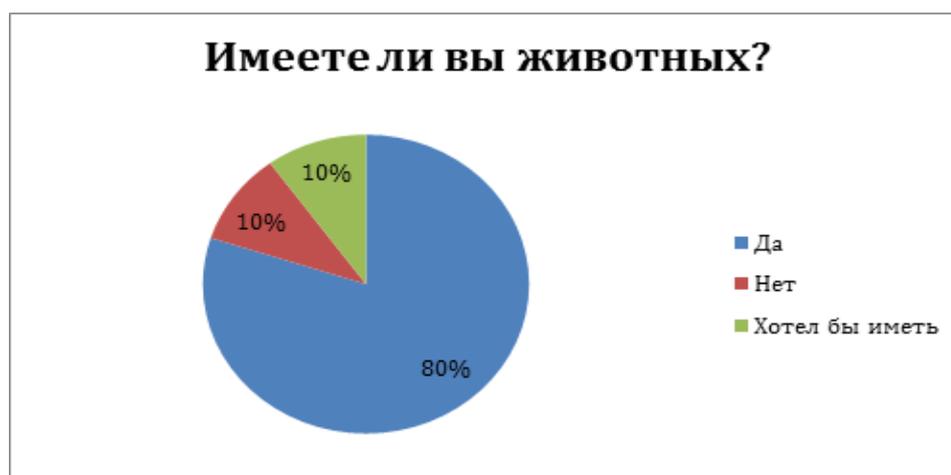


Рис. 1

На вопрос: «Имеете ли вы животных?»
 80% ответили что имеют,
 10% ответили что не имеют,
 10% что хотели бы завести животных.

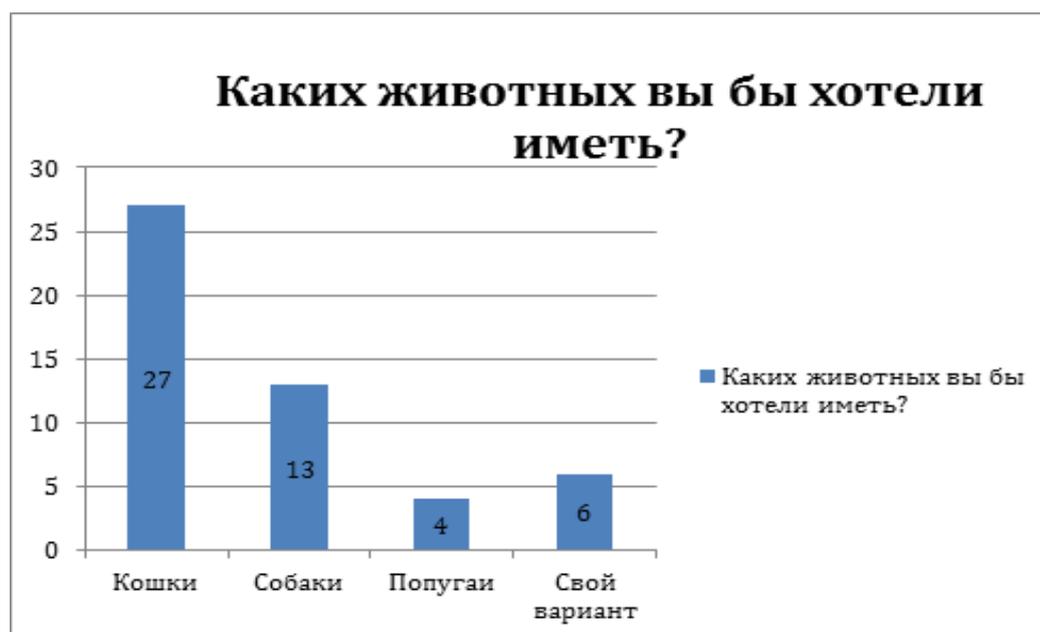


Рис. 2

На вопрос: «Каких животных вы бы хотели иметь?»
 27 человек ответили, что хотели бы завести кошек,
 13 человек ответили, что хотели бы завести собак,
 4 человека ответили, что хотели бы завести попугаев,
 6 человек ответили свой вариант.



Рис. 3

На вопрос: «Знаете ли вы о зоотерапии?»
 50% ответили что знают,
 50% ответили что нет.



Рис. 4

На вопрос: «Как вы оцениваете влияние животных на организм человека?»

50% дали оценку 5,
 26% дали оценку 4,
 12% дали оценку 3,
 12% дали оценку 2.

Таким образом, исходя из всего написанного выше, можно сделать вывод, что зоотерапию можно рассматривать как

самостоятельный и серьёзный метод психотерапии, использующийся давно и получивший довольно широкое применение. Под зоотерапией понимается множество терапевтических методик, характеризующихся использованием множества различных животных (их образов) и направленных на профилактику и лечение конкретных патологий. Это делает зоотерапию очень универсальным и доступным методом.

Успех терапии зависит в первую очередь от профессионализма самого терапевта, от используемого животного (качества его подготовки) и от отношения пациента к конкретному животному.

Лечение животными сегодня обычная и довольно популярная терапия. Стоит лишь добавить, что каждый человек сам интуитивно определяет, какое именно животное больше всего подходит ему в энергетическом плане и выбирает домашнего любимца, чаще всего, руководствуясь подобными чувствами. Но кем бы ни был ваш питомец - огромным догом или золотой рыбкой, влияние биополей хозяина и животного друг на друга принесет только пользу. Нужно помнить, что бережное отношение к животным обязательно доставит радость и вам, и питомцу, а это, в свою очередь, положительно отзовется на состоянии здоровья и настроении. Выбрав вместо таблеток и уколов лечение животными, вы сможете не только справиться со своими недугами, но и весело провести своё время.

Список литературы

1. «Адаптивная (реабилитационная) верховая езда» Учебное пособие университета "Paris-Nord" МККИ, Москва 2015 г.
2. Анцупова И.И. Соколиная охота, - Санкт-Петербург, "Любавич": журнал "Экохроника" N3, 25/09/2017.
3. Анцупова И.И. Анималотерапия - Москва, "Вокруг света": журнал "Вокруг света" N12 (2795) декабрь, 2013.
4. Арушанян З.Л. Как кошка в дом вошла. Начальные этапы формирования подвита кошка домашняя (*Felis silvestris catus*), «Зоопрайс», 2014, №1-2 (часть 1 и 2).
5. Википедия - свободная энциклопедия. <http://ru.wikipedia.org/>
6. Грачев Л.К., Казаченко И.Ю., Роберт И.С. «Об опыте деятельности экологического центра «Живая нить». - М.: НИИ семьи, 2013 г. - 80 с.

7. Гурвич П.Т. «Центр лечения верховой ездой». Журнал «Коневодство и конный спорт» №2 за 2015г. - с.26-27.

8. Иллюстрированная энциклопедия кошек, М.: Олма-Пресс, 2016. ISBN 5-224-02331-9.

9. Лысенко В.И., Загоруйченко И.В., Батозский Ю.К. Использование дельфинотерапии в реабилитации детей// Матер. VI Конгресса педиатров России «Неотложные состояния у детей». - Москва, 2015. -с.177-178.

10. Нестерова Д.В. Кошкотерапия: пушистое лекарство. - М.: РИПОЛ классик, 2016.

11. Русский медицинский журнал. Том 10 №5, 2017, с. 97.

12. Субботин А.В., Л.Л. Рацевская. Лечебная кинология. Теоретические подходы и практическая реализация. - Москва: «Макцентр. Издательство», 2014.

Василихина Алена Александровна
г. Россошь, БПОУ ВО «Россошанский медицинский колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 4 курс
Научный руководитель - преподаватель Хмыз Л.В.

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ, КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА ИССЛЕДОВАНИЙ

Исследования структуры и функции органов человека при помощи специальной аппаратуры называется инструментальными методами исследования.

Они применяются с целью врачебной диагностики. Медицинская сестра проводит подготовку пациента к инструментальным методам исследования, assisteрует врачу, сопровождает (транспортирует) пациента после обследования.

Существует целый ряд способов, позволяющих «рассмотреть» какой-либо орган и оценить его функциональное состояние.

К наиболее широко распространенным сейчас относятся: эндоскопические, рентгенологические, ультразвуковые и радиоизотопные методы исследования. Эти методы составляют группу методик так называемого неразрушающего контроля и широко используются в диагностических целях.

Они отличаются чрезвычайно высокой информативностью, позволяя изучить:

1. анатомические особенности органа
 - его положение,
 - размеры,
 - наличие инородных тел, камней опухолей;
2. исследовать функцию органа.

Во время проведения исследования не нарушается целостность тканей и пациент не испытывает неприятных ощущений.

Цель работы: является изучить особенности роли медицинской сестры при подготовки пациентов к различным инструментальным методам исследования.

Объект исследования: особенности работы медсестры при подготовке пациентов к эндоскопическим методам исследования органов ЖКТ и рентгенологическим методам исследования мочевыделительной системы.

Для изучения работы использовалась медицинская и учебная литература, для выполнения практической части использовались данные исследования на базе БУЗ ВО «Россошанская РБ».

Основные задачи исследования:

1. Изучить медицинскую и учебную литературу о различных методах инструментальных исследований.
2. Проанализировать частоту проводимых инструментальных исследований в БУЗ ВО «Россошанская РБ».
3. Оценить уровень информированности пациентов о рентгенологических и эндоскопических методах исследований.
4. Оценить готовность пациентов соблюдать рекомендации врача и медицинской сестры по подготовке к рентгенологических и эндоскопических методам исследований.
5. Разработать памятки для пациента по подготовке к эндоскопическим и рентгенологическим методами исследования.

Помните!

- Достоверность инструментального исследования зависит от того, насколько правильно и тщательно медицинская сестра подготовила пациента к его проведению.

- Нужно стремиться к пониманию пациентом необходимости предстоящего исследования, важности его для постановки правильного медицинского диагноза.

- Необходимо подчеркнуть безопасность и безболезненность предстоящего исследования, так как зачастую именно чувство страха является причиной отказа пациента от его проведения.

- Медицинская сестра не имеет права сообщать результаты исследования пациенту.

- Рентгенологические исследования сопровождаются воздействием на организм рентгеновскими лучами. Эти виды излучения не всегда безвредны для клеток, органов и тканей.

За первые три месяца 2019 года было проведено 1096 различных рентгенологических исследований: из них обзорная рентгенография и в/в урография органов мочевыделительной системы была проведена 54 пациентам урологического отделения БУЗ ВО «Россошанская РБ».

Для осуществления оценки сестринской деятельности в повышении эффективности инструментальных методов исследования у пациентов с заболеваниями органов мочевого выделения было проведено анкетирование при участии 48 пациентов на базе урологического отделения БУЗ ВО «Россошанская РБ».

После опроса пациентов мы выявили, что большая часть пациентов знают о рентгенологических методах исследования их число составило 53%, не знают 19%, ранее проводилось исследование 28% пациентам.

Проведя беседу с пациентами по поводу основных методов исследования при заболеваниях органов мочевого выделения, было выявлено, что 54% пациента знают или же уже сталкивались с рентгенологическими методами исследования (экскреторная урография, обзорная рентгенография); 42% из них, так же были осведомлены об ультразвуковых исследованиях мочевыделительной системы; 35% показали свои знания о таком исследовании, как магнито-резонансная томография. Самый низкий процент среди показателей составили знания пациентов о радионуклидных методах исследования - 23% опрошенных, и биопсии органов мочевого выделения - 17% опрошенных.

Перед проведением многих инструментальных исследований необходимо позаботиться, чтобы сделать орган более доступным предстоящему исследованию, более «видимым».

Перед рентгеновскими исследованиями органов необходимо убрать «помехи» - скопление газов и каловых масс, затрудняющие поведение исследования. С этой целью используются:

- бесшлаковая диета № 4 в течение 3 дней до исследования;
- приём ферментных препаратов (фестал, мезим) и активированного угля в течение 3 дней до исследования;
- лёгкий ужин не позднее 19.00 накануне исследования;
- постановка очистительной клизмы и газоотводной трубки накануне и в день исследования (но не позднее, чем за 2 часа до него!);
- приём слабительных средств (касторового масла, бисакодила).

В день исследования можно выпить стакан несладкого чая.

Из 48 пациентов, которые были опрошены рекомендации врача по соблюдению безшлаковой диеты соблюдали: 40 пациентов, не соблюдали рекомендации по питанию - 8 пациентов.

Чтобы полученные результаты оказались как можно более достоверными, пациент должен заранее подготовиться к нему и постовая медицинская сестра проводит специальную подготовку. Она следит за тем, чтобы пациент выполнял назначения врача.

Нормально визуализировать процессы, которые происходят в органах мочевыводящей системы, иногда мешают вздутые петли кишечника. Поэтому крайне необходимо заранее очистить его от каловых масс. На слайде представлены снимки, до проведения очистительной клизмы и после клизмы.

Перед рентгенологическим исследованием некоторых органов проводится их контрастирование.

На сегодняшний день в «БУЗ ВО Россашанская РБ», в качестве контрастного вещества применяется триомбраст, который используется для проведения в/в урография или обзорной рентгенографии мочевыделительной системы.

Перед исследованием необходимо проведение пробы на индивидуальную чувствительность пациента к этому контрастному веществу. Она делается, чтобы избежать тяжёлых аллергических реакций во время исследования.

Проба на индивидуальную чувствительность к йодсодержащему контрастному препарату проводится процедурной медсестрой за 1 - 2 дня до исследования. Заключается во в/в медленном введении 1 - 2мл контрастного препарата, разведённого в 10мл изотонического раствора хлорида натрия с последующим наблюдением за пациентом в течение суток. Появление насморка, слезотечения, чихания кожного зуда

повышения температуры, тошноты, рвоты является противопоказанием к предстоящему исследованию

Из 56 пациентов, которым была проведена в/в урография и обзорная рентгенография мы получили следующие данные: рекомендации врача соблюдали - 41 пациент, 9 пациентов не соблюдали диету и 4 пациента отказались от проведения очистительной клизмы накануне исследования.

Немаловажное значение в диагностике многих заболеваний отводится эндоскопическим исследованиям.

Эндоскопические методы исследования - исследование внутренней поверхности полых и трубчатых органов визуально (глазом) с помощью специальных приборов - эндоскопов.

Метод позволяет не только осмотреть орган, но и сделать фотоснимки его отделов, взять для исследования кусочки ткани (прицельная биопсия). Кроме этого, метод используется с лечебной целью, так как через эндоскоп можно удалить инородное тело, полип, ввести в исследуемый орган лекарственное вещество, получить материал для бактериологического исследования.

Всего за 6 месяцев 2018 года было проведено 1815 эндоскопических исследований в отделении функциональной диагностики БУЗ ВО «Россошанская РБ»: из них 1506 исследований - ФГДС, 198 исследований - колоноскопия, 108 исследований - ректосигмоскопия, санационная фибробронхоскопия – 76 исследований.

Соблюдение общих мер предосторожности предотвратит возможность передачи инфекции:

- работа в перчатках обезопасит медицинский персонал от возможного заражения;

- проведение тщательной дезинфекции и стерилизации фиброскопов особым («холодным») способом, специальные методы деконтаминации другой эндоскопической аппаратуры позволят предотвратить передачу инфекции от пациента к пациенту.

Необходимые компоненты подготовки к эндоскопическим методам исследования

1. Психологическая подготовка пациента необходима перед проведением любого исследования:

- пациент должен понимать важность предстоящего исследования для уточнения медицинского диагноза и назначения правильного исследования,

- пациент должен представлять ход предстоящего исследования, субъективные ощущения во время его проведения и объём необходимых предшествующих подготовительных мероприятий,

-пациент должен быть уверен в безболезненности и безопасности предстоящего исследования.

Были опрошены 50 пациентов, которым предстояло выполнить фиброгастродуоденоскопию, колоноскопию, ректосигмоскопию.

Проводилось ли ранее исследование – 43% опрошенных ответили положительно.

Понимают важность и значимость исследования – 25% пациентов.

Знают ход исследования и как подготовиться к процедуре – 35% пациентов.

Уверены в безопасности и безболезненности исследования - 45% пациентов.

Нуждаются в психологической поддержке- 80% обследуемых, что является основной проблемой пациента при проведении эндоскопических исследований.

Помимо дефицита знаний пациентов о методах диагностики заболеваний органов ЖКТ, существует ряд проблем влияющих на выполнение инструментальных исследований у пациентов, которые мы выяснили в результате опроса это:

1) Физиологические (боль, дискомфорт);
2) Социальные (невозможность оплатить исследование, ограничение трудоспособности, дефицит знаний о предстоящем исследовании);

3) Психологические (страх, беспокойство, чувство стыда);

4) Духовные (религиозные мировоззрения).

Опрос выявил, что 15 пациентов из всех опрошенных имеют заниженные знания о методах исследования их заболевания, что значительно осложняет дальнейшее лечение болезни, 28 из числа опрошенных испытывают психологические проблемы, связанные с назначенными диагностическими вмешательствами, такие как чувство страха и беспокойство за своё здоровье, 4 пациента имеют религиозные проблемы, 15 пациентов имеют физиологические проблемы.

В связи с данной причиной особо актуальной становится роль медицинской сестры в правильной подготовке пациента к

инструментальным исследованиям, направленная на повышение эффективности результатов исследований и устранение информационного дефицита пациентов о своём заболевании, методах его диагностики и лечения.

Список литературы

1. Авдиенко В.С., Доронин А.Г., Елисеев В.А. - Большая энциклопедия фельдшера и медсестры, изд-во "Эксмо", 2011г.
2. Елисеева, Ю.Ю. - Справочник медицинской сестры /Ю.Ю. Елисеева [и др.] - Москва: Эксмо, 2014. - 840с.
3. Лычев В.Г., Карманов В.К. - Основы сестринского дела в терапии, Ростов- на- Дону, изд-во "Феникс", 2016г.
4. Попова Ю.С. - Болезни почек и мочевого пузыря. Полная энциклопедия. Диагностика, лечение, профилактика, Изд-во "Крылов", 2016г
5. Склярова Т. А., Обуховец Т.П., Чернова О.В - Основы сестринского дела, учебное пособие, Ростов-на-Дону, Феникс, 2015
6. Справочник врача общей практики / Н.П.Бочков, В.А.Насонова и др.// Под ред. Н.П. Палеева. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2012. – В 2 томах. Т. 1. – 928 с.
7. Тареева И.Н. - Нефрология. Руководство для врачей, изд-во "Медицина", Москва, 2000.

Выблова Татьяна Николаевна
преподаватель

г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж»

МОТИВИРОВАНИЕ СТУДЕНТОВ НА ЭТАПЕ ВЫБОРА ТЕМЫ ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ

Научно-методическими основами организации проектной, исследовательской и иной деятельности обучающихся являются Федеральные государственные образовательные стандарты по специальностям, Требования к оформлению проектных и исследовательских работ (Положение и Методические рекомендации по написанию выпускной квалификационной работы) и Профессиональный стандарт преподавателя профессионального обучения [1, 2, 3, 4].

В соответствии с этим профессиональным стандартом трудовая деятельность преподавателя заключается в консультировании обучающихся на этапах выбора темы, подготовки и оформления, в даче рекомендаций по совершенствованию и доработке текста[4].

Самое важное, преподаватель сам должен знать, как это делается, как выбрать тему с широкими перспективами практического исследования, видеть варианты постановки целей, уметь выбрать интересные задачи. Преподавателю самому должно быть интересно, иначе неминуемо профессиональное выгорание.

Нужно сразу приложить все усилия, чтобы студент был сам максимально мотивирован и мобилизован, чтобы поверил, что выпускная квалификационная работа - это интересно и легко.

С чем может столкнуться руководитель работы? Встречаются такие проблемы:

1. Недостаточная мотивация студента
2. Проблемы выбора темы, объекта и предмета, методов исследования
3. Проблемы постановки задач
4. Проблемы доступа к исследовательской обстановке
5. Проблемы организации выполнения исследования и оформления работы
6. Другие проблемы, связанные с индивидуальными особенностями студента, например, низким уровнем грамотности, недостаточной организованностью и т.д.

Известно, что высокая мотивированность исполнителя является основой успеха в достижении цели [6]. В свою очередь, только чётко сформулированные адекватные задачи проясняют путь к достижению цели исследования. Но если студент не мотивирован, выполнение выпускной квалификационной работы не принесёт ему максимально возможной пользы.

Отсутствие мотивации или недостаточная мотивация не способствуют творческой деятельности студента, являясь тормозом в работе. Всё это не позволяет и преподавателю получить максимальное удовольствие от руководства работой.

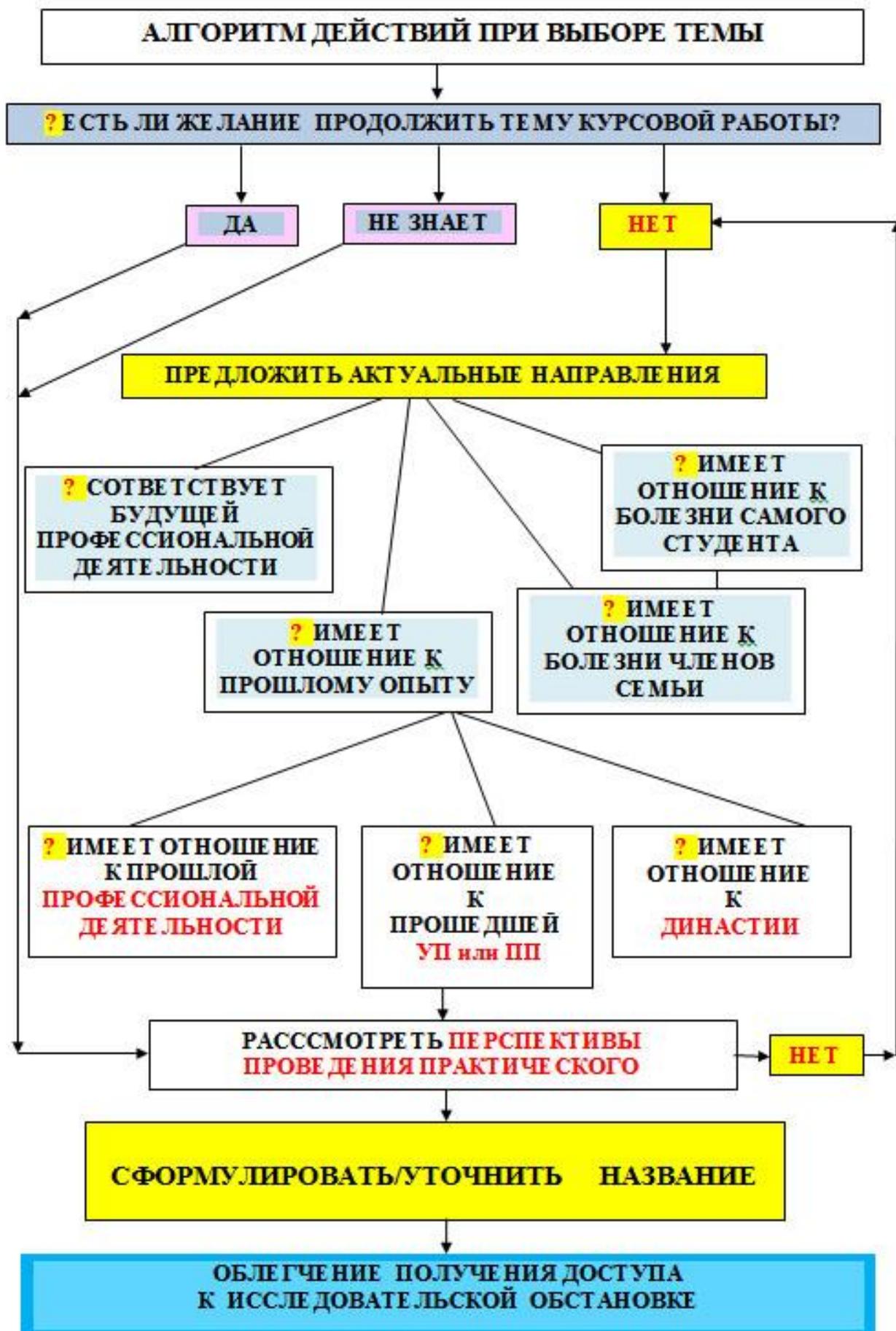


Рис.1 - Схема алгоритма действий при выборе темы работы

Рассмотрим такое направление, как стимулирование мотивации студента на самом начальном этапе, на этапе выбора профиля медицинской помощи и уточнения темы работы.

Некоторые авторы выделяют пять источников проблем (тем) для исследования: опыт, печатные издания, социальные вопросы, теории и идеи, принадлежащие другим людям[6]. Наиболее актуальные темы можно составить, зная направления развития здравоохранения на текущий период. А как из них выбрать самую оптимальную, чтобы студент был мотивирован?

Многую разработан, применяется и предлагается вашему вниманию оригинальный алгоритм действий преподавателя (рис. 1)

Он заключается в том, что последовательно задаваемые студенту вопросы помогают ему осознанно выбрать наиболее оптимальное, наиболее интересные и полезные именно для него направления ВКР, а из них выбрать наиболее доступное для исследования.

Останется только уточнить формулировку с учётом потребностей работодателей и некоторых других параметров.

1) В первую очередь уместно спросить, желает ли студент продолжить исследование по теме его курсовой работы.

При положительном ответе важно определить, имеет ли тема перспективы для актуального практического исследования. Например, тема курсовой работы «Роль детской участковой медсестры в становлении и поддержании лактации» имеет перспективы, т.к. легко найти обширный контингент для наблюдения, анкетирования, интервьюирования, достаточное количество учётных форм (форма 112/у, Паспорт педиатрического участка) для проведения соответствующего анализа. Исследование можно провести не только в детской поликлинике, но и как ретроспективный анализ, в педиатрических отделениях стационаров, где госпитализированы дети с их матерями, у них много свободного времени, что облегчает доступ к исследовательской базе.

Таким образом, когда студент знает, в какой области хочет проводить исследования, проблемы сужаются до уточнения темы ВКР. Если известно, что студент будет трудоустроиваться в нефрологическое отделение, то можно предложить такие темы:

✓ «Исследование организации сестринской помощи в нефрологическом отделении», или

- ✓ «Исследование сестринской помощи пациентам нефрологического отделения», или
- ✓ «Исследование сестринской помощи пациентам с пиелонефритом», или
- ✓ «Исследование роли медсестёр в оказании специализированной помощи пациентам нефрологического отделения», или
- ✓ «Исследование медико-социальных аспектов сестринской помощи пациентам нефрологического отделения» и др.

За такими однотипными, на первый взгляд, названиями могут и должны скрываться немаловажные различия, и зависят они от поставленных целей и задач, от выбора объекта и предмета исследования, а также от методов исследования и т.д.

Другой пример: студент хотел продолжить исследование по теме курсовой работы «Абсцесс лёгкого». Для будущего фельдшера тема может иметь перспективы практического исследования, т.к. архивная медицинская документация содержит достаточно материала для анализа соблюдения принципов лечения таких пациентов. После этого надо будет уточнить формулировку, например «Анализ лечения пациентов с абсцессом лёгкого в торакальном отделении» или «Медико-социальные аспекты лечения пациентов с абсцессом лёгкого». По-другому обстоит дело, если студент-будущий медбрат или медсестра, и для него тема работы должна отражать различные аспекты сестринской помощи. А в медицинской организации невозможно найти одновременно ни 50 пациентов с таким диагнозом, ни 50 сестёр, которые оказывали им помощь, а архивная медицинская документация (форма 003/у) содержит скудные данные о сестринской помощи таким пациентам, следовательно, тема будет не перспективной из-за трудностей в доступе к исследовательской базе.

2) Значит, надо выбрать другую тему, и не обязательно близкую по профилю. В соответствии с предлагаемым алгоритмом нужно задать следующий вопрос:

«Какие темы / область / профиль / направление медицинской помощи тебе близко, интересны?». Когда они названы, нужно определить, имеются ли перспективы для актуального практического исследования.

3) Если студент не имеет предпочтений или не уверен в своих предпочтениях относительно темы выпускной квалификационной

работы, надо выяснить, какое направление может быть для него наиболее актуальным, полезным, интересным, и он будет более мотивирован.

Для этого задаются несколько вопросов:

- ✓ «Где и кем ты будешь работать по специальности?»
- ✓ «В каких отделениях ты проходил учебную или производственную практику, лечился сам или лечились твои родственники, или сам работал до этого?»
- ✓ «У тебя есть дети? чем они болеют?»
- ✓ «Чем ты болеешь? Какова твоя наследственная предрасположенность?»
- ✓ «Чем болеют/болели другие члены твоей семьи?»
- ✓ «В какой области медицины работают твои родственники?»

Скорее всего, окажется, что имеется несколько актуальных направлений, которые будут интересны студенту. Останется разъяснить плюсы и минусы каждого с точки зрения перспективы проведения практического исследования и возможности доступа к базе исследования. Желательно дать какое-то время на раздумья, посоветовать обсудить этот вопрос с близкими людьми, с медработниками из числа родственников.

Например, студентка, будущая медсестра, не определилась ни с темой выпускной квалификационной работы, ни с местом работы по специальности. Выяснилось, что она страдала тяжёлой анемией, а её тётя работала медсестрой эндокринолога в городской поликлинике. Её руководителю осталось разъяснить преимущества в перспективе проведения практического исследования и в облегчении доступа к исследовательской базе в случае, когда тема ВКР связана с работой медсестры эндокринолога, если это твой родственник, и уточнить формулировку темы. Обязательное требование- тема должна соответствовать содержанию одного или нескольких профессиональных модулей [1].

Для определения актуальности темы было решено изучить отчёт медсестры этого кабинета за год, чтобы узнать, каких пациентов на диспансерном учёте в кабинете больше всего. Оказалось, что больных сахарным диабетом 2 типа большинство. Был выбран такой окончательный вариант темы ВКР: «Исследование роли медсестры в диспансерном наблюдении

пациентов с сахарным диабетом 2 типа». Эта тема соответствовала содержанию ПМ 01 и ПМ 02 по специальности «Сестринское дело».

Такие действия при выборе темы ВКР развивают у студента критическое мышление, устанавливают доверительные отношения с руководителем выпускной квалификационной работы, максимально мотивируют студентов, способствуют более эффективной исследовательской деятельности, что не может не способствовать их личному, социальному и профессиональному росту, умению позиционировать себя в обществе [5].

Список литературы

1. ФГОС СПО по специальности 34.02.01 «Сестринское дело». Приказ Минобрнауки РФ №502 от 14 мая 2014г. (с изменениями и дополнениями). М.2014- С. 58. URL: <https://base.garant.ru/70683786>.

2. Положение о ВКР БПОУ ВО «ВБМК». Воронеж, 2018.- С. 2 URL: <http://www.vbmk.vrn.ru/студенту>

3. Методические рекомендации по написанию ВКР. БПОУ ВО «ВБМК». Воронеж.2018 - С. 3-5 URL: <http://www.vbmk.vrn.ru/студенту>

4. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Приказ от 8 сентября 2015 г. N 608н Об утверждении профессионального стандарта «Педагог профессионального обучения, профессионального образования и дополнительного профессионального образования». М.2015- С. 9-10.

RL:http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_186851/2ff7a8c72de3994f30496a0ccbb1ddafdaddf518/

5. Максимова И. Г., Дасько Т. Г. Студенческие исследования в медицинском колледже № 2. ГОУ СПО «Санкт-Петербургский медицинский колледж № 2». С.-Пб.-2018 - С.2. URL: [sbornik.pdf](#)

6. Сестринские исследования в вопросах и ответах. URL:spbmedsestra.narod.ru.

7. Выблова Т.Н., Доронина Е.В. Некоторые аспекты подготовки студентов к выполнению ВКР на этапах обучения по специальности 34.02.01. «Сестринское дело». БОУ СПО ВО «Воронежский базовый медицинский колледж». Воронеж-2015. С. 2-3. URL: <http://www.informio.ru/publications>

Галстян Сусанна Корюновна
г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский
колледж»
31.02.05 Стоматология ортопедическая, 2 курс
Руководитель - преподаватель Осипова С.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ

Стоматология - понятие довольно широкое. На сегодняшний момент в любой стоматологической специальности применение определенных цифровых технологий не то что приветствуется, а является приоритетным. Если мы говорим именно о зуботехническом производстве или о работе врача-ортопеда, то это огромное количество новшеств, технологий и современных материалов.

То есть на сегодняшний момент всё идёт к тому, что специальность зубного техника трансформируется. Цифровые помощники упрощают процесс работы и меняют всю специфику производства.

То же самое можно сказать о враче-ортопеде. В его распоряжении появились современные методы 3D сканирования, диагностики, снятия слепков без использования каких-то силиконовых масс и других материалов. Раньше снимали слепки гипсом. Потом пришли силиконовые массы, альгинатные и так далее. Сейчас на смену аналоговым методам приходят уже специальные внутриротовые сканеры, опять же мы можем наблюдать динамику их развития и модернизации. Если раньше можно было цифровым методом снять какой-то небольшой фрагмент зубного ряда и передать информацию для изготовления в лабораторию, то сейчас с огромной скоростью развиваются такие технологии, как сканеры, внутриротовые камеры. Соответственно уже и объем информации другой, и точность другая. Не нужно использовать никакие дополнительные порошки, спреи, которые позволяют уточнить ту или иную информацию.

Помимо всего виртуальный слепок о состоянии полости рта передается по электронной почте либо через сервер в лабораторию, где в свою очередь стоят специальные программы, позволяющие виртуально смоделировать ту или иную ситуацию в привязке даже к

мягким тканям лица пациента. Например, когда делается 3D фотография лица и сопоставляется уже непосредственно с жевательным органом, мы даже в зоне улыбки можем смоделировать ту или иную виртуально ситуацию и попробовать тот или иной вариант реставрации, который максимально подходит пациенту в конкретном случае.

Технологии, которые позволяют работать с этой информацией - это и 3D принтеры, и специальные станки с числовым управлением, так называемые CAD/CAM технологии.

Первые проявления этой компьютерной технологии относятся к 1808 году, в котором были изобретены первые промышленные станки. В течение последних 150 лет методы ручного производства постепенно замещались механизированными методами, которые с каждым годом становились все сложнее, станки разного назначения объединяли, создавались автоматизированные линии. Преимуществом этих нововведений было не только ускорение производства, но и возможность выпуска более крупными сериями менее дорогих изделий, изготавливаемых почти без дефектов. Первым шагом к управлению механизированным производством и контролю запланированных процедур изготовления товара стало использование так называемых перфокарт. Если команда, подаваемая на рабочее оборудование, закодирована в цифровых величинах, то такую процедуру называют Числовым Управлением (ЧУ). В 1948 году для этих целей был впервые использован компьютер. Управление, осуществляемое командой, поступающей от компьютера, назвали компьютеризированным числовым управлением. За стремительным развитием компьютеров следовала непрерывная адаптация станков к непрерывно растущей мощности программных команд. В результате стали выполнимыми более сложные рабочие операции, поскольку возросло число возможных перемещений рабочего инструмента. Крупные капиталовложения были вознаграждены лучшим качеством изделий, увеличением объемов их выпуска и сокращением затрат времени на изготовление единицы продукции.

Начиная с 1970 года, разработкой технологии CAD/CAM для стоматологии занимались разные исследовательские группы. Сначала эти группы работали независимо друг от друга, и только в середине восьмидесятых все исследователи пришли к общему

пониманию проблем. Основной целью исследований была разработка трехмерной измерительной процедуры для сбора данных о препарировании. Эти данные необходимы для создания штампов, на которых будет сформирована конфигурация будущих протезов, изготавливаемых в дальнейшем по компьютерной программе.

Технология CAD/CAM в стоматологии. Это аббревиатура английских слов computer-aided design - это CAD и CAM – computer-aided manufacturing. То есть дизайн и производство с помощью компьютера. Естественно, эти технологии зародились не в стоматологии, а в других областях. Как это часто бывает, всё хорошее быстро становится популярным, подхватывается и, безусловно, те технологии, о которых мы сейчас говорим, используются не только в стоматологии, но и повсеместно в других областях медицины, производства, индустрии.

Роботизация процесса позволяет постепенно уходить от такого понятия, как «человеческий фактор». Все те методики, которые сейчас используются и в производстве зуботехнической лаборатории, и у врача-ортопеда, работают как единое целое.

В хирургии эти технологии также очень широко используются. Современная методика производства хирургических шаблонов позволяет существенно облегчить хирургу работу и соответствующим образом спланировать положение имплантатов в полости рта в соответствии с костной тканью пациента.

Программа позволяет совместить компьютерную томографию с виртуальной, установить импланты необходимого типоразмера для того, чтобы понимать анатомические особенности и направление. Безусловно, если мы говорим о нижней челюсти, то это расположение нижнечелюстного канала, если мы говорим о верхних челюстях, то точка риска – это гайморовы пазухи. Таким образом мы, исходя из тех особенностей, которые видим по компьютерной томограмме, можем произвести все необходимое планирование. Потом при использовании уже фрезерных станков с числовым управлением или даже при помощи 3D принтера можно напечатать этот шаблон. Хирургу остается только правильно спозиционировать.

CAD/CAM технологии в стоматологии позволяют создать съемные и несъемные модели протезов, а также изделия другой направленности, в частности, хирургические шаблоны. Однако в связи с высокой затратной частью наиболее востребована система CAD/CAM для создания несъемных ортопедических моделей:

коронки из цельной керамики и циркония; мостовидных конструкций; виниров, вкладок; телескопических коронок, требующих повышенной точности в изготовлении; временных коронок, которые должны быть установлены в сжатые сроки.

Технология CAD/CAM широко используется также для изготовления индивидуальных абатментов при имплантации. Спектр применения данной технологии постоянно расширяется, делая ее наиболее перспективным направлением в современной ортопедической стоматологии.

Этапы работы системы CAD/CAM:

Несмотря на такое многообразие, основной принцип работы всех современных стоматологических CAD/CAM-систем остался неизменным с 1980-х годов и состоит из следующих этапов:

1. Сбор данных о рельефе поверхности протезного ложа специальным устройством и преобразование полученной информации в цифровой формат, приемлемый для компьютерной обработки.

2. Построение виртуальной модели будущей конструкции протеза с помощью компьютера и с учетом пожеланий врача (этап CAD).

3. Непосредственное изготовление самого зубного протеза на основе полученных данных с помощью устройства с числовым программным управлением из конструкционных материалов (этап CAM).

Различные стоматологические CAD/CAM-системы отличаются лишь технологическими решениями, используемыми для выполнения этих трех этапов.

К преимуществам систем специалисты относят:

- сжатые сроки изготовления изделия – нет необходимости выполнять процедуру снятия слепка, что позволило провести реставрацию зубной единицы за одно посещение стоматолога. В процессе протезирования рекомендована местная анестезия и только на этапе подготовки органа к предстоящему вживлению конструкции. Исключение составляет установка керамических мостовидных систем цельного типа – их ставят за два посещения;

- возможность увидеть результат заранее на мониторе компьютера. Кроме того, пациент может подобрать оттенок, максимально подходящий по цвету к природным органам и врач выберет детальную форму модели;

- работа под ключ. Использование компьютерных программ и современных инновационных технологий позволило там, где раньше в течение первого визита только ставили пломбу, теперь завершить все манипуляции под ключ. Материал разрешает смешивать керамические элементы в необходимых концентрациях и получить в результате отличную их совместимость, гипоаллергенность и высокие сроки эксплуатации;

- тонкий каркас – не более 0,4 мм, что избавляет от необходимости обтачивать зубы, их лишь слегка шлифуют, создавая шероховатый рельеф, усиливающий сцепление материалов;

- исключение погрешностей. Поскольку в процессе производства детали человеческий фактор задействован по минимуму, следовательно, и вероятность ошибки практически исключена;

- отличие от аналоговых версий, изготовленных ручным способом.

Есть у технологии и свои минусы:

- не каждый вариант протезирования можно выполнить по данному методу, и насколько оправдано применение CAD CAM, врач решает индивидуально;

- в отдельных случаях готовый результат может отличаться от компьютерной версии – системы могут отличаться по цвету и выглядеть не совсем естественно;

- достаточно высокая стоимость услуги, что ограничивает ее применение

- пациентам с низким уровнем достатка.

Как видно, технологии активно внедряются в нашу жизнь и стоматология – не исключение. Технология CAD/CAM хоть и увеличивает стоимость зубного протеза, но при этом делает его более комфортным, удобным и, конечно же, долговечным. На сегодняшний день, оборудование можно встретить во многих прогрессивных стоматологических лабораториях, поэтому у пациента даже будет выбор – где заказать зубной протез и какого стоматолога-ортопеда выбрать.

Евсеева Диана Сергеевна
г. Липецк, ГАПОУ «Липецкий медицинский колледж»
33.02.01 Фармация, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель, к.ф.н, педагог-
психолог Антюфеева Т.С.

ИКТ - ТЕХНОЛОГИИ ГЛАЗАМИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ И СТУДЕНТА-МЕДИКА

Современный человек живет в мире электронной культуры, а структура современного российского образования задает определенные стандарты, одним из которых является информационно-коммуникационная грамотность всех участников образовательного процесса. Прогрессивное развитие общества в век высоких компьютерных технологий особенно выделяет приоритеты информатизации научной, хозяйственно-экономической и образовательной сферы. Реализуемая правительством федеральная целевая программа «Электронная Россия» до 2020 года и программа «Информационное общество» сформировали повышенный интерес к электронным технологиям обучения.

В наши дни образовательное учреждение должно готовить выпускников к жизни в информационном обществе, в котором главными продуктами производства являются информация и знания. При этом одной из главных задач современной системы образования, является создание таких условий, при которых обучающийся мог бы раскрыть свои возможности, подготовиться к жизни в высокотехнологичном мире.

В научной литературе, вопросы информатизации образования и формирования ИКТ-компетенций, освещаются в трудах М.П. Лапчика, Т.А. Лавиной, Л.В. Кочегаровой, С.А. Бешенкова, В.Ф. Бурмакиной, О.А. Козлова, П.К. Петрова, Е.С. Полат, И.В. Роберт и др.

Сегодня информационно-коммуникационные технологии обучения прочно занимают свою нишу в области образования, совершенствуясь, становясь все более эффективными и востребованными. В традиционную схему «учитель-ученик-учебник» вошло еще одно звено - компьютер. Исходя из этого все обучающиеся должны обладать подготовкой, позволяющей им реагировать на изменяющиеся потребности быстроразвивающегося

общества [4]. В этой связи особую роль стали играть ИКТ-компетенции преподавателей и обучающихся.

Определение ИКТ-компетентности вводится на базе определения ИКТ-грамотности. Понятие ИКТ-грамотности определяет, какими же навыками и умениями должен обладать человек, чтобы его можно было назвать грамотным в данном смысле.

ИКТ-компетентность - это уверенное владение учащимися всеми составляющими навыками ИКТ-грамотности для решения возникающих вопросов в учебной и иной деятельности, при этом акцент делается на сформированность обобщенных познавательных, этических и технических навыков.

В процессе реализации образовательной деятельности каждый преподаватель ГАПОУ «ЛМК» имеет целый спектр различных средств ИКТ, например, компьютер (ноутбук), проектор и экран, многофункциональные устройства, открытый доступ в сеть Интернет, возможность воспользоваться в любой момент фотоаппаратом или видеокамерой.

По опросу преподавательского состава ГАПОУ «ЛМК» можно сделать вывод о том, что ИКТ-технологии используются ими на всех типах уроков:

- при изучении новых знаний и формировании новых умений, навыков;
- на практических и лабораторных работах;
- на уроках обобщения и систематизации изученного;
- при контроле и коррекции знаний и умений;
- на комбинированных уроках;
- при реализации внеурочных занятий, классных часов;
- при проведении деловых игр, викторин, конференций.

Ведь, ИКТ-компетентность – уверенное владение всеми составляющими навыками ИКТ-грамотности для решения возникающих вопросов в учебной, образовательной и иной деятельности.

В рамках деятельности психолого-педагогической службы ГАПОУ «ЛМК» ИКТ-технологии так же используются очень активно:

- подготовка материала для проведения консультаций, диагностик;

- ведение отчетности по проведенным диагностикам и консультациям педагогов и обучающихся;
- разработка методических рекомендаций по вопросам социализации, грамотному построению образовательного процесса, преодолению стресса, предотвращению буллинга, скулшутинга и пр.;
- подготовка материалов для участия в различных конкурсах, научно-практических конференциях;
- обработка полученных данных как в формате Word, так и в Excel;
- создание презентация, буклетов, роликов психопросветительского характера.

Исследуя тему влияния ИКТ-технологий на профессиональную деятельность преподавателя можно выделить огромное поле применения компьютерных технологий в образовательном процессе, что безусловно положительно сказывается на качестве образовательного процесса и на эффективности усвоения знаний, умений и навыков обучающимися:

1. Преподаватель может вести учет своих профессиональных достижений, будь то учет грамот, методических или научных разработок и пр.;
2. При помощи ИКТ-технологий преподаватель может проводить индивидуализацию и дифференциацию в организации учебной деятельности;
3. Осуществлять научно-практические исследования, использовать ИКТ-технологии для повышения собственной квалификации;
4. Использовать все доступные инновационные образовательные технологии;
5. Организовывать деятельность по профилактике правонарушений, повышению безопасности в образовательном учреждении;
6. Реализовывать социокультурные проекты, проекты дополнительного образования;
7. Может овладеть методиками создания собственного электронного дидактического материала, справочного материала, в дополнение к учебнику;

8. Осуществлять поурочное календарно-тематическое планирование по каждому курсу, оформлять различные отчеты по предмету;

9. Использовать ИКТ для мониторингов по своему предмету, создавать банк тестовых заданий;

10. Организовывать работу учащихся в рамках сетевых коммуникационных проектов (олимпиады, конкурсы, викторины);

11. Может адаптировать любой материал под особенности своей работы, под программу, в рамках которой работает, под особенности обучающихся.

Современный преподаватель осваивает ИКТ в несколько этапов, которые повышают уровень его профессионализма. В педагогической науке специалисты рассматривают каждый из этапов отдельно. Так первый этап предусматривает освоение информационно-коммуникационных компетенций, связанных с организацией обучения учащихся. Вторым этапом характеризуется формированием педагогических ИКТ-компетентностей, связанных с совершенствованием учебного процесса, в режиме сетевого педагогического взаимодействия. Поднять систему повышения квалификации на новый уровень возможно путем информатизации, которая невозможна без развития ИКТ-компетентности педагога [2]. Модель ИКТ-компетентности существующая в современных стандартах позволяет преподавателю развиваться поступательно, постоянно расширять свои знания и возможности на педагогическом поприще.

Преподаватель становится руководителем, координатором, консультантом к которому обращаются как к авторитетному источнику. При грамотном использовании ИКТ позволяют осуществить принципиально новый подход к обучению и воспитанию обучающегося, который базируется на широком общении, приобретении новых навыков, в том числе и навыков использования компьютерных технологий. Опираясь на собственный опыт ведения дисциплин «Основы философии», «Психология», «Правовое обеспечение профессиональной деятельности», можно отметить, что без использования ИКТ реализация этого процесса была бы крайне сложной, так как не представляется возможным представить обучающимся в полном объеме всю информацию по предмету на бумажном носителе, тогда

как Интернет источники или передача информации на электронном носителе, значительно облегчает этот процесс.

Проблема организации деятельности обучающихся в процессе обучения стала одной из актуальных в современном образовании. В учебном процессе выделяют два вида работы обучающегося: аудиторную и внеаудиторную. Аудиторная работа выполняется студентом на учебном занятии и под непосредственным руководством преподавателя. Внеаудиторная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа, выполняемая во внеаудиторное время по заданию, при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Использование ИКТ при организации деятельности дает ряд преимуществ: - возможность дистанционного обучения и контроля, осуществляемое при помощи компьютеров и телекоммуникационных технологий; - автоматизирует организацию деятельности; - развивает творческий подход к решению поставленных проблем; - формирует информационно-коммуникационные компетенции студентов.

В процессе использования ИКТ у студентов формируются навыки:

1. Критическое осмысление информации;
2. Выделение главного в информационном сообщении;
3. Систематизирование и обобщение материала (подготовка презентаций, разработка проектов);
4. Грамотное представление имеющейся информации (цитирование источники (с соблюдением авторских прав);
5. Критического отношения к информации и избирательности ее восприятия (написание реферата, составление библиографического списка, подготовка к практическим занятиям, решение кейсов с использованием web-браузеров, библиотечных систем, электронных журналов);
6. Анализ результатов деятельности других людей (владение основными исследовательскими методами, анализ литературы, поиск источников информации, сбор и обработка данных, научное объяснение полученных результатов, выдвижение гипотез, методов их решения);
7. Освоение основ правовой культуры в области использования информации (умение воздерживаться от

использования провокационных высказываний по отношению к культуре, расе, этнической принадлежности или полу).

Следует отметить и влияние на уровень ИКТ-компетентности факторов, связанных с поведенческой активностью обучающихся. ИКТ-компетенции позволяют обучающемуся самостоятельно формировать свой взгляд на происходящие в мире события, осознать многие явления и исследовать их с разных с точек зрения.

Методы применения ИКТ в обучении безграничны и с развитием компьютерных технологий их становится все больше. При этом следует обратить внимание, что новые средства обучения позволяют органично сочетать информационно-коммуникативные, личностно-ориентированные технологии с методами творческой и поисковой деятельности

Внедрение информационных технологий позволяет решать ряд прикладных задач по оптимизации учебного процесса, повышению активной роли обучающегося через включение его в различные виды деятельности, развитию его мотивации к образовательной деятельности.

ИКТ-компетентность – это способность использовать информационные и коммуникационные технологии для доступа к информации, для ее поиска, организации, обработки, оценки, а также для продуцирования и передачи или распространения, которая достаточна для того, чтобы успешно жить и трудиться в условиях становящегося информационного общества.

Таким образом, информационно-коммуникационная компетентность представляет собой интегративное качество личности, являющееся результатом отражения процессов отбора, усвоения, переработки, трансформации и генерирования информации в особый тип предметно-специфических знаний, позволяющее вырабатывать, принимать, прогнозировать и реализовывать оптимальные решения в различных сферах деятельности с помощью компьютера, включающее в себя ИКТ-компетенции в области информационных технологий».

ИКТ-технологий на уроках:

- активизирует познавательную деятельность обучающихся;
- повышает мотивацию обучающихся к изучаемому предмету;
- экономит время на объяснение материала;
- позволяет выйти за рамки учебников, дополнить и углубить их содержание;

- позволяет дифференцировать и индивидуализировать работу обучающихся;

В результате изучения всех предметов начинается формирование навыков, необходимых для жизни и работы в современном высокотехнологичном обществе. Обучающиеся приобретут опыт работы с гипермедийными информационными объектами, в которых объединяются текст, наглядно-графические изображения, цифровые данные, неподвижные и движущиеся изображения, звук, ссылки и базы данных и которые могут передаваться как устно, так и с помощью телекоммуникационных технологий.

Выпускники учебных заведений научатся оценивать потребность в дополнительной информации для решения учебных задач и самостоятельной познавательной деятельности, а также критически относиться к информации и к выбору источника информации. Они научатся планировать, проектировать и моделировать процессы в простых учебных и практических ситуациях.

Одним из результатов процесса информатизации стало появление у обучающихся способности использовать современные информационные и коммуникационные технологии для работы с информацией. Эта способность (компетенция) должна обеспечить в дальнейшем возможность успешно продолжать образование в течение всей жизни и подготовиться к выбранной профессиональной деятельности.

Список литературы

1. Федеральный государственный образовательный стандарт основного общего образования.- М. Просвещение, 2011.
2. Агапова Н. В. - Перспективы развития новых технологий обучения. – М.: ТК Велби, 2005 – 247 с.
3. Полат Е.С. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования. - М: Омега-Л, 2004. - 215 с.
4. Советов Б. Я.- Информационные технологии в образовании и общество XXI века. // Информатика и информационные технологии в образовании, 2004, № 5.

Интернет источники:

5. Киричек К.А. Формы использования информационных технологий в системе среднего профессионального образования //:<http://www.eidos.ru/journal/2009/1021-4.htm>

6. Кручинина Г.А. Информационно-коммуникационные технологии в деятельности преподавателя//: <http://pravmisl.ru/>

Емельянова Татьяна Борисовна

г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж»

34.02.01 Сестринское дело, 3курс

Научный руководитель – преподаватель, к.м.н. Куприянова Э.В.

ПОБЕДИМ РАК ВМЕСТЕ!

Ежедневно тысячи людей по всему миру узнают о своем новом и опасном враге – онкологическом заболевании. По данным ВОЗ, статистика заболеваемости раком, значительно ухудшится через 20 лет: число новых случаев возрастет до 20 миллионов, а смертность возрастет до 12 миллионов. Таким образом, каждый 409-й житель России болен раком! 54% больных – это женщины, 46% - мужчины.

Сегодня существует множество различных предположений и гипотез, объясняющих причины возникновения рака, но все они сходятся в одном – в некоторых случаях они возникают по вине самого больного – это не правильный образ жизни (не рациональное питание, ожирение, малоподвижный образ жизни, курение, употребление наркотиков, алкоголя), а также это воздействие внешних неблагоприятных факторов, наследственность, вирусы, депрессия, ослабление иммунитета и т.д.

Общие показатели заболеваемости и смертности в мире возрастают, хотя данные отдельных форм патологии улучшаются за счет усовершенствования диагностики и методов лечения. В большинстве стран по всему миру принята система обязательной регистрации пациентов с новообразованиями, что позволяет провести детальный анализ и достоверную статистику заболеваемости раком. По данным статистики, рак является одной из частых причин смерти: процент смертности от рака достигает 20%. Многие специалисты считают, что через несколько лет злокачественные новообразования станут основной причиной смертности по всему миру.

Цель нашей работы – это повышение эффективности информированности населения о значении ранней диагностики злокачественных новообразований.

Объект исследования – пациенты, посещающие поликлинику для взрослых.

Предмет исследования – особенности организации и обеспечения диагностической и профилактической работы в условиях поликлиники.

Всемирная организация здравоохранения, исходя из показателей 2018 года, сообщает, что каждый пятый мужчина и каждая шестая женщина заболеют раком на каком-либо этапе жизни. Однако некоторые виды рака отступают, а успехи в медицине позволяют продлить жизнь многих людей с онкологическими заболеваниями.

В 2018 году, по оценкам экспертов, врачи продиагностировали более 18 млн новых случаев онкологических заболеваний и около 9,6 млн человек скончались от этой болезни. Есть и более обнадеживающая статистика: число людей, проживших более пяти лет после первичного диагноза, достигло 43,8 млн. То есть медицина, особенно в развитых странах, не стоит на месте. В целом рост заболеваемости связан со старением населения – т.к. вероятность рака увеличивается с возрастом.

Первую тройку самых распространенных онкозаболеваний составляют рак легкого, груди и кишечника. Они же входят в первую пятерку «раков-убийц». В России, например, на первом месте – рак груди, на втором – рак простаты, на третьем – кишечника, и лишь на четвертом – рак легкого. В целом в России в 2018 году поставили более полумиллиона новых диагнозов.

Вице-премьер РФ Татьяна Голикова поведала о предварительных показателях смертности от заболеваний в стране по итогам 2018 года. Наибольшее число случаев летальных исходов от онкозаболеваний оказалось в Курганской, Владимирской, Псковской областях и в городе Севастополь. Распространенность злокачественного заболевания увеличивается в сторону Дальнего Востока с каждым годом. Воронежская область входит в третий десяток.

Правительство России на борьбу с онкозаболеваниями намерено выделить 330 млрд руб. на период 2019-2021 года. Президент РФ Владимир Путин во время прямой линии пообещал,

что на развитие онкоцентров (строительство и переоборудование) до 2024 года правительство должно выделить около одного триллиона рублей.

Онкологи ежегодно регистрируют в Воронежской области около 8 тыс. новых случаев заболевания раком. По словам медиков, вероятность излечения на ранних стадиях достигает 94%. Растущие цифры связаны в первую очередь с развитием профилактики и диспансеризации в Воронежской области – медикам удается выявлять больше случаев на ранней стадии заболевания, отмечают онкологи. Тем не менее ежегодно в регионе от рака умирают около 4 тыс. человек. Примерно пятая их часть нуждается в обезболивании.

На первое место среди всех онкозаболеваний в Воронежской области вышел рак кожи (почти 56 человек на 100 тыс.). На втором месте – рак молочной железы, на третьем – рак легкого. Воронежские врачи отмечают рост случаев бессимптомного рака. Распространенность локализации онкологии у мужчин и женщин различна – это можно увидеть на слайде.

Ежегодно весной в Воронеже стартует месячник борьбы с онкологическими заболеваниями. В этом году также, в рамках реализации Областного межведомственного проекта «Живи долго!», на территории Воронежской области с 1 февраля по 28 февраля 2019 г. прошел Месячник здоровья «Стоп, рак!». В данную акцию включилась и ВГКП № 7, на базе которой и проводилось данное научное исследование.

В рамках акции проводилось анкетирование населения на территории обслуживания поликлиники, с целью определения информированности о рисках развития онкологических заболеваний, их раннего выявления, направление их для дальнейшего обследования. В проведении анкетирования активно принимали участие студенты медколледжа.

Всего за период с 1 по 28 февраля было проанкетировано 1009 человека: 778 (77%) человека на субботнике здоровья и 231 (23%) человек на выездных акциях. Углубленные профилактические и диспансерные осмотры прошли 440 человек. Число обратившихся по результатам акции – 130 человек, что составило 13% от общего количества проанкетированных и 1% (9 человек) - число впервые выявленных случаев онкопатологии за период с 1 по 28 февраля.

На базе поликлиники проводились также скрининговые обследования, с последующим направлением к узким специалистам

(589 человек - 58%); информирование населения по вопросам онкопрофилактики и онконастороженности, по формированию установки на здоровый образ жизни и безопасное поведение - в том числе, посредством проведения школы здоровья на тему «Факторы риска при онкологических заболеваниях» 21 февраля, с участием студентов медколледжа.

Итого в акции участвовало 67% женщин и 33% - мужчин. Из всех опрошенных 8% женщин и 2% мужчин отмечают у себя постоянное повышение температуры тела длительное время; 25% женщин и 6% мужчин ощущают слабость, похудание и потерю аппетита, что, в общем, может быть связано и с другими соматическими заболеваниями; 2% женщин отметили изменения молочной железы, но выделения из сосков молочных желез они не заметили; 12% женщин и 2% мужчин наблюдали у себя увеличение лимфоузлов.

Никто из опрошенных не отметил у себя наличие кровянистых выделений из прямой кишки, влагалища, при кашле, мочеиспускании, рвоте. Почти треть опрошенных женщин (28%) и 4% мужчин указали на имеющиеся у них видоизмененные родинки и эти же пациенты хотели бы показать их врачу. Все опрошенные (100%) регулярно (1 раз в год) проходят флюорографию и маммографию прошли 100% проанкетированных женщин, согласно возрасту.

Официально всемирный день борьбы против рака считается 4 февраля. Впервые Всемирный день борьбы против рака отмечался в 2005 году. Идею выдвинул Международный союз по борьбе с онкологическими заболеваниями. Инициатива, преследуя цель распространения информации о данном недуге, нашла поддержку и начала набирать популярность по всему миру. 20. В 2016 – 2019 гг. Всемирный день борьбы с онкологическими заболеваниями проводится под девизом «Мы можем. Я могу», призывая осмыслить то, что может сделать каждый в борьбе против этой болезни – 21. внести свой вклад в кампанию против рака, сделать свой голос услышанным, просить о помощи, оказывать поддержку, сделать выбор в пользу здорового образа жизни, информировать других.

Как предупредить развитие онкологии:

1. Регулярно проходите обследование. Многие современные методы выявляют рак на самых ранних стадиях, когда он излечим.

Об алгоритме обследований для вашего возраста и состояния здоровья узнайте у участкового врача.

2. Откажитесь от курения. Отказ от десяти сигарет в день уменьшает риск развития рака легких на 27%.

3. Сбросьте лишний вес. В Воронежской области с ожирением связано около 14 случаев гибели от рака и более трех новых случаев злокачественных опухолей ежегодно.

4. Больше двигайтесь. Всего лишь полчаса упражнений каждый день помогают снизить риск рака на 30-50%.

5. Больше растительной пищи и меньше жира. Именно такое питание лучше всего предохраняет от рака. Две трети тарелки каждый раз должны занимать овощи, фрукты, бобовые и цельнозерновые продукты. Самые противоопухолевые продукты – желтые и красные овощи, цитрусовые, киви, капуста и чеснок.

6. Избавьтесь от стресса. Особенно, если вы находитесь в таком состоянии длительное время.

7. Оглянитесь на семью. Были ли злокачественные опухоли у ваших родителей, дедушек, бабушек? Именно так определяется риск развития болезни в вашем случае.

Иванишина Александра Александровна
г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский
колледж»

34.02.01. Сестринское дело, 4 курс

Научный руководитель – преподаватель, к.м.н. Куприянова Э.В.

ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Современное общество сегодня осваивает новые инновационные технологии во всех сферах жизни. Высоквалифицированный преподаватель должен использовать эти технологии в своей практике, которые расширяют рамки образовательного процесса, повышают его практическую направленность, способствуют повышению мотивации обучающихся в образовательном процессе, развитию интеллектуальных, творческих способностей обучающихся, их

умений самостоятельно приобретать новые знания и созданию условия для их успешной самореализации в будущем.

Смысл обучения профессии заключается в том, чтобы выработать у студентов желание учиться, чтобы они были заинтересованы в восприятии, переработке, закреплении и практическом использовании полученных знаний и умений. Каждое занятие должно достигать поставленных преподавателем дидактических целей – это формирование ключевых компетенций. Выполнение этих задач требует создания в учебном заведении условий для внедрения развивающихся педагогических технологий.

В медицинском колледже используются несколько направлений использования информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) в образовательном процессе:

1. Объяснительно-иллюстративное – самое распространенное направление в колледже, так как для наглядности используются муляжи, стенды, схемы, атласы, а также презентации, которые помогают объяснить и систематизировать новый материал. Для реализации данного направления чаще всего применяются средства PowerPoint.

2. Практически-исследовательское направление – когда студенты колледжа готовят рефераты, курсовые работы и в качестве инструмента для проведения самостоятельных исследований они применяют ИКТ, в том числе информационные сети, базы данных и аналитические инструменты, которые помогают закрепить изложенный материал. Большой раздел данного направления – это использование ИКТ в подготовке к выпускной квалификационной работе. Исследования в сестринском деле являются методом получения достоверных данных, позволяющих на их основе осуществлять и совершенствовать профессиональную деятельность. Это систематический процесс изучения клинической или управленческой проблемы, который проводится медицинскими сестрами, с целью получения новой информации для улучшения помощи пациентам и разрешения проблемных ситуаций. Спектр сестринских исследований обширен и способствует отслеживанию достижений сестринской практики и обобщению позитивного опыта проведения исследований с помощью информационного мониторинга и изучение возможности их внедрения в регионе.

Информационно-коммуникационные технологии необходимы и должны быть интегрированы даже в традиционные дисциплины

профессиональной подготовки студентов для формирования соответствующих компетенций.

Так, информационная компетенция включает навыки деятельности по отношению к информации: самостоятельно искать, анализировать и отбирать необходимую информацию, организовывать, преобразовывать, сохранять и передавать ее.

Коммуникативная компетенция - владение приемами профессионального общения с коллегами, установление правильных взаимоотношений с окружающими, которые способствовали бы наиболее эффективному решению профессиональных задач, проявление заинтересованного отношения к ценностям семьи и коллектива.

Таким образом, ИКТ способствуют организации самостоятельной работы студентов, что помогает им освоить использование Интернет-технологий в образовательных целях.

3. Одним из ведущих направлений применения ИКТ является контроль уровня и качества знаний студентов медицинского колледжа. Инструментом в данном случае служат разнообразные тестовые задания, средства создания информационного или творческого проекта. Использование ИКТ позволяет преподавателю в процессе оценивания знаний и компетенций студентов как сэкономить время на занятии, так и применять систему четких однозначных критериев оценки, а также установить сроки сдачи работ. ИКТ также дают возможность студентам восстановить пропущенный программный материал или дополнительно позаниматься по дисциплине индивидуально.

Существует ряд достоинств применения ИКТ в образовательном процессе среднего профессионального учреждения - это:

1. Развивающие:

- помогают развивать информационную компетентность и формировать культуру предоставления и использования информации;

- повышают уровень учебной мотивации обучающихся и интерес к изучаемой дисциплине;

- стимулируют не только проявление познавательной активности студентов, но и совершенствование их психических познавательных процессов (внимание, память, мышление и пр.).

2. Организационные:

- дают возможность более эффективно использовать учебное и рабочее время и ресурсы, в том числе увеличить объем усвоенного учебного материала;

- возможность применения разнообразных форм работы;
- увеличение интенсивности и качества самостоятельной работы студентов;
- расширение информационных потоков;
- повышение качества образования за счет возможности более четко контролировать его результаты.

Необходимо также отметить и недостатки применения ИКТ, такие как:

- снижение роли эмоциональных средств общения;
- отсутствие связи с первоисточниками информации;
- интернет-зависимость;
- снижение мотивации к формированию навыков общения и работы в команде.

Применение ИКТ обладает рядом достоинств, но существуют и недостатки, снизить влияние которых можно за счет сочетания комплекса различных педагогических технологий в образовательном процессе. ИКТ на сегодняшний день являются неотъемлемой частью современного образовательного процесса, которые требуют от преподавателя наличия знаний и компетенций, необходимых в этой сфере.

Основная задача современного профессионального учебного заведения – это воспитание поколения грамотных, думающих, умеющих самостоятельно получать знания специалистов, формирование у них умения предложить себя на рынке труда, способности в любой период времени и в разных ситуациях оптимально, гибко и эффективно решать возникающие проблемы.

Владение информационно-коммуникационными технологиями в современной среде студентов, которые формируются, в том числе и на занятиях - это путевка в большую профессиональную жизнь, обеспечение конкурентоспособности и востребованности выпускников.

Список литературы

1. Гренов Г.С., Семенова О.А. Формирование конкурентоспособности выпускников профессионального

колледжа. Журнал «Научные исследования в образовании». – 2011.- № 1. – с. 12-15;

2. Дедуль Т.Б. Применение ИКТ при проведении учебных занятий в ГОУ НПО и СПО // Электронный журнал Экстернат.РФ Опубликовано 06.10.2014 (<http://ext.spb.ru/2011-03-29-09-03-14/77-management-educational-institution/6106-2014-10-06-12-04-52.pdf>);

3. Степина С.И. Применение ИКТ в учебном процессе. – презентация. - Опубликовано 05.02.2015 (<http://nsportal.ru/npro-spo/obrazovanie-i-pedagogika/library/2015/02/05/prezentatsiya-primenenie-ikt-v-uchebnom>).

Изосимова Елизавета Сергеевна

г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж»

33.02.01 Фармация, 3 курс

Научный руководитель - преподаватель, к.б.н., Плотникова Т.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АПТЕЧНОЙ КОСМЕТИКИ

В аптеке сегодня можно купить не только лекарственные препараты, но и приобрести товары для красоты и здоровья кожи. Для фармацевтов такая продукция – палочка-выручалочка, которая помогает выполнить планы продаж, вызывает широкий интерес у потребителей и исследователей. Выбор косметических средств в аптеках велик, поэтому важно консультировать покупателей правильно. Достижения косметической и фармацевтической промышленности привели к появлению аптечной косметики или космецевтики (от слияния слов «косметика» и «фармация»). Несмотря на то, что ее название как категории аптечных товаров не закреплено законодательно, требования к ней достаточно точны:

1) как косметическая продукция, она должна очищать, увлажнять, питать, защищать кожу;

2) как аптечная продукция, она должна быть безопасной, с быстрым и долговременным эффектом, обладать микробиологической чистотой и в идеале – пройти клинические исследования.

Многие известные компании привлекают к созданию своей продукции разных специалистов – фармакологов, дерматологов,

аллергологов, педиатров. Их цель – создание новой уникальной формулы и разработка тестов для оценки эффективности и безопасности. А отсутствие необходимости регистрировать товары аптечной косметики как лекарственный препарат позволяет быстро вывести их на фармацевтический рынок и начать продвигать. Потребителю предлагают гипоаллергенную косметику, без искусственных ароматизаторов, парабенов, красителей и консервантов. Все это позволяет использовать ее даже у младенцев, и у людей с особо чувствительной, проблемной кожей.

В состав косметики входят высокоактивные компоненты природного происхождения – керамиды, хитозан, бета-глюкан, водоросли, которые вмешиваются в работу клеток кожи, а значит подбирать и продавать такие товары должен специалист, сотрудник аптек, фармацевт или провизор. Все вышеизложенное и определило цель, а также, направление настоящего исследования.

Косметические средства можно классифицировать по цене, назначению, каналам продвижения. Согласно Распоряжению правительства РФ от 27.10.2018 г. № 2322-р [4] обязательные виды данной продукции можно представить в виде таблицы (см. таблицу 1).

По типам все косметические средства, представленные сегодня на фармацевтическом рынке, можно разделить на 3 более удобных для потребителя группы:

- косметика «mass market» брендов Garnier, Nivea;
- лечебная (активная) косметика;
- селективная косметика;

Активная косметика помимо решения эстетических задач обладает также и лечебным эффектом. По данным розничного аудита компании DSM Group, сегмент лечебной косметики по итогам 2018 года занимает 49% рынка в рублях и обеспечивает рост объема реализации аптечных косметических средств.

Основную долю в продажах данной группы ассортимента занимают позиции, используемые при растяжениях, ушибах, заболеваниях суставов воспалительного характера (12,3%), различных повреждениях и заболеваниях кожи – трещинах, ссадинах, порезах и ожогах (8,8%), средства для склонной к аллергическим реакциям кожи (8,2%) [2].

Таблица 1 – Классификация косметических средств

| Наименование парфюмерно-косметической продукции и средств личной гигиены | Максимальный объем упаковки, мл |
|---|--|
| Духи, вода туалетная, одеколоны | 150 |
| Средства для макияжа губ и глаз | 250 |
| Средства для маникюра или педикюра | 250 |
| Средства для ухода за кожей, макияжа или защитные средства для кожи (вкл. солнцезащитные и для загара), не вкл. в др. группировки | 250 |
| Шампуни, лаки для волос, средства для завивки или распрямления волос | 500 |
| Лосьоны и прочие средства для волос, не вкл. в другие группировки | 500 |
| Пасты зубные | 300 |
| Пасты фиксирующие и порошки для зубных протезов | 300 |
| Средства гигиены полости рта и зубов прочие | 300 |
| Средства для бритья | 250 |
| Дезодоранты и антиперспиранты | 250 |
| Средства парфюмерные, косметические и туалетные средства прочие, не включенные в другие группировки | 250 |

Селективная (премиум и люкс класс) косметика – это элитная, престижная косметика, в которой более часто появляются косметические линии, предназначенные для определенных состояний кожи или волос. В основном, это дорогая продукция (ориентировочно от 800 руб. за упаковку) и продается по большей части только в аптеках.

Самой востребованной продукцией в группе косметических средств сегодня является многофункциональная. Это не удивительно, так как в структуре универсальных косметических средств более половины рынка занимают бренды лечебной косметики. Средства для ног, а также средства для волос и кожи

головы показали наибольший прирост среди всех групп косметики [2]. На ТОП-10 брендов приходится 28% продаж категории активной (лечебной) косметики (таблица 2).

При производстве лечебно-косметических средств используют биологически активные вещества растительного, животного и минерального происхождения, которые влияют или только на поверхность кожи, или способны проникать в глубинные слои кожи [1]:

- Органические кислоты - гликолевая, лимонная, яблочная, винная, виноградная стимулируют обновление глубоко лежащих клеток, разглаживаю мелкие морщины, осветляю пигментные пятна, увеличивают упругость и эластичность кожи.

Таблица 2 – ТОП-10 брендов аптечной косметики

| Номер в рейтинге | Изменение в рейтинге | Бренд | Доля в руб., 2018 г. | Прирост к 2017 г. |
|------------------|----------------------|----------------|----------------------|-------------------|
| 1 | - | ЛОШАДИНАЯ СИЛА | 5,5% | -6,4% |
| 2 | +1 | ЛАСТАСУД | 3,5% | +18,5% |
| 3 | -1 | АЛЕРАНА | 3,2% | -7,6% |
| 4 | +2 | ЭМОЛИУМ | 2,5% | +1,7% |
| 5 | - | 911 | 2,4% | -1,1% |
| 6 | -2 | DRY DRY | 2,4% | -4,2% |
| 7 | +1 | БОРО ПЛЮС | 2,3% | +2,7% |
| 8 | -1 | СОФЬЯ | 2,1% | -12,6% |
| 9 | - | МИКОСТОП | 2,1% | +11,1% |
| 10 | +8 | ПЕДИКУЛЕН | 1,6% | +45,2% |

- Эфирные масла оказывают вяжущее, бактерицидное, противовоспалительное и ранозаживляющее действие.

- Жирные растительные масла (миндальное, оливковое, касторовое, кукурузное) предохраняют кожу от высыхания, делают её эластичной, мягкой и упругой, защищают от пыли, холода, солнечных лучей, а также являются единственным средством, с помощью которого в глубокие слои кожи проникают необходимые активные вещества.

- Фитонциды - обладают антимикробными свойствами, при наружном применении действуют как дезинфицирующее средство.

- Дубильные вещества тонизируют кожу, успокаивают раздражение. Полезны при жирной себорее лица, угревой и широкопористой коже, применяются для укрепления волос, при потливости.

- Пектиновые вещества (пектины) - способствуют заживлению ран, трещин, ослабляют воспалительные процессы, омолаживают и освежают кожу.

- Сапонины обладают высокой биологической активностью, используются в качестве средств, стимулирующих рост волос.

Лекарственные средства в составе активной аптечной косметики находят свое применение [1]:

1. Бензойная кислота оказывает фунгицидное и антисептическое действие. Применяется наружно в спиртовых растворах для шелушения кожи с целью удаления веснушек.

2. Борная кислота обладает бактериостатическим и противовосполительным действием. Обезвоживая эпидермис, оказывает кератопластическое действие, не раздражая ткани.

3. Гипосульфит натрия в комбинации с соляной кислотой с успехом используется в косметологии при жирной себорее волосистой части головы, угревой сыпи, при шаровидных угрях.

4. Деготь оказывает кератопластическое, противовосполительное, антипаразитарное, антисептическое, высушивающее, противозудное действие, способствует рассасыванию инфильтрата.

5. Резорцин в 1-2 % концентрации оказывает выраженное антисептическое, противовосполительное, антисеборейное, кератопластическое и эпителизирующее действие. В концентрации 15-50% резорцин, высушивая роговой слой, является малоболезненным средством для глубокого отшелушивания кожи и применяется при лечении вульгарных угрей, гиперпигментации.

6. Тимол оказывает дезинфицирующее, противогрибковое, противогнилостное и зудоутоляющее действие.

7. Квасцы калийные в виде насыщенного водного раствора применяются в качестве вяжущего, кровоостанавливающего и слабо дезинфицирующего средства при повышенной потливости, жирной себорее лица, особенно при начинающемся увядании кожи.

8. Перекись водорода легко распадается на воду и кислород, оказывая обеззараживающее и дезодорирующее действие. Широко используется как кровоостанавливающее, отбеливающее средство.

9. Бура (тетраборат натрия). Является нежной щелочью, омыляет жиры, размягчает эпидермис, поэтому рекомендуется для умывания лица при жирной коже и для обесцвечивания пигментации.

10. Оксид цинка - при нанесении на пораженную поверхность кожи уменьшает выраженность экссудативных процессов, устраняет местные проявления воспаления и раздражения; обладает адсорбирующим действием, образует защитное покрытие на коже, которое уменьшает воздействие на нее раздражающих факторов.

11. Декспантенол - при местном применении быстро абсорбируется и превращается в пантотеновую кислоту, связывается с белками плазмы. Стимулирует регенерацию кожи.

12. Витамины А, Е - стимулируют эпителизацию, предотвращают избыточное ороговение эпителия, обладают антиоксидантной активностью, участвуют в процессах тканевого метаболизма.

Особенности маркировки парфюмерно-косметической продукции связаны с обязательным соблюдением требований Технических регламентов таможенного союза 005/2011 и 009/2011. Так, на упаковке должна содержаться следующая информация (извлечения): предупреждение об использовании для детей, список ингредиентов, знак Таможенного союза (ТС), баночка с цифрами о сроке использования после вскрытия (песочные часы с датой), графическое изображение руки на открытой книге (есть дополнительная информация о продукции), знак утилизации или петля Мебиуса, значок, изображающий зеркало и расческу, символ в виде зайчика – значит то, что средство не проходило тесты на животных.

Сравнительный анализ рассматриваемой ассортиментной группы аптечных товаров на примере одной из розничных аптек г.

Воронежа показал, что на ТОП-5 брендов лечебной косметики приходится 21,7% от объемов продаж лидирующей категории активной косметики.

При этом установлено, что 11% продаж приходится на косметику бренда 911 (табл. 3). То, что марка 911 занимает лидирующую позицию, объясняется доступностью средств для потребителей, то есть их низкой ценовой категорией, а также, универсальностью применения. В данной линейке можно найти тонизирующие, разогревающие, противогрибковые, заживляющие средства. Средства для тела, волос, ног, лица. Следующую строчку в рейтинге занимает продукция марки Софья. Данная марка имеет достаточно низкий ценовой сегмент и различные направления применения - для лечения суставов, повреждений ног.

Третье место занимает общероссийский лидер, бренд Лошадиная сила, имеющий высокую цену, но обширное применение – средства для волос, для ног, для тела, универсальные средства. Лактацид, как бренд-лидер среди средств для интимной гигиены, занимает 4 мест в рейтинге. И на 5 месте находится универсальное средство под брендом Спецмазь, которое успокаивает боль, снимает воспаления, оказывает антисептическое, обеззараживающее, бактерицидное действие, способствует заживлению тканей при различных повреждениях кожи, Спецмазь крем-бальзам стимулирует активное восстановление поврежденных волокон и способствует снятию боли и ликвидации отёков, укорачивает реабилитационный период при травмах. Спецмазь крем-бальзам высокоэффективен при «ноющих» болях в суставах, при «прострелах» в спине [3].

Лечебно-косметические средства заняли промежуточное место между лекарствами и декоративной косметикой. Потребитель действительно считает, что они помогают. Десятки лабораторий занимаются изучением различных источников, чтобы в итоге они принесли пользу.

В последние годы происходит популяризация натуральных источников, и ради этого целый мир обернулся лицом к природе, пытаясь понять, из чего можно создать то, чем можно лечить и чем можно попытаться сделать человека красивее. Погоня за красотой продолжается сотни и сотни лет, и человек в ней не знает усталости, но главное, чтобы он не забыл, что такое настоящая красота.

Таблица 3 - Объемы продаж лечебной косметики в аптеке
г. Воронеж

| Номер в рейтинге по России | Номер в рейтинге г.Воронеж | Название бренда | Объем продаж, % | Средняя цена, руб. | Состав Применение |
|----------------------------|----------------------------|-----------------|-----------------|--------------------|---|
| 5 | 1 | 911 | 11,3% | 82 руб. | борная, салици-ловая к-ты, цинк, ментол, камфора, троксерутин, Д-пантенол, хондроитин, глюкозамин, селена дисульфид Универсальное средство |
| 8 | 2 | Софья | 4,8% | 155 руб. | экстракт медицинской пиявки, мочевины, салициловая к-та, воск пчелиный, бишофит, мумие Заболевания суставов Повреждения кожи ног |
| 1 | 3 | Лошадиная сила | 2,5% | 553 руб. | кетоконазол, лимонная кислота, камфора, ментол Профилактика и лечение перхоти Комплексная терапия варикоза при простуде |
| 2 | 4 | Lactacyd | 1,8% | 225 руб. | токоферол, бисаболол, экстракт календулы Профилактика грибковых заболеваний |
| - | 5 | Спецмазь | 1,3% | 70 руб. | мумие, муравьиный спирт Универсальное средство |

Список литературы

1. База данных лекарственных средств и товаров медицинского назначения. Справочник «Энциклопедия лекарств». Регистр лекарственных средств России [Электронный ресурс]: <https://www.rlsnet.ru/> (дата обращения 10.04.2019 г.)
2. Маркетинговое агентство DSM Group [Электронный ресурс]: <https://www.dsm.ru/> (дата обращения 10.04.2019 г.)
3. Официальные сайты производителей лечебной косметики [Электронный ресурс]: <http://horseforce.ru/>, <http://lactacyd.ru/>, <https://alerana.ru/>, <http://twinstec.ru/>
4. Распоряжение правительства РФ от 27.10.2018 № 2322-Р "Об утверждении перечней парфюмерно-косметической продукции..." [Электронный ресурс]: <http://rulaws.ru/government/Rasporyazhenie-Pravitelstva-RF-ot-27.10.2018-N-2322-r/>

Кадацкая Елизавета Сергеевна
г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский
колледж»
33.02.01 Фармация, 3 курс
Научный руководитель - преподаватель Лозинская Л.М.

БАДЫ: ЗА И ПРОТИВ. АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ ВБМК К БАД-АМ ДЛЯ ПОХУДЕНИЯ

В настоящее время проблема избыточного веса стоит очень остро во всём мире. Всемирная ассоциация здравоохранения назвала ожирение эпидемией XXI в. Ожирением страдают 7 % населения земного шара.

По данным ВОЗ, в странах Европы, включая Россию, около 50 % населения имеет избыточную массу тела, а 30 % - явное ожирение. Студентов нашего колледжа также волнует данная проблема. По данным проведенного нами опроса 34% опрошенных студентов не довольны своим весом. При этом надо заметить, что среди них нет лиц, страдающих явным ожирением. Желание молодых людей следить за своим весом объясняется прежде всего стремлением хорошо выглядеть.

По утверждению специалистов, здоровье людей на 12% зависит от уровня здравоохранения, на 18% - от генетической предрасположенности, а на 70% - от образа жизни, важнейшим

слагаемым которого является питание. Рацион человека должен содержать более 600 различных веществ, однако, сбалансированный рацион по всем пищевым веществам могут себе позволить далеко не все. Тогда люди обращают взор к биологически активным добавкам и специализированным пищевым продуктам [1].

Культура потребления биологически активных добавок у россиян только зарождается. И к БАД-ам в нашей стране относятся весьма настороженно. В этом виноваты, прежде всего, недоброкачественные производители. Медики не устают повторять, что и лекарства, и БАД нужно покупать от хорошего проверенного производителя, который существует на рынке не один год, и предварительно посоветоваться со специалистом.

В ходе опроса студентов нашего колледжа выявлено, что практически все слышали о биологически активных добавках, однако у 15% знания явно недостаточные. и они не смогли ответить на вопрос «являются ли БАД-ы лекарствами?»

Итак, что же такое БАД-ы?

БАД - это композиции биологически активных веществ, предназначенных для непосредственного приёма с пищей или введения в состав пищевых продуктов. БАД-ы могут сделать всего две вещи. Первое - восполнить нехватку тех полезных веществ, которые мы недополучаем из пищи. Второе - стать средством профилактики нарушений некоторых функций организма. Но лечить болезни они не могут!

Препараты для коррекции фигуры составляют лишь небольшой сегмент рынка биологически активных добавок и широко распространены в настоящее время – им отдают предпочтение женщины и мужчины разных возрастов, стремящиеся не только к потере веса, но и к очищению организма. Перечислим положительные факторы применения БАД для похудения:

1. Во время диеты уменьшается приток к организму естественных полезных веществ. С этим успешно справляются БАД. Правильно сбалансированный препарат даст организму достаточное количество важных микроэлементов и витаминов.

2. При приеме биодобавок происходит нормализация обмена веществ.

3. Улучшается работа внутренних органов, особенно печени и почек. С помощью данных добавок ускоряется выделение жира и шлаков, поддерживается необходимый водный баланс.

4. Многие БАД-ы содержат адаптогены, которые помогают поддерживать жизненные силы человека и общий тонус организма.

5. Некоторые БАД-ы содержат фитоэстрогены. Они полезны женщинам, имеющим проблемы с гормональным фоном, и помогают наладить гормональный баланс [2].

Рассмотрим основные виды добавок для похудения: 1. Регуляторы чувства голода. Такие препараты притупляют аппетит, благодаря чему человек сокращает свои порции. Однако употреблять их можно не всем: они противопоказаны детям до 14 лет, больным с артериальной гипертензией и сахарным диабетом.

К добавкам, снижающим аппетит, относится Гарциния форте. Экстракт гарцинии содержит гидроксимилимонную кислоту, которая угнетает аппетит. Препарат также содержит витамин С и ламинарию. При повышенной физической активности процесс сжигания жиров происходит более стремительно. Иногда может вызывать тошноту, рвоту, диарею.

2. Препараты, содержащие кофеиноподобные вещества. Такие вещества содержатся в кофе, черном и зеленом чае. Их задача состоит в том, чтобы снизить синтез жировой ткани и повысить расход энергии. Активными компонентами кофе в отношении снижения веса являются кофеин и хлорогеновая кислота. Она способствует ускоренному преобразованию жировых запасов в энергию. Поэтому при употреблении кофе лучше добавлять в режим физические нагрузки для интенсивного похудения. Также кофеин действует как мочегонное средство и может привести к снижению общего веса за счет снижения количества жидкости.

В аптеках г. Воронежа данная группа представлена достаточно широко.

Это добавки сложного состава отечественной фирмы «Эвалар»: Турбослим Кофе, Турбослим Чай, Турбослим Фитнес и другие, а также препараты известных европейских фирм (Берлин-Хеми и Натур Продукт), такие как Элавия, Вита Плант чай, Кофе для похудения «Капучино». В состав данных препаратов входят различные лекарственные растения, в том числе мочегонного, желчегонного и слабительного действия, поэтому длительно их применять не рекомендуется. Такие добавки применяют в течение 10-14 дней.

3. Витаминно-минеральные комплексы. Их необходимо применять на фоне низкокалорийной диеты, т.к. при таком режиме

питания уже на второй неделе отмечается существенное снижение витаминов в организме. Для коррекции массы тела особенно ценным является хром. Он благоприятно влияет на выработку инсулина, способствует поддержанию стабильного уровня сахара в крови и снижает образование из него жира.

4. Пищевые волокна, например, целлюлоза, которая оказывает влияние в основном на перистальтику кишечника. Есть пищевые волокна морского происхождения, например, хитозан - полимер из панцирей ракообразных, хороший адсорбент, выводит излишки холестерина, глюкозы, жиров, уменьшая их всасывание. В этой же группе - БАД на основе морских водорослей, например, морской капусты - в ней содержится йод, который стимулирует синтез гормонов щитовидной железы и усиливает основной обмен веществ [2,3].

В процессе работы было проведено анкетирование студентов нашего колледжа. В опросе приняло участие 80 студентов отделений «фармация» и «лечебное дело».

Цель анкетирования: проанализировать отношение студентов к БАД-ам для снижения веса. Данные анкетирования будут представлены далее.

85% опрошенных считают, что БАД не могут заменить лекарственные препараты, 14% - не знают и 1% считают, что могут (рис.1).

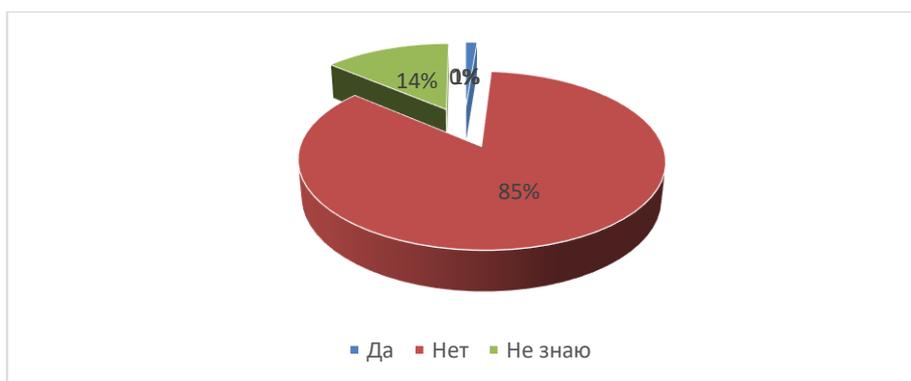


Рис.1 - Могут ли БАД заменить лекарственные препараты?

На вопрос «считаете ли Вы БАД лекарствами» 90% ответили нет, 5% да и 5% не знают (рис.2).



Рис.2 - Считаете ли Вы БАД лекарствами?

По мнению наших студентов с помощью БАД можно решить следующие проблемы: улучшить состояние кожи, ногтей, волос и восполнить недостающие витамины и микроэлементы - считают около 40%; снизить вес – 29%; улучшить пищеварение и укрепить иммунитет – около 20% (рис.3).

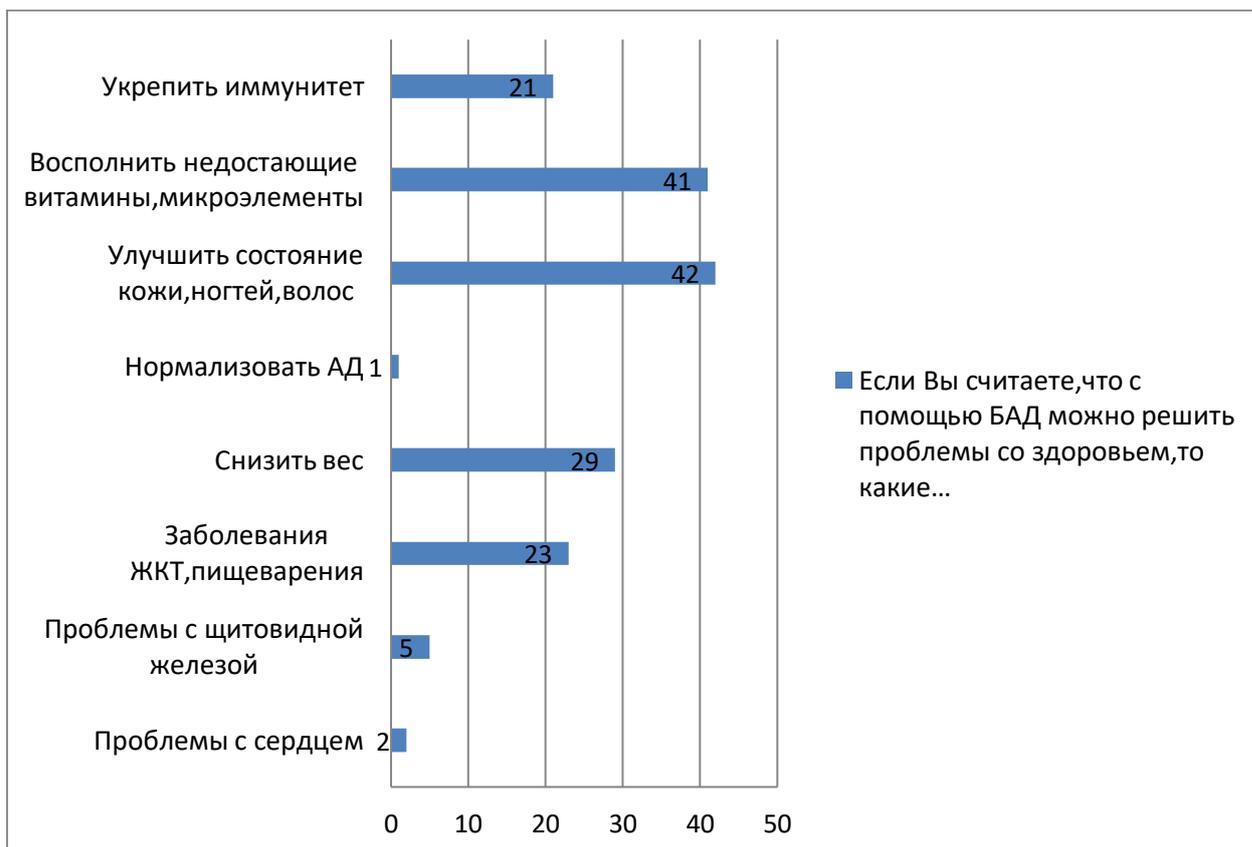


Рис.3 - Какие проблемы можно решить с помощью БАД?

56% опрошенных считают, что БАД-ы можно применять самостоятельно; 33% - обязательно под контролем врача и 11% не знают (рис.4).

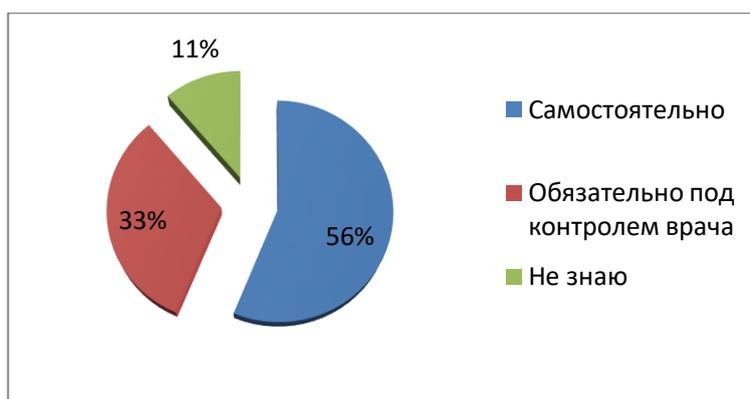


Рис.4 - Можно ли применять БАД самостоятельно?

34% респондентов не довольны своим весом; 50 % - вес устраивает и 16% не задумывались над этим вопросом (рис.5).

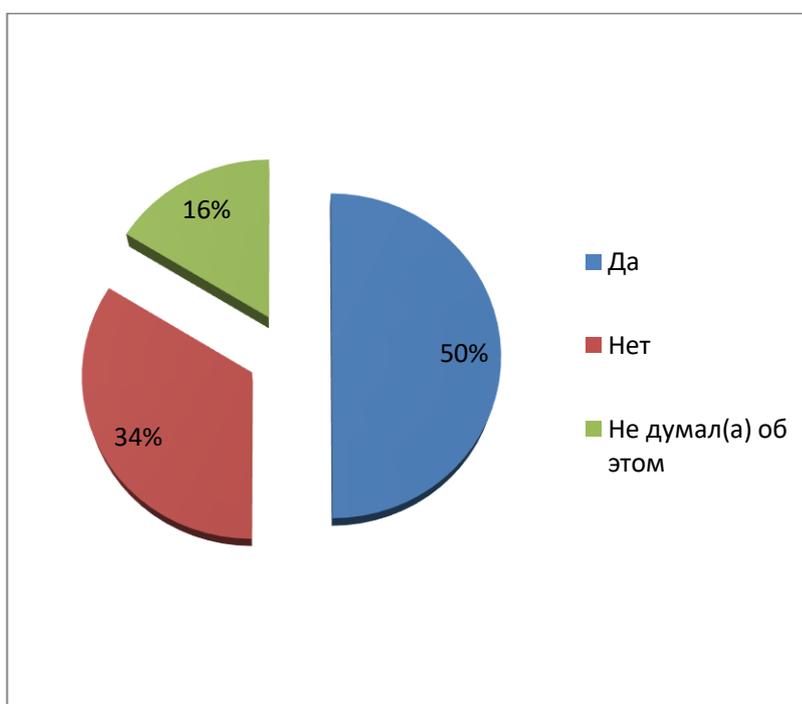


Рис.5 - Довольны ли Вы своим весом?

Примечательно то, что, несмотря на довольно большой процент не довольных своим весом, к помощи БАД прибегали только 5% опрошенных (рис.6).

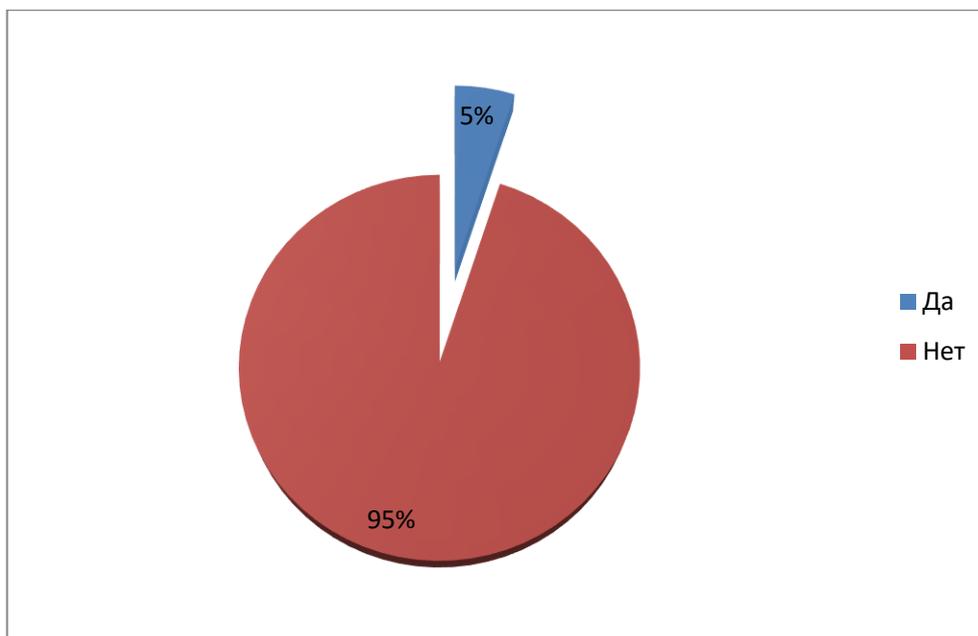


Рис.6 - Принимали ли Вы раньше БАД-ы для снижения веса?

42 % опрошенных не верят, что БАД для похудения эффективны; 14% верят в эффективность подобных препаратов и 44% не знают ответа на этот вопрос (рис.7).

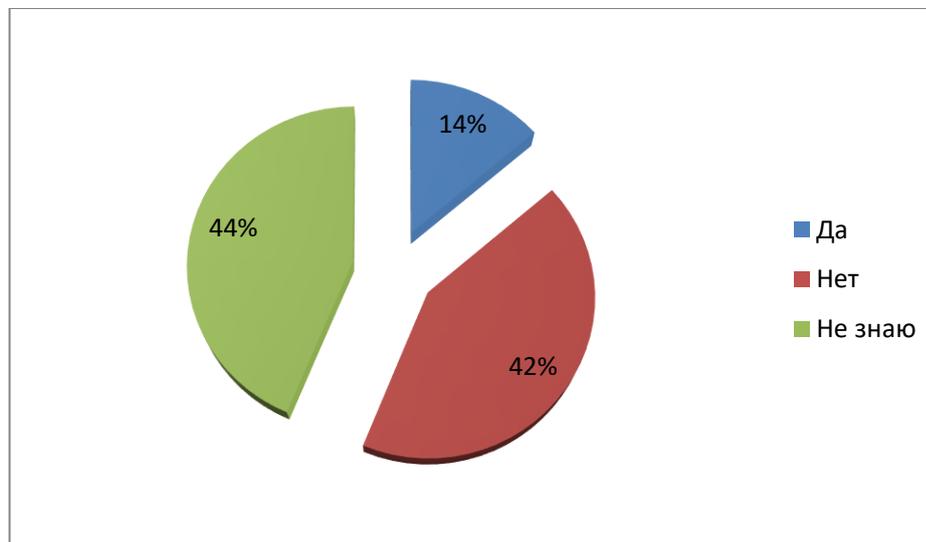


Рис.7 - Эффективны ли БАД для похудения?

Принимать БАД-ы в будущем для коррекции или поддержания нормального веса хотели бы 14 % респондентов (рис.8).

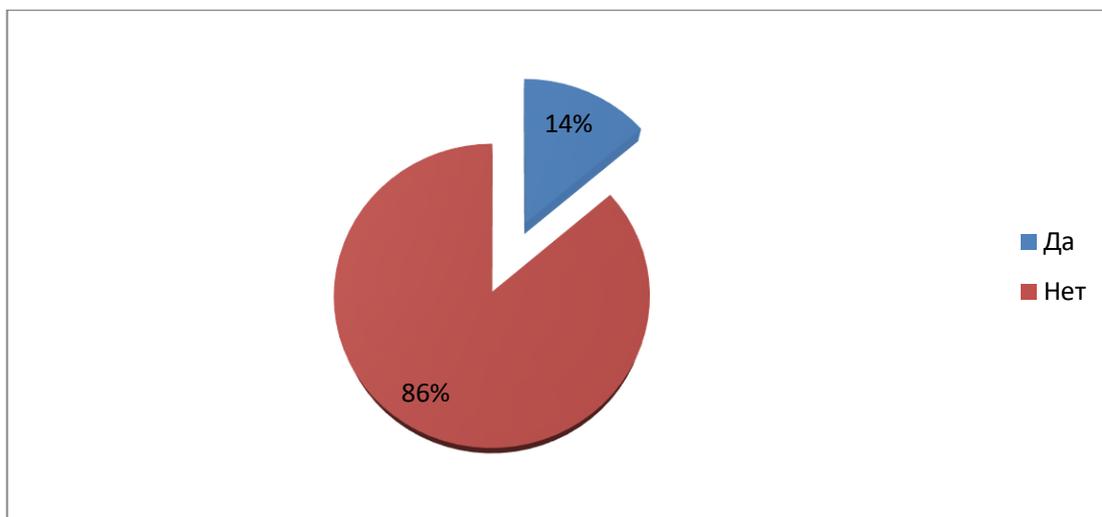


Рис.8 - Хотели бы Вы принимать БАД для похудения или поддержания нормального веса в будущем?

Глядя на данную диаграмму, можно сделать вывод, что наши студенты знакомы со многими наименованиями БАД-ов для похудения. Чаще всего отмечали препараты фирмы «Эвалар», линейки «турбослим» (рис.9).

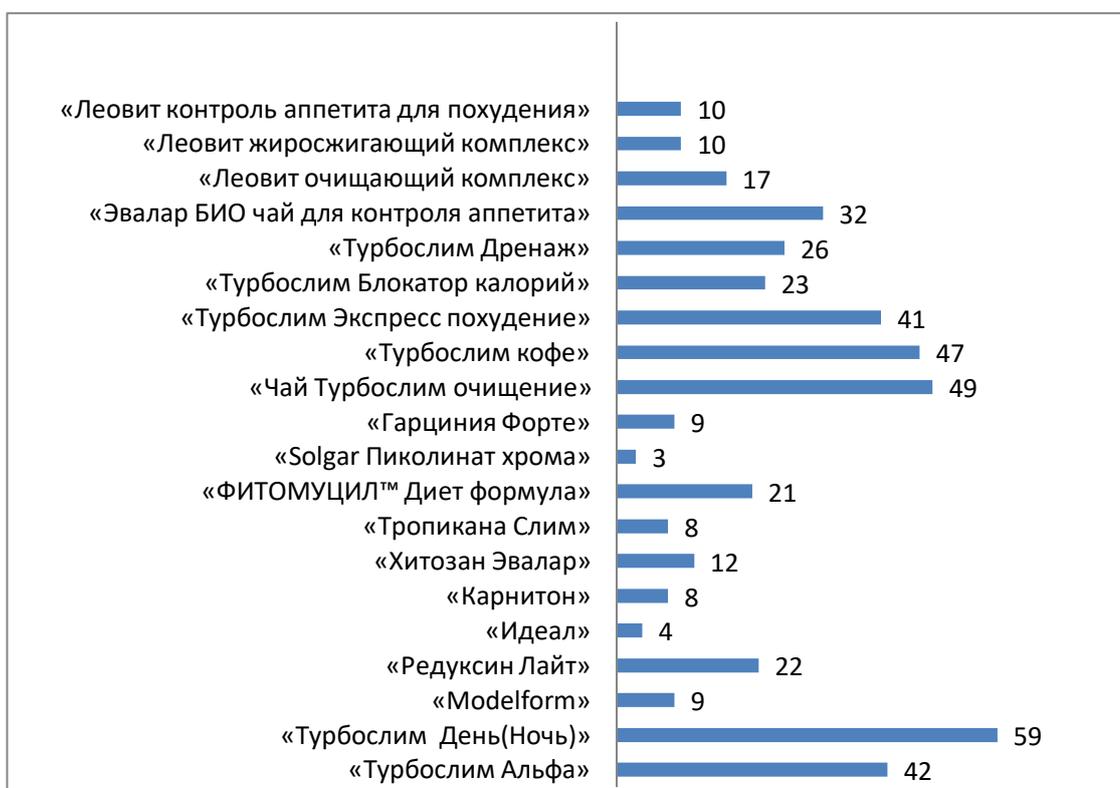


Рис.9 - Диаграмма популярности БАД для похудения

Из лекарственных форм предпочтение отдается напиткам (чай, кофе), таблеткам и капсулам (рис.10).

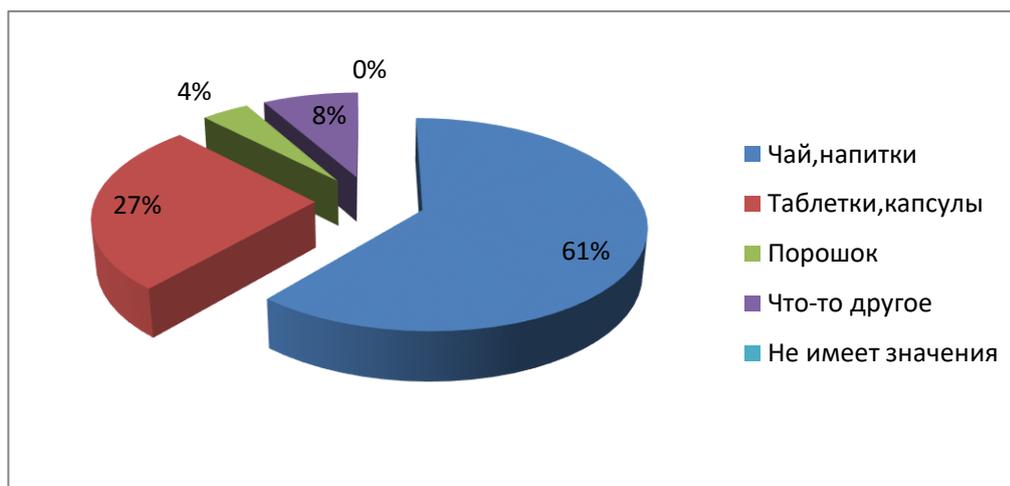


Рис.10 - Предпочтения по лекарственным формам

55% опрошенных считают, что БАД для похудения не опасны, однако 45% - с этим не согласны (рис.11).

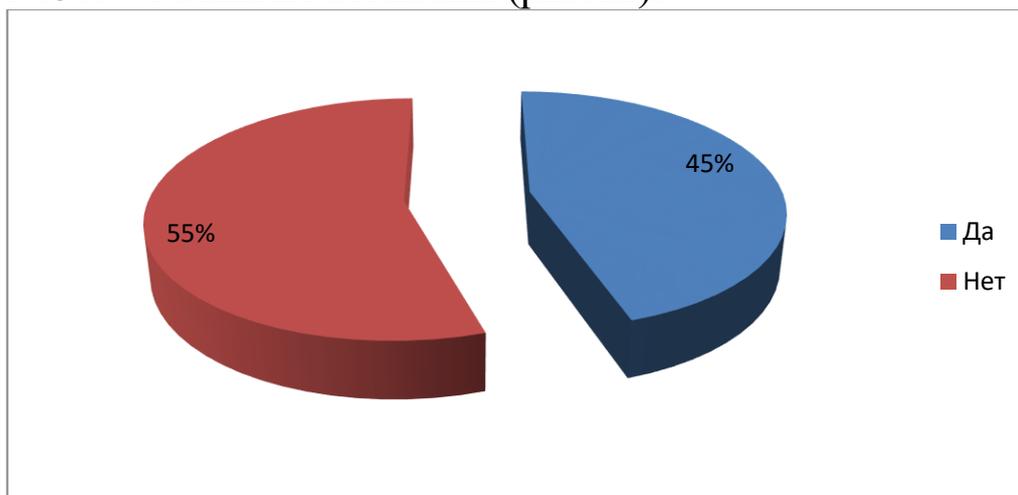


Рис.11 - Опасны ли БАД для похудения?

На вопрос: Как Вы считаете, после прекращения употребления БАД вес будет стабильным или увеличиваться? Большинство студентов затруднились ответить; 25% считают, что вес будет увеличиваться (рис.12).

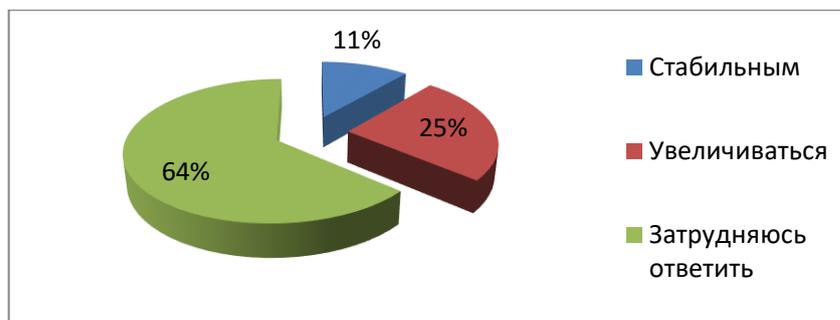


Рис.12 - Будет ли вес стабильным после прекращения употребления БАД?

Подавляющее большинство опрошенных считают, что БАД-ы надо приобретать в аптеке (рис.13).



Рис.13 - Где Вы считаете правильным приобретать средства для похудения?

Таким образом, добавки к пище становятся все более популярными среди населения, в том числе среди молодежи. В связи с этим будут не лишними следующие рекомендации.

1. Помните: БАД-ы это не лекарства и не могут заменить их при серьезных заболеваниях.

2. Все БАД-ы, особенно сложного состава, имеют противопоказания, поэтому необходимо проконсультироваться с врачом, а не пользоваться сомнительными советами знакомых.

3. Приобретать БАД-ы лучше в проверенных аптеках.

4. Какой бы привлекательной не показалась Вам реклама, в России нет БАД для похудения, прошедших клинические испытания на людях, рекомендованных или хотя бы одобренных Минздравом.

Список литературы

1. Абрамова С. Рынок БАД: парадокс развития / С. Абрамова// Российские аптеки. - №6. – 2016. -С. 58-61.

2. Биологически активные добавки к пище: Справочник/ Е.Е. Лесиовская, Н.Ю. Фролова, Е.В. Дрожжина и др. СПб.: Сова; М.: ЭКСМО-Пресс, 2014.-544 с.

3. Гуковский, И.С. Российский рынок БАД тенденции и перспективы / И.С. Гуковский// Фармацевтический вестник. - №14 (377). – 2015. - С.28.

Карон Инна Васильевна

преподаватель

г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж»

ФАКТОРЫ РИСКА УГРОЗЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. РОЛЬ АКУШЕРКИ В ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ

Вопрос о невынашивании беременности – один из наиболее актуальных в современном акушерстве. На сегодня частота невынашиваний беременности составляет 15-20% от общего числа всех клинически выявленных беременностей, причем на I триместр приходится 50% случаев, на II триместр - около 20%, и на III триместр - 30%.

На долю недоношенных детей приходится 70% случаев ранней неонатальной смертности, 50% неврологических заболеваний, в том числе ДЦП, нарушений зрения (вплоть до слепоты), слуха (вплоть до глухоты), тяжелых хронических заболеваний легких.

Проблема невынашивания и недоношенность новорожденных также обусловлены социальными факторами, что еще больше увеличивает важность обращения внимания на данную проблему в акушерстве.

Причины невынашивания беременности, также как и факторы риска, многочисленны и разнообразны.

Невынашиванием беременности называется её прерывание на сроках от момента зачатия до 37 полных недель беременности. Этот большой временной промежуток подразделяется на самопроизвольные выкидыши - потери беременности до 22 недель и преждевременные роды с 22 до 37 полных недель беременности с массой плода от 500 г.

Существует несколько классификаций невынашивания:

- по срокам, на которых произошло прерывание беременности;
- по срокам прерывания беременности с учетом массы плода (ВОЗ);

- по клиническому течению.

Ученые классифицируют факторы риска невынашивания беременности как основные и второстепенные.

Основные факторы, в свою очередь, делятся на 4 группы: социально-экономические (неустроенность личной жизни, материально-экономические трудности, плохое питание, вредные привычки), социально-биологические (возраст, количество родов, интервал между беременностью и родами), производственные (химические агенты на рабочем месте, высокая температура, вибрация), медицинские факторы (генетические, пороки развития матки, истмико-цервикальная недостаточность, эндокринные нарушения, предшествующие аборт, выкидыши).

К группе второстепенных факторов риска относятся: неблагоприятные факторы внешней среды; воздействие лекарственных препаратов, лучевой терапии; соматические и инфекционные заболевания беременной; заболевания партнера; половая жизнь во время беременности; тяжелая физическая нагрузка.

Таким образом, изучив факторы риска развития невынашивания, можно сделать вывод, что патология невынашивания является многофакторной. Причин преждевременного прерывания беременности много. Они формируются и проявляются как I триместре, так и в поздний период гестации. Факторами невынашивания в ранние сроки являются генетические, иммунологические, эндокринные патологии развития плода. Прерывания беременности в более поздние сроки

предопределены инфекционными, экстрагенитальными заболеваниями матери, анатомическими патологиями матки.

Роль акушерки в комплексном решении проблем невынашивания беременности трудно переоценить. Профилактика невынашивания включает систему мероприятий, проводимых медицинскими работниками женской консультации, акушерского и гинекологического стационара. Именно акушерки женской консультации осуществляют индивидуальную работу с беременными на догоспитальном этапе. Акушерка является первым помощником врача в выделении групп риска женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской или экстрагенитальной патологией. В таких группах задачей акушерки становится ведение профилактической работы по предотвращению осложнений и прерывания беременности. Эта работа включает следующие мероприятия, представленные на слайде:

- обследование больных с привычным невынашиванием вне беременности;
- проведение подготовки к планируемой беременности;
- регулярный патронаж женщин с привычным невынашиванием;
- тщательное выполнение назначений врача;
- санпросветработа в «школе материнства»;
- поддержка психо-эмоционального состояния женщины с формированием положительного настроения;
- обучение здоровому образу жизни.

Цель нашего исследования: изучить факторы риска угрозы невынашивания беременности и разработать рекомендации, повышающие информированность женщин об этих факторах.

Исходя из цели исследования, были поставлены и решены следующие задачи:

1. Изучить структуру факторов риска невынашивания беременности.
2. Выявить особенности наиболее значимых факторов риска.
3. Разработать рекомендации, повышающие информированность женщин по профилактике невынашивания беременности.
4. Углубить знания студентов о причинах невынашивания беременности.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе роддома БУЗ ВО «ВГКБСМП №10» в двух отделениях (гинекологическое и отделение патологии беременных) путем анкетирования. Исследуемую группу составили 50 беременных женщин с угрозой невынашивания. Проводился опрос женщин по специально разработанной анкете.

Анкета включает 26 пунктов факторов риска из различных групп.

Результаты исследования. В результате исследования было выявлено, что в исследуемой группе преобладали женщины: в возрасте 25-29 лет – 40% (20 женщин), в зарегистрированном браке – 50% (25 беременных), со средним специальным образованием – 34% (17 беременных), первородящие – 68% (34 женщины).

В результате исследования стало известно, что различные факторы риска невынашивания беременности встречались у 94% женщин с угрозой невынашивания, отсутствовали только у 6% женщин.

Частота факторов риска невынашивания у беременных была различной. Наиболее часто имели место следующие факторы риска невынашивания беременности:

- недостаточный отдых во время беременности – 42% (21 женщина);
- профессиональные вредности – 30% (15 женщин);
- нарушение менструальной функции в анамнезе – 30% (15 женщин);
- хронические стрессы – 24% (12 женщин);
- наличие истмико-цервикальной недостаточности – 22% (11 женщин);
- выраженный токсикоз беременных – 22% (11 женщин);
- недостаточное питание (чаще в связи с токсикозом) – 20% (10 женщин);
- аборт в анамнезе – 18% (9 женщин);
- пассивное курение – 14% (7 женщин);
- выкидыши в анамнезе – 4% (2 женщины).

Отмечены следующие особенности наиболее часто встречающихся факторов риска. Недостаточный отдых во время беременности был вызван: в основном (50%) длительными

переездами в транспорте; в 30% случаев сочетанием работы и учебы; оставшиеся 20% женщин указали другие факторы.

В структуре профессиональных вредностей преобладал контакт с электронной техникой (компьютер, ксерокс, телефон и т.д.).

Из 22% беременных (11 женщин), имеющих истмико-цервикальную недостаточность, у 55% (6 женщин) имелось нарушение менструальной функции в анамнезе, 18% (2 женщины) имели в анамнезе аборт и 27% (3 женщины) были с наследственной предрасположенностью к невынашиванию. ИЦН присутствовала как у первобеременных (у 3 из 11 женщин), так и у повторнобеременных женщин (у 8 из 11).

Выводы:

1. Факторы риска невынашивания беременности разнообразны и встречаются в 94% случаев у женщин с угрозой прерывания.

2. Значимость факторов риска неодинакова: 1-ое место по частоте занимают социально-экономические факторы, а именно недостаточный отдых во время беременности (у 42% женщин) и профессиональные вредности (у 30%), затем следуют медицинские факторы: нарушения менструальной функции (30%), недостаточность шейки матки, выраженный токсикоз и хронические стрессы (по 24%), далее – внедостаточное питание во время беременности (20%), аборт в анамнезе (18%), пассивное курение (14%).

3. Наиболее частые причины невынашивания имеют специфические особенности, связанные с современным социально-экономическим состоянием российского общества: беременные не имеют возможности достаточно отдыхать в связи с сочетанием работы и учебы или наличием нескольких мест работы; в структуре профессиональных вредностей преобладают опасные излучения компьютера и другой электронной техники.

4. Большая часть факторов риска угрозы невынашивания беременности устранимы, особенно недостаточный отдых и профессиональные вредности.

5. Беременные женщины недостаточно информированы о факторах риска, о вреде курения во время беременности, о вреде алкоголя для плода, о профессиональных вредностях.

6. Важная роль в повышении уровня информированности женщин с угрозой невынашивания принадлежит акушерке.

Основные рекомендации:

1. В работе акушерки необходимо уделять большое внимание пропаганде здорового образа жизни и правильного питания беременной женщины, особенно с невынашиванием.

2. Акушерка должна уметь оценить степени риска по невынашиванию в каждом конкретном случае и проводить просвещение персонала, пациенток и её родственников. Профилактическую работу акушерка может проводить в виде бесед на приеме, занятий в школе материнства, в виде распространения специальных брошюр, оформления информационных стендов и санитарных бюллетелей.

3. Акушерка должна ознакомить всех беременных, стоящих на учете в женской консультации, с факторами риска угрозы невынашивания и давать рекомендации по сохранению беременности, а именно: снизить объем выполняемой работы (в том числе на дому), отказаться от вредных привычек, избегать длительных негативных стрессов, ограничить подвижность (в т.ч. путешествия), полноценно питаться.

4. Акушерка должна ознакомить всех беременных с важностью проведения профилактических мероприятий и строгого выполнения всех назначений врача (применение прогестогенов, адреномиметиков, антагонистов кальция, поддерживающие дозы в-адреномиметиков), особенно беременных с медицинскими факторами невынашивания, а также должна обеспечить посещение на дому (при необходимости) и обучить беременную методам снятия стресса.

5. Для сохранения беременности мы рекомендуем беременным женщинам внимательно относиться к воздействию вредных факторов в своем окружении (особенно к излучению электронной техники, курению) и к опасным для беременных движениям (прыжки, подскоки, падения, шитье, езда на велосипеде и т.д.).

Список литературы

1. Савельева Г.М., Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1088 с.

2. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности / В.М. Сидельникова, Г.Т. Сухих. - М.: МИА, 2010. - 536 с.

3. Подзолкова Н.М. Невынашивание беременности / Н.М. Подзолкова, М.Ю. Скворцова, Т.В.Шевелева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 136с.

4. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской, В. Е. Радзинского. - 3-е изд., перераб. И доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1136 с.

Коробкина Юлия Станиславовна
преподаватель

г. Бутурлиновка, БПОУ ВО «Бутурлиновский медицинский техникум»

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ЭФФЕКТИВНЫХ ПРИЕМОВ ОБУЧЕНИЯ НА УРОКАХ «ГЕНЕТИКА ЧЕЛОВЕКА С ОСНОВАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ» В БУТУРЛИНОВСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ТЕХНИКУМЕ

Для реализации познавательной и творческой активности обучающихся в учебном процессе используются современные образовательные технологии, дающие возможность повышать качество образования и эффективно использовать учебное время.

Структура среднего медицинского образования включает в себя совокупность специализированных предметов с компонентами профессиональной направленности. Одним из базовых дисциплин является «Генетика человека с основами медицинской генетики». Дисциплина «Генетика человека с основами медицинской генетики» в средних медицинских учебных заведениях является дисциплиной общепрофессионального цикла.

Учитывая специфику биологической науки, основу которой составляет целый ряд законов и закономерностей, имеющих большое прикладное значение, структура предмета «Генетика человека с основами медицинской генетики» в медицинском техникуме образована двумя блоками: теоретический и практический.

Теоретическая часть дисциплины основана на лекционно-семинарско-зачетной системе. Данная система используется в основном в старших классах и средних учебных заведениях, т.к. это

помогает учащимся подготовиться к дальнейшему обучению в ВУЗах и получить знания для работы по выбранной профессии.

Лекционно-семинарско-зачетная система дает возможность сконцентрировать материал в блоки и преподнести его как единое целое, а контроль проводить по предварительной подготовке учащихся.

Знание закономерностей наследования признаков человека и изменения их в результате воздействия факторов среды представляет большой практический интерес, прежде всего потому, что эти знания обеспечат учащимся грамотный подход к организации своего здоровья и здоровья своих детей, грамотный подход при планировании семьи. В ходе теоретического изучения предмета формируются следующие понятия:

генеалогический метод генетики человека, близнецовый метод генетики человека, монозиготные близнецы, дизиготные близнецы, дерматоглифика, коэффициент наследуемости, иммунологический метод генетики человека, резус фактор, биохимический метод генетики человека, цитогенетический метод генетики человека, наследственные болезни, врожденные патологии, , хромосомные заболевания, молекулярные болезни, медико-генетическое консультирование.

При проведении практических работ учащиеся составляют сравнительные таблицы, заполняют немые рисунки, решаются задачи по молекулярной генетике, задачи на наследование признаков, на определение групп крови и резус- фактора, работают с электронными образовательными ресурсами, составляют план беседы по профилактике резус- конфликта, составляют родословные своей семьи и дают анализ родословных с различными типами наследования признаков, составляются кроссворды и планы лекций

При итоговом зачете используется метод обучения в сотрудничестве.

Обучение в сотрудничестве рассматривается в мировой педагогике как наиболее успешная альтернатива традиционным методам.

Педагогика сотрудничества - эта одна из технологий личностно - ориентированного обучения, которая основана на принципах:

- взаимозависимость членов группы;

- личная ответственность каждого члена группы за собственные успехи и успехи группы; - совместная учебно-познавательная деятельность в группе;

- общая оценка работы группы.

Учащиеся разбиваются на группы по 5 человек, каждая группа получает задание:

1. Подготовить презентацию (например «Этапы внутриутробного развития плода, «Гены в семьях», «Наследственность и среда», «Методы изучения наследственности человека» и другие).

2. Составить глоссарий по заданной теме.

3. Подготовить кроссворд по теме.

4. Составить памятки, буклет, листовку, брошюру по теме «Планирование деторождения», «Как родить здорового малыша», «Питание беременных женщин», «Физические упражнения во время беременности», «Влияние вредных привычек на плод»

5. Составить план лекции по теме «Здоровый образ жизни», для выступления в школах здоровья в поликлиниках, женской консультации или отделениях стационара.

После учащиеся проходят инструктаж по выполнению работы, и каждый член группы защищает свое задание, получает оценку преподавателя и возможно взаимооценивание, далее оценивается работа всей группы.

Самостоятельная работа включает по предмету «Генетика человека с основами медицинской генетики» включает:

1. Изучение и анализ микропрепаратов соматических и половых клеток человека.

2. Изучение кодовых таблиц по составу аминокислот.

3. Изучение и анализ микрофотографий, рисунков типов деления клеток, фаз митоза и мейоза.

4. Решение задач, моделирующих моногибридное, дигибридное, полигибридное скрещивание, наследственные свойства крови по системе АВО и резус системе, наследование признаков с неполной пенетрантностью.

5. Составление и анализ родословных схем.

6. Изучение основной и дополнительной литературы.

7. Работа с обучающими и контролирующими электронными пособиями.

8. Составление электронных презентаций по заданной теме дисциплины.

9. Подготовка реферативных сообщений.

10. Выполнение учебно-исследовательской работы.

11. Проведение бесед с разными группами населения по вопросам профилактики наследственных заболеваний.

Для подготовки к теоретическим и практическим занятиям для учащихся составлен учебно-методический комплекс, включающий: лекции для самоподготовки студентов по дисциплине «Генетика человека с основами медицинской генетики», рабочие тетради для аудиторной и внеаудиторной работы, комплект тестовых заданий и сборник задач по дисциплине, зачетные и экзаменационные вопросы.

По итогам проведения курса дисциплины «Генетика человека с основами медицинской генетики» преподавателем и учащимися проводится конференция к Международному Дню семьи, суть конференции - пропаганда здорового материнства, рождение здоровых детей в семье.

При использовании вышеуказанных педагогических методов усвоения информации реализуются следующие компетенции:

Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.

Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

Список литературы

1.Рубан Э.Д. «Генетика человека с основами медицинской генетики» Ростов - на – Дону, 2015.

2.Бочков Н.П. «Медицинская генетика» ГЭОТАР Медиа, 2017.

3.Бочков Н.П., А.Ю. Асанов, Н.А. Жученко, Т.И. Субботина, М.Г. Филиппова, Т.В. Филиппова «Генетика человека» ГЭОТАР Медиа, 2016.

4. Хандогина Е.Х., И. Д. Терехова, С. С. Жилина, М. Е. Майорова, В. В. Шахтарин «Генетика человека с основами медицинской генетики» ГЭОТАР Медиа, 2014.

5. Акуленко Л. В., Угаров И. В. «Медицинская генетика» ГЭОТАР Медиа, 2013.

Костенко Ольга Владимировна
заведующая отделением ДПО
г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский
колледж»

ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ В СЕМЬЕ

«Воспитывает всё: вещи, явление, но прежде всего – люди. Из них
на первом месте – родители и педагоги»

А.С. Макаренко

«Детство – важнейший период человеческой жизни, не подготовка
к будущей жизни, а настоящая яркая, самобытная, неповторимая
жизнь. И от того, как прошло детство, кто вел ребенка за руку в
детские годы, что вошло в его разум и сердце из окружающего
мира, - от этого, в решающей степени зависит, каким человеком
станет сегодняшний малыш»

В.А.Сухомлинский

Может быть слова В.А. Сухомлинского актуальны в наше
время как никогда прежде. Наша жизнь стала жестокой, нас

окружает насилие, произвол, зло, эгоизм, ложь, а лучшие человеческие ценности – гуманизм, патриотизм и долг – осмеиваются. Но в какое бы время и в каком обществе мы не жили, нравственные ориентиры остаются одни – честность, справедливость, порядочность, трудолюбие и доброта.

Поэтому заботясь о развитии способностей ребенка, нельзя упускать из виду важнейшую среди них – способность при всех обстоятельствах быть человеком, личностью. Успешное развитие задач воспитания и соблюдения правил ребенка возможно только при объединении усилий семьи и других социальных институтов, обеспечивающих воспитательный процесс и взаимодействие ребенка, родителей и социума.

Современная ситуация развития системы управления образованием в России характеризуется поиском новой философии социального управления. В связи с этим актуализируется проблема взаимодействия семьи и общественности в воспитании детей.

Современный мир вступает в новую эру: происходит формирование единого рыночного мирового хозяйства, открывающего возможности не только к благосостоянию, но и к появлению новых проблем современности. Нарастает дефицит духовности общества, возникает несоответствие системы ценностей и жизненных ориентаций задачам, которые необходимо решать человечеству не только не для того, чтобы сегодня иметь достойную жизнь, но, и чтобы избежать грядущих катастроф. Единство принципа координации усилий семьи, ДОУ и общественности по воспитанию подрастающего поколения требует тесного взаимодействия всех государственных и общественных институтов причастных к воспитанию. Их действия должны быть согласованы, требования к воспитанникам едины, только так, помогая и дополняя друг друга, можно усилить педагогические воздействия и сам эффект воспитания.

Процесс семейного воспитания имеет ту особенность, что он бесконечен: рождаются дети, создаются новые семьи и, как всегда, возникают вопросы и новые проблемы в воспитании подрастающей смены, особенно в новых социально-экономических условиях, когда изменяется (не в лучшую сторону) демографическая обстановка в стране, место и роль семьи в обществе, когда на повестку дня встали вопросы защиты материнства и детства, охраны молодого поколения

от тлетворного влияния «массово культуры», морального разложения, наркомании, алкоголизма.

Изменилась и сама семья. Ушла в прошлое старая многодетная, трехпоколенная семья. И дети, надо признать в такой семье воспитывались неплохо – срабатывала «семейная педагогика», семейные традиции и привычки, пример старших. Но на смену старой семье пришла новая, современная семья, без старшего поколения (дедушки и бабушки предпочитают жить отдельно), как правило, это семья с одним ребенком, без опыта семейного воспитания, а то и неполная, конфликтная.

Разрушение традиционных устоев семьи – одна из причин кризиса в духовно-нравственной и социально-культурной сферах современного общества. Кризисные явления в жизни семьи многообразны:

- разрушены нравственные представления о браке и семье;
- утрачено традиционное восприятие родительства и детства;
- деформирована сфера семейного воспитания;
- как следствие кризиса семьи – многочисленные проблемы детства;

- система общественного воспитания и образования не может кардинально изменить ситуацию, внести позитивный вклад в возрождение традиционных ценностей семьи;

- современное общество утратило представление о чистоте и целомудрии.

Что значит быть сегодня ребенком?

- Семья легко может распасться из-за развода родителей.
- Изменилась структура семьи: теперь преобладают семьи с одним или двумя детьми.

- Воспитание детей часть происходит вне рамок семьи: во дворе, в детском саду. ...

- Резко усилилось воздействие на детей средств массовой информации.

- Свободное пространство для игр на природе все больше сокращается.

- На детей все сильнее влияет коммерциализация жизни.

Семья – важнейший институт общества, микрогруппа, в которой происходит физическое и духовное взросление человека. Дошкольная педагогика рассматривает семью как субъект воспитательной деятельности и, следовательно, сосредоточена на

значении семьи в формировании личности, на ее воспитательном потенциале и образовательных потребностях, на содержании и формах взаимодействия детского сада и семь в образовательном процессе.

Роль семьи в формировании личности является исходной, определяющей. Ни один из социальных институтов общественного воспитания не может сравниться с ней в этом отношении. Семья вскармливает и физически развивает ребенка; обеспечивает первичную социализацию, помогает стать ребенку социально-компетентным человеком, обеспечивает защитную функцию; создает уникальную (не воспроизводимую никаким другим социальным институтом) атмосферу любви, эмоциональной насыщенности и теплоты индивидуальных отношений, тем самым обеспечивая важнейшие условия гармоничного, полноценного эмоционально-психического созревания личности, через семейное общение осуществляется речевое, интеллектуальное и нравственное ее развитие.

Чтобы успешно выполнить указанные воспитательные функции, семья должна обладать определенным потенциалом, который складывается из следующих основных ресурсных компонентов:

- материально-бытовых средств и условий воспитания;
- эмоционально-нравственного климата;
- семейных и национально-культурных традиций и обычаев, создающих семье статус «дома» детства; педагогической культуры родителей.

В условиях демократизации образования, многовариативности его форм и содержания стали значимыми образовательные потребности семьи. Ныне она выступает как социальный заказчик разноуровневого, дифференцированного образования, источник целеполагания в деятельности конкретного педагога.

Формировать понятие «семья» без участия членов семьи практически невозможно, потому что семья – это не перечень людей, которые по воли судьбы вошли в круг близких родственников. Семья – это, прежде всего, особые отношения, которые складываются между этими людьми. И именно эти отношения (глубокой любви и ответственности) делают семью крепкой. Об этих отношениях можно много рассказывать и говорить; но не

подкрепленные практическим, реальным опытом, они так и останутся на «теоретическом» уровне.

Каждый член семьи должен сам «потрудиться» на поприще формирования личных взаимоотношений с ребенком. И именно – «потрудиться», потому что выстраивать отношения со своим ребенком – это сложный и кропотливый труд.

Какова же роль педагогов в вопросах формирования понятия «семья»?

Во-первых, педагоги формируют представления, в том числе и связанные с понятием «семья» (теоретический уровень).

Во-вторых, (что особенно важно и ответственно) создают условия для перехода «теоретических» представлений в практический опыт.

Понятия «трудовая деятельность» - одно из самых важных и самых сложных социальных понятий в работе педагогов с детьми дошкольного возраста.

Трудовая деятельность представлена тремя составляющими:

- труд для общества (профессия, работа) – это труд для всех (многих) людей, даже которых не знаешь и возможно никогда не увидишь;

- труд для себя и семьи (домашний труд и самообслуживание) – это труд для людей, которых знаешь и любишь, которые тебе дороги и близки;

- труд для души (хобби и увлечения) – труд лично для себя.

Детям старшего дошкольного возраста наиболее доступны и понятны такие виды трудовой деятельности, как «хобби и увлечения» (труд для души) и «домашний труд» (труд для себя и семьи). Самым сложным для дошкольников (и не только для них) является понятие «профессиональная деятельность».

Для полноценного овладения понятием «трудовая деятельность» педагог строит свое руководство по двум направлениям:

1) теоретическое – формирование представлений. Основные методические приемы – Рассказы о труде, демонстрация трудовых действий и результатов труда.

2) практическое – непосредственное участие в трудовом процессе. Основные методические приемы – приобщение детей к реальным трудовым усилиям (с получением результата).

Понятие «профессиональный труд» формируется не только на теоретическом уровне, но и на наглядном (экскурсии и наблюдения).

Главное в дошкольном возрасте – донести до сознания ребенка, что:

- все люди трудятся;
- труд бывает разный;
- для любого труда требуются определенные знания, умения и навыки; орудия труда.

Образ мира – это сложная, целостная система знаний и представлений человека о мире вообще, о других людях, о себе, о своей деятельности. Это не застывшая система знаний. В процессе жизни каждого человека она постоянно меняется, наполняясь все новым содержанием.

В период детства происходит зарождение первичного образа мира благодаря познавательной активности ребенка, имеющей свою специфику на каждом возрастном этапе. Образ мира формируется и существует в процессе зарождения, развития и функционирования познавательной сферы человека, которую мы рассматриваем как сложное образование, обеспечивающее человеку нормальное и полноценное существование и развитие личности в нашем мире.

Взрослые понимают мир умом, дети – эмоциями. Для взрослых людей информация первична, отношение вторично. У детей все наоборот: отношение первично, информация вторична. Эмоционально-чувственное постижение мира имеет первостепенное значение в развитии познавательной сферы ребенка, в процессе формирования у него определенного мировоззрения, для развития его личности. Научно доказано, что в ходе познавательного общения ребенка с родителями преодолеваются и эмоциональные трудности. Родителям можно порекомендовать серьезно относиться к детским вопросам и высказываниям, не «отмахиваться» от них.

Отношению к миру дети учатся у взрослых, часто принимая все на веру и не требуя доказательств.

Поэтому задача педагога – помочь родителю в решении задач интеллектуального развития детей. На что следует обратить внимание родителей в решении задачи интеллектуального развития их детей? Завышенные установки родителей негативно влияют на развитие детей, их самооценку. По мнению детских психологов, в результате несоответствия родительским ожиданиям у ребенка может возникнуть невроз, поэтому – необходимо беречь нервную

систему ребенка, не перегружать его знаниями. Конечно, нужно готовить детей к обучению в школе, развивать их интеллект, но без ущерба для общего развития.

Детские эмоции влияют и на будущее поведение человека и способствуют социальному и нравственному развитию, которое начинается с известных большинству родителей и воспитателей вопросов «Что такое хорошо? И что такое плохо?». Если с точки зрения норм данного общества или сообщества ребенок поступает плохо, ему становится стыдно, он испытывает эмоциональный дискомфорт. Способность и умение правильно распознавать эмоциональное состояние другого человека – важный фактор в формировании отношений с людьми. Эти способности, укрепляясь на протяжении детства, приводят в дальнейшем к адекватному восприятию другого человека.

Эмоции выполняют оценочную роль, побуждают человека к деятельности, влияют на накопление и актуализацию его опыта. При изучении эмоциональных явлений психологи разделяют их в зависимости от того, какое место занимают они в регуляции поведения и деятельности. К первой группе относятся настроения – более или менее длительные эмоциональные состояния, образующие исходный фон жизнедеятельности. Ко второй – чувства: устойчивые эмоциональные отношения к определенному человеку или предмету. К третьей – собственно эмоции, реализующие психическое отражение значимости жизненных ситуаций для человека. Так, ребенок, ощущая потребность в положительной оценке окружающих его взрослых и сверстников, стремится к общению с ними, раскрытию своих способностей и, получая признание окружающих, радуется, гордится. Если же со стороны близких людей ребенок не находит отклика, то он становится раздраженным, печальным или назойливым, с частыми вспышками гнева или приступами страха. Это говорит о том, что его потребность не удовлетворена. В последнем случае можно говорить об эмоциональном неблагополучии ребенка, под которым понимается отрицательное эмоциональное самочувствие. Эмоциональное неблагополучие может возникнуть в разных ситуациях, например, при переживании неуспеха в каком-либо виде деятельности, особенно в спортивных и других соревнованиях, иногда при отвращении к определенной пище или в ситуациях жесткой регламентации жизни.

Наиболее острые и устойчивые отрицательные эмоции ребенок испытывает при негативном отношении к нему окружающих людей, особенно родителей, педагогов и сверстников.

Итак, как обобщение хочется заметить, что реагировать на слова и поступки людей, проявляя различные эмоции, ребенок научается в общении со взрослыми.

Главными факторами воспитания и развития личности является деятельность и общение ребенка. Именно эти факторы определяют процесс психологического развития и воспитания ребенка, формирование его взглядов, суждений, оценок, отношений и в конечном итоге – формирование качеств личности. В процессе специально организованной деятельности с ее определенным содержанием дети овладевают культурными и материальными ценностями общества, приобретают навыки общения со сверстниками и взрослыми.

Принцип единства требований к ребенку и уважение его личности ориентирует педагога и родителей на гуманное отношение к ребенку, на создание доброжелательного микроклимата в детском коллективе и семье. Педагоги и родители должны не только заботиться о детях, но, самое главное, в каждом ребенке видеть личность, которая имеет свое мнение. Это право ребенка на самостоятельное мнение следует уважать, ни при каких обстоятельствах не унижать его достоинства, не допускать придирчивости и предвзятости. Требования к ребенку должны быть понятны ему, соответствовать его возможностям.

Воспитательный процесс управляем; главная фигура в нем – педагог, организующий деятельность детей. Поэтому принцип сочетания педагогического руководства и развития инициативы и самостоятельности детей занимает важное место в воспитательном процессе. На основе этого принципа строится вся работа с детьми, т.е. определяются ее содержание, формы и методы. Содержание игр, занятий, общение с природой должны способствовать развитию самостоятельности, инициативы детей. Особенно хорошо это заметно в сюжетно-ролевых играх детей. Конечно, должно учитывать, что самостоятельность и инициатива детей дошкольного возраста носят относительный характер, так как дети имеют незначительный жизненный опыт.

Принцип соответствия воспитания возрастным и индивидуальным особенностям детей ориентирует педагогов на

личностную модель воспитания. Родители тоже должны постоянно изучать детей, хорошо знать особенности психического и физиологического развития воспитанников на данном возрастном этапе. Для каждого ребенка следует быть добрым, чутким другом, уметь приласкать и правильно оценить его дела, поведение. Поэтому педагогу особенно важно знать внутренний мир каждого ребенка, домашнюю обстановку.

Принцип обучения – это исходные положения, определяющие деятельность педагога и характер познавательной деятельности воспитанника. Незнание принципов или их неумелое применение тормозит успешность обучения, затрудняет усвоение знаний, формирование качеств личности ребенка.

Список литературы

1. Арнаутова Е.П. «Планируем работу с семьей». 2012.
2. Арнаутова Е.П. «Педагог и семья». М., 2011 г.
3. Спиваковская А.С. «Популярная психология для родителей». 2017г.
4. Урунтаева Г.А. «Диагностика психологических особенностей дошкольника». М., 1997 г.
5. Дубровиной И.В. Учебное пособие «Психокоррекционная и развивающая работа с детьми». М., 2009 г.
6. Эриксон Э. «Детство и общество». СПб., 2016 г.

Красницкая Наталия Николаевна,
Воробьева Елена Николаевна
преподаватели

г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж»

ЗНАЧЕНИЕ ОПТИМИЗАЦИИ РЕЖИМА СНА И БОДРСТВОВАНИЯ СТУДЕНТОВ ДЛЯ АДАПТАЦИИ К УЧЕБНОМУ ПРОЦЕССУ

Для обучающихся в медицинском колледже студентов получение качественного среднего профессионального образования, позволяющего им стать конкурентоспособными высококвалифицированными и компетентными специалистами, в которых нуждается современное практическое здравоохранение,

создает необходимость максимальной реализации своего интеллектуального, творческого потенциала, работоспособности.

Молодой человек-студент первокурсник попадает в совершенно новые для себя условия существования и сталкивается с реальными трудностями адаптации к образовательному процессу. Перед каждым студентом стоит ежедневная проблема изучения больших объемов учебного материала и как следствие, поиска способов повышения эффективности обучения. Рациональная организация образовательного процесса с учетом индивидуальных физических, психологических и интеллектуальных особенностей студента формирует здоровьесберегающее и комфортное психолого-педагогическое сопровождение обучения, способствует успешной адаптации к профессиональному обучению студентов с различными функциональными возможностями организма и усилению мотивации к овладению выбранной профессией.

Задача преподавателя в этих условиях заключается в организации учебной и воспитательной деятельности таким образом, чтобы учащийся смог преодолеть объективные и субъективные трудности учебного процесса и при этом сохранить свое здоровье. В этой связи на передний план воспитательной работы в медицинском колледже выводится активная пропаганда здорового образа жизни во всех его проявлениях.

Для поддержания здоровья не меньшее значение, чем рациональное питание и физическая культура имеет здоровый сон, дефицит которого становится реальной проблемой для первокурсников. Каковы же последствия нарушения нормального биологического ритма смены сна и бодрствования?

Сон – периодический физиологический процесс, характеризующийся выключением сознания и значительным ослаблением связи с окружающей средой.

Физиологическая роль сна:

- восстановительная функция определяется преобладанием процессов анаболизма;
- антистрессорная функция (сон является одним из механизмов психологической защиты личности);
- переработка информации (перевод информации кратковременной памяти в долговременную).

Цикл сна состоит из фазы медленного сна (ФМС) и фазы быстрого сна (ФБС), продолжительность цикла - около 90 минут.

Количество циклов у коротко спящих - 3 -4, у долго спящих -6-7 за ночь. Фаза медленного сна занимает 80% времени сна, фаза быстрого сна занимает 20 % времени сна

Особенности структуры и продолжительности сна обусловлены возрастом, полом. В течение жизни укорачивается длительность сна, уменьшается глубина, сокращается доля ФБС. У женщин продолжительность сна больше, чем у мужчин; среди мужчин больше «сов», а среди женщин - «жаворонков».

Во время ФМС в организме происходят следующие вегетативные и соматические изменения: снижение частоты дыхания, снижение частоты сердечных сокращений, снижение мышечного тонуса, усиление секреции СТГ, мелатонина, пролактина, паратгормона, АДГ, преобладает синтез АТФ и анаболические процессы. Для этой фазы характерны сновидения преимущественно логического характера, происходит переработка информации промежуточной памяти.

Во время ФБС развивается парадоксальное состояние организма: одни функции организмы активируются, а другие затормаживаются. Увеличивается частота дыхания, частота сердечных сокращений, повышается артериальное давление, кровенаполнение органов малого таза, половых органов, секреция АКТГ, кортизола, пролактина, на электроэнцефалограмме регистрируются ритмы бодрствующего. Сновидения носят яркий образный характер, осуществляется переход информации в долговременную память. В то же время происходит максимальное снижение мышечного тонуса, кроме мышц глазного яблока, температуры тела, снижение секреции мелатонина и СТГ (соматотропного гормона), снижение чувствительности сенсорных систем, резкое снижение секреции и перистальтики пищеварительного тракта.

Во время сна каждый человек испытывает сновидения, которые защищают от пробуждения, являются механизмом психологической защиты личности - «В сновидениях хорошие люди делают то, что плохие наяву» Платон, способствуют творческой и поисковой активности. Сновидения – следствие жизненного опыта, «небывалая комбинация бывалых впечатлений» И.М. Сеченов; «возврат к филогенетически более древнему способу мышления» Ф. Ницше; «осуществление подавленных желаний, королевская дорога к бессознательному» З. Фрейд.

Таким образом, сон для человека – «подзарядка». Лишение сна в течение нескольких суток приводит организм к необратимым изменениям и гибели.

Какова же должна быть продолжительность здорового сна? Оптимальной считается длительность сна для взрослого человека 7-8 часов. Хронический недосып приводит к серьезным нарушениям состояния здоровья. Многочисленные исследования ученых показывают, что недосыпающий человек в большей мере подвержен развитию сердечно - сосудистых заболеваний.

Доказанным фактом является связь между недосыпом и риском сахарного диабета, ожирения, частых острых респираторных заболеваний, проблем с потенцией, психических нарушений. Американские исследователи заявили, что хорошо высыпающийся человек обладает более устойчивым иммунитетом к раку, чем тот, что бодрствует ночью. Особенно актуально это для женщин. Серия экспериментов показала, что баланс гормонов, воздействующих на раковые клетки, зависит от качества сна, снижение которого повышает уязвимость организма. У женщин увеличивается риск заболевания раком груди и половых органов, если нарушен баланс выработки кортизола - одного из гормонов, отвечающих за устойчивость иммунной системы к злокачественным образованиям. Наивысшая активность выработки кортизола происходит ночью, снижаясь в дневные часы.

Активно участвует в защите против рака и гормон мелатонин. Мелатонин координирует взаимодействие нервной, гуморальной и иммунной систем в ответ на повреждение, оказывает модулирующее действие на секрецию гормонов, участвует в активации стресс - лимитирующих систем, является самым мощным эндогенным антиоксидантом, защищающим белки и генетический аппарат клетки от повреждений, которые провоцируют рак. Мелатонин замедляет у женщин выработку эстрогена, запускающего образование злокачественных клеток. Замечено, что у женщин, работающих по ночам, снижена выработка мелатонина, а значит концентрация эстрогена выше. Это увеличивает риск онкологических заболеваний.

Но на самом деле все гораздо сложнее. Научные данные говорят о том, что избыточный сон также вреден, как и недосып. У долго спящих риск развития патологии сравним с риском у недосыпающих и даже превосходит его. Другими словами, график

зависимости риска патологии от продолжительности сна имеет форму параболы.

Анализируя литературные данные можно сказать, что продолжительность здорового сна индивидуальна для каждого человека с оптимальным значением 7-8 часов.

Правильный режим сна так же для поддержания здоровья студентов, адаптации их к условиям учебного процесса, чем здоровое питание и занятия спортом.

Мы провели исследования некоторых показателей здоровья студентов с разной потребностью в продолжительности сна.

Исследования проводились на группе добровольцев в количестве 30 человек, студентов первого курса ВБМК.

Определялись следующие показатели:

- продолжительность ночного сна
- уровень тревожности (нейротизма) по методике Спилберга-Ханина
- индекс массы тела
- ортостатическая проба (изменение частоты сердечных сокращений при изменении горизонтального положения на вертикальное), отражающая степень напряжения механизмов адаптации сердечно - сосудистой системы .

Результаты показали , что продолжительность сна менее 7 часов имеют 3% студентов; 7 часов - 17%; 8 часов - 17%; 9 и более часов - 63% студентов.

Уровень реактивной и личностной тревожности – нейротизма, выше среднего обнаружен у 32% долго спящих студентов по сравнению с 18% у коротко спящих.

Состояние душевного здоровья обеспечивает способность справиться с требованиями внешней и внутренней среды, определяет уровень адаптационных возможностей. Эмоциональная стабильность создает стрессоустойчивость, а нейротизм способствует развитию психического стресса и формированию психосоматической патологии.

Во сне происходит психологическая стабилизация, и личность, в определенной мере, защищается от нерешённых конфликтов. Вероятно, студентам с повышенным уровнем тревожности требуется больше времени для восстановления функционального состояния мозга и, следовательно, большей продолжительности сна.

Избыток массы тела определен у 4% студентов, но статистически значимой разницы для коротко спящих и долго спящих мы не обнаружили.

Ортостатическая проба с повышенным значением, указывающая на высокую степень напряжения адаптации сердечно - сосудистой системы, определена у 37% студентов, причем, среди долго спящих этот показатель составлял 91%.

Результаты исследований доведены до сведения студентов-первокурсников, им даны рекомендации с большим вниманием относиться к режиму сна и не жертвовать здоровым сном даже в период экзаменационной сессии.

Список литературы

1. Агаджанян ,Н.А. СмирновВ.М. Нормальная физиология : Учебник для студентов медицинских вузов / Н.А.Агаджанян, В.М.Смирнов - М.: Издательство « Медицинское информационное агенство», 2009.- 520с.

2. Ванакова ,Г.В. Психолого-педагогическая поддержка студентов с низким уровнем жизнестойкости (теоретический аспект): монография. Биробиджан: Изд-во ФГБОУ ВПО «ДВГСГА», 2011.

3. Ильин,Е.П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности.-СПб:Питер, 2008.-432с.

4. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. - Спб.: Питер, 2004. -960с.

5. Яковлев, В.Н.Нормальная физиология: (Учебные модули для самостоятельной работы студентов): Учеб. Пособие: - 3-е изд./ Под ред. В.Н.Яковлева. Воронеж: изд-во им.Е.А. Болховитинова, 2005.- 522с.

Лукина Екатерина Павловна
г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский
колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель Астанина О.В.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОЛЕЖНЕЙ

Для определения современных аспектов деятельности медицинской сестры в профилактике пролежней провели исследование. Во введении, которого определили актуальность исследования. Проблема профилактики и лечения пролежней и на сегодняшний день остается актуальной. Существуют множество различных средств, облегчающих уход за больными, но, несмотря на огромное количество выбора, число пациентов с пролежнями не уменьшается. Говоря о пролежнях, очень многие медицинские работники не представляют себе в полной степени механизм и причины их образования. Что это? Непрофессиональный или небрежный уход за пациентом? Опыт практической деятельности показывает, что даже при обязательном выполнении всех требований гигиены пролежни могут все же появляться. Имеет значение совокупность причин, приводящих к развитию пролежней, даже на фоне грамотного ухода за пациентом. У здоровых людей никогда не бывает пролежней. Почему? Они могут свободно двигаться, перемещать тяжесть своего тела с одной его части на другую: при ходьбе, стоя, сидя, лёжа и даже во сне. У больных людей и инвалидов, долгое время находящихся в постели или в кресле, могут появляться пролежни, но все, же у большинства этого не происходит. Все зависит от того, как часто пациенты изменяют положение своего тела.

Сестринский уход – это сложный и ответственный процесс, который требует знаний и отработанных навыков, а профессиональный сестринский уход — это, прежде всего, максимально качественный уход.

Лучшее лечение – профилактика!

Определили цель исследования: изучение современных аспектов деятельности медицинской сестры в профилактике пролежней.

Поставили и решили следующие задачи:

1. Изучить теоретические аспекты понятия пролежни, этиологию, классификацию, клиническую картину развития пролежней, факторы риска, осложнения и лечение пролежней;
2. Исследовать мероприятия по профилактике пролежней медицинской сестрой;
3. Проанализировать знания пациентов о пролежнях и их влиянии на организм человека;
4. Разработать рекомендации по профилактике пролежней.

Объектом исследования являются медицинские сестры.

Предметом исследования - уход и профилактика пролежней у пациентов в деятельности медицинской сестры.

Основными методами исследования являются: анкетирование, опрос, количественная и качественная обработка данных.

В первой главе рассмотрели теоретические аспекты деятельности медицинской сестры в профилактике пролежней.

Пролежни (decubitus) – патологические изменения тканей дистрофического или язвенно-некротического характера, возникающие у лежачих ослабленных больных, подвергающихся систематическому давлению на местах, где мягкие ткани сдавливаются поверхностью постели.

Определили причины образования пролежней и дали классификацию пролежней.

На сегодняшний день установлено, что наиболее важными факторами, способствующими образованию пролежневых язв, являются: длительное механическое давление, трение и влажность белья.

Различают экзогенные и эндогенные пролежни. В развитии экзогенных пролежней главную роль играет фактор интенсивного длительного сдавливания мягких тканей. Различают наружные и внутренние экзогенные пролежни.

Появление эндогенных пролежней происходит при нейротрофических расстройствах и интенсивных нарушениях кровообращения. Различают эндогенные нейротрофические и смешанные пролежни. Смешанные наблюдаются у ослабленных

больных, неспособных собственными силами изменить положение тела или конечности.

Определили места возникновения пролежней в зависимости от положения пациента.

При описании клинической картины выявили, что первый признак развития пролежней – бледность участков кожи с последующим их покраснением, отёчностью и отслаиванием эпидермиса. Затем появляются пузыри и некроз кожи. В тяжёлых случаях омертвлению подвергаются не только мягкие ткани, но также надкостница и поверхностные слои костного вещества. Присоединение инфекции может привести к сепсису и быть причиной смерти больного.

В зависимости от глубины повреждения тканей выделяют 4 стадии развития пролежней.

I стадия — устойчивое покраснение (гиперемия) кожи, которое не исчезает после надавливания. Целостность кожных покровов не нарушена.

II стадия — стойкое покраснение кожи, отслоение поверхностного слоя кожи (эпидермиса), образование пузырей; может иметь место поверхностное нарушение целостности кожных покровов в виде ссадин, потертостей, иногда с распространением на подкожную жировую клетчатку.

III стадия — пролежень достигает мышечного слоя, захватывает мышцы. Могут быть жидкие выделения из раны.

IV стадия — пролежень распространяется на все мягкие ткани, образуя глубокую полость, дном которой является кость или сухожилие.

Факторы риска развития пролежней разделяют на внутренние и внешние, которые, в свою очередь, делятся на обратимые и необратимые.

Главное в деятельности медицинских сестер при работе с тяжелобольными пациентами - профилактика пролежней.

Лечение и профилактика пролежней неразрывно связаны с целым комплексом мер по уходу за больным человеком. Материальные затраты на профилактику пролежней всегда меньше, чем на их лечение, поэтому своевременный контроль и определение риска возникновения пролежней необходим во избежание дальнейших последствий.

Самый первый шаг профилактики пролежней: исключить возможность грубого и длительного давления на одни и те же участки кожи и подлежащих тканей больного.

В настоящее время существует огромное количество противолежневых средств, уменьшающих давление на тело пациента, что значительно облегчает уход за больным.

1. Противолежневые матрасы (рис. 1). Выбор матраса зависит от степени риска развития пролежней и массы тела пациента. При низкой степени риска может быть достаточно поролонового матраса толщиной 10 см. При более высокой степени риска, а также при имеющихся пролежнях разных стадий нужны другие матрасы.

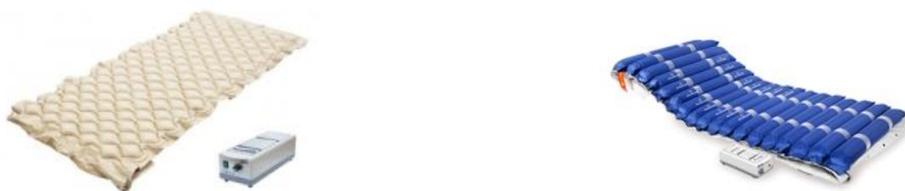


Рис. 1

2. Функциональные кровати (рис. 2). Современный ряд функциональных медицинских кроватей отличается значительным многообразием, потому, делая выбор, нужно предварительно проконсультироваться со специалистом по поводу подходящего варианта.



Рис. 2

3. Дополнительные противопролежневые приспособления (рис. 3). К ним относятся подушки, валики, круги, протекторы, различные держатели, которые подкладывают под уязвимые участки тела больного.



Рис. 3

Особенности ухода за пациентом:

1) Положение больного необходимо изменять каждые два часа, в т. ч. в ночное время, по графику: низкое положение Фаулера, положение "на боку", положение Симса, положение "на животе" (по согласованию с врачом). Положение Фаулера должно совпадать со временем приема пищи. При каждом перемещении – осматривать участки риска. Результаты осмотра записывать в лист регистрации противопролежневых мероприятий.

2) При перемещении пациента в постели необходимо соблюдать осторожность и бережность, исключая трение и сдвиг тканей приподнимая его над постелью.

3) Не подвергать участки риска трению. Массаж всего тела, в т.ч. около участков риска следует проводить после обильного нанесения увлажняющего крема на кожу.

4) Постоянно поддерживать комфортное состояние постели пациента: разглаживать складки, стряхивать крошки.

5) Проводить туалет кожи следует жидким мылом, избегая трения, или специальными средствами для ухода за лежачими больными (различные очищающие салфетки, увлажняющие гели и лосьоны) (рис. 4). Тщательно высушить кожу полотенцем промокательными движениями.



Рис. 4

6) Следить за состоянием кожи. Не допускать чрезмерного увлажнения или сухости: при чрезмерном увлажнении – подсушивать, используя присыпки (рис. 5), при чрезмерной сухости – использовать увлажняющие крема, бальзамы, гели (рис. 6).



Рис. 5



Рис. 6

7) Использовать непромокаемые пеленки, прокладки и подгузники, уменьшающие чрезмерную влажность (рис. 7).



Рис. 7

8) Максимально расширять активность пациента: обучить его самопомощи для уменьшения давления на точки опоры. Поощрять

его изменять положение: поворачиваться, используя поручни кровати, подтягиваться.

9) Научить родственников и других лиц, осуществляющих уход, уменьшать риск повреждения тканей под действием давления:

- регулярно изменять положение тела;
- использовать приспособления, уменьшающие давление (подушки, поролон, прокладки);
- соблюдать правила приподнимания и перемещения: исключать трение и сдвиг тканей;
- осматривать всю кожу не реже 1 раза в день, а участки риска - при каждом перемещении;
- осуществлять правильное питание и адекватный прием жидкости;
- правильно осуществлять гигиенические процедуры: исключать трение.

Во второй главе исследовали деятельность медицинской сестры в профилактике пролежней.

Во время исследования была определена роль медицинской сестры, в оказании помощи тяжелобольным пациентам, и оценивался уровень их профессиональной подготовки. Для этого была разработана анкета, которая состояла из трех частей: вводной, паспортной и основной.

Исследуемую группу составили 50 медицинских сестер различных отделений больницы. Опрос проводился анонимно.

По результатам исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Медсестры должны не только знать особенности ухода за тяжелобольными пациентами и проводить мероприятия в полном объеме, но и соблюдать деонтологические принципы. Частое и доверительное общение с пациентом, понимание его проблем и нужд, подбадривание больного, моральная поддержка, позволяют улучшить состояние больного, поддерживают его веру в положительный исход заболевания.

2. Существует несоответствие между серьезностью проблемы и затрачиваемых на нее средств. Обеспечение в полном объеме современными гигиеническими средствами, достаточным количеством технических приспособлений, укомплектованность сестринским персоналом будет способствовать снижению числа осложнений, а значит, повысит качество жизни пациентов.

3. Повышение квалификации среднего медперсонала, обучение пациентов и их родственников приемам ухода, обеспечивают успех лечения и способствуют скорейшему выздоровлению.

Таким образом, мы видим, что роль медицинской сестры в оказании помощи тяжелобольному пациенту очень велика, так как квалифицированный уход помогает не только улучшить качество жизни пациентов, но и значительно сокращает расходы на их лечение.

В целях совершенствования сестринской помощи тяжелобольным пациентам были разработаны следующие рекомендации:

1. Необходима более углубленная подготовка медсестер, сочетающая знание клинических особенностей и психологического состояния пациентов.

2. Для повышения уровня знаний в области ухода за тяжелобольными пациентами обеспечить регулярное проведение научно-практических конференций, организовать обучающие семинары для медицинских сестер, лекции с привлечением представителей фирм-производителей, которые проводят презентации продукции средств для ухода и методов ее эффективного использования.

3. Приобретение медицинской организацией достаточного количества современных гигиенических средств и технических приспособлений. Закупить противопролежневые матрасы, а также вспомогательные средства для перемещения пациента (скользящие простыни, рукава, подъемники).

4. Организовать Школу ухода для обучения родственников пациентов основам ухода за тяжелобольными.

5. Контроль за выполнением функциональных обязанностей среднего медицинского персонала.

6. Внедрить в работу отделения стандартизированные бланки документов – сестринская история болезни, бланки назначений и т.д. Использовать для работы с сестринской медицинской документацией компьютерную технику.

7. Обеспечение укомплектованности сестринским персоналом.

8. Разработать информационные пособия по вопросам профилактики пролежней для медсестер отделения, для пациентов и их родственников.

Работа имеет широкую практическую направленность, так как разработанные рекомендации могут быть использованы медсестрами различных медицинских организаций в качестве информационной базы для совершенствования методов ухода за тяжелобольными пациентами и профилактики пролежней, что будет способствовать снижению числа осложнений и повышению качества жизни пациентов, а также значительно сократит расходы на их лечение.

Список литературы

1. Антюшко Т.Д. Организация сестринского ухода по профилактике пролежней. Сестринское дело. – 2013. – №6. – С. 21 – 24.
2. Бойко Ю.М. Палатная медицинская сестра: учебное пособие. – Ростов н/Дону: Феникс, 2014. – 287 с.
3. Бурыка Н.Н. Использование инновационных технологий в уходе за тяжелобольными пациентами. Применение продукции компании Пауль Хартман. Сестринское дело. – 2014. – № 3. – С. 46 – 48.
4. Калигина Л. Г. Основы сестринского дела: учебное пособие. – М.: ФГОУ “ВУНМЦ Росздрава”, 2015. – 430 с.
5. Козлова Т. В. Правовое обеспечение профессиональной деятельности: учебно-методическое пособие для средних медицинских. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 192 с.
6. Мухина С.А. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: учебное пособие. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 512 с.
7. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела:.. – Ростов н/Дону: Феникс, 2016. – 603 с.
8. Осипова В.Л. Инновационные технологии в уходе за тяжелобольным пациентом: учебное пособие 2015. – 79 с.
9. Островская И. В. Основы сестринского дела: учебник для медицинских училищ и колледжей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 320 с.
10. Строкань С. С. Инновационные технологии в сестринской практике Главная медицинская сестра. – 2015. – № 10. – С. 19 – 34.
11. Туркина Н.В. Общий уход за больными. – М.: Товарищество научных изданий КМК, 2015. – 352 с.
12. Фомина И.Г. Общий уход за больными: учебник. – М.: Медицина, 2016. – 324 с.

Минаева Анастасия Сергеевна
г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский
колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 4 курс
Научные руководители - Лосева В. А., Хорева Е. А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ MS EXCEL ДЛЯ ОБРАБОТКИ И НАГЛЯДНОГО ПРЕДСТАВЛЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ СТАТИСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ (ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫХ ЭКСПЕРИМЕНТОВ, НАБЛЮДЕНИЙ, СОЦИАЛЬНЫХ ОПРОСОВ)

Информационные технологии в последние годы приобретают огромную значимость во всех областях человеческой деятельности, в том числе и в медицине. Помимо решения исключительно медицинских задач, применение информационных технологий в медицине способствует оптимизации управления учреждением здравоохранения, дистанционному обучению медработников и обмену опытом, связи с пациентами и экстренному оказанию помощи в онлайн режиме, контролю за наличием лекарственных препаратов и других материалов на складах аптек и прочее.

Одно из направлений использования информационных технологий в здравоохранении – это автоматизированная обработка статистических данных. Роль медицинской статистики и статистики здравоохранения трудно переоценить. Она помогает руководителям учреждения оперативно управлять своим объектом, а врачам всех специальностей - судить о качестве и эффективности лечебно-профилактической работы.

В обеспеченности хорошей постановки статистической работы медицинского учреждения, отделения, кабинета или лаборатории большая роль принадлежит среднему медицинскому персоналу. В статистических исследованиях медицинская сестра, фельдшер, лаборант являются ближайшими помощниками врача в процессе сбора и обработки статистических данных.

Немалый опыт по сбору, обработке и представлению статистических данных студенты медицинского колледжа приобретают при выполнении выпускной квалифицированной работы (ВКР). Выпускная квалификационная работа призвана способствовать систематизации и закреплению знаний студента по

специальности при решении конкретных задач, а также выяснению уровня подготовки выпускника к самостоятельной работе.

Зачастую этап обработки данных является самым трудоёмким и требующим большого внимания. При выполнении простейших расчетов удобно воспользоваться обычным калькулятором. Но для обработки больших массивов данных калькулятор не эффективен. Поэтому практически во всех случаях целесообразно использование программы Microsoft EXCEL, которая позволяет автоматизировать обработку больших массивов табличных данных и имеет достаточно средств для их наглядного представления.

На этапе обработки полученных экспериментальных данных можно использовать программу MS Excel для выполнения следующих операций:

- хранения и наглядного представления собранной информации;
- произведения расчётов основных статистических показателей (средние, минимальные, максимальные показатели, удельный вес, отклонения и прочие);
- перевода данных из одних единиц измерения в другие общепринятые или наиболее удобные для анализа;
- определения погрешности измерений;
- построения графиков и диаграмм по результатам исследования.

На 3 курсе в процессе изучения дисциплины «Информатика» у студентов была возможность приобрести и развить навыки, необходимые для работы с электронными таблицами в программе EXCEL.

В своей работе мы предлагаем будущим выпускникам и руководителям ВКР описание важных статистических функций, встроенных в MS EXCEL, которые позволят проводить разного рода статистическую обработку данных. Как и любые другие функции в EXCEL, статистические функции оперируют аргументами, которые могут иметь вид постоянных чисел, ссылок на ячейки или массивы. Обратим внимание на некоторые из них:

- Максимальное значение (=МАКС) - определяет максимальное число из множества значений.
- Минимальное значение (=МИН) - определяет минимальное число из множества значений.

- Среднее значение (=СРЗНАЧ) — это среднее арифметическое, которое вычисляется путем сложения набора чисел с последующим делением полученной суммы на их количество.
- Среднее значение, если (=СРЗНАЧЕСЛИ) – вычисляет среднее арифметическое для ячеек, заданных указанным условием. Например, больших определенной величины.
- Медиана (=МЕДИАНА) — это число, которое является серединой множества чисел, то есть половина чисел имеют значения больше, чем медиана, а половина чисел имеют значения меньше, чем медиана. Например, медианой для чисел 2, 3, 3, 5, 7 и 10 будет 4.
- Мода (=МОДА) — это число, наиболее часто встречающееся в данном наборе чисел. Например, модой для чисел 2, 3, 3, 5, 7 и 10 будет 3.
- Счет если (=СЧЕТЕСЛИ) - подсчитывает количество ячеек, отвечающих определенному условию. Например, число мужчин среди всех опрошенных или количество опрошенных, возраст которых больше 80 лет.
- Среднее абсолютных значений (=СРОТКЛ) - вычисляет среднее абсолютных значений отклонений точек данных от среднего. СРОТКЛ является мерой разброса множества данных. Например, можно рассчитать на сколько в среднем отклоняется возраст мужчин, подверженных онкозаболеваниям от среднего возраста заболевших. Уравнение для расчёта среднего отклонения имеет вид:

$$\frac{1}{n} \sum |x - \bar{x}|$$

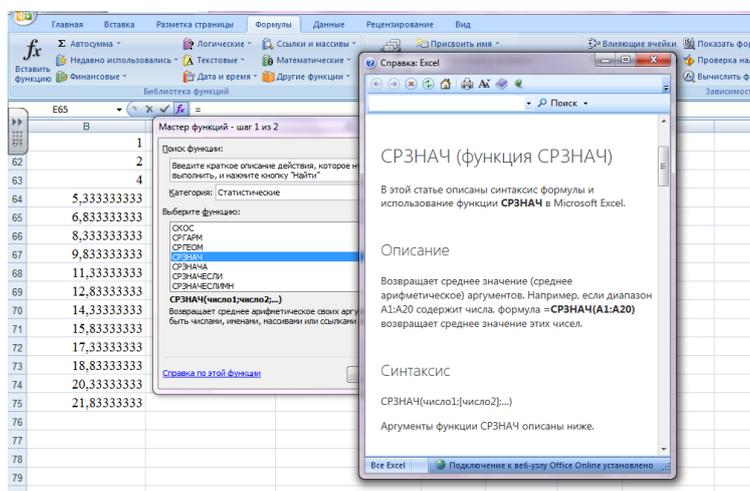


Рис.1

Сбор и обработка статистических данных для ВКР лишь первый шаг на пути к диплому. Следующим важным шагом является защита ВКР. Необходимо представить результаты своей учебно-практической деятельности государственной экзаменационной комиссии. Мероприятия, направленные на представление результатов профессиональной, учебной, научной и иной деятельности принято называть презентацией (презентация – от лат. Praesento - представление). Презентация предполагает использование различных демонстрационных материалов, сопровождающих речь выступающего. Диаграмма – это оптимальный вариант представления числовых данных. Любую информацию легче воспринимать, если она представлена наглядно. Данные, отображённые в диаграмме можно сопоставить, сравнить и выявить какую-либо закономерность. С помощью Microsoft EXCEL можно легко и быстро создавать диаграммы.

Диаграмма – это графическое изображение зависимости между величинами. Диаграмму можно создать на отдельном листе или поместить в качестве внедренного объекта на лист с данными. Диаграмма связана с данными, на основе которых она создана, и обновляется автоматически при изменении данных, что даёт возможность моделировать различные процессы.

Для вставки диаграммы необходимо выделить данные на рабочем листе, зависимость между которыми хотим отразить в диаграмме, затем воспользоваться командой *Вставка\Диаграмма*. Для настройки диаграммы необходимо выделить диаграмму, а затем использовать команды меню - *Макет* и *Конструктор*.

Более полную и подробную информацию об использовании статистических функций и построении диаграмм можно найти в справочной системе программы MS EXCEL, специальной литературе и интернет-источниках, некоторые из которых указаны в конце статьи.

Хочу поделиться своим опытом использования программы EXCEL для статистической обработки результатов исследования, которое я проводила в процессе выполнения ВКР. Тема моей выпускной работы «Роль фельдшера в ранней диагностике онкологических заболеваний». Исследование проходило на базе БУЗ ВО "ВОКОД" г. Воронежа среди пациентов хирургического блока, отделения химиотерапии, радиологического блока. Я исследовала группу, состоящую из 50 пациентов с онкологическими

заболеваниями. Анкетирование пациентов проводилось по специально разработанной статистической карте. В программе MS EXCEL я сохранила все собранные данные, выполнила статистические расчеты, а также построила диаграммы.

Например, используя функцию =СРЗНАЧЕСЛИМН, я сделала вывод, о том, что средний возраст, в котором мужчины подвержены наиболее часто онкозаболеванию составляет 43,4 года, а для женщин этот показатель - 62,5 года.

| № исследуемого | Пол | Возраст |
|----------------|------|---------|
| 1 | Муж. | 56 |
| 2 | Жен. | 44 |
| 3 | Жен. | 67 |
| 4 | Жен. | 66 |
| 5 | Муж. | 43 |
| 6 | Муж. | 58 |
| 7 | Муж. | 40 |
| 8 | Муж. | 54 |
| 9 | Муж. | 44 |
| 10 | Жен. | 33 |
| 11 | Жен. | 44 |
| 12 | Жен. | 45 |
| 13 | Муж. | 44 |
| 14 | Муж. | 45 |
| 15 | Муж. | 34 |
| 16 | Муж. | 47 |
| 17 | Муж. | 40 |

| | |
|--|--------|
| Количество мужчин | 28 |
| Количество женщин | 22 |
| Средний возраст, в котором мужчины подвержены наиболее часто онкозаболеванию | 43,429 |
| Средний возраст, в котором женщины подвержены наиболее часто онкозаболеванию | 62,5 |

Рис. 2

Или, используя статистическую функцию = СЧЕТЕСЛИ, я легко получила распределение всех опрошенных по возрасту и полу.

| № исследуемого | Пол | Возраст |
|----------------|------|---------|
| 1 | Муж. | 56 |
| 2 | Жен. | 44 |
| 3 | Жен. | 67 |
| 4 | Жен. | 66 |
| 5 | Муж. | 43 |
| 6 | Муж. | 58 |
| 7 | Муж. | 40 |
| 8 | Муж. | 54 |
| 9 | Муж. | 44 |
| 10 | Жен. | 33 |
| 11 | Жен. | 44 |
| 12 | Жен. | 45 |
| 13 | Муж. | 44 |
| 14 | Муж. | 45 |
| 15 | Муж. | 34 |
| 16 | Муж. | 47 |
| 17 | Муж. | 40 |

| | |
|--|--------|
| Количество мужчин | 28 |
| Количество женщин | 22 |
| Средний возраст, в котором мужчины подвержены наиболее часто онкозаболеванию | 43,429 |
| Средний возраст, в котором женщины подвержены наиболее часто онкозаболеванию | 62,5 |

Рис. 3

Для наглядности свою работу я сопроводила большим количеством диаграмм. Например, наличие вредных привычек и распространение их по степени вредности отображает следующая диаграмма.



Рис. 4

Достаточно информативной получилась диаграмма, демонстрирующая ухудшение аппетита у пациентов в течении болезни.

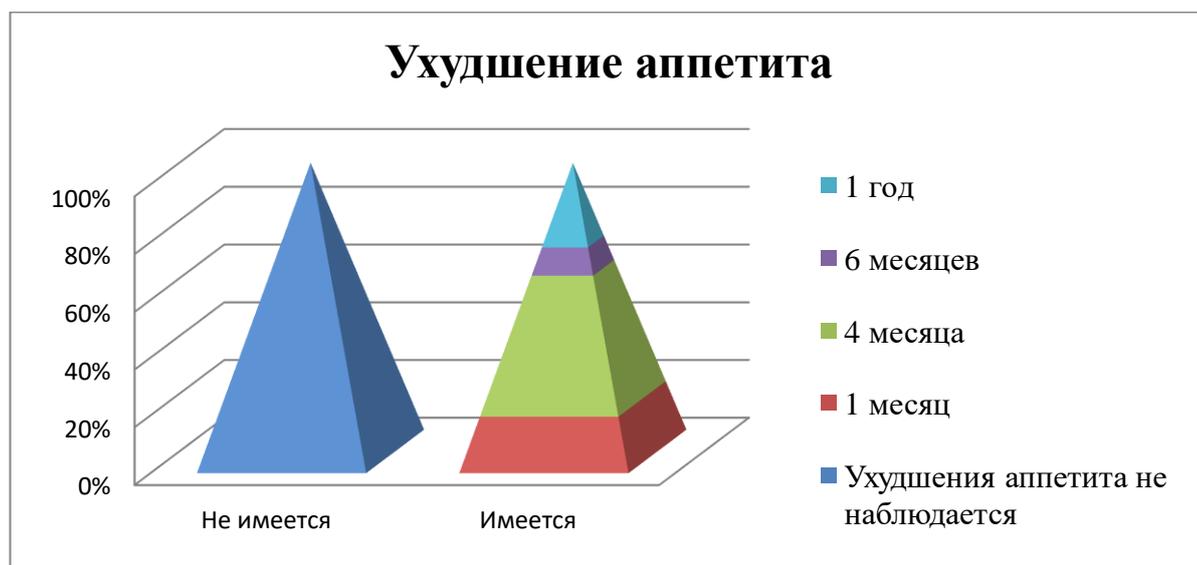


Рис.5

Сегодня EXCEL используется практически во всех областях науки и производства, а значит, пользователи данной программы могут существенно повысить свою конкурентоспособность при соискании любой должности в соответствующих профессиональных областях. Навыки статистической обработки данных в программе EXCEL, полученные за время обучения в колледже и закреплённые в процессе выполнения ВКР, в дальнейшем помогут выпускникам медицинского колледжа использовать их и в своей будущей профессиональной деятельности.

Список литературы

1. <http://www.vbmk.vrn.ru/vpusknaja.html>. Положение о государственной итоговой аттестации выпускников ВБМК.
2. http://www.vbmk.vrn.ru/documents/metod_raz/informatika/instrukzija.docx. Методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по построению и настройке диаграмм в табличном процессоре MS Excel. Использование диаграмм в ВКР.
3. <http://lumpics.ru/the-statistical-functions-in-excel>. 10 популярных статистических функций в Microsoft Excel.
4. <http://topexcel.ru/kak-sozdat-diagrammu-v-excel>. Как создать диаграмму в Excel.

Никанорова Мария Алексеевна
г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж»
31.02.02 Акушерское дело, 3 курс
Научный руководитель – преподаватель Инкерманлы А.Л.

ПРОГРЕССИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АКУШЕРСТВЕ – ЭКО

Рождение ребенка - это долгожданное чудо и счастье. Но в наше время все больше людей лишены возможности подарить миру новую жизнь. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, в мире около 80 миллионов обследованных пар страдают бесплодием. Для людей, стремящихся это преодолеть и подарить жизнь собственному ребенку, зачастую, единственным и самым эффективным методом является экстракорпоральное оплодотворение.

Процедура ЭКО не избавляет пациента от причины вызвавшей бесплодие. Его цель - дать возможность каждой женщине родить своего здорового ребенка.

Основоположниками ЭКО считаются британские ученые - эмбриолог Роберт Эдвардс и гинеколог Патрик Стептой.

В 1960-м году Эдвардс работал с тканями человеческих яичников, удаленных во время операции и смог добиться первого в истории оплодотворения человеческой яйцеклетки в лабораторных условиях. После нескольких сотен неудачных попыток они добились первой в истории искусственной беременности у женщины. К сожалению, эта беременность оказалась внематочной. Однако спустя 3 года в клинике Бон-Холл Эдвардсу и Стептою удалось имплантировать в полость матки эмбрион, полученный в пробирке в результате соединения яйцеклетки и сперматозоида.

Через девять месяцев родился первый в мире ребенок из пробирки - Луиза Браун.

В России исследования в этой области начинают целенаправленно проводиться с 1965 года. Первый ребенок, оплодотворение которого произошло по технологии ЭКО, появился в 1986 году в результате работы лаборатории Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии.

К началу 1990 года «детей из пробирки» в мире насчитывалось около 90 тысяч человек. Однако уже к 2000 году количество ЭКО-малышей увеличилось в 10 раз. Самый активный рост пришелся на последние 6 лет. Это связано с тем, что экстракорпоральное оплодотворение становится доступной процедурой.

ЭКО - это лечение бесплодия, при котором женские яйцеклетки (ооциты) оплодотворяются спермой в лабораторных условиях. Одна или более оплодотворенных яйцеклеток (эмбрионов) затем переносятся в матку в надежде, что они имплантируются и приведут к развитию беременности.

ЭКО состоит из нескольких этапов, протекающих в течение нескольких недель:

1. Обсуждение с супружеской парой процедуры ЭКО;
2. Стимуляция яичников;
3. Забор яйцеклеток;
4. Оплодотворение;
5. Перенос одного или более эмбрионов в матку.

Обычно требуется более одного курса ЭКО для наступления беременности.

Первым этапом процедуры ЭКО является использование лекарственных препаратов для увеличения количества яйцеклеток и контроля времени овуляции.

Затем женщина самостоятельно производит инъекции препарата, который подавляет выброс гормонов, стимулирующих овуляцию. Инъекции производятся подкожно и обычно безболезненны.

На третий или пятый день цикла проводится УЗИ, для оценки состояния яичников, и анализы крови для проверки уровней гормонов. Если все в порядке, то назначается дата начала инъекций фолликулостимулирующих гормонов для стимуляции роста фолликулов. Целью стимуляции яичников является получение хотя бы двух фолликулов размерами 15-18 мм.

Примерно через 36 часов проводится процедура забора яйцеклеток. Врач вводит датчик УЗИ во влагалище и затем использует специальную иглу для извлечения яйцеклеток из фолликулов. После забора яйцеклеток женщина остается под наблюдением несколько часов, и если нет осложнений, может уйти домой. Рекомендуется воздержаться от вождения машины или работы в течение 24 часов.

После извлечения яйцеклеток они смешиваются со спермой в лабораторных условиях, и происходит оплодотворение.

В случаях выраженной патологии спермы оплодотворение производится путем введения сперматозоида в яйцеклетку под контролем микроскопа

Примерно через 5 дней после забора одна или более яйцеклетки помещаются в матку женщины с помощью тонкого, гибкого катетера, вводимого через шейку матки. Некоторые женщины могут испытывать небольшие боли во время процедуры. Анестезия обычно не требуется. После проведения процедуры рекомендуется домашний отдых в течение нескольких часов.

Эмбрионы, которые не были пересажены, могут быть сохранены в замороженном виде на неограниченный период времени.

Приблизительно через две недели после переноса эмбрионов можно провести анализ крови или мочи на наличие хорионического

гонадотропина человека, который подтверждает наличие беременности.

Если уровень этого гормона увеличивается, то через 3 - 4 недели после переноса проводят тазовое ультразвуковое исследование. На этом этапе уже определяется наличие плодного мешка в матке.

Ведение беременности при ЭКО протекает под строгим наблюдением гинеколога-эндокринолога.

Позиция Русской Православной Церкви должна учитываться практикующими врачами, поскольку для многих пациентов она является определяющей в вопросах нравственной приемлемости тех или иных процедур. Эта позиция такова:

ХИ.4. Применение новых биомедицинских методов во многих случаях позволяет преодолеть недуг бесплодия. В то же время, расширяющееся технологическое вмешательство в процесс зарождения человеческой жизни представляет угрозу для духовной целостности и физического здоровья личности. Под угрозой оказываются и отношения между людьми, издревле лежащие в основании общества.

К допустимым средствам медицинской помощи может быть отнесено искусственное оплодотворение половыми клетками мужа, поскольку оно не нарушает целостности брачного союза, не отличается принципиальным образом от естественного зачатия и происходит в контексте супружеских отношений. Донорство половых клеток нарушает целостность личности и исключительность брачных отношений, допуская вторжение в них третьей стороны.

Учитывая изложенное, отметим, что в технологиях ЭКО помимо положительных аспектов имеют место быть и негативные их проявления как для участников процедуры, так и для их будущих детей, ведь искусственная отмена естественного отбора в момент оплодотворения «в пробирке» не всегда приводит к желаемым результатам.

Рекомендации. Главный принцип, которым стоит руководствоваться женщине при подготовке к ЭКО это здоровое питание. Необходимо отказаться от жареных и жирных продуктов, слишком острых, сладких, с химическими добавками. А уже во время протокола рекомендуется придерживаться диеты с большим количеством белка и отказом от продуктов, которые могут вызвать

повышенное газообразование.

Занятия спортом необходимы для улучшения кровообращения, в первую очередь в малом тазу.

Обоим партнерам в период подготовки к процедуре важно обратить внимание на нормализацию образа жизни. Речь идет об отказе от курения и алкоголя, уменьшении употребления кофе до 1 чашки в день.

Также следует контролировать свой вес. Для этого не стоит использовать экстремальные диеты; оптимальный вариант – нормализовать питание, включив в него белок, быстрые углеводы, крупы, и перейдя на 5-6-разовый режим прием пищи.

Настрой очень важен в любом деле, а в искусственном оплодотворении – особенно, ведь хорошо известно, что существует синдром психологического бесплодия, когда беременность не наступает в силу подсознательных страхов и комплексов. Чтобы накопить положительные эмоции и отдохнуть, психотерапевты советуют больше общаться с друзьями, заниматься любимым делом или хобби.

Этап подготовки семьи к ЭКО сопряжен с различными опасениями за успешность исхода процедуры, за жизнь и здоровье женщины, связанными с особенностями медикаментозной терапии, поэтому акушерка должна быть грамотным специалистом, следовать не только профессиональным знаниям, но и принципам этики и деонтологии, совершенствуя уровень своего профессионального мастерства.

Осипова Мария Александровна
преподаватель

г. Липецк, ГАПОУ «Липецкий медицинский колледж»

ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, РЕАЛИЗУЕМЫЕ ПРИ ИЗУЧЕНИИ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ПСИХОЛОГИЯ»

Путь трансформации нашего образования начался в 2012 году в момент перехода на новые стандарты образования. Образовательные стандарты ставят новые задачи перед образовательными учреждениями, а именно внедрение новых технологий для формирования общих и профессиональных

компетенций у студентов. Обучение, основанное на компетенциях, наиболее эффективно реализуются при активности самого обучающегося и компьютерные технологии этому особенно способствуют. Компьютер, планшеты, смартфоны становятся не просто источниками и носителями информации, но и принимают на себя функцию саморазвития личности.

Информационно –коммуникативные технологии могут быть использованы в образовании при:

- создании электронных методических продуктов (рабочая тетрадь, тренажер, учебно-методический комплекс);
- в дистанционном обучении;
- при формировании баз данных для библиотеки;
- при внедрении практики видеонастаника при видеомастер-классе.

Информационная среда образовательного учреждения должна, прежде всего, удивлять и мотивировать главного своего потребителя студента, формируя у него профессиональные компетенции, нестандартное мышление, и творческий подход в саморазвитии и самообразовании. В Липецком медицинском колледже проведена большая работа по внедрению коммуникационных технологий в обучение: подготовлены видеофильмы, для отработки компетенций на новом оборудовании, электронные учебные пособия, электронные тренажеры, электронные рабочие тетради и многое другое.

Электронные образовательные ресурсы, созданные нашими преподавателями, неоднократно участвовали в областном конкурсе электронных образовательных ресурсов и становились победителями в 2012 и с 2014-2018 годы. Трижды областным победителем становились электронные ресурсы, подготовленные по учебной дисциплине «Психология»: 2014 г. – электронный учебно - методический комплекс по учебной дисциплине «Психологи общения» для специальности «Лечебное дело»; 2015 г. – электронное пособие по «Общей психологии» для всех специальностей; 2016г. – электронное учебное пособие «Адаптивная физическая культура с элементами медицинской психологии для лиц с избыточной массой тела».

Реализация возможностей компьютерных средств при изучении дисциплины «Психология» позволяет осуществить следующие виды деятельности:

- обработка информации о психических процессах, свойствах и состояниях;

- моделирование ситуации коммуникации и изучаемых психических явлений и состояний;

- коррекция результатов деятельности по итогам самоконтроля;

- реализация принципа наглядности теоретического материала;

- интерактивное взаимодействие с компьютерной программой (режим работы, обратная связь с преподавателем).

Электроннообразовательные ресурсы по дисциплине «Психология» создаются на базе специальной программной оболочки. Электронное пособие состоит из трех взаимосвязанных блоков: теоретический блок, блок практических заданий и контрольный блок. Теоретический модуль состоит из краткого изложения соответствующей темы занятия. Пользователь электронно учебно-методического комплекса может повторить основополагающие моменты указанной темы. Теория изложена в четкой последовательности в соответствии с учебным планом. Конспект лекции содержит план с выделенными дидактическими единицами, при этом студенту или другому пользователю данного электронного ресурса не требуется просматривать весь теоретический материал, он может просмотреть только интересующий раздел, благодаря интерактивной навигации.

Практический блок представлен подборкой лабораторных работ. Каждая лабораторная работа является логическим продолжением и дополнением теоретического курса. Лабораторная работа представляет собой подборку тестовых заданий с соответствующими ключами. По завершению лабораторной работы студент делает соответствующие выводы и пишет заключение, основываясь на результатах проводимого эксперимента. Третий модуль диагностический, в интерфейсе методического комплекса обозначенный как «Задания» представляет собой встроенный блок дистанционного обучения. Все представленные тесты заполняются пользователями индивидуально за счет введения своего адреса электронной почты, а также фамилии. После заполнения теста его результаты автоматически приходят на почтовый адрес преподавателя. При этом в документе будут отражены: время прохождения теста, ошибки, количество правильных и неправильных ответов, а также конечный результат. Тесты составлены в различных вариациях: это тесты с одним вариантом

ответов, тесты на соответствие, тесты с множественными ответами, а также с заполнением диалоговых окон (например, определение понятий). В структуру теста внесен автоматический сортировщик, и последовательность вопросов всегда меняется, что позволяет избежать формализма. В данном случае сочетание классического обучения и дистанционного значительно повышает качество образования.

Электронный учебно – методический комплекс предназначен максимально облегчить понимание и запоминание (причем активное, а не пассивное) наиболее существенных понятий, утверждений и примеров, вовлекая в процесс обучения иные, нежели обычный учебник, возможности человеческого мозга, в частности, слуховую и эмоциональную память, а также используя компьютерные объяснения.

Применение этого ресурса в преподавание дисциплины позволяет в значительной мере использовать огромные возможности телекоммуникационных технологий и изменить роль преподавателя в образовательном процессе. Студент после занятий или в любое удобное для себя время может загрузить данный продукт и выполнить задания, при этом развиваются следующие компетенции:

- планирование,
- самоконтроль;
- саморазвитие.

Электронное пособие 2016 года было изменено и охватывало только один раздел учебной дисциплины, но расширены возможности его применения для всех специальностей. Всего в пособие рассмотрено 9 тем. Раздел каждой темы содержит следующие блоки (теория, тестовый контроль, практика или опыты, видео-блок, сборник афоризмов по теме).

Совместная работа с преподавателями адаптивной физкультуры позволила создать электронное пособие 2017 года, которое было практическим результатом проекта помощи лицам с лишним весом.

Подготовленные электронные ресурсы помогают самостоятельной работе студентов как при очном, так и дистанционном обучении потому, что они облегчают понимание изучаемого материала за счет иных, нежели в печатной учебной литературе, способов передачи материала. Эти методические продукты допускают адаптацию в соответствии с индивидуально-физиологическими особенностями

студента, его интеллектуальными возможностями, амбициями. Обеспечивают большие возможности для самопроверки на всех этапах работы, дают возможность красиво и аккуратно оформлять работу в электронных рабочих тетрадях, предоставляют неограниченное количество разъяснений, повторений, являясь терпеливым наставником.

Компьютерные технологии не только мощное средство обучения, позволяющее обучать работе с информацией, но, способ создания особой среды общения преподавателя и студента, среды интерактивного взаимодействия, учебно-познавательную среды.

Создание электронных образовательных ресурсов продиктовано реалиями современного развития общества. Поэтому внедрение и такой методической продукции в образовательный процесс является приоритетным направлением в деятельности педагогического коллектива Липецкого медицинского колледжа.

Список литературы

1. Сборник статей научно-практической конференции 2011г. г. Березовский «Формирование компетенций в практике преподавания общих и специальных дисциплин в учреждениях СПО».
2. www.avnrf.ru/index.php/publikatsii-otdelenij
3. yurru.ru/elektronnaya-posobiya-po-ikt/

Пашкова Анастасия Дмитриевна
г. Воронеж, БПОУ ВО "Воронежский базовый медицинский колледж"

31.02.05 Стоматология ортопедическая, 2 курс
Руководитель - преподаватель Плотникова И.В.

ИННОВАЦИИ БЕЗБОЛЕЗНЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ В СТОМАТОЛОГИИ

Профессия зубного техника связана с задачами восстановления функции жевания и эстетики, когда другими способами кроме ортопедических конструкций этого сделать уже нельзя, поэтому целью работы было выявить проблемы потенциальных пациентов и причины, приводящие их в последующем к врачу ортопеду и разработать рекомендации для сохранения здоровья зубов, дать информацию о новейших методах лечения без боли и страха.

До открытия анестезии в зубной хирургии для уменьшения боли использовались шампанское и менее дорогие алкогольные напитки, затем был изобретен эфирный наркоз, а спустя время человечество стало использовать в стоматологии местную анестезию.

Данный вид анестезии дошел и до наших дней в усовершенствованном виде, поэтому в наши дни для врача-стоматолога знание анатомии в частности особенностей строения крыловидно-нижнечелюстного пространства имеет большое практическое значение, так как в нем располагаются ветви нижнечелюстного нерва (Евдокимов А.И., 1930), но прогресс развития не прекращается и появляется все больше стоматологических инноваций.

Несмотря на совершенствование лечения в стоматологии люди боятся посещать зубных врачей. На это влияет несколько факторов, а самым популярным является страх чувства боли у пациента.

Под влиянием отрицательных эмоций в организме человека происходят следующие изменения: частота сердечных сокращений меняется на 10-15 ударов в минуту даже от звука бормашины, артериальное давление – на 10-25 мм рт. ст.; повышаются потоотделение, уровень сахара, гистамина в крови, меняется обмен веществ; отмечается сухость во рту, диарея; изменяется картина крови; происходят гормональные нарушения.

Мы поставили задачу провести опрос о том, как часто люди, живущие в городе Воронеж, посещают врача стоматолога. Всем участникам опроса предлагалось ответить на ряд вопросов, связанных с частотой посещения данного врача и с причинами не обращения к нему.

Опрос показал следующие результаты: 10% опрошенных посещают стоматолога раз в полгода, 20% — раз в год, 32% обращаются к стоматологу раз в 3-5 лет и 38% - не посещают зубного врача из-за страха болезненных ощущений. Следующим вопросом опроса был вопрос о том, чего больше всего боятся пациенты на приеме у стоматолога.

Результат был предсказуемым, первое место в этом списке почетно заняло ожидание боли. При этом данная фобия чаще встречается у пациентов в возрасте от 30-ти лет. Второе место занял звук бормашины, запах и общая атмосфера в кабинете. И это так же полностью обоснованный страх. Еще с детского возраста мы

смотрели тот же Ералаш, в котором стоматологический кабинет показывали нам чуть ли не как камеру пыток со злым врачом-стоматологом с бормашиной в руках. Это было смешно, но, тем не менее, откладывалось в детском подсознании. Третье место занимает боязнь некачественного лечения как следствие повторного визита в стоматологический кабинет. Завершающим четвертым местом оказались психологические факторы.

Проанализировав результаты, можно сделать вывод, что достаточно большой процент людей боятся стоматологической боли. Не смотря на высокий уровень стоматологической помощи, большая часть пациентов «терпит до последнего» и только при наличии сильной боли обращается к врачу.

Целью работы было выявление проблем потенциальных пациентов и информирование их о безболезненных новейших методах лечения.

Для этого были поставлены и решены следующие задачи:

1. Проведено анкетирование в социальных сетях;
2. Определены проблемы потенциальных пациентов;
3. Изучена литература о новейших методах лечения: Sandman Futura, метод «Айкон», озонное лечение, лазерное лечение, фотоактивируемая дезинфекция, электронейростимуляция с комплексным лечением стоматологических заболеваний;
4. Разработаны рекомендации для уменьшения страха перед стоматологическим вмешательством.

1. Представление о понятии боли и психоэмоциональном состоянии

Боль – «тягостное ощущение, отражающее психофизиологическое состояние человека, которое возникает под влиянием сверхсильных или разрушительных раздражений. Биологическое и физиологическое значение боли состоит в том, что она сигнализирует о наличии повреждающего фактора, о необходимости его устранения или снижения его действия»

Проблема обезболивания в стоматологии включает в себя два аспекта: устранение болевых ощущений при врачебных манипуляциях; боязни боли.

Профилактика боли и эмоционального стресса являются одной из актуальных проблем в стоматологии.

2. Метод «Айкон»

Технология ICON объединила простоту и надежность с совершенно инновационной методикой. В переводе аббревиатура расшифровывается как «концепция инфильтрации», что подразумевает пропитывание тканей специальным жидкотекучим композитным материалом. Безболезненное лечение по методу «Айкон» применяется на начальной стадии кариеса, когда еще нет видимых разрушений и деструкцию ткани можно обнаружить только на рентгеновском снимке.

Преимущества лечения:

- кариес в обработанной зоне прекращает развиваться;
- не требуется обезболивания;
- быстрое лечение;
- метод подходит для молочных зубов, для любых поверхностей, при беременности, при ортодонтическом лечении.

- Недостатком является возможность применения «Айкон» только для лечения кариеса на стадии пятна, инфильтрацию не рекомендуется использовать в лечении кариозных зубов у маленьких детей.

Стоимость лечения – от 2500 рублей за один зуб.

3. Лечение зубов без сверления бормашиной

Многие дети, а часто и взрослые, боятся обращаться к стоматологу из-за болезненности при использовании бормашины. Но теперь их можно успокоить, ведь сейчас используется совершенно новая технология микроабразивной обработки. В чем заключается ее суть? Sandman Futura – аппарат, который основывается на мягкой обработке зубов струей сжатого воздуха с микрочастицами оксида алюминия. Тем самым происходит более аккуратная и точная работа. При этом благодаря автоматической регулировке мощности, здоровая ткань зуба не повреждается — воздействие идет только на пораженную область зуба.

Одной из главных сфер применения системы Sandman является препаровка зуба для пломбирования как косметического (виниры), так и лечебного (полостные пломбы), где, по сравнению с классическими методами обработки полости, есть ряд преимуществ:

- при лечении всех видов кариеса (даже глубокого!) не требуется анестезия, так как отсутствует вибрация и давление на ткани зуба, а как следствие – отсутствует механическое раздражение вызывающее болевую реакцию.

- ткани зуба снимаются плавно и строго последовательно, а сам процесс виден невооруженному глазу лечащего врача, что минимизирует риск проникновения в пульпарную камеру.

- отсутствует психологическое давление на пациента, так как нет звука бор машины и запаха дентина, а сам процесс препаровки проходит практически беззвучно.

- скорость препаровки выше, чем у бормашины в 2-3 раза, что зависит от навыков стоматолога.

- нет риска переохлаждения или перегрева пульпы.

- абсолютно травмобезопасно для окружающих тканей.

- качество обработки поверхности очень высоко, так как весь процесс препаровки виден глазу лечащего врача, а стенки полости после обработки имеют «шершавую» поверхность, что повышает адгезивную способность пломбировочных материалов. Европейская статистика не знает ни одного случая вторичного кариеса после пломбирования полости обработанной «Sandman».

Возможные дополнительные сферы использования аппарата Sandman станут очевидными, когда вы начнете экспериментировать с системой. Мы уверены в том, что система «Sandman» является частью технологии минимального стоматологического вмешательства и поможет Вам не только более легко и быстро справляться с вышеперечисленными задачами, но и обрести новых благодарных пациентов.

Преимущества:

- во время лечения пациент не испытывает боли, а значит, отпадает необходимость анестезии.

- процедура абсолютно бесшумна, отсутствует вибрация, нет специфических запахов.

- гигиенический комфорт (отсутствие большого количества жидкости во рту)

- возможность лечения кариеса на любой стадии.

- не происходит перегрева пульпы, а также ее переохлаждения.

- высокая скорость лечения и минимум стоматологического вмешательства.

- превосходное качество, значительно повышающее долговечность установленной пломбы.

- снижает риск образования микротрещин, которые в дальнейшем могут служить причиной разрушения всего зуба

- подходит для всех: взрослых, детей, беременных и кормящих женщин, а также страдающих аллергией на анестезию, так как она здесь вообще не требуется.

Недостаток: вероятность повышения чувствительности зубов впоследствии. Очень редко, но случается, что его невозможно применить, так как наконечник нельзя установить на поврежденном участке.

Стоимость лечения для детей воздушной абразией – от 2150 рублей. Стоимость лечения взрослых аппаратом Sandman Futura – в пределах 6500 рублей.

4. Лазерное лечение

Стоматологический лазер – инновационная технология, которая обеспечивает точность воздействия, быстрое и безопасное лечение. Он мягко убирает отмершие ткани и пораженные участки, не воздействуя на здоровую зубную ткань. Используется лазер в различных случаях, например, при кариесе, высокой чувствительности зубов, патологиях слизистой рта, для хирургических операций.

Лечение с помощью лазера совершенно безболезненное, человек даже не чувствует его воздействия. Соответственно, обезболивание и анестезия требуются в крайне редких случаях. Поэтому в стоматологии популярно его использование и для отбеливания зубов, и для изменений контура десен и формы тканей, что нужно пациентам для получения "голливудской улыбки".

Достоинства:

- лазерный луч обладает способностью уничтожать болезнетворные бактерии в области соседних зубов.

- не вредит здоровым зубам, а также не ведет к микротрещинам на эмали.

- время, затрачиваемое на лечение кариеса, сокращается примерно на 40% по сравнению с традиционным лечением – не надо менять насадки, а при лечении поверхностного кариеса – и делать анестезию.

- подготовленное лазером ложе под пломбу имеет шероховатые стенки. Это обеспечивает лучшую адгезию пломбировочного материала с тканями зубной полости, что значительно повышает надежность фиксации пломбы и срок ее службы.

Недостатки:

- возможность лечения только поверхностного и среднего кариеса;

- при случайном попадании лазерного луча на мягкие ткани, может появиться ожог, заживление которого происходит очень медленно.

- есть вероятность, что лазер отразится от металлических предметов в кабинете стоматолога, если таковые не будут убраны, и послужит причиной пожара.

Стоимость лазерной терапии достаточно высокая. Минимальная цена – 3500 рублей.

5. Озон

Озон является модификацией кислорода, состоящей из трех атомов. В медицине он применяется в качестве сильнейшего окислителя. При безболезненном лечении зубов воздействие озоном приводит к дезинфекции пораженной ткани и полному уничтожению патогенных бактерий в кариозном дефекте.

Для озонотерапии используется специальный стоматологический аппарат, который подает газ на накрытый колпачком зуб. После обработки зуб покрывают гелем для восстановления тканей единицы (при поверхностном кариесе) или пломбируют.

Преимущества метода:

- возможность провести лечение кариеса без механической обработки зуба;

- мельчайшие атомы этого газа способны проникнуть и продезинфицировать самые отдаленные и труднодоступные участки, куда невозможно добраться даже миниатюрным инструментом

- исключает любую возможность сохранения в полости зуба остаточной инфекции

- отсутствие аллергических реакций;

- быстрота выполнения – достаточно 20-40 секунд;

- озонирование выгодно заменяет серебрение – отсутствует потемнение тканей, не раздражает десны.

Недостатки:

- полная дезинфекция зуба возможна только на начальной стадии кариеса, в остальных случаях озонирование используется как дополнение к механической обработке;

- не происходит удаления пористых слоев эмали и отмерших тканей дентина, пораженного кариесом. А это снижает качество фиксации пломбы, что сказывается на продолжительности ее использования.

- требуется специальное оборудование и обученный персонал;
- метод противопоказан беременным, больным с бронхиальной астмой, эпилепсией, пациентам с кардиостимуляторами.

Особенностью озона является его выборочное воздействие. Он убивает только микробы, стерилизуя зараженные клетки, не нанося вреда здоровым. Данная методика эффективна при лечении корневого, пришеечного и фиссурного кариеса. Ее применяют в единичных клиниках и стоматологических центрах. Минимальная цена – 2500 рублей.

6. Фотоактивируемая дезинфекция

ФАД – фотоактивируемая дезинфекция. Это – миниинвазивная методика лечения кариеса. Применяется по всему миру для лечения кариеса, пародонтоза, различных осложнений, при патологиях слизистой, а также в челюстно-лицевой хирургии. Применение лазера в перечисленных случаях чрезвычайно эффективно благодаря его исключительному антибактериальному воздействию на пораженный участок, а также за счет уникального биостимулирующего воздействия.

ФДТ корневых каналов обеспечивает полную санацию во всех случаях, без исключения. При дезинфекции каналов происходит полная элиминация микрофлоры. Микроорганизмов, которые были бы рефрактерными к данному виду стерилизации, пока обнаружено не было. Кроме всего прочего, метод повышает эффективность эндодонтического лечения.

7. Электронейростимуляция с комплексным лечением стоматологических заболеваний.

Одним из наиболее перспективных методов традиционной медицины является рефлексотерапия – воздействие на биологически активные точки и зоны с помощью введения специальных игл, массажа, электрического тока. В связи с этим в мировой практике используется не инвазивный метод электрорефлексотерапии, в частности, электронейростимуляция, поскольку электрический ток является физиологически вполне адекватным раздражителем для возбудимых тканей организма.

С помощью этого метода кожной электронейростимуляции можно заблаговременно предотвратить развитие боли или при появлении первых признаков (во время пломбирования каналов, при травматичном удалении зуба) не дать им развиться. Метод может быть методом выбора обезболивания в амбулаторной стоматологии, особенно у больных с аллергией на местные анестетики, при обострении психоэмоциональной реакции на инъекционную анестезию, у пациентов со стоматоневрологической патологией и другими состояниями.

Динамическая электронейростимуляция – дает лечебное воздействие на рефлексогенные зоны и биологически активные точки короткими биполярными импульсами тока различной частоты.

Используется при: заболевания пародонта, осложненные формы кариеса, заболевания СОПР, при артрите височно-нижнечелюстного сустава, травм ЧЛЮ, для обезболивания, в случае реабилитации пациентов после хирургического вмешательства.

Свойства электронейростимуляции:

- противовоспалительное и противоотечное действие
- улучшение микроциркуляции тканей пародонта
- уменьшение кровоточности десен
- обезболивающее действие

Заключение

Современные технологии позволяют полностью и безболезненно удалить разрушенные ткани кариозной полости зуба и максимально сохранить здоровые. Современные методы позволяют это сделать без анестезии и использования бормашины, поэтому они непременно будут востребованными у пациентов.

Боязнь стоматологического кресла и бормашины или дентофобия – это самая распространенная фобия в мире. Ей страдают больше половины населения земного шара. В разный период времени в США и Великобритании были проведены социальные опросы, в результате которых выяснилось, что самый большой страх у пациентов вызывает звук при сверлении зубов и болезненное лечение.

Главным результатом нашей работы может послужить вывод о необходимости устанавливать доверительные контакты с пациентами того или иного типа, оказывать релаксирующее, убеждающее и внушающее влияние, упреждать и разрешать

конфликты. В том числе и использование безболезненных новейших технологий, которые обязательно проявят себя в положительном аспекте, то есть снизится процент пациентов, терпящих дискомфортные ощущения и, соответственно, повысится процент пациентов, посещающих врача с целью профилактики. Следовательно, современные тенденции должны внедряться в систему стоматологических услуг и доказывать свою необходимость со стороны психологической подготовки лечебного и обслуживающего персонала.

Так как целью безболезненного лечения является: обеспечение безболезненности, безопасности вмешательства для больного, создание оптимальных условий для работы врача.

Список литературы

1. Книга «Инновационные технологии в обучении стоматологическим дисциплинам» Под ред. Э.А. Базикяна
2. «Рентгенологическая диагностика в стоматологии» И. К. Луцкая 2018г.
3. «Профессиональная и индивидуальная гигиена полости рта у взрослых» А. И. Николаев, Л. М. Цепов, И. М. Макеева, А. П. Ведяева, 2018г.
4. Рявкин С.Ю. Практическое руководство по динамической электронейростимуляции 2015г.
5. <https://sputnik-georgia.ru>.
6. <http://webmyoffice.ru/site/profzub/1180>.
7. <https://novainfo.ru/article/14680>.
8. <https://viafuture.ru/katalog-idej>.

Полякова Наталия Александровна
Довиденко Анна Александровна
г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский
колледж»

31.02.01 Лечебное дело, 3 курс

Научные руководители – Комарова О.Н., Хорошева И.Н.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

В настоящее время негативные тенденции в состоянии здоровья детского населения очевидны. В структуре общей заболеваемости возрастает количество больных сахарным диабетом. Диспансеризация детей больных сахарным диабетом и проживающих в сельской местности осуществляется фельдшером ФАП, врачами - эндокринологами, врачами детских поликлиник.

Важную роль в наблюдении за детьми с данными видами патологии играет фельдшер. Его цель - определить алгоритм диспансерного наблюдения за детьми и подростками сахарным диабетом, а также осуществлять раннюю диагностику осложнений, сформировать необходимые рекомендации больным детям [2].

У детей чаще встречается инсулинозависимый диабет-это болезнь, вызванная разрушением бета-клеток островков поджелудочной железы. Абсолютный дефицит инсулина при инсулинозависимом сахарном диабете приводит к гипергликемии и другим тяжелым метаболическим нарушениям. Сахарный диабет у детей и подростков является наиболее сложной проблемой современной эндокринологии. Напряженность аутоиммунитета в детском возрасте, физиологические и психологические особенности растущего организма, а также гормональная перестройка в период полового созревания определяют тяжесть его течения и трудности компенсации [1].

По прогнозам ВОЗ в развитых странах до 2025 года число больных с СД увеличится на 51%, а в развивающихся странах на 170%. Растущая распространенность и заболеваемость инсулинозависимым сахарным диабетом зафиксирована в большинстве стран мира, в том числе и в России. Все более часты случаи заболеваемости у детей младшего возраста, высокая степень распространенности специфических осложнений, регистрируемая

уже в детском и особенно подростковом возрасте, вызывают тревогу всего научного медицинского мира [4].

Ежегодно диагноз «сахарный диабет 1 типа» ставят 70 000 подростков в возрасте от 14 лет и старше. Для Воронежа и области существует своя, к сожалению, неутешительная статистика - опираясь на данные Росреестра от 01.06.2015 года, в Воронежской области 70 977 больных, страдающим сахарным диабетом [6].

Сахарный диабет относится к одной из важнейших медико-социальных проблем современной медицины. Только абсолютный комплекс между ребенком, его семьей, врачами, которые курируют его в разные периоды жизни, является залогом гармоничного развития ребенка, которого с момента установления диагноза переводят в категорию детей-инвалидов [5].

Актуальность данной темы состоит в том, что инсулинозависимый сахарный диабет занимает третье место среди тяжелых хронических заболеваний у детей, уступая только бронхиальной астме и детскому церебральному параличу.

До 80% больных детей поступают в стационар в состоянии, требующем неотложной терапии, чаще всего в результате медицинской неграмотности родителей.

Цели работы: - определение роли фельдшера в проведении диспансеризации детей с сахарным диабетом в условиях ФАП, выявление проблем, с которыми сталкиваются дети, больные сахарным диабетом, проживающие в сельской местности, определение основных направлений работы фельдшера по реабилитации детей с сахарным диабетом

При выявлении сахарного диабета у ребенка родители часто пребывают в растерянности, так как болезнь влияет на образ жизни семьи. Возникают проблемы с постоянным лечением, питанием, гипогликемиями, сопутствующими заболеваниями. По мере роста у ребенка формируется свое отношение к болезни. В пубертатный период многочисленные физиологические и психосоциальные факторы усложняют контроль над уровнем глюкозы.

Диспансеризацией занимаются врачи-эндокринологи и участковые педиатры, фельдшера ФАП. Совместно с ними работают другие специалисты: гинекологи, окулисты, невропатологи, стоматологи, хирурги, нефрологи. Работа этих врачей направлена на

выявление и лечение осложнений СД и возможных сопутствующих заболеваний [1].

Задачи диспансеризации больных СД:

- Помощь при создании больному ребенку режима дня, включающего все лечебные мероприятия и максимально соответствующие привычному укладу жизни семьи;
- Систематическое наблюдение и планомерное проведение врачебных осмотров;
- Своевременное проведение лечебных и профилактических мероприятий, направленных на восстановление и сохранение хорошего самочувствия, возможность ребенку посещать детские сады и школы;
- Предупреждение острых неотложных состояний;
- Предупреждение и своевременное выявление ангиопатий, нейропатий, других осложнений сахарного диабета и их лечение.

Сахарный диабет чаще всего выявляется у детей от 4 до 10 лет, преимущественно в осенне-зимний период. Основная нагрузка по возвращению ребенка (подростка) с диагнозом сахарный диабет к нормальной жизни ложится на родителей и близких родственников. А также важное место занимает школа и детский сад. Школьный учитель, классный руководитель, воспитатель в детском саду должен иметь необходимую информацию об этом заболевании:

1. Ребенок, имеющий диагноз сахарный диабет всегда должен иметь в легкодоступном месте при себе глюкозу (сок, средство от гипогликемии), особенно в классе, во время спортивных соревнований, занятий физкультурой, во время игр и экскурсии.

2. Классный руководитель должен убедиться в том, что другие учителя (воспитатели) знают о заболевании ребенка, постараться сделать так, чтобы к нему правильно относились взрослые и сверстники.

3. Если ребенок, имеющий диагноз сахарный диабет, говорит, что плохо себя чувствует, никогда не отправляйте его одного в медицинский кабинет или домой - только с сопровождающим.

4. Никогда не задерживайте ребенка с диагнозом сахарный диабет в школе после занятий в то время, когда ему нужно сделать укол, замерить уровень сахара в крови и пообедать, так как могут возникнуть различные осложнения гипогликемическая и гипергликемическая комы.

5. Ребенок (подросток), имеющий диагноз сахарный диабет, даже в малом возрасте, знает многое о своей болезни и особенностях ее проявления. Поэтому, если такой ребенок обращается к Вам и говорит, что он чувствует себя плохо, пожалуйста, прислушайтесь к нему и примите правильное решение.

6. Дети (подростки), имеющие диагноз сахарный диабет не должны стать объектом особого внимания. Они должны в равной мере выполнять все школьные правила, как и другие дети (подростки). С той лишь разницей, что в рамках их заболевания они требуют дополнительной заботы.

7. Чтобы дети (подростки) с диагнозом сахарный диабет чувствовали себя уверенно на мероприятиях, проводимых в школе и детском саду они должны принимать участие в них. Это требует дополнительного внимания со стороны воспитателей и преподавателей.

На мероприятие (экскурсию), можно пригласить родителей (родственников) ребенка, которые смогут проконтролировать своего ребенка (подростка) с диагнозом сахарный диабет [3].

Особое место занимает работа с родителями.

1. Необходимо как можно раньше начать обучение в школе больных сахарным диабетом.

2. Обучение должны пройти все члены семьи. Это поможет всем продолжать нормальный образ жизни, предотвратит конфликты между родственниками по вопросам выбора методов лечения. Не нужно создавать ребенку с сахарным диабетом особые условия. Он должен посещать свою школу, иметь возможность общаться с друзьями, продолжать занятия музыкой или спортом и т. д.

3. Если заболевший ребенок впал в депрессию и не видит смысла в жизни, то постарайтесь помочь ему найти цель в будущем, для достижения которой важно сохранять хорошее здоровье.

4. Важно помнить, что любые показатели состояния здоровья являются только руководством к действию, а не поводом для радости или огорчения.

5. Помогите заболевшему ребенку самому взять в руки самоконтроль, когда он достаточно повзрослеет для этого. Он должен обрести некую жизненную самостоятельность. Научите ребенка всему тому, что знаете сами.

Медицинские работники признаются, что на приеме за отведенное время – 12-15 минут – рассказать о сахарном диабете невозможно, поэтому и существуют отдельная структура для детей с СД. Это «Школы сахарного диабета» и образовательные центры «Поговорим о диабете».

Обучение детей:

- Ознакомление с сутью заболевания, механизмами его развития, прогнозом, принципами лечения
- Соблюдение правильного режима труда и отдыха
- Занятия физкультурой
- Организацию правильного лечебного питания
- Самоконтроль за показателями в крови и моче (с помощью индикаторных полосок, глюкометров)
- Постоянный контроль массы своего тела
- Изучение клиники коматозных состояний и мер по их предупреждению, а также оказание неотложной помощи
- Изучение методики инъекций инсулина
- Дети обучаются в поликлиниках, стационарах, “школах для больных диабетом”. Обучение проводят опытные врачи-эндокринологи в виде индивидуальных бесед или групповых занятий. Больным детям рекомендуется также читать популярные издания, посвященные проблемам сахарного диабета. К занятиям следует привлекать ближайших родственников больных сахарным диабетом, в частности родителей [7].

Социальная адаптация ребенка

Важным направлением терапевтической коррекции у подростков, страдающих сахарным диабетом 1-го типа (СД 1), должна являться психокоррекция, стимулирующая развитие волевых качеств, что ляжет в основу адекватного самоконтроля течения заболевания и сформирует удовлетворительное взаимопонимание между ребенком и медицинским персоналом. Наиболее значимым является семейное консультирование, стимулирующее правильный самоконтроль течения заболевания, эмоциональную поддержку, самоуважение и ответственность.

Возникновение ИЗСД не должно препятствовать ребенку занятиям спортом при условии знания некоторых особенностей и ограничений.

Наряду с инсулином и диетой, физические нагрузки являются средством снижению потребности в инсулине. Физические нагрузки

положительно влияют на физическое развитие, состояние сердечно-сосудистой системы, повышают устойчивость организма к стрессовым ситуациям и инфекционным заболеваниям.

Физическая нагрузка снижает уровень гликемии, особенно значительно при хорошей компенсации углеводного обмена. Перед и после занятий спортом желательно исследовать сахар в крови для оценки необходимости в дополнительном питании. Не рекомендуются длительные физические нагрузки, тяжелая атлетика, участие в крупных соревнованиях, занятия большим спортом, а также заплывы на глубину без взрослых из-за риска развития гипогликемии. Желательно, чтобы ребенок занимался спортом столько, сколько это ему приятно.

Подростки, страдающие сахарным диабетом, не должны быть дискриминированы в выборе будущей профессии. Однако при этом необходимо учитывать особенности их режима. Есть специальности, противопоказанные для больных сахарным диабетом: работа на транспорте, под водой, на высоте, военные профессии, органы МВД и некоторые другие. В большинстве специальностей больные сахарным диабетом достигают достаточного уровня приспособленности, не отличаются от других людей. Однако, при выборе будущей профессии необходим строго индивидуальный подход, при этом необходимо учитывать советы всех наблюдающих педиатров.

Важным фактором компенсации СД является диета. Принципы диетического лечения заключаются в следующем: индивидуальный подбор суточной калорийности; сбалансированная и физиологическая по содержанию белков, углеводов, минералов, жиров, витаминов диета. Рекомендован стол №9. Дробное питание с равномерным распределением калорий и углеводов (завтрак – 25%, полдник – 10%, ужин – 25%, второй ужин – 15% суточной калорийности).

Диета должна быть полноценной, способствующей нормальному развитию ребенка, исключать простые сахара и легкоусвояемые углеводы, чтобы избежать резких колебаний гликемии. Увеличение количества приемов пищи до 5-6 раз в день, углеводы должны поступать малыми порциями равномерно в течение дня.

Приемы пищи рекомендуется фиксировать. Режим питания должен состоять из завтрака, обеда, ужина и трех перекусов через 1,5–2 часа после основных приемов пищи [8].

Самоконтроль при сахарном диабете становится постоянной необходимостью для ребенка: контроль своего физического состояния, контроль сахара в крови, контроль потребляемых углеводов с пищей и т.д. Дети с диабетом быстро понимают, что для них главное: это лечение инсулином, правильное питание, физическая активность. Но есть еще один важный пункт – самоконтроль.

Проблема в том, что лет до шестнадцати большинство детей с таким серьезным заболеванием подвергаются гиперопеке. Родители, а вместе с ними и детские врачи, считают ребенка маленьким, не способным контролировать свое питание и инъекции. Цель самоконтроля - обучение больного диабетом и членов его семьи самостоятельно оказывать себе помощь. Он включает:

- общие понятия о сахарном диабете;
- умение определять глюкозу глюкометром;
- правильно корректировать дозу инсулина;
- рассчитывать хлебные единицы;
- умение выводить из гипогликемического состояния;
- вести дневник самоконтроля [9].

Фельдшер должен уметь:

1. Собрать и оценить социальный, биологический и генеалогический анамнез.

2. Провести антропометрическое и клиническое обследования, дать комплексную оценку состояния здоровья (физическое развитие, диагноз, группа здоров, группа риска).

3. Сформировать группы риска по эндокринной патологии, профилактические мероприятия.

4. Оценить общие и биохимические исследования крови и мочи, УЗИ щитовидной железы и органов брюшной полости, полученные из поликлиники.

5. Составить план профилактических и оздоровительных мероприятий на этапе поликлиники детям больных сахарным диабетом (режим дня, принципы и коррекция питания для различных возрастных групп; физическая нагрузка, ЛФК, массаж, физиотерапевтические и медикаментозные методы лечения).

6. Использовать деонтологические навыки в общении с больным ребенком и его семьей.
7. Давать рекомендации по профилю заболевания.
8. Оформлять медицинскую документацию (уч. ф. № №112/у, 30/у, 076/у)
9. Проводить работу по санитарному просвещению в семье больного эндокринной патологией.
10. Проводить и анализировать эффективность диспансеризации детей и подростков с сахарным диабетом [8].

Исследование проводилось в эндокринологическом отделении на базе БУЗ ВО «ВОДКБ№ 1». Исследуемую группу составили 50 детей в возрасте от 5 до 16 лет, опрос проводился по подготовленной анкете.. В исследуемую группу вошли 50 детей, из них было 26 девочек (52%) и 24 мальчика (48%), т.е. мальчики и девочки болеют сахарным диабетом практически в равной степени. По данным работы своевременно по диспансерному наблюдению два раза в год госпитализируется 60 % (30 подростков), 32 % (16 человек) - три раза, 4 раза – 8 % (4 человека), что подтверждает течение заболевания периодами ухудшения по различным причинам. (рис.1.)

Частота госпитализации в эндокринологическое отделение



Рис 1.

В ходе исследования определены проблемы и трудности подростков в периоде реабилитации и социальной адаптации: 64 % (32) отметили трудности с обучением, а у 36% (18) не отмечались.

Исследовались основные для реабилитации и социальной адаптации проблемы: сложности в организации питания – 22% (11) сложности в соблюдении диеты 18 % (9), затруднения по самоконтролю – 16 % (8), на первое место выступает беспокойство за успеваемость – 44% (22).



Рис. 2

На вопрос повлияло ли заболевание на успеваемости, подростки отвечали неоднозначно, но большинство считает, что заболевание сказалось на успеваемости – 52 % (26), 4 % (2) считают, что нет, а 44 % (22) ответили, что сказалось, но не значительно. При исследовании взаимоотношений в семье, среди друзей и учителей, выяснилось, что большинство школьных педагогов относятся с пониманием к проблемам подростков, это отметили 64 % (32), но 22 % (11) - отношения изменились, 18% (9) считают, что после заболевания к ним стали относиться лучше, а 4 % (2) - отношение изменилось в худшую сторону, 10 % (5) сказали, что отношения изменились незначительно.(рис. 3.)

Оценка взаимоотношений с окружающими

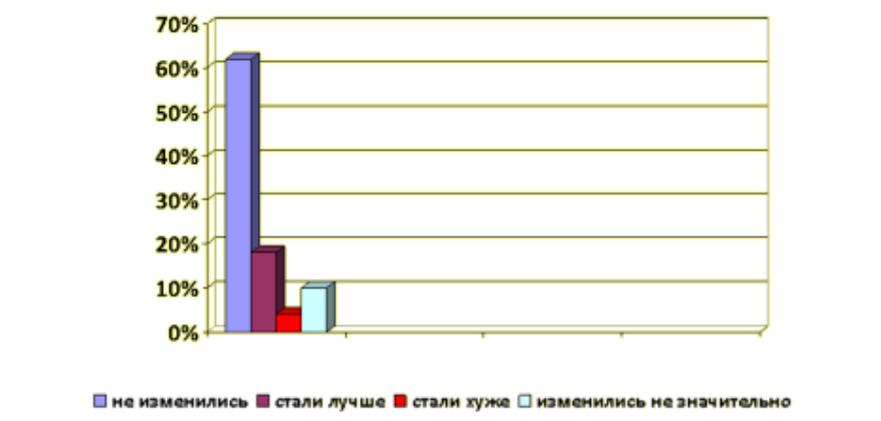


Рис.3

При исследовании отношений в школьном коллективе подростки отметили, что после заболевания отношения с одноклассниками не изменились, они относятся с пониманием и желанием помочь – 72 % (36), у 12 % - (6) отношения стали хуже, они чувствуют, что отличаются от своих товарищей. Испытывают чувство неловкости, если приходится говорить о своем заболевании в присутствии компании – 74 % (34), 26 % (13) могут говорить о своем заболевании свободно, 16 % (8) считают, что после заболевания с одноклассниками отношения улучшились. Полученные результаты предполагают хорошую адаптацию среди сверстников.

При оценке профессиональной ориентации большинство подростков отметило, что у них возникают сложности при выборе профессии – 78% - 34 подростка, 22% - 11 человек отметили, что нет. Это можно расценить, как плохую профессиональную адаптацию, что определяет еще одно направление работы медицинского работника по повышению уровня знаний, как подростка, так и родителей по профессиональной ориентации детей в подростковом периоде. Своевременная профессиональная ориентация подростков с сахарным диабетом поможет в его социальной адаптации. В ходе исследования выяснилось, что 28% (14 детей) склонны к техническому направлению, 46 % (23 ребенка) к гуманитарному, а 26 (13 подростков) % не определилось. Полученные результаты могут ориентировать родителей в развитии тех или иных способностей подростка для дальнейшего выбора профессии. Изучая знания о

профессиях, которые противопоказаны при сахарном диабете, в 58 % случаях (29 человек) подростки не знают и 42%(21 ребенок) знают. (рис 4..)

Осведомленность о профессиях

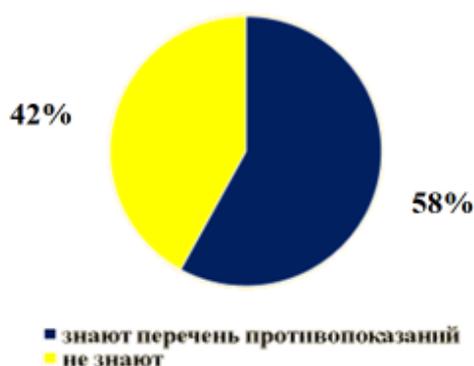


Рис.4

При этом лишь 24 %(12 человек) получили рекомендации от медицинских работников, а 52%(26 детей) по рекомендациям и желаниями родителей, 22 %(11 подростков) прибегают к информации из интернета. Таким образом, получается, что большинство подростков имеют низкую профессиональную ориентацию и очень часто выбирают профессии не подходящих к их заболеванию, тем самым повышая риск развития осложнений и ухудшения. При исследовании физической активности узнали, что 78% (39 подростков) не занимается спортом, пренебрегает уроками физической культуры, а лишь 22 %(11 детей) помимо уроков физической культуры занимаются в различных секциях (10 % - волейбол, 6 % - футбол, 2 % баскетбол, 4 % занятия в бассейне). Эти данные говорят о том, что подростки недостаточно осведомлены о важности физической активности для благоприятного течения заболевания, что необходимо учитывать всем медицинским работникам стационара, детской поликлиники, школы. Для оценки уровня адаптации подростка к своему заболеванию исследовались вопросы о соблюдении диетотерапии, наличии вредных привычек получены результаты: 82 % (41 человек) отметили, что лишь изредка нарушают режим питания, 4 % (2 человека) сказали, что совершенно не соблюдают режим питания, а 14 % (7 детей), что никогда не нарушают режим питания.

Подростковый возраст является сложным периодом для любого ребенка, а в совокупности с сахарным диабетом накладывает отпечаток, как на психологическое, так и на физическое здоровье подростка. В период полового созревания течения сахарного диабета может ухудшаться по физиологическим и психическим причинам, поэтому необходимо тщательно адаптировать ребенка к своему заболеванию, реабилитировать как физически, так и эмоционально и социально. Изучив литературу с требованиями к организации диспансеризации, с учетом результатов опроса детей, страдающих сахарным диабетом, можно выделить направления работы фельдшера ФАП::

1. Фельдшер должен знать медико-социальные проблемы детей больных сахарным диабетом и возможности их решения,

2. Должен помогать в организации режима дня, правильном расчете питания, с учетом хлебных единиц, назначенных эндокринологом.

3. Фельдшер должен помогать в организации физической нагрузки, умении проводить самоконтроль;

4. Фельдшеру необходимо работать не только с ребенком, но и с родителями, учителями, с учетом психологических особенностей каждого ребенка.

5. Помогать родителям и детям в профессиональной ориентации,

повышая уровень знаний о разрешенных профессиях, и определяя способности ребенка.

Список литературы

1. Дедов И. И., Кураев Т. К., Петеркова В. А. Сахарный диабет у детей и подростков. Рук-во. 2-е изд. ГЭОТАР-Медиа, 2013, 272 с.

2. Князев Ю.А. — Эпидемиология сахарного диабета у детей. - Педиатрия, 2012.

3. Никберг И.И. Психологический аспект профессиональной ориентации детей и подростков с сахарным диабетом // Диабет. Образ жизни. 2012. № 6. – С. 32-34.

4. Статистические данные ВОЗ. Информационный бюллетень. № 312, август 2013.

5. Самойлова Ю.Г., Кравец Е.Б., Олейник О.А. Роль психологических факторов в достижении адекватного

гликемического контроля у детей и подростков с сахарным диабетом типа 1 . – 2012. – № 1. – С. 97-103.

6. Сунцов Ю.И, Л.Л. Болотская, О.В. Маслова [и др.] Эпидемиология сахарного диабета и прогноз его распространенности в Российской Федерации // Сахарный диабет. – 2013. – № 1. – С. 15-18.

7. Шатохина, М. С. Обучение пациентов с сахарным диабетом как необходимое условие повышения эффективности лечебно-диагностического процесса [Текст] / М. С. Шатохина // Сестринское дело. - 2013. - № 1. - С. 19-21. - Библиогр.: с. 21 (5 назв.).

8. Филиппов Н.Е. Игнатина И.М. – Школа здоровья для больных сахарным диабетом / Медицинская сестра – 2012 – № 4, – С. 38. 2.

9. Хетагурова А.К. Роль среднего медицинского персонала в повышении качества медицинского обслуживания пациентов с сахарным диабетом / Сестринское дело - 2012 - № 1, - С. 29.

Полякова Татьяна Андреевна
г. Борисоглебск, БПОУ ВО «Борисоглебскмедколледж»
33.02.01 Фармация, 4 курс
Научные руководители – преподаватели Козлукова Т.В.,
Попова Т.И.

ИССЛЕДОВАНИЕ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

На современном этапе развития российского общества в условиях социально-экономической нестабильности, конкуренции на рынке труда, социальных стрессов, растут требования, предъявляемые к профессионализму личности. Однако далеко не каждый может адаптироваться, эффективно осуществлять свою профессиональную деятельность и социальную роль, а потому возрастает вероятность развития неблагоприятных психических состояний.

Одной из приоритетных задач психологии развития, медицинской психологии, психологии труда является исследование специфических социально-психологических явлений, к числу которых относится и "профессиональное выгорание" среди

специалистов различных областей труда, разработка программ по их предупреждению и коррекции.

Профессиональное выгорание возникает в результате внутреннего накапливания отрицательных эмоций без соответствующей "разрядки" или "освобождения" от них, ведет к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов человека.

Все это является предпосылкой для возникновения синдрома профессионального выгорания.

Статистические данные показывают, что около 80 % работников аптек ощущали на себе проявления профессионального выгорания. Как он возникает? И что с этим делать? Такие вопросы все чаще и чаще можно услышать от фармацевтов.

Актуальность и социальная значимость выбранной темы обусловлена сложным характером синдрома профессионального выгорания, а также разнородностью интерпретации его причин и проявлений, требующих поиска исследовательских стратегий и создания соответствующего психологического инструментария.[4]

Проблема профессионального выгорания особенно остро заявила о себе в настоящее время. Очевидно, что в современном постиндустриальном обществе меняется отношение к работе: люди теряют уверенность в стабильности своего социального и материального положения, в гарантированности рабочего места, материального благополучия, обостряется конкуренция за престижную и высокооплачиваемую работу. Параллельно идут процессы узкой специализации в профессии и глобализации со смежными отраслями, быстро меняются запросы рынка труда.

Объектом исследования является синдром профессионального выгорания как особого состояния человека, оказывающегося следствием профессиональных стрессов.

Предмет исследования – профилактика и коррекция негативных явлений, связанных с синдромом выгорания.

Для фармацевтов и провизоров, работа которых часто связана с негативными эмоциями и требует постоянной внутренней настройки, подобная проблема чуть ли не профессиональная болезнь. Однако о том, как бороться с подобными недугами, знают далеко не все.

Цель исследования – доказать особенности деятельности фармацевтических работников, приводящих к возникновению синдрома профессионального выгорания.

Еще в XVII в. известным голландским врачом Н. Ван – Тюльпом была предложена символическая эмблема медицинской деятельности – горящая свеча. "Светя другим, сгораю сам" ("Alis inserviando consumo") – этот девиз медицинских работников предполагает высокое служение, самоотверженную отдачу всего себя, всех своих физических и нравственных сил профессии и людям. [9]

Факторы, которые могут привести к развитию синдрома эмоционального сгорания у провизоров/фармацевтов: длительное нахождение в «поле» отрицательных эмоций; неравномерный режим работы, длительные рабочие смены; высокая или сверхурочная рабочая нагрузка; большое количество обязанностей; негативные переживания, связанные с чувством незащищенности перед покупателями; необходимость постоянно сдерживаться и не проявлять негативных эмоций, «держат лицо» и внешне проявлять эмоции, не соответствующие реальным; общение с покупателями, находящимися в стрессовом или агрессивном состоянии, в сложных жизненных обстоятельствах; постоянное общение с большим количеством людей; невозможность отказаться от общения с неадекватными посетителями аптеки; недостаточное вознаграждение за работу; неудовлетворенность профессией и современным восприятием покупателями образа провизора/фармацевта («продавец»); отсутствие или недостаток поддержки со стороны коллег и руководства; риск штрафных санкций.[3]

Признаки профессионального выгорания фармацевтического персонала: происходит снижение результативности труда, т.е. результаты труда не радуют руководство; персонал постоянно всем недоволен, негативно отзывается о руководстве, и поступают жалобы от покупателей на плохое обслуживание. [7]

К социально – психологическим аспектам предотвращения выгоранию можно отнести и стиль руководства. Например, авторитарный стиль способствует возникновению выгорания. При этом его симптомы наблюдаются чаще не только среди подчиненных, но и у самого руководителя.

Как избежать профессионального выгорания у фармацевтов:

1. Необходимо рационально использовать имеющиеся трудовые ресурсы, нормировать нагрузку;
2. Вовремя диагностировать признаки профессионального выгорания у сотрудников и следить за динамикой процесса;
3. Обучать персонал распознаванию признаков выгорания, применять методы по профилактике данного состояния;
4. Регулировать нагрузку (достаточное количество касс в аптеке, отсутствие дефицита персонала, ротация на рабочем месте, т.е. смена вида профессиональной деятельности);
5. Создание комфортных условий труда;
6. Гибкий график работы, не длинные смены;
7. Полное использование отпуска;
8. Больше положительных эмоций на работе и вне ее (совместный отдых с коллегами, общение вне работы и т.д.).

Если человек почувствовал, что нет сил больше заниматься такой работой, то нужно задуматься о смене деятельности, хотя бы ради подстраховки. Возможно, что выгорание пройдет, как временное явление, тогда переходить на другую работу не придется. Разговоры с коллегами на отвлеченные темы подарят хорошее настроение. Иногда потребуется консультация психолога, который поможет вам "поставить ваши мозги на место". [6,8]

Исследования проводились на базе аптечных организаций города Борисоглебска: аптека Центральная ООО «КОНТУР» ул. Советская, 37 и аптеки ИП Хмыз Л.В.

После отдельного анализа особенностей самооценки психического состояния фармацевтических работников аптек ООО Контур и ИП Хмыз Л.В. проведена сравнительная характеристика результатов, полученных по методике диагностики профессионального выгорания (МВИ) К. Маслач, С. Джексон в адаптации Н.Е. Водопьяновой, по показателям: эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личных достижений.[1]

При анализе результатов по шкале эмоционального истощения видно, что показатели варьировали в рамках среднего и низкого уровней у всех респондентов, это означает, что такие сотрудники с удовольствием выполняют работу, и лишь изредка, испытывают эмоциональное истощение и снижение эмоционального фона. Высокий уровень практически одинаков. Это объясняется небольшим стажем сотрудников, особенностями индивидуальных

черт характера и наличием стрессовых ситуаций у данных работников.

При сравнении аптек по показателю деперсонализации полученные результаты также варьируют между средним и низким уровнем, такие сотрудники стремятся абстрагироваться от возникшей стрессовой ситуации. Одним из главных признаков деперсонализации психологи называют чрезмерную погруженность человека внутрь себя. Минимальный процент анкетированных в аптеке ООО «Контур» (10%) и ИП Хмыз Л.В. (17%) имеют высокий уровень деперсонализации, подобное состояние нередко возникает как защитная функция психики на сильное потрясение и стресс, усталость.

Диагностика сравнительной характеристики уровня редукции личных достижений среди аптечных организаций показала, что большинство фармацевтов в исследуемых аптеках имеют низкий уровень редукции личных достижений, они положительно оценивают свои успехи в профессиональной деятельности. У сотрудников исследуемых аптек ООО «Контур» (10%) и ИП Хмыз Л. В. (17%) выявлен высокий уровень редукции личных достижений. Это проявляется в тенденции к отрицательному оцениванию себя, своих профессиональных достижений и успехов, негативизм относительно служебных достоинств и возможностей, ограничение своих возможностей, обязанностей по отношению к другим, снятие с себя ответственности и перекладывания ее на других.

Таким образом, сравнивая полученные результаты, отчетливо видно, что эмоциональное выгорание фармацевтических работников в аптеке ООО «Контур» и в аптеках ИП Хмыз Л.В. находится на среднем уровне. Наличие части признаков, проявляющихся у сотрудников аптек, являются предвестником и «запускающим механизмом» в формировании эмоционального выгорания. В этом случае срочно необходимо проводить профилактику синдрома профессионального выгорания.

В первую очередь профилактикой и коррекцией должен озаботиться руководитель аптечного учреждения. [8]

В ходе исследования проведено интервью с руководителем аптечной организации ИП Степыгина Т.А. Степыгиной Татьяной Алексеевной.

На вопрос «С чем связан интерес к профессиональному выгоранию фармацевтов? В чём состоит «фармацевтическая специфика»? был получен ответ: «Эмоциональное выгорание фармацевтов объясняется спецификой работы: повышенной ответственностью /консультант, психолог, продавец/, продвижением коммерческих интересов аптеки, однотипностью и монотонностью работы, отсутствием перспектив карьерного роста. Интерес к профессиональному выгоранию фармацевтов обусловлен, в основном, коммерциализацией деятельности, приносящей прибыль с одной стороны и материальным положением и социальным статусом населения с другой стороны».

На вопрос «Есть ли у вас рецепт, как фармацевтическим работникам предотвратить профессиональное выгорание?» получен ответ: «Ваша жизнь и отношение к ней зависят только от Вас! Стремитесь к успеху, избавьтесь от роли жертвы, забудьте об оправданиях и перестаньте жаловаться! Соревнуйтесь не с другими, а самим собой. С каждым днем становитесь профессиональнее, богаче, счастливее. Чтобы жить лучше, нужно делать больше. Больше, чем раньше, больше, чем другие!»

Проанализировав ответы Т.А. Степыгиной, можно сделать вывод – роль руководителя в профилактике и коррекции синдрома эмоционального выгорания важна. Фармацевтические работники, получающие такую поддержку, гораздо меньше подвержены стрессовым состояниям, и, соответственно, крайне редко попадают под профессиональное выгорание.

В ходе исследования установлено – именно руководители создают атмосферу доброжелательности и сотрудничества в коллективе, хорошо понимают, что чувствуют их подчиненные и коллеги, и стараются это учитывать в интересах дела, умеют находить правильное решение в конфликтных ситуациях, возникающих при общении с коллегами и клиентами аптек, помогают работникам спокойно справляться с эмоциональными проблемами.

Интерес к эмоциональному выгоранию как социальной проблеме, а затем и исследовательской, был обусловлен тем мощным отрицательным эффектом, который выгорание оказывает на профессиональную деятельность и особенности поведения профессионалов.

Синдром эмоционального выгорания – сложный психофизический феномен, который определяется как эмоциональное, умственное и физическое истощение из – за продолжительной эмоциональной нагрузки, выражается в депрессивном состоянии, чувстве усталости и опустошенности, недостатке энергии и энтузиазма, утрате способностей видеть положительные результаты своего труда, отрицательной установке в отношении работы и жизни вообще.

Рекомендации для фармацевтического персонала:

- организовывать рабочие паузы для эмоциональной разгрузки;
- оптимизировать режим работы и отдыха;
- овладеть умениями и навыками саморегуляции;
- грамотно планировать свою деятельность;
- сохранять положительную точку зрения;
- контролировать эмоции, возникающие после завершения намеченной работы.

Список литературы

1. Водопьянова Н. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2 – е изд. / Н. Водопьянова – СПб.: Питер, 2008 – 336 с.
2. Галковская Г. Good Pharmacy Practice – надлежащая аптечная практика: концептуальные принципы руководства / Г. Галковская // Еженедельник аптека. – 2015. – 30 ноября. – С. 6.
3. Тельпуховская Н. М. Как не сгореть за первым столом / Н.М Тельпуховская // Катрен стиль. – 2014. – №128 – С. 9 – 12.
4. Бюллетень медицинских интернет – конференций [Электронный ресурс]: Профессиональное выгорание в фармации/журнал Издательство: Наука и инновации (Саратов), – 2014. Режим доступа к журналу: <https://medconfer.com/node/3945>.
5. Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у фармацевтов [Электронный ресурс] <http://do.gendocs.ru/docs/index-95499.html?page=10>.
6. Подходы к решению проблемы профессиональной деформации в медицинских профессиях [Электронный ресурс] http://studbooks.net/1605100/psihologiya/podhody_resheniyu_problemy_professionalnoy_deformatsii_meditinskih_professiyah.

7. Профессиональное выгорание фармацевтических работников [Электронный ресурс] <http://www.xnblafkidmfaflnm6k.xnp1ai/2016/01/professionalnoe-vygoranie-farmaceuticheskix-rabotnikov/>.

8. Синдром выгорания как следствие напряженной профессиональной деятельности первостольника. Роль руководителя аптечного учреждения в профилактике и коррекции синдрома выгорания [Электронный ресурс] <http://mylektsii.ru/7-31050.html>.

9. Синдром профессионального выгорания провизора [Электронный ресурс] <http://iq-provision.ru/sindrom-professionalnogo-vygoraniya-provizora/>

Попкова Лина Алексеевна
г. Старый Оскол, ОГА ПОУ «Старооскольский медицинский колледж»

31.02.03. Лабораторная диагностика, 4 курс
Научный руководитель – преподаватель Молчанова Е.И.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НА СИФИЛИС

Анализ крови на сифилис необходим во всех случаях, когда существует возможность заражения. С необходимостью сдать анализ крови на сифилис может столкнуться практически любой человек, например, перед проведением операции. Также это исследование в обязательном порядке проходят при устройстве на работу, каждая беременная женщина, доноры на станции переливания крови.

Диагностика является важнейшим этапом в лечении любого заболевания. В зависимости от правильно поставленного диагноза находится не только успешное лечение, но и возможность предотвратить развитие осложнений и сопутствующих патологий.

Серьезность ситуации усугубляется тем, что сифилис, как и другие инфекции, передаваемые половым путем, способствует распространению ВИЧ – инфекции.

Одним из основных мероприятий, направленных на предупреждение дальнейшего распространения заболеваемости сифилисом, является его ранняя диагностика.

Бледную трепонему можно обнаружить в отделяемом из твердых шанкров, эрозивных папул, лимфоузлах, в крови больных за несколько дней до появления свежих вторичных высыпаний, во всех экссудатах и транссудатах (кроме плевральной жидкости) у больных активным вторичным сифилисом, в спинномозговой жидкости, молоке кормящих матерей, в здоровой на вид коже, миндалинах и слизи канала шейки матки больных скрытым сифилисом, в головном мозге у больных прогрессивным параличом и спинном мозге у больных табесом.

Моча, слезы, пот, слюна бледных трепонем не содержат, но могут инфицироваться ими в выводящих путях.

Изучение методик диагностики сифилиса должно быть тесно связано с анализом статистических данных по России.

При изучении лабораторных методов исследования на сифилис были избраны следующие методы исследования:

- научно – теоретический анализ литературы,
- сравнение методов лабораторной диагностики,
- анализ статистических данных по данной проблеме.

История возникновения сифилиса до настоящего времени является предметом дискуссии инфекционистов и дерматовенерологов многих стран. Принято считать, что заболевание существовало на протяжении тысячелетий во всех человеческих популяциях, о чем свидетельствуют исследования костных останков человека, обнаруженных при археологических раскопках.

Выделение сифилидологии в отдельную дисциплину датировано эпохой Возрождения. Таким образом, этой науке уже почти 500 лет. Хорошо известно имя итальянского врача, поэта, астронома Иеронима Фракасторо. Поэма *Syphilis sive morbus gallicum* о пастухе по имени Сифилус, наказанного богами болезнью половых органов за дерзкий вызов, брошенный богам, была опубликована Фракасторо в 1550г. в Вероне. В этом произведении приведено исторически ценное описание симптоматиологии этого заболевания, получившего в те времена распространение в Европе.

Возбудителя сифилиса – бледную трепонему – открыли в 1905 году Ф. Р. Шаудин и Э. Гофман.

Многие десятилетия в научном мире идут споры о том, откуда произошел сифилис. Есть три основные теории на эту тему – американская, африканская и европейская.

Возбудитель сифилиса – бледная трепонема. Форма – штопорообразная спираль, слегка суживающаяся к концам. 8 – 14 равномерных завитков. Подвижна: поступательные, вращательные (вокруг своей оси), маятникообразные, волнообразные движения.

Факультативный анаэроб (оптимальные условия – лимфатическая жидкость) оптимальная температура – температура человеческого тела.

Термолабильна: при 100°C гибнет мгновенно, хорошо переносит низкие температуры (0° С – 1 – 2 суток), долго сохраняется во влажной среде. Мгновенно гибнет в растворах: 0,05% хлоргексидин (гибитан), сулема 1:1000, 1 – 2 % фенол, 70 % и выше спирт, губительно действует кислая и щелочная среда.

Свое название бледная трепонема получила из-за слабой способности воспринимать краску.

Источник заражения – больной сифилисом человек.

Диагноз сифилиса ставится на совокупности данных анамнеза, конфронтации, клинической картины и лабораторных данных, включающих обнаружение возбудителя и результатов серологического обследования.

Подтверждение диагноза лабораторными данными обязательно.

В большинстве случаев обнаружить возбудителя сифилиса невозможно или обнаружение его затруднительно. Поэтому для диагностики сифилиса применяют так называемую серологическую диагностику, основанную на определении различных видов и классов антител, которые организм выработал с целью своей защиты от сифилитической инфекции, т. е. определяется не возбудитель инфекции, а как организм прореагировал на его появление.

Серологическое исследование (от лат. serum – сыворотка) представляет собой лабораторный анализ плазмы капиллярной или венозной крови, основанный на иммунологической реакции антиген – антитело.

Серологическую диагностику сифилиса осуществляют в следующих случаях:

1. Скрининг на сифилис. Массовое обследование определенных групп населения. Для скрининга применяются дешевые, простые и быстрые по исполнению тест системы, основанные на нетрепонемных тестах. Скринингу на сифилис подвергаются: беременные женщины; доноры крови и органов для

трансплантации; некоторые профессиональные контингенты (работники питания, образования, здравоохранения); военнослужащие; лица, отбывающие наказание в местах лишения свободы; больные, готовящиеся к оперативному хирургическому вмешательству; лица, поступившие на стационарное лечение (обязательная вассерманизация – в России, странах СНГ и некоторых других странах).

2. Диагностика сифилиса. Для диагностики сифилиса применяются комбинация нетрепонемных и трепонемных тестов на сифилис или только трепонемные (подтверждающие) реакции. Серологическое обследование на сифилис назначается в следующих случаях: лицам, имеющие клинические признаки сифилиса; лицам с любыми генитальными язвами; лицам - половым партнерам больных сифилисом, а также в случае близкого бытового контакта с больным вторичным сифилисом; детям, родившимся от больных сифилисом матерей; лицам с подтвержденным диагнозом других половых инфекций; для подтверждения результатов скрининга (отборочных реакций).

3. Контроль за лечением сифилиса. Применяются нетрепонемные тесты, так как трепонемные тесты остаются положительными продолжительное время после лечения, а иногда всю жизнь.

В качестве антигена для проведения нетрепонемных тестов используется стандартный кардиолипин – лецитин – холестероловый антиген (который является одним из компонентов тканей человеческого организма и содержит липиды, характерные для бледной трепонемы) для проведения микрореакции преципитации, в случае определения реагинов реакцией связывания комплимента (реакции Вассермана), помимо кардиолипинового антигена применяют еще и ультразвуковой дезинтеграат культуральных трепонем (трепонемный антиген). К нетрепонемным тестам относят:

- RPR (Rapid Plasma Reagins) тест быстрых реагинов (российский аналог микрореакция преципитации МР);
- VDRL (Venereal Disease Research laboratory);
- Реакция связывания комплимента (реакция Вассермана).

Наиболее часто используются следующие трепонемные тесты:

- Реакция иммунофлюоресценции (РИФ – FTA) в различных модификациях

- Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА – ТРНА)
- Иммуноферментный анализ (ИФА – ЕІА) в том числе рекомбинатный ИФА
- Реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ)
- Иммуноблотинг

Трепонемные тесты применяются только для диагностики сифилиса и не используются для проведения контроля излеченности.

Таблица 1 - Частота положительных результатов серологических реакций при разных стадиях сифилиса

| Test | Первичный | Вторичный | Скрытый | Третичный |
|--------------------|----------------|-----------|-----------------|---------------|
| MP (VDRL/RPR) | 78% (74 – 87) | 100% | 95 % (88 – 100) | 71% (37 – 94) |
| РИФ (FTA – Abs) | 84% (70 – 100) | 100% | 100% | 96% |
| РПГА ТРНА) | 84% (84 – 100) | 100% | 100% | 100% |

Когда идет речь о микрореакции экспресс – тестом, имеется в виду, что требуется несколько капель исследуемого материала. Такие тесты очень удобны для скрининга больших групп населения или проведения в домашних условиях. Наборы для анализа дешевы и выпускаются в стандартизированном виде. Например «Сифилис – АгКЛ – РМП» производства ЗАО «ЭКОлаб», «Профитест» от New Vision Diagnostics, SD BIOLINE производства Standard Diagnostics.

Таблица 2 - Динамика показателей заболеваемости сифилисом в России в 1989-2016 годы (на 100 тысяч человек)

| Год | 1989 | 1992 | 1993 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 |
|-----|------|------|------|-------|-------|-------|-------|
| | 4,3 | 12,6 | 32,6 | 172,1 | 254,2 | 277,3 | 234,8 |

Продолжение таблицы 2

| Год | 2000 | 2005 | 2007 | 2010 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----|-------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 165,3 | 69,0 | 63,0 | 44,9 | 28,9 | 24,9 | 22,9 | 20,5 |

Наименьшее количество заболеваемости сифилисом зарегистрировано в 1989 году – 4,3 на 100 тысяч человек.

Наибольшее количество заболеваемости сифилисом зарегистрировано в 1997 году – 277,3 на 100 тысяч человек.

Наблюдается подъем заболеваемости сифилисом с 1995 года (172,1) до 1997 года (277,3). С 1998 года заболеваемость снижается. К 2016 году этот показатель снизился до 20,5 на 100 тысяч человек.

Таблица 3 - Статистические данные заболеваемости сифилисом по регионам России с впервые в жизни установленным диагнозом сифилиса за 2012-2016 годы (на 100 тысяч человек)

| Город, область | Годы | | | | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Республика Тыва | 198,5 | 176,5 | 135,1 | 104,2 | 85,9 |
| Московская область | 22,8 | 24,1 | 30,9 | 44,8 | 32,8 |
| Санкт-Петербург | 55,9 | 42,9 | 40,1 | 26,5 | 24,6 |
| Москва | 18,9 | 20,6 | 16,7 | 21,9 | 32,3 |
| Курская | 37,8 | 33,1 | 26,8 | 24,8 | 19,5 |
| Ростовская | 25,3 | 23,6 | 23,3 | 20,5 | 16,5 |
| Воронежская | 11,3 | 13,0 | 14,6 | 13,9 | 13,6 |
| Липецкая | 38,5 | 29,2 | 20,7 | 14,9 | 12,4 |
| Белгородская | 10,5 | 9,3 | 8,1 | 8,5 | 7,6 |
| Дагестан | 4,4 | 6,2 | 4,2 | 3,7 | 3,5 |

Пик заболеваемости сифилисом приходился на 1995 – 2000 годы и составил в 1995 году – 172,1 на 100 тысяч человек, в 1996 году – 254,2 на 100 тысяч человек, в 1997 году – 277,3 на 100 тысяч человек, в 1998 году – 234,8 – на 100 тысяч человек, в 2000 году – 165,3 на 100 тысяч человек.

Из регионов России статистические данные по сифилису за 2012-2016 годы были взяты: с наименьшим количеством заболеваний, с наибольшим количеством заболеваний и близлежащие регионы к Белгородской области.

Статистические данные заболеваемости сифилисом по регионам России показывают, что самая большая заболеваемость сифилисом с впервые в жизни установленным диагнозом в Республике Тыва (198,5 в 2012 году и 85,9 в 2016 году). Количество заболевших существенно снизилось за 5 лет.

Самая низкая заболеваемость сифилисом с впервые в жизни установленным диагнозом в Дагестане (3,7 в 2015 году и 3,5 в 2016 году). Количество заболевших сифилисом в Дагестане остается на прежнем низком уровне на 100 тысяч человек за 5 лет (от 4,4 в 2012 году до 3,5 в 2016 году).

По Белгородской области заболеваемость сифилисом с впервые в жизни установленным диагнозом составила 7,6 на 100 тысяч человек в 2016 году. Наблюдается снижение заболеваемости с 10,5 в 2012 году до 7,6 в 2016 году на 100 тысяч человек.

Не удивляйтесь, если при медосмотре перед устройством на работу, операцией или при беременности вам предложат пройти исследование крови на сифилис. Это обычная процедура, предназначенная для скрининга населения. Таким образом, выявляют носителей инфекции и больных на ранних стадиях.

Желание провести экспресс – диагностику может появиться у каждого, кто практиковал незащищенный секс или подозревает партнера в носительстве. Сегодня есть возможность самостоятельно совершить тестирование в домашних условиях.

Особое значение анализ крови на сифилис приобретает в процессе лечения инфекции: по результатам судят об эффективности выбранного метода терапии и делают выводы о выздоровлении пациента.

Направление на анализ можно получить не только у венеролога-дерматолога, но и у терапевта, гинеколога или уролога. Анализ по собственной инициативе делают, купив набор для экспресс – тестирования в аптеке.

Для анализа крови на сифилис в разных случаях могут брать капиллярную или венозную кровь. Домашние экспресс – тесты дают ответ по одной капле крови из пальца. В этом случае специальной подготовки не требуется. Общая рекомендация: воздерживаться от курения непосредственно перед взятием пробы, а от алкоголя – на протяжении 24 часов.

Похожие требования выдвигаются и при заборе венозной крови. Для пациентов, имеющих проблемы с иммунитетом, дополнительно не советуют заниматься тяжелым физическим трудом накануне анализов. За день до взятия проб лучше употреблять легкую пищу, хорошо выспаться.

Сдача венозной крови проводится утром натощак.

Список литературы

1. Здравоохранение в России. 2017: Статистический сборник /Росстат-М.,2017.-170 с.
2. Кошкин С.В., Чермных Т.В. Клиническое проявление ранних форм сифилиса. – М.: Кировская государственная медицинская академия, 2014. - 144 с.

Родионов Владимир Константинович
г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский
колледж»

33.02.01 Фармация, 3 курс

Руководитель - преподаватель Осадченко Г.В.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ТАБЛЕТОК АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ

Колыбель аспирина и владелец бренда - немецкий фармацевтический концерн Bayer. Аспирин в том виде, в каком мы его знаем, создали два химика этого концерна - Феликс Хоффман и Артур Эйхенгрин.

Как водится, существует и легенда. Отец Хоффмана страдал ревматизмом, испытывал боли, не мог передвигаться. Врачи прописали ему, чтобы уменьшить боли, салицилат натрия. Но после приёма этого лекарства у него начиналась рвота.

Любящий сын-химик нашёл в химической литературе данные об ацетилсалициловой кислоте, которая была синтезирована Шарлем Герхардтом в 1853 году и обладала меньшей кислотностью. Работа Герхардта осталась малоизвестной в научном мире ещё и по причине очень сложной технологии синтеза [3].

Хоффман стал работать над улучшением органического синтеза ацетилсалициловой кислоты и сумел получить её в очень чистом виде. Такое лекарство его отец смог принимать.

В другом варианте легенды Хоффман создал новый препарат и испытал его на своём отце, страдавшем ревматизмом.

Как бы то ни было, в лабораторном журнале Хоффмана 10 августа 1897 года было записано, что длительное нагревание смеси двух частей салициловой кислоты и трёх частей уксусного ангидрида позволяет получить ацетилсалициловую кислоту. Был описан способ получения ацетилсалициловой кислоты, а её

испытания выявили высокую фармакологическую активность. Ацетилсалициловая кислота оказалась приемлемой по вкусу и не оказывала такого раздражающего действия, как салициловая.

Новому препарату дали название «аспирин», взяв букву «а» от слова acetyl (ацетил) и часть «спирин» от немецкого слова Spirsauere, которое, в свою очередь, произошло от латинского названия лабазника вязолистного (*Spiraea ulmaria*) — растения, содержащего большое количество салициловой кислоты.

6 марта – официальный день рождения аспирина. Именно в этот день в 1899 году Хоффман получил патент на Аспирин.

История этого препарата в XX в. насыщена фактами со словом "впервые":

1900г. – на рынок выпущена первая в мире таблетированная форма препарата Аспирин®, содержащая 500 мг ацетилсалициловой кислоты. До этой даты средство выпускалось только в форме порошка, что доставляло неудобства и при его продаже в аптеках, и при пероральном применении. Новая форма стала одним из первых стандартно дозируемых лекарственных средств в мире.

1911г. – компания "Bayer" через масс-медиа официально предупредила общественность о появлении на рынке фальсифицированного препарата Аспирин®

1914г. – информация о благоприятных результатах применения препарата Аспирин® за несколько предшествующих лет была разослана 30 тыс. практикующих врачей. Это стало первой маркетинговой кампанией такого масштаба в истории фармацевтической отрасли.

1925г. – Аспирин® спас множество жизней во время обширной эпидемии гриппа в Европе.

1950 г. – Аспирин® занесен в Книгу рекордов Гиннесса как анальгетик с наибольшим объемом продаж.

1961 г. – выпущен Аспирин+С®, шипучие таблетки ацетилсалициловой кислоты с витамином С. Однако эта лекарственная форма была создана отнюдь не с целью удобства приема препарата, как полагают многие. Шипучие таблетки содержат специальный буфер, который значительно уменьшает выраженность раздражающего воздействия ацетилсалициловой кислоты на слизистую оболочку желудка. Последнее обеспечивает гораздо лучшую переносимость препарата и снижает частоту и

выраженность нежелательных побочных реакций со стороны пищеварительного тракта.

1969 г. – упаковка с препаратом Аспирин® отправляется на Луну в составе аптечки американского астронавта Нейла Армстронга на борту космического корабля "Аполлон 11".

23 июня 1971 г. – Джон Вейн, профессор фармакологии, публикует свои исследования о механизме действия ацетилсалициловой кислоты "Ингибирование синтеза простагландинов как механизм действия Аспирин®-подобных лекарств".

Именно благодаря ацетилсалициловой кислоте профессору Джону Вейну, работавшему в Королевском колледже хирургов в Лондоне, удалось разобраться в многообразии простагландинов и роли ферментов ЦОГ (ЦОГ-1, ЦОГ-2) в поддержании клеточного гомеостаза и фармакодинамике не только препарата Аспирин®, но и других нестероидных противовоспалительных препаратов [2].

1972 г. – Национальная академия наук США подтвердила: ацетилсалициловая кислота — самый продаваемый безрецептурный препарат в США.

1982 г. – Джону Вейну за указанные выше исследования была присуждена Нобелевская премия в области физиологии и медицины, а королева Великобритании Елизавета II посвящает его в рыцари.

С этого времени началась эра применения препарата Аспирин® в качестве антиагрегационного средства. С 1977 г. и по сей день появляются все новые и новые данные о высокой эффективности препарата в снижении риска различных осложнений, связанных с тромбообразованием, у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Хроника этих событий выглядит так:

1978г. – начался новый этап в медицинской жизни препарата Аспирин®. В журнале "The New England Journal of Medicine" был опубликован отчет о исследовании профессора Генри Джорджа Барнета, в ходе которого было установлено, что ацетилсалициловая кислота в высоких дозировках снижает риск повторного инсульта с возможным летальным исходом на 31% у женщин и на 48% у мужчин.

1986 г. – во время государственного визита в Федеративную Республику Германия королева Англии Елизавета II во время встречи с президентом отмечает, что немцы достигли успеха во

многих сферах — от музыки, философии и литературы до открытия рентгеновских лучей и массового производства препарата Аспирин®.

1989г. – публикуются результаты исследования о влиянии препарата Аспирин® на здоровье американских врачей (Physicians' Health Study) с участием около 22 тыс. практикующих специалистов. Согласно представленным данным ежедневное применение препарата Аспирин® в невысокой дозе длительное время вдвое снижало риск инфаркта миокарда и значительно — инсульта.

1993г. – на рынок Германии выходит новый брэнд компании "Bayer" Аспирин КАРДИО® 100 и 300 мг (Aspirin Protect®). Благодаря уникальной энтеросолюбильной оболочке таблетка Аспирин КАРДИО® проходит через желудок целиком, а растворяется в кишечнике, где абсорбируются активные ингредиенты, что позволяет защитить желудок от негативного влияния ацетилсалициловой кислоты при длительном применении.

1994г. – опубликованы результаты мета-анализа более чем 300 исследований препарата Аспирин® с участием 140 тыс. пациентов, ставшего на тот период своеобразным рекордом. Было доказано: если бы лица в возрасте до 70 лет ежедневно получали Аспирин® в невысокой дозе, то смертность вследствие сердечно-сосудистых заболеваний в мире сократилась бы на 100 тысяч человек в год.

Данные экспериментальных исследований на животных, проведенные в Бостонском университете, дают основания полагать, что ежедневный прием препарата Аспирин® в невысокой дозе может снижать риск развития рака кишечника на 30–50%. В настоящее время ведутся дальнейшие исследования в этом направлении.

С 1995г. при поддержке компании "Bayer" ученые многих стран мира принимают участие в конкурсе научно-исследовательских работ "International Aspirin® Award", целью которого является раскрытие новых механизмов действия и поиск новых путей клинического применения препарата Аспирин®. Награды даются в 2 номинациях: "Young Researchers' Aspirin® Award" для ученых в возрасте до 40 лет, сделавших серьезный вклад в изучение механизмов действия ацетилсалициловой кислоты, и "Aspirin® Senior Award" — для ученых, проводивших терапевтические исследования и проливших свет на применение этого препарата в определенных областях медицины.

Одним из результатов таких работ стало установление влияния препарата Аспирин® на уровень глюкозы в крови молодым китайским ученым, что было отмечено в 2003 г. почетным призом конкурса.

6 марта 1999г. административное здание компании 6 марта 1999 г. административное здание компании "Bayer AG" превратилось в самую большую в мире упаковку препарата Аспирин®! Огромное здание, 120x65x19 м, с помощью 28 000 кв. м ткани, раскрашенной соответствующим образом, металлических каркасов и надувных труб из фольги было оформлено в огромную упаковку. Таким образом компания "Bayer AG" отпраздновала 100-летний юбилей своего самого известного детища. Это событие принесло аспирину уже второе достижение в Книге рекордов Гиннеса — самая большая в мире упаковка препарата Аспирин®.

А новый сорт розы, выведенный в Германии в честь 100-летнего юбилея препарата, был назван Аспирин.

В этом же году фармацевтические компании заявили о продаже триллиона таблеток аспирина.

Иными словами, в течение ста лет в среднем выпускалось по 10 миллиардов таблеток аспирина в год. Если выложить их в линию, этого сполна хватило бы на путь до Луны и обратно.

6 марта 2019г. Аспирину исполнилось 120 лет [3].

Результаты исследования

Объектом исследования служили таблетки ацетилсалициловой кислоты (500 миллиграмм) отечественных производителей: ЗАО "Производственная фармацевтическая компания Обновление", г. Новосибирск и ОАО "Уралбиофарм" г. Екатеринбург. Таблетки были исследованы по следующим показателям [1]:

1. Внешний вид.
2. Определение средней массы таблетки.
3. Определение подлинности.
4. Количественное содержание ацетилсалициловой кислоты в одной таблетке.

Внешний вид: таблетки имеют круглую форму с плоскими цельными краями. Поверхность таблетки гладкая, однородная. На поверхности имеется риска[1].

Определение подлинности: 0,2 г ЛС поместили в фарфоровую чашку и прибавили 0,5 мл концентрированной серной кислоты и 1 мл воды. Ощущается запах уксусной кислоты. К оставшейся смеси

добавили раствор формальдегида. Появилось розовое окрашивание. (салициловая кислота) [1].

Количественное определение: проводилось методом нейтрализации.

Около 0,3 г (точная навеска) порошка растертых таблеток взболтали с 10 мл нейтрализованного по фенолфталеину спирта в течение 10 минут. Затем жидкость охладили до 10⁰ С и оттитровали раствором едкого натра до розового окрашивания. 1 мл 0,1М р-ра едкого натра соответствует 0,01802 г С₉Н₈О₄.

Расчет провели по формуле [1]:

$$m = \frac{V * T * K * P}{a}$$

где: V - объем титранта, пошедшего на титрование;

T - титр 0,1М р-ра NaOH по ацетилсалициловой кислоте;

K - коэффициент поправки;

P - средний вес таблетки;

a - навеска, взятая для титрования.

Результаты исследования представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1 - Определение качества таблеток по показателю "средняя масса"

| ЗАО "Производственная фармацевтическая компания Обновление", г.Новосибирск | | ОАО "Уралбиофарм", г. Екатеринбург | |
|--|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Средняя масса=0,6043г | | Средняя масса=0,5981г | |
| m ₁ =0.6122г | m ₁₁ =0,6280г | m ₁ =0.5949г | m ₁₁ =0.6018г |
| m ₂ =0.6017г | m ₁₂ =0,6185г | m ₂ =0.6022г | m ₁₂ =0.6031г |
| m ₃ =0,5934г | m ₁₃ =0,6325г | m ₃ =0,6028г | m ₁₃ =0,5822г |
| m ₄ =0.5961г | m ₁₄ =0,5918г | m ₄ =0.6030г | m ₁₄ =0,6327г |
| m ₅ =0.5896г | m ₁₅ =0,6180г | m ₅ =0.5877г | m ₁₅ =0,5783г |
| m ₆ =0.6040г | m ₁₆ =0,5813г | m ₆ =0.6023г | m ₁₆ =0,5920г |
| m ₇ =0.6057г | m ₁₇ =0,5945г | m ₇ =0.5981г | m ₁₇ =0,6233г |
| m ₈ =0.6068г | m ₁₈ =0,6245г | m ₈ =0.5973г | m ₁₈ =0,6166г |
| m ₉ =0.6116г | m ₁₉ =0,5785г | m ₉ =0.5966г | m ₁₉ =0,5744г |
| m ₁₀ =0.6052г | m ₂₀ =0,5930г | m ₁₀ =0.6011г | m ₂₀ =0,5735г |

Таблица 2 - Результаты исследования таблеток ацетилсалициловой кислоты в соответствии с требованиями нормативной документации

| Производитель | Средняя масса таблетки, г | Требования НД $\pm 5\%$ от ср. массы, г | Масса действующего вещества | | Вывод |
|---|---------------------------|---|---|----------------------------|------------------------------|
| | | | Требование НД $\pm 5\%$ от массы действующего вещества, г | Результаты исследования, г | |
| ЗАО "Производственная фармацевтическая компания Обновление", г. Новосибирск | 0,6043 | [0,5700-0,6300] | [0,475-0,525] | 0,4992 | Удовлетворяет требованиям НД |
| ОАО "Уралбиофарм" г. Екатеринбург | 0,5981 | [0,5700-0,6300] | [0,475-0,525] | 0,4914 | Удовлетворяет требованиям НД |

Вывод: исследованные таблетки ацетилсалициловой кислоты отечественных производителей удовлетворяют требованиям нормативной документации.

Список литературы

1. Государственная фармакопея Российской Федерации XIV. ФС.3.1.0009.18 "Ацетилсалициловая кислота, таблетки".
2. Овчинникова Л.К., Ягудина Р.И. "АСК: эффективность и безопасность применения". Журнал "Российские аптеки" 2007,19: 29-31.
3. История аспирина [Электронный ресурс] Режим доступа www.stepandstep.ru/catalog/know/127222/istoriya-aspirina.html.

Сапрыкина Ирина Евгеньевна
г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский
колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 4 курс
Научный руководитель – преподаватель Рубахина О.Е.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАЗВИТИЯ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

Существует древняя поговорка: «Человек молод настолько, насколько молод его позвоночник». Нарушение функций позвоночного столба лежит в основе многих болезней, но, как показывает жизнь, люди в основном весьма

Под термином «остеохондроз позвоночника» понимают первичный дегенеративный процесс в межпозвонковых дисках, который, в свою очередь, ведет к вторичному развитию реактивных и компенсаторных изменений в костно-связочном аппарате позвоночника [2].

По данным ВОЗ, вертебро-неврологические поражения (львиную долю которых, в соответствии с отечественной классификацией, составляет остеохондроз) имеются у 85% населения земного шара. По частоте встречаемости среди населения в развитых странах мира они вышли на третье место после сердечно-сосудистой и онкологической патологии. Их выраженные клинические проявления наблюдаются в период наибольшей трудовой активности, охватывают возрастной промежуток от 25 до 55 лет и являются на сегодня одной из наиболее частых причин временной нетрудоспособности: так, на 100 работающих это составляет — от 32-х до 161-го дня в году. Патология позвоночника занимает 5 место среди причин госпитализации и 3 место среди причин хирургического лечения в мире. В России, среди взрослого населения, в структуре заболеваемости с утратой трудоспособности более 50 % случаев составляют заболевания периферической нервной системы. Высок процесс инвалидизации: среди инвалидов с заболеваниями периферической нервной системы 80 % случаев составляют вертеброгенные поражения [3].

Несмотря на успехи в диагностике и лечении, это заболевание продолжает поражать всё более широкие слои

население, не обнаруживая тенденции к стабилизации или снижению показателей заболеваемости. Эпидемиология остеохондроза свидетельствует, что данное заболевание не только стало чаще встречаться, но и «помолодело», о чём говорят результаты ежегодных профилактических осмотров детей и подростков. Все больше пациентов в возрасте от 15 до 20 лет обращаются в медицинские учреждения с жалобами на боли в спине, а к 30 - 40 годам многие из них уже имеют разнообразные осложнения остеохондроза позвоночника.

Изложенное выше определило актуальность данной темы и послужило основанием для выполнения исследования.

В рамках изучения дисциплины: «Сестринский уход в неврологии» членами нашего студенческого кружка было проведено выборочное исследование студенческой молодежи на предмет выявления степени предрасположенности современной молодёжи к остеохондрозу.

С целью создания информационной базы для проводимого исследования нами были составлены анкеты и проведен функциональный тест, позволяющий выявить лиц, относящихся к группе риска по развитию остеохондроза.

Основным объектом исследования стали студенты Воронежского Базового Медицинского Колледжа.

Предметом исследования являлась проблема внедрения системы профилактики развития вертеброгенной патологии среди населения как метода сестринской работы по пропаганде здорового образа жизни.

В ходе исследования решались следующие задачи:

1. Определить степень распространенности заболеваемости остеохондрозом среди молодежи.
2. Выявить какой процент из опрошенных потенциально находится в зоне риска по развитию данного заболевания.
3. Познакомить студентов с методами профилактики развития остеохондроза.

В рамках проводимого исследования нами было опрошено 150 человек в возрасте от 17 до 25 лет. Им было предложено анонимно ответить на вопросы анкеты, состоящей из 17 вопросов и выполнить 7 тестовых упражнений.

В анкетировании приняли участие 150 человек, из которых 19% (28 человек) составили лица мужского пола и 81% - женского (122 человека).

По результатам анкетирования было выяснено, что у 52% опрошенных имеются те или иные нарушения осанки, а 21% участников исследования в детстве был поставлен диагноз – сколиоз.

Среди мужской части респондентов около 80% участников опроса указали на имевшиеся в детском или раннем юношеском возрасте травмы спины.

Абсолютное большинство опрошенных (72%) отметили, что сейчас ведут, скорее малоподвижный образ жизни и испытывают дефицит двигательной активности, или же вынуждены подолгу находиться в статичном положении (38% опрошенных).

При этом, большинство из них (81%) не изменили свой образ жизни, не смотря на то, что периодически испытывают боли и дискомфорт в том или ином отделе позвоночника.

В случае возникновения болевых ощущений в области спины или шеи, только 11% опрошенных сразу обращаются за консультацией к специалистам, остальные 89% предпочитают сначала «консультироваться» в интернете или у своих знакомых и заниматься самолечением, используя широко рекламируемые СМИ обезболивающие противовоспалительные препараты. Все это говорит о не высоком уровне осознания серьезности ситуации участниками опроса.

На втором этапе исследования участникам опроса было предложено выполнить 7 тестовых упражнений.

Задание №1. Наклонитесь вперед (ноги вместе, колени не сгибаем). Достали пол ладонями — 4 очка, пальцами — 3, не достали до пола — 0 очков.

Задание №2. Встаньте спиной к стене. Ноги на ширине плеч. Наклонитесь как можно ниже влево, затем вправо, касаясь спиной стены, скользя рукой вниз по ноге. Достали пальцами до икр — 4, до колена — 3, не достали до колена — 0 очков.

Задание №3. Лежа на спине, закидываем ноги за голову. Дотянулись пальцами ног до пола с прямыми ногами — 4, с согнутыми — 3, не смогли коснуться пола пальцами ног — 0 очков.

Задание №4. Сидя или стоя ровно, поверните голову в сторону как можно сильнее, сначала в одну, потом в другую. Угол поворота

шеи равен 90^0 - 4, угол поворота равен 45^0 - 3, менее 45^0 - 0 очков.

Задание №5. Наклоните голову так, чтобы подбородок коснулся груди. Достали подбородком до груди – 4, смогли наклонить голову на половину – 3, не смогли наклонить – 0 очков. Задание №6. Сидя или стоя ровно, заведите руки за спину, кисти в замок, локти расправлены. Скрестили руки в замок - 4 очка, дотянулись до лопаток - 3 очка, не смогли завести руки за спину – 0 очков.

Задание №7. Лежа на спине поднимите и опустите одну ровную ногу вверх как можно выше, затем вторую ногу. Подняли ногу на 90^0 - 4, на 45^0 – 3, менее 45^0 - 0 очков.

Результаты исследования показали, что среди опрошенных 70% испытывают боль и дискомфорт в области шеи, спины или поясницы, при выполнении предложенных тестовых упражнений, что говорит о наличии у них вертебро-неврологической симптоматики.

Наибольший процент лиц, испытывающих дискомфорт при выполнении диагностического теста пришелся на возрастную группу старше 25 лет – 46%; 29% составили лица в возрасте от 21 – до 25 лет и 25% - лица моложе 21 года.

При этом, с тестовым упражнением №1 не смогли справиться 52% участников обследования, с упражнением №2 – 49% тестируемых, с упражнением №3 – 65%, с упражнением №4 – 56%, с упражнением №5 – 15%, с упражнением №6 – 37% и с упражнением №7 – 10% участников тестирования.

Статистический анализ показал, что около половины всех признаков заболевания было зарегистрировано в самой старшей группе пациентов - от 25 лет и более (46%). На втором месте была следующая возрастная группа - лица от 21 года - до 25 лет, которая составила около трети от числа всех респондентов. На возрастную группу от 17 до 21 приходится наименьшее количество процентов – 25%.

Таким образом, на основании проведенного нами исследования можно сделать следующие выводы:

1. Проблемы с позвоночником распространены в разных возрастных группах и рост их числа, обусловленный старением организма весьма значителен. Другими словами, болезни позвоночника почти так же обычны у молодых, как и у лиц более старших возрастных групп.

2. Более половины всех участников опроса испытывают серьезные проблемы со спиной и требуют своевременно проводимой лечебно-профилактической работы с целью предупреждения дальнейшего развития патологических изменений в межпозвонковых дисках.

3. Дефицит знаний по проблемам, связанным с факторами риска развития остеохондроза весьма велик. Как уже говорилось, остеохондрозу подвержены как молодые, так и пожилые люди; как мужчины, так и женщины. Статистические данные полностью подтверждают эти наблюдения, свидетельствуя о том, что заболевания позвоночника в той или иной форме присутствуют у 85-90% населения нашей планеты. Поэтому о своем позвоночнике необходимо заботиться с детства и укреплять его в любом возрасте.

На основании изученной литературы и, исходя из результатов исследования, нами были подобраны рекомендации, по профилактике развития остеохондроза как общего, так и частного характера с учетом зоны поражения позвоночника.

Людям, страдающим остеохондрозом позвоночника, можно рекомендовать следующие формы занятий физкультурой: утреннюю гигиеническую гимнастику, физкультурную паузу в процессе труда, лечебную гимнастику (в том числе и в воде), плавание, вытяжение позвоночника, занятия физической культурой по избранной программе, кинезитерапию, самомассаж [1].

При внимательном отношении к собственному здоровью можно на ранних стадиях определить первые признаки развивающегося остеохондроза: - «затекающая» спина – (при сидении или стоянии постоянно хочется сменить позу); в позвоночнике появляются жесткие, «негнущиеся» места боли в разных отделах позвоночника - невозможность разогнуться до конца, желание принять определенную позу, в которой не так больно;

- частые головные боли или головокружения;
- ощущается нарушение зрения – темнеет перед глазами, в поле зрения появляются «мушки».

Эти и другие симптомы служат поводом для незамедлительного обращения к неврологу и более углубленного исследования

Профилактикой остеохондроза следует заниматься еще с детства. Правильно сформированная осанка и навыки работы за

столом – лучший способ избежать болезненных симптомов. Но «заботиться о своей спине» никогда не поздно. Для этого необходимо:

1. Выбирать стулья и кресла, позволяющие сидеть правильно, сохранять позвоночник прямым, а плечи расслабленными

2. Регулярно делать перерывы в работе, вставать и выполнять упражнения, позволяющие снять статическую нагрузку с позвоночника.

3. Никогда не поднимать тяжести рывком, не носить тяжелые предметы перед собой, прогибая поясницу вперед.

4. Выбирать спортивную обувь с удобной амортизирующей подошвой,

стараться заниматься на упругом покрытии, избегать падений на спину.

5. Спать на ровной и максимально твердой поверхности с небольшой подушкой, хорошо поддерживающей шею.

6. Не пользоваться услугами массажистов, у которых нет медицинского образования и разрешения на соответствующую работу.

7. Регулярно делать упражнения, поддерживающие тонус мышц спины и брюшного пресса.

8. Перед занятиями обязательно проконсультироваться с врачом, чтобы подобрать правильную нагрузку.

9. Для любого возраста важно: соблюдение принципов здорового питания, витаминно-профилактика, активный здоровый образ жизни, избегание переохлаждений, чрезмерных нагрузок на позвоночник, отказ от вредных привычек [3]. Придерживаясь всех этих рекомендаций, можно не только отсрочить появление остеохондроза, но и вовсе его избежать!

Список литературы

1. Алексеев В.В. Диагностика и лечение болей в пояснице // *Consilium Medicum*. - 2014. - Т. 2, № 2. - С. 96-102.

2. Яхно Н.Н. и др. Болезни нервной системы. - М.: Медицина, 1915. - Т. 1-10.

3. Бердыева Э. Б., Атаева А. К., Бабаева О. М., Баярова Д. Ш. Современные методы лечения выраженного болевого синдрома у больных с вертеброгенной патологией // *Молодой ученый*. — 2017.- №6. - С. 136-139. - URL <https://moluch.ru/archive/140/39446/> (дата обращения: 05.04.2019).

Селеменова Светлана Ивановна, директор
Селивановская Екатерина Леонидовна, зам. директор по УР
Мальцева Людмила Николаевна, зав. учебной части,
Жихарева Нелли Ивановна, зав. практикой
Еремина Надежда Александровна, методист
г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский
колледж»

УПРАВЛЕНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ В ВБМК ПО ФОРМИРОВАНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ

В настоящее время активно осуществляется процесс модернизации профессионального образования, обусловленный стремительным ростом перемен в социально-экономической жизни общества и необходимостью достижения высокой степени соответствия этим переменам. Адаптироваться к жестким социально-экономическим требованиям обстановки рынка образовательных услуг могут лишь те образовательные учреждения, которые работают в инновационном режиме [1]. Именно инновации определяют, в конечном счете, имидж образовательной организации.

Ключевой момент модернизации образования – введение в учебный процесс актуальных инноваций, цель которых – улучшение качества профессионального образования. Инновационная деятельность ориентирована на совершенствование научно-педагогического, учебно-методического, организационного, правового, финансово-экономического, кадрового, материально-технического обеспечения системы образования.

На данном этапе в Воронежском базовом медицинском колледже все больше внедряются новые методы обучения, которые предусматривают активное участие студента в процессе, представление знаний в самых разнообразных формах, возможности использования знаний в реальных условиях. В традиционной модели обучения результат, как правило, связан с усвоением установленного программой объема информации, тогда как в инновационной модели акцент делается не на запоминание информации, а на процессе обучения. В традиционной модели роль преподавателя – ведущая, главный источник знаний, а роль студента

– преимущественно пассивная. В инновационной модели, которую мы используем в настоящее время роль преподавателя – консультативная, а студента – преимущественно активная. Таким образом, инновационные методы обучения не только повышают мотивацию студентов к изучению материала, но и оптимизируют работу преподавателей. При подготовке научных докладов на конференции, курсовых и ВКР к защите, студенты совместно с преподавателями разрабатывают презентации своих работ на базе информационно-коммуникационных технологий. Инновационные педагогические технологии используются не только в аудиторной работе со студентами, но и при организации самостоятельной работы студентов в форме ситуационных задач, тестов с целью развития и углубления теоретических знаний и практических навыков студентов.

В то же время инновационная модель не исключает опоры на традиционные основы и использует формы и методы классической модели обучения. Можно выделить те направления, которые могут быть использованы с целью усовершенствования традиционной формы и постепенного перехода к инновационной модели обучения.

Опыт показывает, что применение симуляционных технологий позволяет повысить безопасность учебного процесса, совершенствовать уровень профессионального мастерства и практических навыков студентов на учебном этапе, обеспечивая им более эффективный, плавный и безопасный переход к медицинской деятельности. Кроме того, при систематическом использовании симуляционных технологий отмечено снижение ошибок при выполнении манипуляций. Можно говорить о повышении качества медицинской помощи населению в целом, а также обеспечении непрерывного профессионального обучения медицинских кадров в соответствии с современными алгоритмами.

В настоящее время каждое образовательное учреждение занимается формированием и расширением своей информационной структуры в безграничном пространстве глобальной сети Интернет. Существует множество составляющих информационного пространства образовательного учреждения, и персональные страницы преподавателей являются одной из них. Большое количество преподавателей имеет учебно-методические пособия, методические рекомендации, разработки семинарских и практических занятий, банк контрольно-оценочных средств и т.д.

Все это можно размещать на сайте колледжа для студентов и преподавателей. Кроме этого, преподаватели, занимаются воспитательной работой, имеют определенные результаты, которые можно представить в различных видах информации: видео, фотографии, аудиозапись и т.д. Показывая это на сайте, преподаватель повышает значимость работы со студентами, демонстрирует необходимость проведения тех или иных мероприятий.

Страницы преподавателей с материалами к зачетам и экзаменам дает возможность студентам подготовиться в индивидуальном режиме к разным видам аттестации, прорешать задачи, ознакомиться с тестовыми заданиями, прочитав и законспектировать электронный учебник. Такой способ подготовки повышает качество знаний и успеваемость студентов, позволяет сократить время на отработку пропущенных занятий, эффективно помогает устранить пробелы в знаниях по учебным дисциплинам. Данный вид организации информационного пространства образовательного учреждения является удобным и для преподавателя, и для студентов, экономичным по отношению к учебному времени и способу распространения информации.

Основой модульно - компетентного подхода в Воронежском базовом медицинском колледже является и структурный компонент, который представляет собой последовательность основных этапов формирования общих и профессиональных компетенций [3,4].

Начиная с освоения и изучения клинических дисциплин на втором курсе, студенты осваивают особенности лечения заболеваний и тактику ведения больных. На третьем-четвертом курсе - учатся проводить диагностику неотложных состояний и оказывать медицинскую помощь на догоспитальном этапе; отрабатывают навыки профилактических мероприятий; осуществляют медико-социальную деятельность и организационно-аналитическую деятельность.

Технология формирования ОК и ПК происходит следующим образом: освоение аудиторной учебной нагрузки - лекции, семинарские и практические занятия. На практических занятиях используются симуляционные методы, ролевые игры, решение ситуационных задач, работа малыми группами. Практические занятия проводятся как в доклинических кабинетах, так и на базах

медицинских учреждений, у постели больного, под обязательным контролем преподавателей и медперсонала. Предоставление рабочих мест во время производственной практики повышает у обучающихся степень ответственности, предполагает более высокий качественный уровень подготовки, повышает конкурентоспособность нашего выпускника. Полученные знания студенты закрепляют в ходе преддипломной практики, что способствует приобретению ими практического опыта не в абстрактно-познавательной деятельности, а максимально приближенной к реалиям рыночной экономики, культуре, социуму, профессиональному труду [2].

Сами же преподаватели колледжа проходят стажировку в медицинских организациях города. Результатом прохождения стажировки является внедрение в учебный процесс компьютерных программ, которые непосредственно используются в практическом здравоохранении.

Использование модульно - компетентного подхода гарантирует подготовку квалифицированных специалистов среднего звена и предполагает совершенно новый уровень партнерства с медицинскими организациями, работодателями, органами управления здравоохранением.

Социальное партнерство признается как важнейший фактор модернизации профессионального образования. В Воронежском базовом медицинском колледже накоплен большой опыт совместной работы с работодателями по подготовке высококвалифицированных и востребованных на рынке труда специалистов. Одним из факторов обновления профессионального образования является расширение участия работодателей на всех этапах образовательного процесса. Взаимодействие с социальными партнерами необходимо для повышения эффективности обучения и приобретения обучающимися практико-ориентированного социального и будущего профессионального опыта.

Ежегодно проводятся учебно-методические советы по проблемам подготовки специалистов с участием представителей департамента здравоохранения, медицинских организаций, преподавателей и администрации колледжа и области.

Таким образом, внедрение в учебно-воспитательный процесс компетентно-ориентированного подхода повышает качество подготовки будущих специалистов сферы здравоохранения, что

подтверждается востребованностью наших выпускников на рынке труда [5].

Ниже представлены только некоторые сведения инновационной активности и результативности образовательного процесса в колледже по подготовке обучающихся к профессиональной деятельности в 2018-2019 учебном году.

1 Место: V Открытый Региональный чемпионат «Молодые профессионалы» (WorldSkills Russia) Воронежской области – 2018, 22-26 октября 2018г. - Никитина Александра, преподаватели Духанина Л.В., Воронова Е.Н., Хламова Е.З.

III Всероссийская научно-практическая конференция студентов профессиональных образовательных организаций «Шаг в будущее», г. Курск - Скобликова Ангелина, преподаватель Гончарова Е.А.;

Всероссийские конкурсы учебно-методических материалов и мультимедийных презентаций – преподаватели Асташова А.И., Воробьева Е.Н., Плотникова Т.А., Хорева Е.Н., Хорошева И.Н.;

Международные олимпиады по английскому языку - Окрачков Данила, Никитин Михаил – преподаватель Берлин Е.М., Лимдянова Алина, Птицына Анна, преподаватель Болдырева О.Н.;

Всероссийский конкурс с международным участием «Лучшие творческие и исследовательские работы учащихся» - Горчакова Екатерина, преподаватель Бобрусь И.Ю.

IV Всероссийский смотр-конкурс курсовых работ в номинации «Организация деятельности аптеки и ее структурных подразделений» - Путова Нина.

Всероссийская олимпиада «Анатомия и физиология человека: дыхательная система», Российский образовательный портал «КОТ.RU» - Небольсина Алена.

Ежегодный конкурс выпускников «Лучший по профессии» по специальности «Сестринское дело» БПОУ ВО «ВБМК» - Трошкова Ксения.

2 Место: Межрегиональная страноведческая (on-line) викторина по немецкому языку для обучающихся среди медицинских и фармацевтических образовательных организаций Приволжского федерального округа – Наумова Карина, преподаватели Фокина Е.В.

3 Место: Межрегиональная студенческая научно-практическая конференция «Здоровье и образ жизни» (заочное участие) на базе

ГАПОУ Мурманской области «Мурманский медицинский колледж»
- Татаринцева Ю.В., преподаватель Лозинская Л.М.;

III Всероссийская научно-практическая конференция студентов профессиональных образовательных организаций «Шаг в будущее», г. Курск - Лунева Светлана, преподаватель Гончарова Е.А.

Список литературы

1. Волынкина М.В. «О месте инноваций в образовании» [Электронный ресурс]-Путь доступа: <http://www.innovatika.ru/bibl/st2.html>
2. Селеменова С.И., Ермолаева Т.В. «Производственная практика – начало трудовой деятельности выпускников медицинского колледжа» [Текст]/ С.И. Селеменова, Т.В. Ермолаева – М.: Изд-во ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), 2017. – 280с.
3. Селеменова С.И., Селивановская Е.Л., Еремина Н.А. «Роль специалиста со средним медицинским образованием в системе здравоохранения» [Текст]/ С.И. Селеменова, Е.Л. Селивановская, Н.А. Еремина – Санкт-Петербург: Типография ООО «Галаника», Специалист здравоохранения. 2018, №2 (16) С. 37-38.
4. Селеменова С.И., Еремина Н.А., Селивановская Е.Л. «Результаты работы колледжа в преддверии 150-летнего юбилея»/ С.И. Селеменова, Н.А. Еремина, Е.Л. Селивановская [Электронный ресурс]-Путь доступа http://www.informio.ru/rating/763/Voronezhskii-bazovyi-medicinskii-kolledzh#ou_publications
5. Отчет о результатах самообследования Бюджетного профессионального образовательного учреждения «Воронежский базовый медицинский колледж» [Электронный ресурс]-Путь доступа: <http://www.vbmk.vrn.ru/documents/Samoobsledov/Samoobsled.pdf>

Семагина Екатерина Евгеньевна
г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский
колледж»
33.02.01 Фармация, 1курс
Научный руководитель - Григорьева О.Ю.

ВЕГЕТАРИАНСТВО

Вегетарианство (от лат vegetarius – растительный) – это общее название систем питания, исключающих или ограничивающих потребление продуктов животного происхождения и основанных на продуктах растительного происхождения.

Каждый год 1 октября мировое сообщество отмечает Всемирный день вегетарианства, учреждённый Североамериканским вегетарианским обществом в 1977 году и через год поддержанный Международным вегетарианским союзом. Свой «профессиональный» праздник сторонники этого образа жизни могут праздновать целый месяц, так как со Всемирного дня вегетарианства начинается так называемый «месяц вегетарианской осознанности», в течение которого проходят различные тематические мероприятия, посвященные вопросам пользы и вреда вегетарианства и который продолжается до Международного дня вегана, то есть до 1 ноября.

1. Виды вегетарианства

На сегодняшний день существует несколько видов вегетарианства. Все они варьируются в зависимости от употребляемых в пищу продуктов. Итак, первый вид - это веганство. В данном случае подразумевается строгое вегетарианство, при котором исключаются любые виды мяса животных, птиц, рыбы, морепродуктов, а также яйца, молоко и молочные продукты, а в некоторых случаях даже мед. Сам термин веганство (англ. veganism) был введён в 1944 году британским общественным деятелем Дональдом Уотсоном при учреждении им Веганского общества

Вторым и менее ужесточённым является лактовегетарианство. Это молочно-растительное вегетарианство, при котором в питании допустимо употребление молока и различных молочных продуктов.

Третий и наиболее мягкий вид - лактоово вегетарианство. По-другому его можно назвать молочно-яично-растительное вегетарианство. В этом типе растительная пища сочетается с

молочными продуктами и яйцами домашних птиц. (от латинского «ovum» -- яйцо и «laktis» -- молоко).

Все виды вегетарианства допускают тепловую кулинарную обработку пищи, тем самым принципиально отличаясь от сторонников витарианизма - учения об употреблении только сырой вегетарианской пищи.

2. Мотивы, приводящие к вегетарианству:

- этические (моральные) - из-за нежелания причинять страдания животным, во избежание их эксплуатации и убийств;

- медицинские - вегетарианская диета способна снизить риск возникновения атеросклероза, рака, ряда заболеваний сердечно-сосудистой системы и некоторых болезней желудочно-кишечного тракта;

- религиозные убеждения (буддизм, индуизм). Так, например, в рационе жителей Индии практически нет мясных продуктов.

- экономические - убеждённость в том, что вегетарианская диета помогает экономить денежные средства, расходуемые на потребление мясных продуктов.

- экологические - убеждённость в том, что выращивание животных негативно сказывается на экологии, как определённой местности, так и мира в целом;

- прочие - убеждённость в том, что растительная пища естественна для человека.

3. История развития вегетарианства

Вегетарианцами были приверженцы разных философских школ (например, пифагорейцы). Поэтому до появления термина «вегетарианство» эта диета называлась «индийской» или «пифагорейской».

Первое вегетарианское общество было основано в Англии в 1847 году, где вегетарианство получило распространение под влиянием буддизма и индуизма, с которыми английские колонизаторы познакомились в Индии.

В 1901 году в Санкт-Петербурге было зарегистрировано первое вегетарианское общество. Вскоре в разных городах появились вегетарианские поселения, школы, детские сады, столовые, которые были закрыты с приходом советской власти.

В приложении 1 представлена статистика увлечённости вегетарианством среди населения в странах мира.

4. Вегетарианская пищевая пирамида

В данном случае имеется в виду полноценная и правильно составленная вегетарианская диета, исключая возникновение каких бы то ни было дефицитов. Для удобства диетологи представляют рекомендации по выбору продуктов в виде пирамиды.

Основу пирамиды составляют продукты из цельного зерна. Они содержат углеводы, белок, витамины группы В, минералы, пищевые волокна.

Затем следуют продукты, богатые белком (бобовые, орехи). Орехи (особенно грецкие) — источник незаменимых жирных кислот. Бобовые — богаты железом и цинком.

Выше располагаются овощи. Тёмно-зелёные и листовые овощи богаты железом и кальцием, жёлтые и красные — источники каротиноидов.

Фрукты располагаются после овощей. Пирамида показывает минимально необходимое количество фруктов, а не устанавливает их лимит.

На самой вершине находятся растительные масла, богатые незаменимыми жирными кислотами. Ежедневная норма: одна-две столовые ложки, при этом учитывается масло, которое использовали при приготовлении пищи и для заправки салатов.

Исключается применение приправ и уксуса.

В вегетарианской кухне, помимо привычных продуктов питания, нередко присутствуют некоторые особые продукты, которые часто незнакомы широкому слою населения. Это, например: тофу, соевое молоко, кинза, авокадо, мисо и другие.

Отношение к вегетарианству неоднозначно даже среди специалистов. Согласно экспертным консультациям ВОЗ (1989) вегетарианская диета признана адекватной. Другие же исследования под эгидой ВОЗ (Young, Pellet, 1990) подтверждают, что в рационе должен в обязательном порядке присутствовать белок животного происхождения (примерно 30% от общей квоты белка).

5. Положительные стороны вегетарианства

Лактовегетарианство может быть рекомендовано при ряде заболеваний (обычно в виде разгрузочных дней или коротких курсов): гипертоническая болезнь; недостаточность кровообращения; атеросклероз; подагра; ожирение; пиелонефрит; цирроз печени.

В качестве аргументов в пользу вегетарианства выдвигаются следующие:

1. Отличная фигура. Вегетарианская диета помогает бороться с лишним весом, так как растительная пища содержит меньше калорий и жиров.

2. Вегетарианские диеты содержат большое количество растительной клетчатки, что положительно влияет на микрофлору кишечника.

3. Овощи и фрукты выводят из организма шлаки и токсины, активизируют защитные силы организма, нормализуют обмен веществ. Вегетарианцы почти не страдают от сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонии, диабета. Вегетарианская диета снижает риск заболевания диабетом почти вдвое в сравнении с невегетарианской диетой. (Исследования Комитета врачей за ответственную медицину 1999 года).

4. Для приготовления овощных блюд используется меньше соли, которая в больших количествах вредна для здоровья.

5. Энергия

Растительная пища содержит много полезных углеводов, которые являются хорошим источником энергии для организма.

6. Защита от болезней

В овощах и фруктах много витаминов и микроэлементов, калия и магния. Это именно те вещества, которых катастрофически не хватает современному человеку. Также овощи в большом количестве содержат фитонциды - вещества, убивающие болезнетворные бактерии. Большая группа растительных природных соединений обладает способностью замедлять развитие раковых опухолей, понижать содержание холестерина и предотвращать развитие сердечно-сосудистых заболеваний, стимулировать защитные свойства организма. Например, это могут быть каротиноиды моркови и облепихи, витамины С и Р, содержащиеся во фруктах и овощах и т.д.

7. Продолжительность жизни

Долгосрочная приверженность (>20 лет) вегетарианству у максимально здорового человека может увеличить ожидаемую продолжительность жизни в среднем на 3,6 года.

8. Исследования последних десятилетий показали, что избыток животного белка в питании людей лежит в основе многих хронических заболеваний. В этом смысле вегетарианская диета

имеет преимущество перед смешанным питанием, так как растения содержат меньше белка и он в них менее концентрирован, чем в тканях животных.

9. Вегетарианцы уверены, что, отказавшись от мяса, человек обретает не только здоровье, но и душевный покой. Их лозунг «Мы никого не убили» повышает самооценку.

6. Негативное влияние вегетарианства

Однако, помимо достоинств, растительные диеты имеют ряд недостатков, которые представляются существенными с точки зрения современной науки о питании.

1. При использовании продуктов только растительного происхождения невозможно составить полностью сбалансированный рацион питания: ведь в пище животного происхождения содержатся незаменимые аминокислоты, необходимые для жизнедеятельности человеческого организма. Их дефицит может привести к ухудшению и даже потере зрения (такие случаи известны в нашей стране и за рубежом).

Цитируя слова директора Института питания РАМН, академика Виктора Тутельяна: "Если человек составляет рацион так, чтобы в него входили все необходимые вещества, то можно быть и вегетарианцем. Вообще же природой запрограммировано, что человек должен есть мясо. В нашей стране это особенно актуально. У нас, где в пищу идут, в основном, такие овощи, как морковь, капуста и картошка, такой рацион нельзя назвать полноценным".

2. Физиологическая потребность организма в белке не может быть полностью покрыта одной растительной пищей. Увеличение объема потребляемых продуктов, неизбежное при вегетарианской диете, приводит к перегрузке органов пищеварения, что может вызвать ряд нарушений в работе организма и способствовать развитию хронических заболеваний.

3. Растительный белок усваивается значительно хуже, чем животный.

4. По наблюдениям врачей, через 5—7 лет строгого вегетарианства у большинства людей заметно снижается иммунитет.

5. Вегетарианство противопоказано детям: для нормального роста и развития детскому организму необходимы мясо и рыба.

6. Вегетарианство нельзя назвать экономным способом питания. Для обеспечения полноценного рациона вегетарианский стол должен быть максимально разнообразным, а это значит, что в

меню следует включать орехи, изюм, курагу, сушеный инжир, ананасы и цитрусовые - все эти лакомства недешевы.

7. В последние годы подвергается сомнению и основной тезис вегетарианцев «Мы никого не убили». Ученые находят доказательства тому, что растения также испытывают боль.

8. Однозначно можно утверждать, что длительное применение вегетарианства с годами приводит к резкому дефициту железа, цинка, кальция, витаминов, незаменимых аминокислот, поскольку они отсутствуют в растительной пище или имеются в недостаточном количестве.

9. Мозг и психическое состояние

Как показывают исследования, у вегетарианцев чаще, чем у невегетарианцев встречается дефицит витамина В12, который приводит к неврологическим и психическим расстройствам, и те при запоздалом диагнозе могут стать необратимыми, а также ведет к гибели нейронов и уменьшению массы головного мозга; наиболее выражен эффект оказался у людей пожилого возраста и у детей.

10. Отсутствие насыщения

Овощами и фруктами трудно наесться - слишком быстро перевариваются: 1,5-2 часа и снова возникает чувство голода. Чувство сытости создают не только животный белок и жир, но и экстрактивные вещества - в растительной пище их нет.

11. Даже у здоровых людей, исключивших из своего рациона все продукты животного происхождения, могут развиваться дисбиоз, гиповитаминоз и белковая недостаточность. Следовательно, строгое вегетарианство нельзя считать рациональным питанием для детей, подростков, беременных женщин, кормящих матерей, спортсменов, пожилых людей.

Зафиксирован случай, когда родители-веганы, не практиковавшие естественное вскармливание и кормившие своего ребёнка соевым молоком и яблочным соком, довели его до гибели, а также множественные случаи попадания детей в больницы в состоянии крайнего истощения из-за того, что их родители в кормлении придерживались веганской диеты.

12. Продукты растительного происхождения не только не содержат достаточное для человека количество белка, но и включают в себя белок не совсем того состава, который нужен людям. Выбирая вегетарианский образ жизни, вы обрекаете себя на постоянную нехватку жизненно важных аминокислот. При этом чем

более жесткой вегетарианской диеты вы придерживаетесь, тем тяжелее приходится вашему организму.

Теоретически вы можете получить все необходимые аминокислоты, отказавшись от мяса, но, продолжая есть яйца и рыбу. Однако рыба и особенно яйца содержат меньше белка, чем мясо. А, следовательно, их необходимо есть больше. Поглощение же яиц и рыбы в больших объемах создает излишнюю нагрузку на организм.

Экспериментальная работа.

Я провела устный опрос окружающих людей. Всем им был задан вопрос: "Как вы относитесь к вегетарианству?". Респонденты были разного возраста, что даёт достаточно широкую картину по поводу мнения населения нашего города.

Итак, по результатам опроса выяснилось, что:

10% поддерживает вегетарианство;

50% против;

40% относятся нейтрально;

Оказалось, что люди толерантны к вегетарианцам, но лишь до тех пор, пока те не начнут активную пропаганду собственных утверждений.

Процентное соотношение вегетарианцев в некоторых странах мира представлено в таблице 1.

Таблица 1

| Название страны | Количество вегетарианцев, % |
|-----------------|-----------------------------|
| Австрия | 4% |
| Бельгия | 2% |
| Чехия | 2% |
| Германия | 8% |
| Индия | 30% |
| Ирландия | 6% |
| Италия | 5% |
| Норвегия | 1% |
| Франция | 2% |
| Польша | 1% |
| Португалия | 2% |
| Румыния | 4% |
| Швеция | 7% |

| | |
|----------------|----|
| Швейцария | 9% |
| Голландия | 5% |
| Великобритания | 9% |
| США | 3% |

В последние годы вегетарианство приобрело буквально всемирную популярность. Тысячи рецептов ежедневно предлагаются нам по телевидению, радио, в прессе. Политики и артисты, спортсмены и ученые увлекаются вегетарианской кухней и находят в ней пользу для себя. Главное, при этом подчеркнуть, что в каждом деле важно определить для себя необходимость и целесообразность.

Следует помнить о том, что любая диета, и вегетарианская в том числе, должна быть разнообразной и правильно сбалансированной. Только в этом случае она принесёт пользу организму, а не навредит ему.

Список литературы

1. Е.В. Щадилов. "Идеальное питание". С-Пб., "Питер", 2000.
2. И.Л. Медкова, Т.Н. Павлова. "Альтернативный мир". М., "Интер-Соя", 2000
3. Вегетарианство // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона: В 86 томах (82 т. и 4 доп.). - СПб., 1890--1907.
4. Толстой Л.Н. Путь жизни. - М.: «Республика», 1993.
5. Гуманитарный экологический журнал. Том VI, Вып. 2. 2004.
6. Татьяна Павлова. «Вегетарианство и этика».
7. Джульет Геллатли «Как стать, быть и оставаться вегетарианцем»
8. Джон Роббинс «Диета для новой Америки».
9. Джонатан Сафран Фоер. «Животноедство» - глава из книги.
10. Анна Марголина. «Вегетарианство и здоровье». Наука и жизнь № 4 (2010).
11. Канта К. Энциклопедия вегетарианства: книжное издание. - Аюрведа Плюс, 2010.
12. Морозов. В. Вегетарианство - путь к гармоничной жизни: книжное издание. - Ника-Центр, 2010.
13. Джордан Янгер (Jordan Younger) «Больше не веган». 2015.

Сильченко Наталья Сергеевна
г. Россошь, БПОУ ВО «Россошанский медицинский колледж»
31.02.01. Лечебное дело, 2курс
Научные руководители - преподаватели Квасова Я.А.,
Кобаева И.А., Григорьева Л.П., Ляшова Е.В.

ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Желание сохранить крепкое здоровье - важная социальная потребность человека, необходимое условие полноценной жизни, высокой творческой активности, счастья.

Один из наиболее распространенных в мире факторов, губительно влияющих на здоровье — курение.

В связи с этим была определена цель работы: определить влияние никотина на организм и доказать, что курение вредит здоровью человека.

Для реализации цели были поставлены задачи:

1. Проанализировать научную информацию;
2. Выявить отношение студентов к проблеме курения;
3. Определить, к каким последствиям ведет курение;
4. Установить, что курение вредит здоровью;

Объект исследования: здоровье человека.

Предмет исследования: влияние курение на организм человека

Используемые методы: анализ научной литературы, наблюдение, анкетирование, анализ полученных результатов.

1. Теоретические аспекты пагубного влияния никотиновой зависимости.

1.1.Изменения строения внутренних органов человека под воздействием никотина.

Курение – основной фактор риска заболеваний органов дыхания: таких как хронический бронхит, пневмония.

Хронический бронхит развивается, как исход затянувшегося острого бронхита при наличии поддерживающих болезнь факторов, таких как курение.

При хроническом бронхите характерно диффузное поражение всего бронхиального дерева. Слизистая оболочка бронхов становится гиперемированной, резко возрастает количество образующейся слизи, все слои стенки бронха инфильтрированы лимфоцитами, нейтрофильными лейкоцитами, макрофагами.

Эпителий постепенно слущивается, железы атрофируются, нередко происходит метаплазия мерцательного эпителия в многослойный плоский.

Воздействие никотина на сердце и сосуды сложно и многообразно: повышается систолическое и диастолическое давление крови. Увеличивается число ударов сердца и его минутный объем. Кроме того, сигаретный дым вызывает сужение сосудов периферических артерий.

Табачный дым, воздействуя на органы пищеварения, вызывает раздражение слизистой оболочки полости рта. В результате этого появляется кровоточивость дёсен, трескается эмаль. Меняется цвет зубов. Губы сохнут, на них появляются трещины. Вредные вещества табачного дыма, растворяясь в слюне, попадают в желудок и вызывают раздражение слизистой оболочки. Развивается гастрит, язвенная болезнь желудка. Увеличивается вероятность возникновения раковых заболеваний.

1.2. Влияние курения на действие лекарственных веществ. Принципы фармакотерапии никотиновой зависимости.

Курение обуславливает изменение реакции организма на действие многих лекарственных средств. На терапевтический эффект многих лекарственных средств курение может оказывать прямое или косвенное влияние. Прямое влияние выражается в непосредственном изменении действия медикаментов у курящих. Курение ускоряет метаболизм лекарственных веществ путём стимулирования их распада под влиянием ферментов печени, за счет активизирующего влияния на печеночные ферменты системы цитохрома. При этом снижается терапевтический эффект, в связи с чем необходимо увеличить дозу.

Действие лекарственных веществ находится в прямой зависимости от числа выкуриваемых сигарет в день.

Исходя из перечня медикаментов с доказанной эффективностью в лечении табакокурения и никотиновой зависимости фармакологическое лечение, применяемое при отказе от курения, подразделяется на:

1. Терапию, содержащую никотин (никотинзаместительная терапия);

2. Терапию не содержащую никотин.

Применение никотина при отказе от курения разрешено, поскольку никотин сам по себе не является канцерогенным

веществом, а биологическое повреждающее воздействие в результате курения сигарет оказывают другие токсические и канцерогенные вещества, содержащиеся в сигаретном дыме.

Никотинсодержащие препараты:

- Никоретте (Nicorette®) жевательная резинка;
- Никоретте раствор для ингаляций;
- Никоретте таблетки подъязычные;
- Никоррете трансдермальная терапевтическая система (лейкопластрь).

Терапия табакокурения и никотиновой зависимости не содержащая никотин.

На сегодняшний день самым эффективным препаратом, по данным клинических исследований является варениклин (торговое название «Чампикс»).

Для лечения табакокурения в России также зарегистрирован препарат растительного происхождения цитизин (Табекс)

Таким образом, на сегодняшний день возможен выбор препаратов для лечения табакокурения и никотиновой зависимости, эффективных с позиций доказательной медицины - 5 никотинсодержащих (никотинзаместительная терапия) и 2 не содержащих никотин - бупропион и варениклин (торговое название «Чампикс»). Наиболее эффективный из них - варениклин, доказавший это в сравнительных исследованиях с другими препаратами.

2. Исследование влияния курения на организм человека.

Практическая часть данной работы заключалась в проведении микробиологического исследования микрофлоры носоглотки и социологического исследования курения в студенческой среде.

1.1. Микробиологические исследования микрофлоры носоглотки.

Полость рта человека представляет собой уникальную экологическую систему для самых разнообразных микроорганизмов, формирующих постоянную микрофлору.

В нашем исследовании мы выдвинули гипотезу о том, что курение существенно меняет состав бактерий ротовой полости.

Состав микрофлоры ротовой полости может восстановиться, если бросить курить.

Состав участников:

1. 112 курильщиков;
2. 571 бывших курильщиков (17% которых бросили курить в течение последних 2 лет);
3. 521 некурящих.

Мы провели бактериологическое исследование участников эксперимента, чтобы узнать точный состав различных типов бактерий в ротовой полости каждого из участников.

Для исследования была взята группа студентов в количестве 35 человек и группа взрослых курильщиков, со стажем курения 20-25 лет, в количестве 15 человек

Все участники были разделены на три группы (таблица 1)

Таблица 1 – Исследуемые группы

| Отношение к курению | Стаж курения |
|----------------------------|--------------|
| Не курящие | 0 |
| Курильщики со стажем | До 5 лет |
| Курильщики со стажем более | Более 20 лет |

С целью исследования у всех участников был взят мазок из носа и зева.

II этап исследования заключался в приготовлении мазков и окраске их по-Граммму.

Микроскопическое изучение чистой культуры позволяет определить размер и форму бактерии, наличие капсулы, жгутиков, спор, отношение микроба к окрашиванию. Идентифицируют выделенные микроорганизмы до рода и вида.

Результат исследования:

В результате была замечена одна важная особенность: состав микрофлоры в ротовой полости курящих участников значительно отличался от состава бактерий людей некурящих и бросивших курить. Также было обнаружено, что после отказа от курения, микрофлора ротовой полости человека вновь становится такой, какой она была до начала курения. Этот вывод был подтвержден результатами участников, не куривших в течение последних 2 лет, состав бактерий которых совпал с микрофлорой людей, никогда не использовавших сигареты.

Наши исследования показали, что у курящих участников наблюдается стремительный рост 15 штаммов бактерий, при этом 7 штаммов бактерий напротив показывают значительную убыль. К примеру, у курильщиков отмечается относительно небольшое количество протобактерий (Proteobacteria) – примерно 4,6% от общего числа бактерий. Тогда как у некурящих участников этот показатель составляет 11,7%. При этом доказано, что протобактерии способствуют распаду токсичных веществ, попадающих в полость рта вместе с табачным дымом. И напротив, число бактерий стрептококка у курильщиков на 10% выше, по сравнению с людьми без вредной привычки. Как известно, бактерии стрептококка вызывают кариес.

2.2 Курение в студенческой среде: мотивация, уровень никотиновой зависимости и психологические особенности.

Среди подростков курение носит преимущественно психологический характер. Большинство студентов начинают курить в возрасте 16-17 лет, когда происходит вхождение во взрослую жизнь без контроля родителей и влияния семьи. Табакокурение сигнализирует о социальном неблагополучии студентов и повышает риск развития нарушений нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной, иммунной систем и др.

Материал и методики исследования:

Психологические особенности оценивали у 120 студентов. Возраст обследуемых составил от 16 до 20 лет. Все студенты считали себя практически здоровыми. Не курили 73 (61 %) человека, курили 47 (39 %) человек. Стаж курения был от 1 до 5 лет. Большая часть студентов (80 %) выкуривали в день до 10 сигарет, остальные 20 % выкуривали от 10 до 20 сигарет в день.

Для исследования применяли опросник Д. Хорна, личностный опросник «Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина, а опросник уровня переживаемого стресса Ю. Щербатых.

Результаты исследования:

По данным анкеты Д. Хорна выявлено, что курение является поведенческой характеристикой человека, имеет тесную связь с психосоматическими особенностями. Было установлено, что у обследуемых студентов доминируют два следующих вида курительного поведения: «Поддержка» 12,6 балла и «Потребность в расслаблении» 9,5 балла (норма до 15 баллов). Курят, чтобы сдерживать гнев, преодолеть застенчивость, разобраться с неприятной

ситуацией, с желанием расслабиться, получить удовольствие, поддержать хорошее настроение.

В исследовании по индексу курения (ИК) было определено, что в среднем студенты выкуривают около 10 сигарет в день, величина индекса курения составляет 122 (140 максимальных), что является высоким уровнем риска развития заболеваний и в первую очередь ХОБЛ.

Мотивированность на отказ от курения составила 4,3 балла, при максимально возможном уровне 8 баллов, что соответствует слабой мотивированности на отказ от курения.

Показатель стрессоустойчивости у студентов обеих групп достоверно не различался, причём величина этого показателя свидетельствовала о значительной чувствительности к стрессам, высокой ранимости студентов (у курящих – 100,9; у некурящих – 109,6 балла (норма 35–85 баллов).

Рассмотрим особенности влияния стресса на здоровье студентов в зависимости от курения.

Таблица 2 - Проявления стресса на здоровье студентов в зависимости от курения.

| Группы обследуемых | Проявления стресса | | | | |
|--------------------|--------------------|------------------------|----------------|-----------------|---------------|
| | боли в сердце | затрудненность дыхания | проблемы с ЖКТ | напряжение мышц | головные боли |
| курящие | 5,3 | 3,0 | 2,7 | 2,0 | 6,7 |
| некурящие | 3,8 | 5,0 | 6,0 | 4,2 | 5,8 |

Таблица 3 - Некоторые качества, влияющие на переносимость стрессов у студентов в зависимости от курения

| Группы обследуемых | Качества (особенности) | | | | |
|--------------------|------------------------|-----------------|---------------------|------------|-----------|
| | серьезность | стеснительность | страх перед будущим | плохой сон | пессимизм |
| курящие | 7,7 | 8,3 | 6,3 | 3,7 | 2,3 |
| некурящие | 6,8 | 4,4 | 5,8 | 3,4 | 5,2 |

Курящие студенты были более серьезными, стеснительными. Приемы снятия стресса (конструктивные и деструктивные) представлены в таблицах 4 и 5.

Курящие студенты достоверно чаще жаловались на боли в сердце, однако проблемы с ЖКТ, затруднение дыхания, мышечное напряжение в стрессовых ситуациях достоверно чаще встречались у некурящих. Рассмотрим некоторые качества, которые влияют на переносимость стрессов у студентов с учетом курения (таблица 3).

Таблица 4 - Конструктивные приемы снятия стресса у студентов

| Группы обследуемых | Качества (особенности) | | | | |
|--------------------|------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------|----------------------------|
| | сон, отдых | физическая активность | общение с близкими людьми | анализ, поиск выхода | изменение своего поведения |
| курящие | 7,1 | 4,3 | 7,3 | 3,4 | 3,3 |
| некурящие | 9,5 | 5,5 | 9,4 | 4,8 | 5,7 |

У курящих студентов было выявлено меньшее количество применения конструктивных путей выхода из стрессовых ситуаций.

Таблица 5 - Деструктивные пути выхода из стрессовых ситуаций у студентов

| Группы обследуемых | Качества (особенности) | | | | |
|--------------------|------------------------|---------|-----|-----|----------|
| | алкоголь | курение | TV | еда | агрессия |
| курящие | 2,4 | 3,7 | 2,7 | 8,2 | 7,9 |
| некурящие | 3,0 | – | 6,4 | 8,4 | 6,2 |

Таблица 6 - Варианты копинг-поведения у студентов в зависимости от курения.

| Группы обследуемых | Качества (особенности) | | | | | |
|--------------------------|------------------------|------|-------------------------|------|--------------|------|
| | адаптивные | | относительно адаптивные | | неадаптивные | |
| курящие n=47 (100%) | 16 чел. | 33 % | 20 чел. | 43 % | 11 чел. | 24 % |
| некурящие n=73 (100%) | 34 чел. | 46 % | 21 чел. | 29 % | 18 чел. | 25 % |

Курящие студенты для снятия стресса закуривали или совершали агрессивные действия достоверно чаще, чем некурящие.

Оценивали варианты копинг-поведения студентов в зависимости от курения.

У курящих студентов было выявлено меньшее количество адаптивных вариантов выхода из сложных ситуаций.

У курящих студентов варианты копинг-поведения направлены на пассивный уход от проблемы. У некурящих - сохранение самообладания с анализом возникших трудностей и поиском путей выхода из них, повышение самооценки и самоконтроля.

У курящих студентов эмоциональные варианты копинг-стратегий представлены активным возмущением и протестом по отношению к трудностям, уверенностью в наличии выхода из любой ситуации, а также путем передачи ответственности по разрешению ситуации другим людям. У некурящих - стратегии, с активным протестом против трудностей.

Таким образом, в результате проведенного исследования было выявлено, что значительная часть студентов – 39 % курит.

1. У обследуемых студентов доминируют два типа курительного поведения: поддержка и потребность в расслаблении. Индекс курения свидетельствует о достаточно высоком риске развития заболеваний, ассоциированных с курением.

2. Курящие студенты имеют слабую мотивированность и готовность к отказу от курения.

3. Выявлены следующие психологические особенности курящих студентов: курящие студенты более жизнерадостные, общительные, более завистливые, фиксированные на неудачах, склонные к соперничеству, более ранимые, тревожные, более сообразительные, увлеченные фантазиями, более независимыми по сравнению с некурящими. Курящим лицам присуща склонность все усложнять, они реже применяют конструктивные и чаще деструктивные методы для снятия стресса;

4. Курящие студенты применяли меньшее количество адаптивных копинг-стратегий для выхода из стресса, сложных ситуаций.

Курение существенно деформирует нравственное, физическое и психическое здоровье подрастающего поколения, наносит ущерб профессиональной подготовке студентов. Важно отметить, что из обследованных курящих студентов в ближайшем будущем

планируют бросить курить только 37 %, когда-нибудь планируют бросить – 45 %, никогда не планируют этого делать – 18 %.

Задача курящих студентов – в осознании негативных последствий курения, в поиске адекватных методов борьбы со стрессовыми ситуациями, в освоении современных техник регулирования своего состояния, что позволит сознательно отказаться от курения, пока имеется слабая никотиновая зависимость.

Список литературы

1. Практическое руководство по лечению табачной зависимости / А.Г. Чучалин, Г.М. Сахарова, К.Ю. Новиков // ЗМЖ. – 2001. – Т.9, № 21. – С. 904-910.

2. Александров, А.А. Лечение табачной зависимости / А.А. Александров // Медицинские новости. Архив №2, 2009. – С. 31-36.

3. Никитина, Т.В. Изучение проблемы табакокурения у студентов факультета высшего медсестринского образования / Т.В. Никитина, А.С. Порфирьева – сб. тр. Международной научной конф. им. Н.И. Пирогова. Томск, 2007. – С. 50-53.

4. Ушакова, Я.В. Здоровье студентов и факторы его формирования / Я.В. Ушакова // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского, 2007. – №4. – С. 197-202.

5. Влияние табака на организм [Электронный ресурс] http://tvereza.info/tobacco/teffects/torganismeffects_ru.html

6. Курение и органы дыхания [Электронный ресурс] - <http://smoking.tj/breath/>

7. Влияние курения на головной мозг и нервную систему в целом [Электронный ресурс] <http://www.nuhvatit.ru/nervsis.html>

8. Курение и органы пищеварения. [Электронный ресурс] <http://smoking.tj/gastr/>

9. Курение и сердечно-сосудистая система. [Электронный ресурс] <http://smoking.tj/cardio/index2.php>

Ситник Николай Сергеевич
г. Старый Оскол, ОГАПОУ «Старооскольский медицинский
колледж»
34.02.01 Сестринское дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель Бахматова Ю. В.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПЕРСОНАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРА НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ СТАРООСКОЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА ПРИ ОСВОЕНИИ ИКТ КОМПЕТЕНЦИЙ НА УРОКАХ ИНФОРМАТИКИ

Информационно-коммуникационно-технологическая (ИКТ) компетентность является одной из ключевых компетентностей современного человека, в частности, работников среднего медицинского звена. При массовой компьютеризации и информатизации учреждений здравоохранения весьма актуальна задача подготовки средних медработников, владеющих новейшими информационными технологиями сбора, хранения и обработки информации, применяемыми в сфере профессиональной деятельности. Современного выпускника, востребованного обществом, сегодня невозможно представить без хорошей подготовки в области информационных технологий, без знания специализированных программ.

На уроках информатики происходит освоение таких общих компетенций, как:

- осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития;
- использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности работать в коллективе и команде;
- эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями, самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития;
- заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации;
- ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

Несмотря на важность и необходимость освоения студентами ИКТ компетенций, не стоит забывать и о негативных последствиях, возникающих при работе за компьютером.

Между тем, регулярное проведение времени за компьютером способно вызвать целый ряд заболеваний, обусловленных именно их спецификой, связанной с работой за компьютером. Особая опасность компьютера для здоровья состоит в том, что все вредные факторы дают о себе знать не сразу, а спустя некоторое время.

Проблема вредного влияния персональных компьютеров на здоровье человека является едва ли не самой острой проблемой в современной профилактической медицине.

В настоящее время изучение проблем со здоровьем, вызванных влиянием ПК, приобретает особую важность и занимает ведущее место среди гигиенических, медико-биологических и социальных исследований.

Ведь абсолютно безопасных изобретений, достижений науки и техники для человека не бывает. Тем не менее, минимизация возможного и фактического негативного влияния компьютерной техники, по мере деградации уровня здоровья членов общества, не только актуальна, но и становится приоритетной.

Поэтому в данной работе было решено провести исследование о влиянии ПК на здоровье пользователей среди студентов Старооскольского медицинского колледжа.

Целью данной работы стало выяснение влияния ПК на здоровье студентов Старооскольского медицинского колледжа.

Задачи данной работы:

- Выявить основные вредные факторы ПК, влияющие на здоровье пользователя.

- Провести анкетирование студентов Старооскольского медицинского колледжа.

- Определить основные заболевания, спровоцированные негативным воздействием ПК.

- Сделать выводы о влиянии ПК на здоровье пользователя.

- Разработать меры первичной и вторичной профилактики.

Негативное воздействие компьютера на человека является комплексным.

Во-первых, различные виды излучения.

Во-вторых, неподвижная и напряженная поза оператора.

В-третьих, интенсивная работа с клавиатурой вызывает болевые ощущения в локтевых суставах, предплечьях, запястьях, в кистях и пальцах рук.

В-четвертых, работа с дисплеем предполагает прежде всего визуальное восприятие отображенной на экране монитора информации, поэтому значительной нагрузке подвергается зрительный аппарат пользователя ПК.

Факторами, наиболее сильно влияющими на зрение, являются:

1. Несовершенство способов создания изображения на экране монитора.

2. Непродуманная организация рабочего места, которая является причиной.

Актуальность нарушений, связанных со зрением, так называемый компьютерный зрительный синдром (computer vision syndrome) обусловлена тем, что данное патологическое состояние встречается у пользователей ПК в три раза чаще, чем любое другое осложнение. Примерно 90% пользователей, работающих с ПК более трех часов в день, имеют данное осложнение. Развитие компьютерного зрительного синдрома основывается на зрительном утомлении, обусловленном длительной работой за компьютером. Начальные признаки зрительного утомления выражаются в ощущении усталости глаз, учащенном моргании, чувстве тяжести на веках или «песка» под глазами, покраснении глаз, ощущении пелены перед глазами. При ухудшении состояния может наблюдаться слезотечение, повышенная чувствительность к свету и даже двоение изображения. Симптомами зрительного утомления могут являться также головные боли и боли в плечах, боли в области глазниц и лба, болезненные ощущения при движении глаз. Помимо этого бывает затуманивание зрения, замедление фокусировки, быстрое утомление при чтении текстов.

Кроме того, для пользователей ПК характерно и развитие т.н. «синдрома сухого глаза».

В-пятых, работа компьютера сопровождается акустическими шумами, включая ультразвук.

В-шестых, регулярное пребывание за компьютером приводит к изменению общего состояния и нарушению режима дня. При работе со средствами ИКТ нельзя не отметить усталость. Понятие «усталость» подразумевает снижение или потерю рабочих качеств или способности к функционированию после длительной

работы без перерыва. Кратковременная усталость компенсируется во время перерывов, но при их недостаточности или значительным по времени перенапряжением рабочие качества снижаются и, в ряде случаев, могут быть утрачены.

В-седьмых, аллергические реакции, связанные с работой за ПК. Причинами, способствующими развитию аллергической реакции при работе с ПК, могут служить неадекватно организованное рабочее место и сами элементы ПК. Это могут быть выделения в окружающую среду компонентов пластмасс (корпуса мониторов, блоки питания, стеновые панели, мебель и т.д.), концентрация которых увеличивается при нарушении правил вентиляции и частоты проветривания, а также освобождение других органических веществ (например бензола), которые способны попадать не только в легкие при дыхании, но также на кожу и слизистые, увеличивая риск развития аллергических реакций.

Иные источники аллергии могут носить неспецифический характер и быть обусловлены микрофлорой, в обилии произрастающей на «коллективных» клавиатурах, мышках и ковриках.

Обсуждая проблему «компьютер и здоровье», следует сказать о виртуальной реальности.

Виртуальная реальность - актуальная тема для психиатрии, так как привычка к иллюзорной действительности может отбить у человека желание возвращаться к настоящей действительности. Специалисты предполагают, что при широком распространении устройств виртуальной реальности будут необходимы возрастные ограничения на их использование во избежание превращения их в своего рода зависимость.

Чтобы выяснить последствия работы на ПК, нами было проведено анкетирование студентов Старооскольского медицинского колледжа.

Анкета разрабатывалась нами самостоятельно и была направлена на выявление каких-либо жалоб респондентов на:

- нарушения или изменения, связанных с работой органов зрения;
- изменение общего состояния и нарушение режима дня;
- проблемы, связанные с кожей и нарушением ее функций;
- нарушения в работе опорно-двигательного аппарата.

Количество респондентов составило 21 человек из них 4 мужчины, 17 женщин

Средний возраст анкетированных – 19,1, минимальный – 15, максимальный 24.

Среди жалоб наших студентов на нарушения или изменения, связанные с работой органов зрения, были отмечены боль, жжение, резь, покраснение, пелена перед глазами и сухость глаз.

Так, боль в глазах отметили 16 человек, резь 11, покраснение – 7.

Таким образом, наш опрос выявил, что симптомы, связанные с нарушением работы органов зрения, отмечались во время работы, но чаще - после нее, что обусловлено развитием компьютерного зрительного синдрома.

Нарушение отмечено у 14 из 21 студента. Причем практически все респонденты связывают ношение очков с работой за ПК.

По результатам анкетирования изменение общего состояния, отметили 48% всех опрошенных, причем 25% из них указывают на прямую зависимость между ухудшением состояния и воздействием ПК.

Как и предполагалось, в ходе исследования были отмечены жалобы на сонливость, бессонницу, изменение АД, неврозоподобные состояния (стук пальцев по столу, качание на стуле, ритмичные и неритмичные движения ног) и другие, такие, как торможение слюноотделения, сухость и неприятный вкус во рту, задержка дыхания, уменьшение частоты и глубины дыхания, изменение температурной чувствительности (холодное ощущается теплым) и так далее.

Из наиболее часто встречающихся жалоб, связанных с проблемами с кожей и возникновением аллергической реакции на первое место выходят: появление темных кругов под глазами и морщин на лице; появление высыпаний, а также раздражение и сухость кожных покровов.

Основные нарушения, которые нас интересовали в ходе исследования, это изменения в костно-суставных и хрящевых структурах, а также наличие неврологической симптоматики. Среди респондентов весьма низкий показатель людей, которые совсем не отметили симптомов изменений опорно-двигательного аппарата (3 из 21).

В целом, анкетирование позволило выявить следующие жалобы: боль в суставах и мышцах кистей рук, судороги, онемение или медленную подвижность пальцев, появление ночных болей в запястьях, болевые ощущения в шее, спине, пояснице, онемение или судороги ног.

Наибольшее число опрошенных отметили у себя наличие следующих симптомов: боли в шее – 12 человек; боли в спине – 11 человек; боли в пояснице – 4 человека; онемение или судороги ног (включая нарушения их чувствительности и появления неприятных ощущений) – 5 человек. Все эти данные говорят о развитии изменений костно-суставных и хрящевых структур позвоночника. Такие изменения чаще всего вызывает остеохондроз, который способен привести к искривлению позвоночного столба, смещению межпозвоковых дисков, появлению протрузий, образованию межпозвоночных грыж, ущемлению корешков спинномозговых нервов и развитию неврологических заболеваний.

Негативные последствия, вызванные продолжительной работой за ПК достаточно сложно лечить, но довольно легко предотвратить.

Профилактика компьютерного зрительного синдрома основывается на исключении, по возможности, факторов, способствующих его возникновению.

1. В первую очередь важно правильно оборудовать рабочее место. Освещение в помещении должно быть равномерным и достаточным.

Центр монитора должен располагаться ниже горизонтальной линии взгляда на 10-25 см при оптимальной рабочей дистанции до монитора 50-70 см.

2. Важным в и профилактике компьютерного зрительного синдрома является режим работы с мониторами. Не рекомендовано работать более 1 часа без перерыва.

3. Возможно применение компьютерных очков, имеющих специальные светофильтры, оптимизирующие спектральный состав видимого света.

4. Ношение контактных линз при работе с монитором нежелательно, так как создает определённые сложности.

Для профилактики утомления рекомендуется соблюдение следующих основных правил:

1. Периодичность обязательных перерывов в работе не менее 2-х раз в час по несколько минут с переключением на не связанную с использованием ПК деятельность.

Оптимально в этот период выполнить комплекс разгрузочных упражнений, например перевод тела из статического положения в активное (ходьба или игра в теннис).

2. Соблюдение правил правильной позы при работе с ПК

3. Регулярное выполнение комплексов физических упражнений и мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

4. Регулярное посещение профилактических центров, кабинета медицинской профилактики и/или обращение к специалистам узкого профиля.

Для профилактики проявления различных аллергических реакций при использовании компьютерной техники необходимо соблюдение основных санитарно-гигиенических норм.

Для профилактики проблем, связанных с опорно-двигательным аппаратом, следует, как можно эргономичней организовать место за компьютером, как можно чаще менять позу или вставать из-за компьютера и, конечно же, по возможности делать гимнастику, заниматься спортом и всячески развивать мышцы спины.

Таким образом, становление современного работника среднего медицинского звена, овладение им информационной культурой в высокой степени через привитие ИКТ компетенций невозможно без применения средств вычислительной техники, в частности ПК. К сожалению, регулярное использование ПК может привести к проблемам со здоровьем. Для минимизации негативного воздействия ПК при обучении достаточно придерживаться следующих простых правил:

1. Длительность непрерывных занятий непосредственно с монитором составляет 30 минут. После обязательно следует провести гимнастику для глаз и расслабления мышц спины и рук.

2. Комната, в которой находится компьютер, должна быть хорошо освещена.

3. До включения компьютера протирать экран мягкой неворсистой тканью. Должна ежедневно проводиться влажная уборка.

4. В качестве источников освещения рекомендуется применять люминесцентные лампы типа ЛБ.

5. Расстояние от глаз пользователя до монитора не должно превышать 60 см

6. В процессе работы на компьютере необходимо следить за соблюдением правильной осанки.

7. Рекомендуется регулярно выполнять упражнения для укрепления мышц спины.

Список литературы

1. А.М. Жукембаева, А.Т. Садуов, А. О. Сарсенбаева, Д. А. Азаматова. Влияние компьютера на здоровье детей и подростков//Вестник КазНМУ. – 2016.- №4. - с. 237

2. Т.И. Рябиченко, Е. П. Тимофеева. Взаимосвязь фактора использования компьютера с состоянием соматического здоровья подростков//14.00.00 Медицинские и фармацевтические науки. - 2014.-№6.

3. Распутина О. В. Формирование ИКТ компетенций на уроках информатики в соответствии с требованиями ФГОС // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2017. – Т. 25. – С. 241–243. – URL: <http://e-koncept.ru/2017/770567.htm>.

Толокнова Марина Геннадьевна

преподаватель

г. Борисоглебск, БПОУ ВО «Борисоглебский медицинский

колледж»

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОБЛЕМНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ АКТИВИЗАЦИИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА УРОКАХ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА

Необходимость поиска новых эффективных подходов в обучении иностранным языкам закреплена в ФГОС среднего профессионального образования.

В результате освоения дисциплины ОГСЭ.03 Иностранный язык обучающийся должен уметь общаться устно и письменно на иностранном языке на профессиональные и повседневные темы, переводить со словарем иностранные тексты профессиональной

направленности, самостоятельно совершенствовать устную и письменную речь, пополнять словарный запас.

Очень важным является развитие коммуникативных навыков в определенных профессиональных ситуациях, способностей обмениваться информацией на понятном адаптированном для обучающихся уровне, чтобы иметь возможность быть участником межкультурной коммуникации.

В ходе обучения иностранному языку необходимо уделять внимание развитию умений налаживать и поддерживать диалог, выражать свою точку зрения по определенным проблемам, пользуясь доступными языковыми средствами, аргументировать свои доводы, а также слушать и слышать партнера по общению, распознавать и адекватно интерпретировать позицию собеседника. К сожалению, преподавателю часто приходится сталкиваться с трудностями при обучении иностранному языку.

К ним можно отнести недостаточный уровень языковой подготовки в отдельных группах, а именно: дефицит грамматических структур; дефицит лексики в рамках темы; трудность вовлечения обучающихся со слабой языковой подготовкой в обсуждение, неумение употреблять языковые средства адекватно ситуации общения.

Поэтому существует объективная необходимость применения новых методов обучения, повышающих учебно-познавательную активность обучающихся.

Технология проблемного обучения привлекает многих учителей широтой возможностей и высокой степенью мотивации в обучении за счёт познавательного интереса.

Под проблемным обучением понимается «совокупность таких действий, как организация проблемных ситуаций, формулирование проблем, оказание обучающимся необходимой помощи в решении проблем, проверка этих решений и, наконец, руководство процессом систематизации и закрепления приобретенных знаний».

Проблемные ситуации должны быть доступными для обучающихся и соответствовать их познавательным способностям, вызывать собственную познавательную деятельность и активность.

Проблемное обучение, в отличие от любого другого, способствует не только приобретению обучающимися необходимой системы знаний, умений и навыков, но и достижению высокого уровня их умственного развития, формированию у них способности

к самообучению, самообразованию. Обе эти задачи могут быть реализованы с большим успехом именно в процессе проблемного обучения, поскольку усвоение учебного материала происходит в ходе активной поисковой деятельности обучающихся, в процессе решения ими системы проблемно-познавательных задач. Нужно отметить еще одну из важных целей проблемного обучения: формирование особого стиля умственной деятельности, исследовательской активности и самостоятельности обучающихся.

Цель проблемного обучения: развитие интеллекта и творческих способностей обучающихся; формирование прочных знаний; повышение мотивации через эмоциональную окраску урока; воспитание активной личности.

В отечественной педагогике различают три основные формы проблемного обучения:

- проблемное изложение учебного материала в монологическом режиме лекции либо диалогическом режиме семинара;

- частично-поисковая деятельность при выполнении эксперимента, на лабораторных работах;

- самостоятельная исследовательская деятельность.

Наиболее оптимальной является следующая структура проблемного задания:

1. Создание проблемной ситуации.

Целью этапа мотивации на уроке должно стать возникновение сомнения, неуверенности, вопроса или проблемы. На их разрешение должна быть направлена вся дальнейшая активность обучающихся.

Выделяют три основных способа создания проблемных ситуаций:

- приём ключевых слов;

- приём загадки-интерпретации;

- выполнимое/невыполнимое действие.

Приём ключевых слов основан на рефлексии обучающимися того, что им уже известно, и стимулировании постановки вопросов о том, что им ещё неизвестно. Для этого учитель сначала спрашивает обучающихся о том, что они знают по тому или иному вопросу, а затем спрашивает их о том, что им ещё неизвестно. Стимулирование и обучение постановке исследовательских вопросов является одним из важнейших способов развития исследовательской активности. Обучающимся предлагается отгадать, что спрятано в шкатулке с

помощью вопросов, на которые учитель может отвечать только «да» и «нет». Следующий этап – этап поиска неизвестного. Преподаватель предлагает обучающимся воспользоваться специальными ключами, которые подведут их к решению главной проблемы. Этими ключами являются вопросы, которые основаны на словах, с помощью которых можно решить поставленную задачу. Задача учителя на данном этапе – научить пользоваться ключевыми словами для постановки исследовательских вопросов. Целесообразно начать обучение постановке вопросов с таких ключей, как «свойства» и «функции».

Далее преподаватель может предложить сгруппировать вопросы, сходные по смыслу. Или обращает внимание обучающихся, что есть ещё много вопросов по данной теме и побуждает их решить, что в таком случае необходимо сделать. Студентам, имеющим опыт самостоятельного поиска, можно предложить провести исследование. Обсудив с обучающимися, в какой форме лучше всего провести исследование, и сформулировав задачу такого исследования, можно переходить к следующему этапу урока – исследованию в малых группах.

Широко используется другой способ создания мотивации – приём загадки. Он основан на использовании такого материала, который характеризуется той или иной степенью неопределенности, что позволяет создать проблемную ситуацию. Таким материалом может быть всё, что угодно: реальные объекты, рисунок, схема, модель, демонстрация и т.п.

Третий способ создания мотивации на уроке – выполнимое/невыполнимое действие. Характерной особенностью данного способа является то, что обучающимся предлагается выполнить такое задание, которое субъективно кажется выполнимым. Но в процессе его выполнения зарождается сомнение или обнаруживается невозможность его осуществления. Проблемная ситуация в этом случае создаётся с помощью какого-то задания с «ловушкой». Преимуществом данного приёма является то, что обеспечивает возникновение очень сильной потребности в познании чего-либо, что необходимо узнать.

2. Формулировка проблемы.

Далее педагог дает четкую формулировку проблемы. При правильной постановке проблемной ситуации у обучающихся пробуждается интерес и появляется мотивация к ее изучению.

3. Выдвижение гипотез.

Обучающиеся выдвигают возможные гипотезы по решению данной проблемы с помощью разных форм технологии проблемного обучения.

4. Доказательство или опровержение гипотез:

Обязательно обучающимся предлагается обосновать гипотезу и доказать ее, проверить, насколько она соответствует исходным условиям проблемной ситуации.

5. Проверка правильности решений (рефлексия).

После доказательства гипотезы, выполняемой путем выведения из нее следствий и их проверки, осуществляется окончательный этап: оценка найденного решения, определение того, насколько оно пригодно для решения других задач.

6. Воспроизведение нового материала (выражение решения).

В дальнейшем закрепление полученных знаний может осуществляться как по традиционной схеме – с применением репродуктивных методов, так и снова в рамках проблемного обучения (вернее, с элементами проблемного обучения) - путем видоизменения условий исходной проблемной ситуации.

Уровни проблемного обучения отражают не только разный уровень усвоения обучающимися новых знаний и способов умственной деятельности, но и разные уровни мышления.

Уровень обычной несамостоятельной активности - это восприятие обучающимися объяснений педагога, усвоение образца умственного действия в условиях проблемной ситуации, выполнение самостоятельных работ, упражнений воспроизводящего характера.

Уровень полусамостоятельной активности характеризуется применением усвоенных знаний в новой ситуации и участием обучающихся в совместном с педагогом поиске способа решения поставленной учебной проблемы.

Уровень самостоятельной активности предусматривает выполнение самостоятельных работ репродуктивно-поискового типа, когда обучающийся самостоятельно работает по тексту учебника, применяет усвоенные знания в новой ситуации, конструирует решение задачи среднего уровня сложности, путем логического анализа доказывает гипотезы, - помощь педагога при этом минимальна.

Уровень творческой активности характеризует выполнение самостоятельных работ, требующих творческого воображения, логического анализа, открытия нового способа решения, самостоятельного доказательства. На этом уровне требуется умение обучающихся использовать ранее усвоенные знания и переносить их в новую ситуацию.

Способы организации иноязычной деятельности обучающихся на уроках с элементами проблемного обучения.

Основные типы иноязычных поисковых упражнений.

Активизации мыслительной и речемыслительной деятельности обучающихся на уроках иностранного языка будут способствовать следующие типы упражнений:

- поисково-игровые задачи, построенные на известных в психологии задачах на сообразительность;
- коммуникативно-поисковые задачи;
- коммуникативно-ориентированные игры;
- познавательно-поисковые страноведческие задачи и задания.

Учитывая ярко выраженную функциональную направленность этих задач на развитие умственных (творческих) способностей обучающихся, данные типы упражнений можно отнести к числу развивающих, так как они создают своеобразный микроклимат для развития интеллекта обучающихся в условиях иноязычного речевого общения.

Поисково-игровые задачи

Целевым назначением данных развивающих упражнений является совершенствование определенных качеств восприятия, мышления, воображения и памяти обучающихся при отработке у них речевых навыков и умений.

Например, при обучении чтению задание может быть сформулировано так: «Прочитайте текст и ответьте на вопросы» или «Прочитайте текст, заполните данную ниже таблицу и ответьте на вопросы».

В плане учебно-речевой направленности целевое назначение этих упражнений одинаково, так как оба они служат средством развития у обучающихся умений самостоятельно читать на иностранном языке и понимать содержание прочитанного, однако степень интенсивности мыслительной деятельности обучающихся во втором случае несколько выше, чем в первом. При выполнении упражнения, данного в примере 1, учебные действия обучающихся

носят репродуктивный характер, так как от них требуется в основном воспроизведение отдельных смысловых отрезков прочитанного текста.

Выполняя задание примера 2, обучающиеся читают текст и отвечают на вопросы не ради них самих, а с тем, чтобы параллельно решить логическую задачу. Упражнение построено таким образом, чтобы одновременно совершенствовать у обучающихся коммуникативно-речевые умения и отрабатывать выполнение таких умственных операций, как сравнение, классификация, систематизация, абстрагирование и т. д.

В качестве примера можно привести задание на заполнение сравнительной таблицы после чтения текстов о дифтерии и кори. Обучающиеся сравнивают эти заболевания по таким критериям как путь передачи, возбудитель, инкубационный период, основные симптомы, иммунитет.

Коммуникативно-поисковые задачи

Целью данных упражнений является формирование у обучающихся как знаний о коммуникативном значении и назначении изучаемых языковых единиц, так и умений оформлять иноязычную речь в соответствии с ее предполагаемым коммуникативным содержанием, а также умений адекватно ее интерпретировать в процессе устного или письменного восприятия. Например: используя коммуникативную схему беседы, поговорите со своим соседом о планах на выходной день.

Коммуникативно-ориентированные игры.

Целевым назначением является развитие у обучающихся навыков диалогической и монологической речи, а также обогащение их знаний о различных аспектах культуры поведения человека в ситуациях бытового общения. Примером может служить следующее задание: Сравните 2 картинки. Ученик дежурит по классу. На первой картинке 13 часов. Он только собирается начать уборку. На второй картинке 13 часов 10 минут. Скажите, что ученик уже сделал и чего еще не сделал к этому времени. Работайте в парах. В данном упражнении отрабатывается употребление перфектных форм в стандартных диалогических единствах. Именно наличие в нем таких элементов, как контекстуально-ситуативный подход, ввод обучающихся в поисковую задачу, задание-инструкция, речевой образец по интерпретации заданной предметной ситуации создают

возможность активно вовлечь обучающихся в учебно-игровую деятельность.

Познавательные-поисковые страноведческие задания.

Данный тип относится к числу наиболее трудных из ранее перечисленных развивающих упражнений на иностранном языке. Их целью является развитие комплекса коммуникативно-познавательных и коммуникативно-речевых умений и ознакомление с разнообразной страноведческой и культуроведческой информацией, позволяющей им правильно ориентироваться в ситуациях социально значимого общения.

В качестве примера можно рассмотреть следующее задание: Представьте себе, что в наш колледж приехала делегация студентов из Германии. Они хотят познакомиться с вами, узнать как можно больше о нашем учебном заведении, о системе медицинского образования в России. Помогите нашим гостям разобраться в этих вопросах. Узнайте как можно больше о системе медицинского образования в Германии, об отличиях систем образования России и Германии.

Примером познавательных-поисковых заданий, которые используются на уроках немецкого языка, являются также исследовательские проекты, например, «Города Германии», «Выдающиеся деятели медицины Германии» и т.д.

Лингвистические поисковые задачи.

Такие задания имеют сугубо лингвистическую направленность, диапазон их применения несколько ограничен, тем не менее они используются в учебно-методических комплексах при обучении выведению грамматических обобщений о сути наблюдаемых грамматических явлений и помогают обучающимся самостоятельно сформулировать, например, правила образования множественного числа имен существительных или правила употребления артиклей, и т. д.

Таким образом, проблемное обучение способствует развитию интеллекта и творческих способностей обучающихся; повышению мотивации, исследовательской активности и самостоятельности, формированию прочных знаний.

Список литературы

1. Федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования для специальности

34.02.01 Сестринское дело, Минобрнауки России от 12.05.2014 (ред. 24.07.2015 г.) – С. 10

2. Оконь В. Введение в общую дидактику М.: Педагогика, 1990 – с.218-235

3. Кудрявцев Т.В. Проблемное обучение: истоки, сущность, перспективы. - М.: Знание, 1991 г. – С. 80

4. Махмутов М.И. Проблемное обучение. Основные вопросы теории. - М.: Педагогика, 1975 - С.14

5. Сафонова В.В. Проблемные задания на уроках английского языка в общеобразовательной школе. Учебное пособие. – Воронеж, издательство Воронежского университета, 1987 – С. 12-21

Электронные ресурсы

1. <http://www.pedagogics-book.ru/articles/6-4-5.html>

2. <http://dls.vspu.ac.ru/wiki/>

3. <https://sites.google.com/a/digicamp.ru/sajt-ucitela-nacalnyh-klassov-tolokneevoj-anny-nikolaevny/metodiceskaa-kopilka>

4. <http://festival.1september.ru/articles/583913/>

Тюменцева Лариса Васильевна

преподаватель

г. Липецк, ГАПОУ «Липецкий медицинский колледж»

ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ПРИМЕРЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ВЕБ-КВЕСТА ПО ФАРМАКОЛОГИИ

В настоящее время в различных сферах деятельности ощущается нехватка специалистов, способных самостоятельно и в команде решать возникающие проблемы, делать это с помощью Интернета. Поэтому работа учащихся в таком варианте проектной деятельности, как веб-квест, разнообразит учебный процесс, сделает его живым и интересным.

Использование технологии квеста предполагает самостоятельное прохождение его студентами в течение нескольких часов или даже дней и позволяет формировать мультидисциплинарные компетенции. Для демонстрации возможностей такой игровой технологии была выбрана группа

студентов группы специальности Лечебное дело. Студенты были разделены на 3 команды по 3 человека. Чтобы подготовиться к прохождению квеста, студенты должны были повторить материал лекций по разделам «Общая фармакология», «Телекоммуникационные технологии», иметь свою электронную почту, зарегистрироваться на сайте создания ментальных карт Mindmeister (Майндмайстер) и разобраться в его работе.

Основа квеста создана при помощи веб-технологий в программе Adobe Dreamweaver CS5, с последующим написанием программного кода для ввода паролей доступа к локациям. Так как квест размещается в сети интернет, то необходимо помнить об авторском праве. Все оформление данного квеста создано и оптимизировано в графическом редакторе Adobe Photoshop CC 2017.

В начале занятия студентам была дана вводная инструкция по правилам работы с квестом, акцентировано внимание на ключевых моментах, объяснены параметры начисления баллов за работу в группах (оценка прохождения локаций, оценка ментальной карты, время прохождения квеста). В итоге команда, набравшая максимальное количество очков, является победителем квеста. Максимум она может набрать 35 баллов.

Сам веб-квест организован в виде фэнтезийной игры « В поисках таинственного эликсира». На главной странице рассказана предыстория путешествия в чудесную страну Фармлэндию, которая затерялась где-то далеко во времени и пространстве, поставлена цель и рассказаны правила.

Также обязательным приложением является библиотека интернет-ресурсов (магическая библиотека), включающая проверенные сайты, которыми студенты должны пользоваться при решении квеста.

Всего в квесте 5 локаций: «Начало времен», «Зачарованный лес», «Призрачный замок», «В глубинах леса» и «В гостях у знахаря».

На следующую локацию можно пройти только в том случае, если правильно выполнить задание на предыдущей, иначе программа квеста не пропустит студентов дальше. Разрешается многократный ввод ответа. В рамках открытого занятия при ограниченном времени допускались подсказки преподавателей для прохождения уровней квеста, но каждая подсказка уменьшала итоговое количество баллов.

Все локации содержат различные задания, которые задают различные сказочные персонажи – древнее чудище, водяной, лесной дух, хозяин паутины, таинственный знахарь. Их не просто нужно выполнить, но еще и, исходя из ответов, чаще всего математическим путем вычислить коды доступа к следующим локациям.

Так в первой локации нужно выполнить тестовые задания, но не просто ответить на вопросы теста, а посчитать количество одинаковых букв (а, б, в, г). Сумма их квадратов и будет кодом пропуска на следующую локацию (код 42). Далее идет задание на сопоставление терминов и определений (код вводится маленькими английскими буквами и цифрами a3b2c1a2b3c1a4b2c3d1). В третьей локации нужно решить 6 ситуационных задач (код 17, 50075 – сумма всех ответов). Четвертый уровень состоит в разгадывании кроссворда (он находится в сети интернет на сайте генераторов кроссвордов). Из разгаданного кроссворда выбираются все буквы, находящиеся на пересечении клеток. Получается 10 букв. Из них убираются 2 буквы - О и Р. Из оставшихся 8 букв составляется слово (через сайт для решения анаграмм), которое и будет паролем для прохождения на следующую локацию к дому знахаря (код – лабиринт).

Решая различные задания, команды дополнительно собирают ключевые слова, которые необходимы на последнем уровне для создания ментальной карты. В конце квеста студенты заходят на сайт для создания интеллект-карт Mindmeister (Майндмайстер) и из ключевых слов (фармакокинетика, фармакодинамика, биотрансформация, доза, возраст, виды биобарьеров, пути всасывания, механизм действия), добавляя свои термины, создают ментальную карту по общей фармакологии, которую сохраняют в графическом формате и высылают на электронную почту преподавателя.

Ментальные карты — это техника визуализации мышления. Применения ментальных карт очень разнообразны — например, их можно использовать для того, чтобы зафиксировать, понять и запомнить содержание книги или текста, сгенерировать и записать идеи, разобраться в новой для себя теме, подготовиться к принятию решения.

Ментальные карты — это способ записи, альтернативный по отношению к тексту, спискам и схемам. Главное отличие ментальных карт от других способов визуализации прежде всего

тем, что ментальные карты активируют память. Списки, сплошной текст, деревья и схемы однообразны. Ментальные карты, наоборот, используют все возможные способы, чтобы активировать восприятие посредством разнообразия: разная толщина линий, разные цвета ветвей, точно выбранные ключевые слова, которые лично для вас являются значимыми, использование образов и символов. Техника ментальных карт помогает не только организовать и упорядочить информацию, но и лучше воспринять, понять, запомнить и проассоциировать ее.

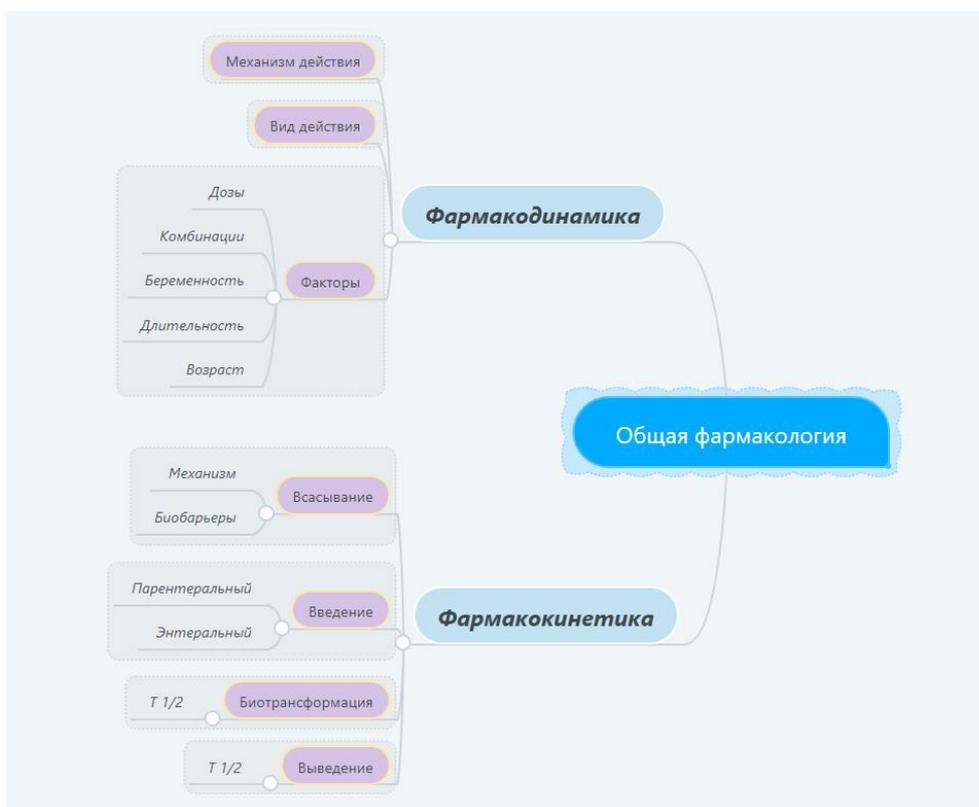


Рис. 1 - Ментальная карта

Mindmeister (Майндмайстер) - это интернет приложение, которое запускается в окне браузера и позволяет создавать интеллект-карты для лучшего представления личных или командных целей. Это нужно, чтобы разложить всё по полочкам, разбить крупные задачи на более мелкие тактические шаги.

Создание ментальных карт активизирует мыслительные процессы, память, студенты, проявляя творчество, эрудицию, структурируют свои знания по важной теме, определяющей изучение частной фармакологии.

У трех команд получились три различные ментальные карты.

Таким образом, при прохождении веб-квеста студенты закрепляют пройденный материал по разделу «Общая фармакология» через интерактивную игру и совершенствуют навыки работы с информационными технологиями.

Список литературы

1. Андреева М. В. Технологии веб-квест в формировании коммуникативной и социокультурной компетенции // Информационно-коммуникационные технологии в обучении иностранным языкам. Тезисы докладов I Международной научно-практической конференции. М., 2004.

2. Быховский Я. С. Образовательные веб-квесты // Материалы международной конференции "Информационные технологии в образовании. ИТО-99". - <http://ito.bitpro.ru/1999>

3. Ван лоо Э., Брон Ж. Т., Янсен Ю. Эксперименты в обучении русскому языку, основанном на задачах (task-based learning): "ярмарка языков" и "вебквест по русскому языку и страноведению" // Русское слово в мировой культуре. Материалы X конгресса МАПРЯЛ. Круглые столы: Сборник докладов и сообщений. СПб., 2003.

4. Николаева Н. В. Образовательные квест-проекты как метод и средство развития навыков информационной деятельности учащихся // Вопросы Интернет-образования. 2002, № 7. - http://vio.fio.ru/vio_07

5. Знакомимся с образовательной интернет-технологией: веб-квест. <http://iktylka.blogspot.com/2009/02/5.html>

Фельдман Анатолий Борисович
Татарина Ирина Вячеславовна
преподаватели

г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж»

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ПЕДАГОГИКА В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

Здоровьесберегающая педагогика – система обучения, создающая максимально возможные условия для сохранения и

укрепления здоровья всех субъектов образования. Основная цель здоровьесберегающей педагогики в медицинском колледже - обеспечить выпускнику высокий уровень реального здоровья, вооружая его необходимым багажом знаний, умений, навыков, необходимых для ведения здорового образа жизни, воспитывая у него культуру здоровья и мотивацию к его сохранению.

Тогда профессиональное образование будет действительно путевкой в счастливую самостоятельную жизнь, свидетельством умения молодого человека заботиться о своем здоровье, проводить профилактические мероприятия и бороться за здоровье других людей.

Здоровье – это главная человеческая ценность.

Анализ определений здоровья показывает, что чаще всего встречается шесть его признаков:

- отсутствие болезней;
- нормальное функционирование организма;
- гармонизация организма и окружающей среды;
- способность человека к полноценному выполнению основных социальных функций;
- полное физическое, психическое и социальное благополучие;
- адаптация человека к усложняющейся и меняющейся окружающей среде.

Для достижения указанной выше цели необходимы здоровьесберегающие технологии. Здоровьесберегающие технологии в образовательном процессе – комплекс методов, приемов и условий, максимально способствующих сохранению и укреплению физического, духовного и нравственного здоровья субъектов образовательного процесса.

Как можно понять из определения, понятие здоровьесберегающих технологий является очень широким. Их можно классифицировать по множеству признаков, но лишь некоторые из них действительно важны на практике. Один из таких признаков – субъектная активность.

Различают три вида сохраняющих здоровье технологий по этому признаку:

- внесубъектные (студент может даже не знать, что в данный момент он заботится о своем здоровье);
- подразумевающие пассивную позицию;
- подразумевающие активную позицию.

Несмотря на очевидное преимущество активной позиции, преподавателю следует наработать для себя методы реализации принципов сохранения здоровья по всем трем видам активности студента. Ведь необходимо учитывать, что на формирование его активной позиции воздействуют не только позитивные, но и негативные факторы (ложные ценности, навязываемые средствами массовой информации, либо просто человеческая лень), и он совсем не обязательно охотно примет позицию преподавателя.

Также во всем объеме сохраняющих здоровье технологий можно выделить меры санитарно-гигиенические и меры собственно педагогические.

Педагог должен быть примером для своих воспитанников в вопросах здоровьесбережения. Когда здоровый образ жизни - это норма жизни педагога, тогда и студенты поверят и будут принимать педагогику здоровьесбережения должным образом.

«Прежде чем изменять мир, начни с самого себя», - гласит известная мудрость.

Отношение к проблеме ортобиоза прежде всего надо начать с личности преподавателя. Личностно-ориентированный подход к здоровьесберегающим технологиям проявляется в изменении жизненных установок.

Ортобиоз - [гр. orthos прямой, правильный + bios жизнь] термин, означающий здоровый, разумный образ жизни; о. включает заботу о физическом здоровье, оптимальный ритм работы и отдыха, двигательную активность, рациональное питание, культуру общения. (Словарь иностранных слов русского языка).

Самому педагогу необходимо изменить:

мировоззрение преподавателя по отношению к самому себе, своему жизненному опыту в сторону осознания собственных чувств, переживаний с позиции проблем здоровьесбережения;

отношение преподавателя к студентам. Педагог должен полностью принимать студента таким, каков он есть, и на этой основе стараться понять, каковы его способности;

отношение педагога к задачам учебного процесса, педагогики оздоровления, которое предполагает не только достижение дидактических целей, но и их развитие с максимально сохраненным здоровьем.

Данные направления и определяют пути повышения педагогического мастерства учителя через первоначальное

осознание собственных проблем и особенностей, их психологическую проработку и освоение на этой основе методов эффективного здоровьесберегающего педагогического взаимодействия со студентами.

Развернута программа разумно организованной жизнедеятельности человека, которую можно было бы коротко назвать: "искусство жить". И главным своим содержанием она обращена к созиданию личного ортобиоза, разработке индивидуальной технологии здорового образа жизни.

Полагаю, что педагогу в организации и проведении урока необходимо учитывать:

- обстановку и гигиенические условия в учебной аудитории: температуру и свежесть воздуха, рациональность освещения, наличие/отсутствие монотонных, неприятных звуковых раздражителей и т.д.;

- число видов учебной деятельности: опрос обучающихся, слушание, запись и чтение учебного материала, рассматривание наглядных пособий, просмотр учебных фильмов, цифровой информации, ответы на вопросы, решение задач и др. Норма – 4-7 видов за урок. Частые смены одной деятельности другой требуют от обучающихся дополнительных адаптационных усилий;

- среднюю продолжительность и частоту чередования различных видов учебной деятельности. Ориентировочная норма – 7-10 минут; число видов преподавания: словесный, наглядный, аудиовизуальный, самостоятельная работа и т.д. Норма – не менее трех;

- наличие методов, способствующих активизации инициативы и творческого самовыражения обучающихся. Это такие методы, как метод свободного выбора (свободная беседа, выбор способа действия, выбор способа взаимодействия; свобода творчества и т.д.); активные методы (студенты в роли преподавателя, обучение действием, обсуждение в группах, ролевая игра, элементы соревнования, дискуссия, семинар, студент как исследователь); методы, направленные на самопознание и развитие (интеллекта, эмоций, общения, воображения, самооценки и взаимооценки);

- место и длительность применения ТСО (в соответствии с гигиеническими нормами), умение преподавателя использовать их как возможности инициирования дискуссии, обсуждения;

- физкультминутки и другие оздоровительные моменты на занятии – их место, содержание и продолжительность. Норма – на 45 минут урока по 1 минутке из 3-х легких упражнений с 3 – повторениями каждого упражнения;

- наличие у обучающихся мотивации к учебной деятельности на уроке (интерес к занятиям, стремление больше узнать, радость от активности, интерес к изучаемому материалу и т.п.) и используемые учителем методы повышения этой мотивации;

- психологический климат на занятии; наличие на занятии эмоциональных разрядок: шуток, улыбок, афоризмов с комментариями и т.п.

В конце занятия следует обратить внимание на следующее:

- плотность занятия, т.е. количество времени, затраченного студентами на учебную работу. Норма — не менее 60 % и не более 75-80 %;

- момент наступления утомления обучающихся и снижения их учебной активности. Определяется в ходе наблюдения по возрастанию двигательных и пассивных отвлечений в процессе учебной работы;

- темп и особенности окончания занятия:

быстрый темп, «скомканность», нет времени на вопросы;

спокойное завершение занятия: обучающиеся имеют возможность задать преподавателю вопросы, преподаватель может подвести итоги, попрощаться с обучающимися.

Результаты:

создание экологически комфортной здоровьесберегающей среды, психолого-педагогической здоровьесберегающей технологии сопровождения обучающихся в образовательном процессе;

обновление содержательной и методической базы преподаваемых дисциплин, совершенствование ресурсного обеспечения образовательного процесса медицинского колледжа и здоровьесберегающего пространства.

Анализируя урок с позиции здоровьесбережения, следует учитывать представленные выше аспекты.

Реализуя методы здоровьесбережения в своей деятельности, педагог должен проявить следующие умения:

- анализировать педагогическую ситуацию в условиях педагогики оздоровления;

- владеть основами здорового образа жизни;

- устанавливать контакт с коллективом студентов;
- наблюдать и интерпретировать вербальное и невербальное поведение;
- прогнозировать развитие своих студентов;
- моделировать систему взаимоотношений в условиях педагогики оздоровления;
- личным примером учить студентов заботиться о своем здоровье и здоровье окружающих людей.

Должное значение следует придавать инструктажу по соблюдению на занятиях техники безопасности. Понятно, что этот вопрос очень важен для сохранения здоровья обучающихся.

Список литературы

1. Кургузов В.Л. Философия здоровья, гуманитарная культура и образование как детерминанты интенсивного развития / В.Л. Кургузов // Советник Президента. — 2014. — № 26. — С. 53-61.

2. Методическая разработка «Здоровьесберегающие технологии в образовательном процессе»/О.В.Чикота//-2015.

Интернет ресурсы

1. <http://afox.ru/referat/zdorovesberegaiushchie-tehnologii-v-ramkakh-realizatsii-fgos/>

2. <http://garnett.ru/dokumenty/sozdanie-zdorovesberegaiushchei-obrazovatelnoi-sredy-v-usloviakh-realizatsii-fgos/>

Фельдман Анатолий Борисович
Татарина Ирина Вячеславовна
преподаватели

г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж»

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ

В деятельности отделения дополнительного профессионального образования Воронежского базового медицинского колледжа (ВБМК) активно внедряются современные технические средства обучения (ТСО), что является важной составной частью совершенствования образовательного процесса. Под руководством заместителя директора колледжа Шепелевой Н.Г.

и заведующей отделением Костенко О.В. наибольший вклад осуществляют заведующая учебной частью Татарина И.В., председатель ЦМК отделения Колтунова С.Н., преподаватели Сажин Б.П., Малеев Ю.В., Фельдман А.Б. При проведении занятий в районных больницах, где отсутствуют учебные муляжи, но имеется соответствующая техника, ТСО становятся средствами выбора по таким, например, темам, как проведение сердечно-лёгочной реанимации; извлечение инородных тел дыхательных путей; утопление; промывание желудка.

По данным ЮНЕСКО, когда человек слушает, он запоминает 15% речевой информации, когда смотрит - 25% видимой информации, когда видит и слушает - 65% получаемой информации. Необходимость применения ТСО, которые в качестве аудиовизуальных средств могут воздействовать на различные органы чувств, несомненна. ТСО позволяют выйти за рамки учебной аудитории; сделать видимым то, что невозможно увидеть невооруженным глазом, имитировать любые ситуации.

Рассмотрим такие современные ТСО, как компьютеры, мультимедийные проекторы, интерактивные доски.

Компьютеры значительно сокращают время получения необходимых сведений, открывают новые возможности в развитии навыков восприятия, запоминания, анализа учебной информации, в освоении как теоретического, так и практического материала. С помощью компьютеров можно сделать проведение занятий, а также учёт успеваемости более эффективными. Они повышают производительность труда и преподавателей, и обучающихся. Компьютеры могут сделать многие уроки более интересными и убедительными, а огромный поток информации - легкодоступным. Возможности использования компьютеров для обучения практически безграничны. Они являются превосходными помощниками и при самообразовании. В дополнение к их потенциальным возможностям как средств обучения, компьютеры сами должны стать важным объектом изучения. Понимание их возможностей необходимо каждому обучающемуся. Компьютер можно использовать как универсальное техническое средство обучения. Такое ТСО позволяет упорядоченно хранить огромное количество учебного материала. Компьютер может быть использован для создания и показа учебных презентаций, текстовых и видеоматериалов, фильмов, фотографий, картинок. Применение

компьютерной техники делает занятие привлекательным, наглядным и по-настоящему современным, что способствует созданию атмосферы уважения между преподавателем и обучающимися.

Мультимедийный проектор - это устройство, проецирующее изображение на экран посредством сигнала от компьютера, DVD-плеера или другого устройства. Мультимедийные проекторы способны не только отображать изображение, но и воспроизводить звук. Использование мультимедийного проектора в учебном процессе целесообразно в случаях, когда необходимо продемонстрировать статические и динамические изображения на большом экране одновременно большому количеству обучающихся (например, учебная группа). Основными вариантами использования проектора могут быть: демонстрация учебных видеоматериалов, презентаций, фильмов, фотографий и картинок на различные темы.

Интерактивная (электронная) доска - это удобный инструмент, незаменимый при проведении лекции, семинара и для организации учебных занятий. Интерактивные доски не только совмещают в себе преимущества большого экрана для проектора и маркерной доски, но и позволяют сохранять все пометки и изменения, сделанные во время обсуждения и даже управлять компьютерными приложениями, не отходя от доски и не прерывая выступления. Преимущества использования интерактивной доски в сравнении с обычной классной доской очевидны. Интерактивная доска позволяет сделать занятие более динамичным, информативным, повысить мотивацию обучающихся через использование большого спектра наглядных пособий. Появилась возможность моделировать различные медико-биологические процессы с помощью инструментария (библиотек), которые поставляются с программным обеспечением к интерактивной доске цифровыми лабораториями.

Если компьютерная и проекторная техника широко используются в отделении дополнительного профессионального образования ВБМК, то использование интерактивной (электронной) доски – в перспективе.

Дидактические возможности технических средств обучения определяются содержанием и степенью совершенства тех учебных материалов (презентации, фильмы и другие), которые в них реализуются. Положительный обучающий эффект (как и отрицательный!) учебного материала разной степени совершенства

усиливается при применении ТСО. Какими бы совершенными ни были ТСО, без достаточно высокого уровня преподаваемого материала они утрачивают свою ценность в дидактическом плане и становятся малоэффективными. В то же время, любой совершенный обучающий материал требует для своей реализации устройства с высокими техническими данными. Использование ТСО возможно при условии правильного применения. Преподаватели отделения дополнительного профессионального образования ВБМК Сажин Б.П. и Фельдман А.Б. создали инструкцию с фотографиями по использованию комплекса компьютер + мультимедийный проектор, разместив её на рабочем столе компьютера. Кроме того, Сажин Б.П. провёл обучающие занятия с преподавателями отделения.

Ни одно из технических средств обучения нельзя противопоставить другому, так как каждое из них относительно выигрывает перед остальными лишь при решении определённых дидактических задач. Поэтому необходимо их использовать как по отдельности, так и в сочетании одного с другим, что является одной из причин разработки мультимедийных средств обучения и воспитания. Изобразительные средства учебного фильма обеспечивают динамичный показ, что недостижимо средствами статичной проекции, но в них нередко бывает избыток комментария, мешающая музыка. Эти недостатки отсутствуют в статических экранных пособиях.

Мультимедийные презентации прочно вошли в педагогическую деятельность. Преподаватель, имеющий практические навыки владения информационными технологиями, использует их в своей повседневной работе. Наиболее эффективно использовать презентации при проведении лекции, практического занятия, тестирования. Готовая продукция позволяет отказаться от всех остальных видов наглядности и максимально сосредоточить внимание преподавателя на ходе занятия, так как управление программой сводится к простому нажатию на левую клавишу мыши. Поэтапно выводится необходимый материал на экран и рассматриваются основные вопросы данной темы. В случае необходимости можно заменить или просто скрыть ненужные слайды. Эти возможности позволяют настраивать любую имеющуюся презентацию под конкретное занятие в конкретной группе.

Обучение с помощью ТСО мало отличается от привычных методов преподавания. Основы успешного проведения занятия одни и те же, независимо от технологий и оборудования, которое использует преподаватель. Прежде всего, любое занятие должно иметь четкий план и структуру, достигать определенных целей и результатов. Все это помогает обучающимся лучше усвоить материал и соотнести его с тем, что они уже знают.

Являясь составной частью комплексов средств обучения, ТСО должны использоваться в сочетании с живой речью, печатными учебно-наглядными пособиями, медицинской аппаратурой, предметами медицинского назначения, другими традиционными средствами обучения. Кроме того, ТСО не могут вытеснить из учебного процесса непосредственных наблюдений, например, признаков изучаемых заболеваний.

При использовании наглядности в обучении необходимо соблюдать ряд условий:

- наглядность должна использоваться в меру, и показывать ее следует постепенно и только в соответствующий момент занятия;
- наблюдение должно быть организовано таким образом, чтобы все обучающиеся могли хорошо видеть демонстрируемый материал;
- детально продумывать пояснения, даваемые в ходе демонстрации;
- демонстрируемая наглядность должна быть точно согласована с содержанием материала.

Итак, технические средства обучения обладают следующими дидактическими возможностями:

- являются источником информации;
- рационализируют формы преподнесения учебной информации;
- повышают степень наглядности, конкретизируют учебный материал;
- организуют и направляют восприятие;
- наиболее полно отвечают практическим запросам обучающихся;
- создают эмоциональное отношение их к учебной информации;
- усиливают интерес к учёбе, активизируют познавательную деятельность;

- делают доступным для обучающихся такой материал, который без ТСО недоступен;
- являются средством повторения, систематизации и контроля знаний;
- иллюстрируют связь теории с практикой;
- создают условия для использования наиболее эффективных форм и методов обучения;
- экономят учебное время, энергию преподавателя и обучающихся. Сокращение времени, затрачиваемого на усвоение учебного материала, идёт за счет переложения на технику тех функций, которые она выполняет качественнее, чем человек. (Экспериментально доказано, что даже простой фильмоскоп экономит 25 мин двухчасового занятия).

Таким образом, реализация дидактических возможностей современных технических средств в образовательной деятельности, согласно нашим наблюдениям и отзывам обучающихся, повышает качество образования.

Список литературы

1. Коджаспирова Г.М., Петров К.В. Технические средства обучения и методика их использования. - М.: Академия, 2014. - 256 с.
2. Интерактивные технологии в образовании / Учебно-методический комплекс// Российский государственный гуманитарный университет. - Москва, 2015. - 21с
3. <http://letopisi.ru/index.php/> Семинар Интерактивное оборудование на уроке.

Шевцова Полина Игоревна
г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж»
31.02.01 Лечебное дело, 2 курс
Научный руководитель – преподаватель Осьминина Г.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОХОНДРОЗА

В наше время остеохондроз является одним из самых распространенных хронических заболеваний человека. По

статистике им страдают 85% населения земного шара. По данным Всемирной Организации Здравоохранения остеохондроз по количеству больных вышел на третье место после сердечно-сосудистой и онкологической патологии. Распространен остеохондроз очень широко и к 40-летнему возрасту обнаруживается у большинства людей в той или иной степени, а из-за малоподвижного образа жизни современного человека, количество больных трудоспособного возраста неуклонно растет, и признаки болезни на профилактических осмотрах сейчас находят даже у детей и подростков. С каждым годом все больше пациентов в возрасте от 15 до 20 лет обращаются к врачу с жалобами на боли в спине, а к 30-40 годам у многих возникают осложнения остеохондроза.

Остеохондроз – это патологические изменения в позвоночнике, связанные с дегенеративно-дистрофическими процессами в межпозвоночных дисках. По современным данным, существует ряд теорий, объясняющих причину возникновения дистрофических изменений в межпозвоночном диске: инволюционная, гормональная, сосудистая, аутоиммунная, микротравматическая, функциональная, наследственная. Наиболее часто остеохондроз встречается в шейном и поясничном отделах позвоночника, так как они в процессе жизни подвергаются наибольшей статической и динамической нагрузке.

Факторы риска, приводящие к развитию остеохондроза: малоподвижный образ жизни, избыточный вес, повышенные физические нагрузки, работа, связанная с подъемом тяжестей, частыми изменениями положения туловища, поворотами, сгибанием и разгибанием, рывковыми движениями и с воздействием вибрации, наличие плоскостопия, травм и врожденных дефектов позвоночника, нарушения осанки, неправильное питание отсюда дефицит белка и микроэлементов, недостаточное потребление жидкости, эндокринные нарушения, стрессы, наследственность, возрастные изменения.

Начальные стадии остеохондроза могут проявляться посредством небольшого чувства дискомфорта или скованности в определенных отделах позвоночника, однако эта болезнь имеет стойкую тенденцию к прогрессированию, и при несвоевременном лечении и реабилитации, часто приводит к возникновению осложнений, которые становятся причиной инвалидности лиц

трудоспособного возраста. Клинические проявления остеохондроза характеризуются статическими, неврологическими и вегетативными синдромами, зависящими от локализации процесса. Различают рефлекторный, корешковый синдромы и компрессионно-спинальный, обусловленный грыжей межпозвонкового диска, остеофитом или эпидуритом. Заболевание имеет хронический рецидивирующий характер. По локализации делится на шейный, грудной, поясничный и распространенный остеохондроз. При несвоевременном лечении, несоблюдении правил реабилитации на ранних стадиях остеохондроза, происходит образование межпозвоночных грыж, вовлечение в разрушительные процессы околопозвоночных структур, вызывающих компрессию спинного мозга, его нервных окончаний. Вследствие этого выделяют следующие осложнения остеохондроза: радикулопатия (радикулит), нарушение функций мочеполовой системы, межпозвоночная грыжа, спондилоартроз, остеофитоз, спондилез, стеноз позвоночного канала, сильная головная боль, мигрень, снижение остроты зрения, частичная потеря слуха, вегетативные дисфункции.

Для диагностики остеохондроза позвоночника используют инструментальные методы. Рентгенография выполняется в косых проекциях и перпендикулярных друг другу плоскостях. Может быть назначена функциональная рентгенограмма, проводимая в разных положениях, а также рентгеновское исследование с введением особого контрастного вещества. КТ позволяет диагностировать компрессию нервных окончаний, участки разрыва контуров межпозвонкового диска, наличие краевых разрастаний, возможные изменения в мозговой твердой оболочке. МРТ дает возможность детальной диагностики межпозвоночных дисков, сосудов, нервных отростков без вредного облучения пациента. Применение дискографии дает возможность визуализировать межпозвоночный диск путем введения в него специального контрастного препарата с последующим проведением рентгенографии.

Вертеброгенный синдром, вызванный остеохондрозом, может быть поводом вызова бригады СМП. Лечение остеохондроза должно быть комплексным и поэтапным. Может быть консервативным и хирургическим, последнее показано при диагностированных грыжах диска, компрессии спинного мозга и сосудов питающих его. В острой стадии желательна госпитализация в неврологическое отделение и соблюдение постельного режима.

При ходьбе рекомендуется носить корсет. При шейном остеохондрозе пассивный покой пациенту обеспечивается с помощью мягкого воротника типа Шанца, при остеохондрозе грудного и поясничного - путем размещения больного на жесткой постели (на щите).

Для устранения болевого синдрома, уменьшения воспаления используются НПВП. Выпускаются в различных формах (таблетки, растворы для инъекций, ректальные свечи, крема, мази, гели, пластыри), что обеспечивает удобство применения. Предпочтительным способом использования НПВП является пероральный прием. Применение инъекционных форм НПВП показано для кратковременного (1-2 дня) купирования острой боли. Ректальные свечи с НПВП следует рекомендовать при невозможности перорального приема. При тяжелом обострении остеохондроза для снятия воспаления, отека тканей применяют глюкокортикоиды. Для уменьшения болей при остеохондрозе могут использоваться местно раздражающие и отвлекающие мази, содержащие змеиный яд, пчелиный яд, экстракты перца (випросал, аписатрон, капсикам).

При интенсивном болевом синдроме показаны паравертебральные блокады, при которых лекарственное вещество (новокаин с гидрокортизоном и дипроспаном) врачом вводится около позвоночника внутривожно, подкожно, в толщу мышечной ткани, непосредственно вблизи нерва или корешка. Для снятия мышечного напряжения применяют миорелаксанты. Для снятия отека нервного корешка применяются диуретики. С целью нормализации кровообращения, улучшения питания тканей и восстановления трофики таблетки никотиновой кислоты, пентоксифиллин (трентал). Полезны локальные аппликации диметилсульфоксида (димексида), обладающего болеутоляющим, противовоспалительным, трофическим, диуретическим действием.

Часто течение остеохондроза осложняется возникновением тревожно-депрессивных и ипохондрических расстройств, вызванных длительным болевым синдромом и ограничениями, вызванными болезнью. В таких случаях прием антидепрессантов помогает значительно улучшить психологическое состояние больного. В стадии ремиссии можно прибегнуть к использованию хондропротекторов, улучшающих метаболизм межпозвоночных дисков и суставов, приостанавливают дегенеративный процесс.

Назначаются периодическими курсами различной длительности (от 3 до 6 месяцев) или принимаются больным постоянно в поддерживающих дозах. Показаны витамины группы В, их комбинации, которые обладают обезболивающим и нейротрофическим действием.

Операция при остеохондрозе имеет определенные риски, возможные послеоперационные осложнения, поэтому проводят ее только в экстренных случаях или планоно в тяжелых случаях.

К немедикаментозным методам лечения относятся:

- физиотерапия (иглорефлексотерапия, электрофорез, магнито - лазерная терапия, ультразвук, массаж классический, точечный, рефлекторно-сегментарный, вибромассаж, СМТ-терапия, диадинамические токи, дарсонвализация, подводный душ-массаж, грязелечение сероводородными, сапропелевыми, иловыми грязями, бальнеологические процедуры: сероводородные, хлоридно-натриевые, радоновые, скипидарные ванны);

- мануальная терапия;

- вытяжение (тракция) позвоночника;

- лечебная физкультура.

Через 5-6 месяцев после обострения пациентов с остеохондрозом, при условии самостоятельного передвижения, направляют на Санаторно-курортное лечение: Ейск, Кисловодск, Евпатория, Одесса, Сочи, Красноусольск, Сергиевские минеральные воды, Горячий Ключ, Нальчик, Пятигорск. В Воронежской области санатории, в которых проводится лечение остеохондроза: «им. Горького», «им. Цюрупы», «им. Дзержинского», «Радон», «Дон». Санаторно-курортное лечение противопоказано при остеохондрозе с прогрессирующим деформирующим процессом в суставах, спондилезе или спондилоартрозе, при необратимых изменениях в суставах.

С целью профилактики остеохондроза следует:

1. своевременно обращать внимание на изменения осанки у детей и обеспечить им адекватное ортопедическое лечение;

2. проводить разъяснительную работу и обучение среди пациентов: избегать стрессов, соблюдение ортопедического режима, правильный перенос тяжестей, ежедневная гимнастика, правильная организация рабочего места, соблюдение режима труда и отдыха, отказ от вредных привычек.

3. Питание должно быть полноценным, сбалансированным, необходимо получать достаточное количество витаминов и микроэлементов. Важно помнить, что одной из главных причин возникновения данного заболевания является ожирение. Поэтому, если имеется избыточный вес, необходимо придерживаться правил питания, которые помогут снизить его до нормального.

Нами был проведен опрос. Исследование проходило на базе НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж–1 ОАО «РЖД» стационарное подразделение №1 и стационарное подразделение №2 (неврологическое отделение). Исследуемую группу составили 50 человек. Анкетирование проводилось по специально разработанной статистической карте с согласия пациентов на использования их персональных данных.

Из 50 опрошенных – 19 мужчин и 31 женщина. Большинство из опрошенных пациентов в возрасте 55 лет и старше (38%), от 41 до 50 лет – 26%, от 30 до 40 лет- 20% и 16% -это пациенты в возрасте от 18 до 29 лет. При изучении семейного анамнеза было выявлено, что большинство опрошенных имеет наследственную предрасположенность к развитию остеохондроза, 54% имеют лишний вес. У большинства были травмы позвоночника, многие из которых связаны с активным занятием спортом (58%).

На вопрос как вы отдыхаете, респонденты ответили следующим образом: лежу на диване, читаю книгу, смотрю телевизор (36%), поход в супермаркет (30%), не отдыхаю (18%), прогулки на свежем воздухе (16%).

Большинство опрошенных жалуются на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника – это 52%, в шейном 28%, в грудном 8% и на боли во всех отделах 12%. Чаще всего предъявляемые жалобы: головная боль – 36%, шум в ушах – 30%, нарушение зрения – 28%, скачки АД – 48%, боль в межреберье и в сердце – 18%, нарушение чувствительности – 88%, параличи и парезы – 8%, прострел в пояснице – 44%, боль отдающая в конечности – 36%, зябкость ног – 54%, головокружение – 32%.

Посещают невролога 1 раз в год – 24%, 2 раза в год – 46%, только если возникнут серьезные симптомы болезни – 30%. Большинство опрошенных (90%) состоят на диспансерном учете у невролога.

Из 50 участников опроса, профессии 25 респондентов связаны с длительным нахождением сидячем положении (кассиры,

бухгалтера, инженеры, машинисты, кладовщики, водители, студенты) - 50%, 13 опрошенных с поднятием тяжестей, физической нагрузкой (строители, механики, грузчики, санитарки, медицинские сестры, профессиональные спортсмены) – 26%, работа 8 пациентов с длительным пребыванием на ногах (продавцы, администратор, парикмахер) – 16%, у 4 респондентов работа связана с вибрацией (работники вокзалов, поездов) – 8%. Большинство респондентов при возникновении симптомов болезни предпочитают проходить лечение в стационаре – 68%, выполняют все рекомендации врача, находясь на амбулаторном лечении 72%.

Осложнения остеохондроза: радикулит – 68%, грыжи межпозвоночного диска – 58%, протрузии межпозвоночного диска – 74%, остеофиты позвонков – 20%, стеноз позвоночного канала – 4%, спондилоартроз – 2%, нарушение функции мочеполовой системы – 20% , у 24 пациентов (48%) имеется инвалидность (3 группа) из-за возникших осложнений остеохондроза.

Для профилактики обострений занимаются гимнастикой и ЛФК (92%), используют хондропротекторы (30%), массаж (84%), народные средства (46%), соблюдение ортопедического режима (22%) (Рис.18), санаторно-курортное лечение- 58%. Большинство респондентов 64% знают о НПВП, названия, как их принимать, побочные действия . Подавляющее большинство респондентов чувствуют улучшение при соблюдении рекомендации по лечению и профилактике обострений остеохондроза – 96% .

Следует помнить что своевременная диагностика, правильный подход к лечению поможет избежать всевозможных осложнений и получить положительный лечебный результат.

Список литературы

1. Гинсберг Л. Неврология для врачей общей практики.-М.: Медика, 2013.
2. Дривотинов Б.В. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника.- М.: Медика, 2014.
3. Епифанов В.А. Остеохондроз позвоночника. – М.: ЭКСМО, 2014.
4. Епифанов В.А, Епифанов А.В. Реабилитация в неврологии.- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013.-304 с.

5. Кадыков А.С., Чернышова Л.А. Реабилитация неврологических больных.- М.: МЕДпресс-информ, 2015.
6. Клипина Т.Ю., Аркунова Н.Г., Ионова А.А., Храмова Е.Ю. Новейший справочник фельдшера – М.: ООО «Дом Славянской книги», 2017. – 832 с.
7. Мазнев Н. И. Лечение остеохондроза / Н.И. Мазнев. - М.: Лада, Этрол, 2013.- 352 с.
8. Нервные и психические болезни: учеб. пособие / С.М. Бортинкова (Цыбалова), Т.В.Зубахина.- Изд.12-е, стер.- Ростов н/Д: Феникс, 2014.-478с.: ил. – (Медицина).
9. Нервные болезни: учебник для студентов медицинских вузов / под ред. М.М. Одинака. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2014. – 526 с.
10. Труханов А.И. Современные технологии в диагностике и реабилитации в неврологии и ортопедии.- М.: Медика, 2015.

Шляпужникова Светлана Александровна

преподаватель

Борисова Светлана Васильевна

заместитель директора

г. Острогожск, БПОУ ВО «Острогожский медицинский
колледж»

ФОРМИРОВАНИЕ ИКТ-КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИН, ПМ НА ПРИМЕРЕ ОПЫТА БПОУ ВО «ОСТРОГОЖСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Концепция модернизации российского образования определяет основную задачу профессионального образования как подготовку квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, ответственного, компьютерно-грамотного, свободно владеющего своей профессией и ориентированного в смежных областях деятельности, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности. Это выступает предпосылкой актуальности проблемы подготовки студентов в вопросах информационных технологий в процессе учебной

деятельности и уже в дальнейшем к использованию в профессиональной деятельности.

Интерес специалистов медицинского профиля к применению информационных и телекоммуникационных технологий усиливается и проявляется с позиций приобщения к информационным профессиональным ресурсам, реализации различных видов коммуникаций, потребности личности в непрерывном образовании, адаптации в условиях информационного общества. Это предъявляет особые требования к необходимости формирования ИКТ-компетенций у специалистов со средним медицинским образованием, в частности сегодняшних студентов колледжа. Студенты должны постоянно «упражняться» в использовании программного обеспечения и овладевать не только стандартными приложениями, но и специальными программами, применяя их для решения предметных задач при изучении общепрофессиональных и специальных дисциплин, междисциплинарных курсов, а в дальнейшем в профессиональной деятельности.

Сложившаяся к настоящему времени ситуация в профессиональной подготовке студентов в медицинских колледжах характеризуется рядом противоречий между требованиями информационного общества и степенью готовности к жизни и работе в этом обществе, а также потенциальными возможностями информационных технологий и уровнем реализации этих возможностей в образовательной практике каждого из медколледжей.

В Острогожском медицинском колледже изучение дисциплин «Информатика» и «Информационные технологии в профессиональной деятельности» осуществляется на всех четырёх специальностях подготовки: «Лечебное дело», «Сестринское дело», «Лабораторная диагностика», «Фармация».

Специфика преподавания информатики в медицинском колледже состоит в необходимости преподнести знания и умения студентам в преломлении к будущей медицинской профессиональной деятельности. Это повышает интерес и создает дополнительную мотивацию студентам к изучению предмета.

Так, например, на практических занятиях по информатике:

- при изучении текстового процессора Microsoft Word студенты составляют на его основе медицинскую документацию: шаблоны

сбора и фиксации анамнеза при приеме больного; справки для больного, бланки лабораторных исследований, рецептов, расписание приёма врачей в поликлинике; диаграммы анализа диспансеризации, рационов питания, расхода материалов; примеры заполнения учётных медицинских форм и т.п.

- в приложении Power Point студенты создают электронные презентации для проведения просветительской работы в учреждениях здравоохранения по профилактике различных заболеваний, по различным актуальным аспектам медицинской науки и практики, в рамках самостоятельной внеаудиторной работы, подготовки курсовых и дипломных работ, социальных проектов, оформлений результатов УИРС и т.д. Студентам предлагается на выбор широкая тематика презентаций в зависимости от специальности подготовки и стоящих задач. При подготовке презентаций студенты используют нестандартные подходы, подбираемый ими материал принципиально отличается от материала лекций преподавателей. В ходе выполнения работы складываются творческие миниколлективы студентов, которые с профессиональной заинтересованностью обмениваются идеями подачи материала презентаций. В результате у студентов получаются профессионально грамотные, яркие и эмоционально окрашенные работы. Параллельно на занятии и при самостоятельной работе студентов при подготовке материалов презентаций достигаются и цели формирования ОК.

- в приложении Excel студенты создают электронные таблицы для проведения статистической обработки данных медицинских исследований; таблицы на основе данных лабораторных исследований больных, создают по ним диаграммы и графики, используя встроенные формулы; рассчитывают штатное расписание больницы; моделируют биологические процессы человека и т.д.

- в системе управления базами данных Access студенты создают модели, подобные спроектированным системам управления медицинскими базами данных и учатся работать с ними: БД «Поликлиника», БД «Лекарственные препараты в аптеке» и др.

- Студенты осваивают принципы работы в Internet, учатся находить нужную и компетентную информацию из достоверных источников; работают с группами новостей, с поисковыми системами: поиск медицинской информации, поиск онлайн-программ медицинского назначения; решают профессиональные

задачи с использованием Internet; работают в электронной почте: создают свой почтовый ящик, обмениваются письмами, работают с адресной книгой, вставляют файлы в письма и т.п.

- в среде HTML-Язык гипертекстовой разметки студенты учатся создавать образовательные порталы по медицине; индивидуальные сайты на бесплатной платформе UCOZ.

На теоретических занятиях при формировании ИКТ-компетенций особое значение уделяется таким темам, как:

1. Основы информационной и компьютерной безопасности.
2. Медицинская информатика.
3. Справочно-правовые системы.
4. Автоматизированное рабочее место медработника.
5. Применение информационных технологий в системе здравоохранения.

В настоящее время все большее понимание находит тот факт, что средства мультимедиа востребованы в медицинском образовании не только на уроках информатики. Такие возможности мультимедиа, как демонстрация сложных медицинских объектов в цвете, возможность его поворота в пространстве, моделирование процессов, статистический анализ и т.п., улучшают восприятие материала, преподносимого на лекциях по анатомии, физиологии и другим дисциплинам, МДК и ПМ. Демонстрация звуковых методов диагностики предполагает использование именно средств мультимедиа с привлечением соответствующего звукового сопровождения.

Средства, способствующие приобретению нашими студентами опыта работы с информационными технологиями, включают в себя следующее: учебники и учебных пособия на бумажных и электронных носителях («Информатика для медицинских колледжей», «Медицинская информатика», «Информатика и информационные технологии»); электронные учебные пособия; автоматизированные системы сетевого тестирования для оценки профессиональной подготовки студентов; средства коммуникации в режимах онлайн и офлайн (например, сайт колледжа); дистанционные олимпиады для общеобразовательных дисциплин (например, на портале Росттест); учебно-информационные аудио- и видеоматериалы; практикумы по дисциплинам и МДК; комплексы индивидуальных учебных заданий, направленных на изучение медицинских информационных систем (поисковых, больничных,

экспертных, систем для лабораторно-диагностических исследований и др.); подготовка курсовых работ и ВКР.

На основании изложенного можно сделать вывод, что обучение медицинским и фармацевтическим специальностям с помощью компьютера является мощным усилителем профессиональных качеств и ярким мотивационным компонентом в приобретении навыков будущего специалиста. На прикладном уровне в центре внимания оказываются психологические факторы использования информационной и телекоммуникационной технологий, эффективность работы которых зависит от полноты учета психологических характеристик деятельности будущих медиков.

Список литературы

1. Булгакова Е. Т. Подготовка студентов гуманитарных специальностей к использованию инфокоммуникационных технологий в профессиональной деятельности. дисс. Ставрополь, 2005. - 198 с.

2. Герасевич В. А. Компьютер для врача. Самоучитель. СПб.: БХВ-Петербург, 2014. - 512 с.

3. Гилярова М. Г. Информатика для медицинских колледжей: учебное пособие. Ростов н/Д: Феникс, 2017. -526 с.

4. Скрипкина Ю. В. Уроки информатики как среда формирования ключевых компетенций. Интернет-журнал «Эйдос», 2007. 30 сент. URL: <http://www.eidos.ru/journal/2007/0930-14.htm>.

Юрова Маргарита Сергеевна

Самойлова Юлия Сергеевна

г. Борисоглебск, БПОУ ВО «Борисоглебский медицинский колледж»

33.02.01 Фармация, 3 курс

Научный руководитель – преподаватель Толокнова М.Г.

НЕМЕЦКИЕ ПОСЛОВИЦЫ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ

Цель исследования:

- Собрать немецкие пословицы на тему «Здоровый образ жизни»;
- Проанализировать содержание пословиц и найти русские эквиваленты к ним;

- Провести классификацию пословиц по различным аспектам здорового образа жизни, по грамматическим явлениям, которые могут иллюстрировать эти пословицы;

- Сделать выводы об употреблении пословиц в повседневной жизни, их роли в формировании навыков здорового образа жизни об использовании пословиц в учебном процессе при изучении иностранного языка.

Методы исследования: сбор материала, анализ содержания, сравнение, классификация, обобщение.

Содержание

1. Пояснительная записка
2. Классификация пословиц по аспектам здорового образа жизни
3. Классификация пословиц по представленным в них грамматическим явлениям
4. Выводы

1. Пояснительная записка

Пословицы и поговорки – один из самых активных и широко распространенных памятников устного народного поэтического творчества. Как правило, они выражают думы и чаяния народа, его нравственные, этические и эстетические идеалы. Пословицы имеют большое познавательное значение, они воспроизводя картины жизни и быта людей, отражают менталитет народа. В них заключена народная мудрость, которая передается из поколения в поколения. В понимании народа пословицы выступают как источник разума, как пример для подражания, как добрый советчик и верный наставник. Использование пословиц в речи делает ее яркой и выразительной.

Пословицы и поговорки служат замечательным средством для качественного овладения иностранным языком и одновременно способствует формированию навыков здорового образа жизни.

Предметом данного исследования являются немецкие пословицы о здоровом образе жизни. Мы собрали более восьмидесяти пословиц, подобрали русские эквиваленты к ним, произвели классификацию пословиц по аспектам здорового образа жизни, которые мы выделили – труд, здоровое питание, соблюдение правильного распорядка дня, умеренность во всем, сохранение душевного равновесия, физическая активность.

Часто пословицы используются на уроках иностранного языка при изучении лексических тем, а также при отработке грамматических конструкций. При изучении определенной грамматической темы можно подобрать пословицы, которые иллюстрируют данное грамматическое явление. Таким образом, изучение грамматики становится более увлекательным, а грамматические явления в выученной пословице запоминаются лучше.

Во второй части работы мы провели классификацию пословиц по представленным в них грамматическим явлениям.

2. Классификация пословиц по аспектам здорового образа жизни

2.1 Значение здоровья в жизни человека

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|-------|---|--|
| 1 | Gesundheit schätzt man erst, wenn man sie verloren hat. | Здоровье ценят только тогда, когда его потеряли. |
| 2 | Krankheit lässt den Wert der Gesundheit erkennen. | Болезнь позволяет узнать цену здоровья. |
| 3 | Wem die Gesundheit fehlt, dem fehlt alles. | У кого нет здоровья, у того нет ничего. |
| 4 | Gesundheit ist leichter verloren als wiedergewonnen. | Здоровье легче потерять, чем приобрести снова. |
| 5 | Gesundheit geht vor Reichtum. | Здоровье идет впереди богатства. |
| 6 | Verletzen ist leicht, heilen schwer. | Повредить легче, чем лечить. |
| 7 | Lieber reich und gesund, als arm und krank. | Лучше богатый и здоровый, чем бедный и больной. |

2.2 Роль работы и физической активности для сохранения здоровья

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Arbeit – ist die Hälfte der Gesundheit. | Работа – половина здоровья. |
| 2 | Arbeit, Mässigkeit und Ruh schliessen dem Arzt die Türe zu. | Работа, умеренность и спокойствие закрывают двери врачу. |
| 3 | Den Armen kuriert die Arbeit, den Reichen der Arzt. | Бедного лечит работа, а богатого врач. |
| 4 | Gesundheit ist die Tochter der Arbeit. | Здоровье – дочь работы. |
| 5 | Der kürzeste Weg zur Gesundheit ist der Weg zu Fuss. | Кратчайший путь к здоровью – это путь пешком. |
| 6 | Die Hauptfeinde des Herzens sind auswegslose Konfliktsituationen, Überernährung und wenig Bewegung. | Главные враги сердца – это неразрешимые конфликтные ситуации, переедание и недостаток движения. |

2.3 Роль здорового питания

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|--|---|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Die Ernährung ist eine Grundlage der Gesundheit. | Питание – это основа здоровья. |
| 2 | Einem gesunden Magen ist alles gesund. | Здоровому желудку все здорово. |
| 3 | Mässiger Mund erhält den Leib gesund. | Умеренный рот сохраняет здоровым живот. |

| | | |
|----|---|---|
| 4 | Besser gesund und schlank als fett und krank. | Лучше здоровый и стройный, чем жирный и больной. |
| 5 | Der Mensch lebt nicht vom Brot allein. | Не хлебом единым живет человек. |
| 6 | Die Augen sind grösser als der Magen. | Глаза больше, чем желудок. |
| 7 | Hunger ist der beste Koch. | Голод – лучший повар. |
| 8 | Ein Vielfrass wird nicht geboren, sondern erzogen. | Обжорами не рождаются, а становятся. |
| 9 | Ein warmes Kleid, der Bauch nicht voll, so geht's gewiss dir wohl. | Теплая одежда, не полный живот обеспечивают тебе хорошее самочувствие. |
| 10 | Salz und Brot macht Wangen rot. | Соль и хлеб делают щеки румяными. |
| 11 | Für die Augen zuwenig, für den Magen zuviel. | Для глаз слишком мало, для желудка слишком много. |
| 12 | Trocken Brot macht Wangen rot. | Сухой хлеб делает щеки румяными. |
| 13 | Die Hauptfeinde des Herzens sind auswegslose Konfliktsituationen, Überernährung und wenig Bewegung. | Главные враги сердца – это неразрешимые конфликтные ситуации, переедание и недостаток движения. |

2.4 Душевное здоровье

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|---|---|
| 1 | Ein gesunder Geist ist in einem gesunden Körper. | Здоровый дух – в здоровом теле. |
| 2 | Die sicherste Arznei ist die Freude. | Самое надежное лекарство – это радость. |
| | Fröhlichkeit und Mässigkeit sind die besten Ärzte. | Радость и умеренность – лучшие врачи. |
| | Die Hauptfeinde des Herzens sind auswegslose Konfliktsituationen, Überernährung und wenig Bewegung. | Главные враги сердца – это неразрешимые конфликтные ситуации, переедание и недостаток движения. |

2.5 Отдых и сон

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|---|-------------------------------------|
| 1 | Erholung tut Leib und Seele wohl. | Отдых делает здоровыми душу и тело. |
| 2 | Wer langer schläft, bleibt auch gesund. | Кто дольше спит, остается здоровым. |

2.6 Умеренность во всем

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|---|--|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Enthaltsamkeit ist die beste Medizin. | Умеренность – лучшее лекарство. |
| 1 | 2 | 3 |
| 2 | Mässiger Mund erhält den Leib gesund. | Умеренный рот сохраняет здоровым живот. |
| 3 | Fröhlichkeit und Mässigkeit sind die besten Ärzte. | Радость и умеренность – лучшие врачи. |
| 4 | Arbeit, Mässigkeit und Ruh schliessen dem Arzt die Türe zu. | Работа, умеренность и спокойствие закрывают двери врачу. |

2.7 Правильный режим дня

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|---|---|
| 1 | Morgenstunde hat Gold im Munde. | Утренний час несет золото во рту. (Кто рано встает, тому Бог подает.) |
| 2 | Früh zu Bett, früh wieder auf macht gesund und reich im Kauf. | Ранний отход ко сну и ранний подъем делают человека здоровым и богатым. |

2.8 Одежда по сезону

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|--|---|
| 1 | Kopf kalt und Füße warm, das macht jedem Doktor arm. | Голову держи в холоде, ноги в тепле, тогда все врачи будут бедными. |
| 2 | Ein warmes Kleid, der Bauch nicht voll, so geht's gewiss dir wohl. | Теплая одежда, не полный живот обеспечат тебе хорошее самочувствие. |

2.9 Профилактика болезней

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Vorbeugen ist besser als heilen. | Предупредить легче, чем лечить. |
| 2 | Arbeit, Mässigkeit und Ruh schliessen dem Arzt die Türe zu. | Работа, умеренность и спокойствие закрывают двери врачу. |
| 3 | Fröhligkeit und Mässigkeit sind die besten Ärzte. | Радость и умеренность – лучшие врачи. |
| 4 | Früh zu Bett, früh wieder auf macht gesund und reich im Kauf. | Ранний отход ко сну и ранний подъем делают здоровым и богатым. |
| 5 | Kopf kalt und Füße warm, das macht jeden Doktor arm. | Держи голову в холоде, а ноги в тепле, тогда все врачи будут бедными. |
| 6 | Die Hauptfeinde des Herzens sind auswegslose Konfliktsituationen, Überernährung und wenig Bewegung. | Главные враги сердца – это неразрешимые конфликтные ситуации, переедание и недостаток движения. |

2.10 Здоровье – болезнь

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|--|---|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Krankheit lässt den Wert der Gesundheit kennen. | Болезнь помогает узнать цену здоровья. |
| 2 | Lieber reich und gesund, als arm und krank. | Лучше богатый и здоровый, чем бедный и больной. |
| 3 | Dem Gesunden fehlt viel, dem Kranken nur eins. | Здоровому не хватает многого, а у больному – только одного. |
| 1 | Es gibt Tausend Krankheiten, aber nur eine Gesundheit. | Есть тысяча болезней, но только одно здоровье. |
| 2 | Die Gesunden und die Kranken haben ungleiche Gedanken. | У здоровых и больных разные мысли. |
| 3 | Den Armen kuriert die Arbeit, den Reichen der Arzt. | Бедного лечит работа, а богатого врач. |
| 4 | Der Gesunde hat viele Wünsche, der Kranke nur einen. | У здорового много желаний, у больного – только одно. |
| 1 | 2 | 3 |
| 5 | Ein gesunder Bettler ist glücklicher als ein kranker Keiser. | Здоровый бедняк счастливее, чем больной король. |
| 6 | Besser gesund und schlank als fett und krank. | Лучше здоровый и стройный, чем тучный и больной. |
| 7 | Gesund hat zum Klagen keinen Grund. | У здорового нет причин для жалоб. |

2.11 Здоровье и богатство

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 | Gesundheit geht vor Reichtum | Здоровье идет впереди богатства. |
| 2 | Gesundheit ist der grösste Reichtum. | Здоровье – самое большое богатство. |

| | | |
|---|--|---|
| 3 | Der Gesunde ist unwissend reich. | Здоровый немислимо богат. |
| 4 | Morgenstunde hat Gold im Munde. | Утренние часы несут золото во рту. (Кто рано встает, тому Бог подает. |
| 5 | Ein gesunder Bettler ist glücklicher als ein kranker Keiser. | Здоровый бедняк счастливее, чем больной король. |
| 6 | Gesundheit kann man nicht kaufen. | Здоровье нельзя купить. |

3. Классификация пословиц по грамматическим явлениям

3.1 Степени сравнения прилагательных

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|--|--|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Besser gesund und schlank als fett und krank. | Лучше здоровый и стройный, чем тучный и больной. |
| 2 | Der beste Arzt ist meist der schlechteste Patient. | Лучший врач чаще всего самый плохой пациент. |
| 3 | Der kürzeste Weg zur Gesundheit ist der Weg zu Fuss. | Кратчайший путь к здоровью – путь пешком. |
| 4 | Die Augen sind grösser als der Magen. | Глаза больше, чем желудок. |
| 5 | Die beste Krankheit taugt nicht. | Лучшая болезнь никуда не годна. |
| 6 | Die sicherste Arznei ist die Freude. | Самое лучшее лекарство – это радость. |
| 7 | Ein gesunder Bettler ist glücklicher als ein kranker Keiser. | Здоровый бедняк счастливее, чем больной король. |
| 8 | Enthaltsamkeit ist die beste Medizin. | Сдержанность – лучшее лекарство. |
| 9 | Fröhlichkeit und Mässigkeit sind die besten Ärzte. | Радость, умеренность и спокойствие – лучшие врачи. |

| | | |
|----|---|---|
| 10 | Gesundheit ist der grösste Reichtum. | Здоровье – самое большое богатство. |
| 11 | Hunger ist der beste Koch. | Голод – лучший повар. |
| 12 | Wer länger schläft, bleibt auch gesund. | Кто дольше спит, тот остается здоровым. |
| 13 | Vorbeugen ist besser als heilen. | Предупредить легче, чем лечить. |
| 14 | Wer ist mächtiger als der Tod? Wer da kann lachen, wenn es droht. | Кто сильнее, чем смерть? Тот, кто может смеяться, когда она угрожает. |
| 15 | Die beste Pille ist einfache Kost, die beste Arznei – frische Luft. | Лучшая пилюля – простая пища, лучшее лекарство – свежий воздух. |
| 16 | Gesundheit ist leichter verloren als wiedergewonnen. | Здоровье легче потерять, чем восстановить. |
| 17 | Besser gesunde Beine als goldene Krücken. | Лучше здоровые ноги, чем золотые крюки. |

3.2 Сложноподчиненное предложение

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|-------|---|--|
| 1 | Das Alter ist eine Krankheit, an der man sterben muss. | Возраст – это болезнь, от которой умирают. |
| 2 | Eine Krebsgeschwulst muss entfernt werden, bevor sie sich ausbreitet. | Раковая опухоль должна быть удалена прежде, чем она распространится. |
| 3 | Gesundheit schätzt man erst, wenn man sie verloren hat. | Здоровье ценят лишь тогда, когда его потеряли. |
| 4 | Die Gesundheit schätzt man erst, wenn man krank ist. | Здоровье ценят лишь тогда, когда больны. |
| 5 | Wer länger schläft, bleibt auch gesund. | Кто дольше спит, остается здоровым. |
| 6 | Narben bleiben, wenn die Wunden verheilen | Рубцы остаются, когда раны заживают. |
| 7 | Wem die Gesundheit fehlt, dem fehlt alles. | У кого нет здоровья, у того нет ничего. |

| | | |
|---|--|--|
| 8 | Wer gesund ist und arbeiten will, hat in der Welt nicht zu fürchten. | Кто здоров и хочет работать, тому нечего бояться. |
| 9 | Frage nicht dem Doktor! Frage dem, der krank gewesen ist! | Не спрашивай у врача! Спроси у того, кто был болен! |

3.3 Причастия

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Die gebratenen Tauben fliegen einem nicht ins Maul. | Жареные голуби сами в рот не летят. |
| 2 | Die Hauptfeinde des Herzens sind auswegslose Konfliktsituationen, Überernährung und wenig Bewegung. | Главные враги сердца – это неразрешимые конфликтные ситуации, переедание и недостаток движения. |
| 3 | Geteilte Freude ist doppelte Freude, geteilter Schmerz ist halber Schmerz. | Разделенная радость – двойная радость, разделенная боль – половина боли. |
| 4 | Geteiltes Leid ist halbes Leid. | Разделенное страдание (болезнь) – половина страдания. |
| 5 | Gut gekaut ist halb verdaut. | Хорошо пережевано – наполовину переварено. |
| 6 | Der Gesunde ist unwissend reich. | Здоровый немислимо богат. |
| 7 | Unter den Blinden ist der Einäugige König. | Среди слепых одноглазый – король. |

3.4 Субстантивированные прилагательные

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|--|--|
| 1 | Dem Gesunden fehlt viel, dem Kranken nur eins. | Здоровому не хватает многого – больному – только одного. |
| 2 | Der Gesunde ist unwissend reich. | Здоровый немислимо богат. |
| 3 | Die Gesunden und die Kranken haben ungleiche Gedanken. | У здоровых и больных разные мысли. |
| 4 | Den Armen kuriert die Arbeit, den Reichen der Arzt. | Бедного лечит работа, а богатого – врач. |
| 5 | Der Gesunde hat viele Wunsche, der Kranke nur einen. | У здорового много желаний, у больного – только одно. |
| 6 | Reiche haben die Medizin, Arme die Gesundheit. | У богатых есть медицина, а у бедных – здоровье. |

3.5 Модальные глаголы

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|--|---|
| 1 | Das Alter ist eine Krankheit, an der man sterben muss | Возраст – это болезнь, от которой умирают. |
| 2 | Ein Arzt darf sich auch dem Feind nicht entziehen. | Врач не может отказать в помощи даже врагу. |
| 3 | Gesundheit kann man nicht kaufen. | Здоровье нельзя купить. |
| 4 | Krankheit lässt den Wert der Gesundheit erkennen. | Болезнь позволяет узнать цену здоровью. |
| 5 | Wer gesund ist und arbeiten will, hat in der Welt nicht zu fürchten. | Кто здоров и хочет работать, тому нечего в мире бояться. |
| 6 | Einem feigen Patient kann kein Doktor helfen am End. | Трусливому пациенту не может помочь ни один врач в конце. |

3.6 Неопределенно-личное местоимение man

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|---|---|
| 1 | Man ist so alt, wie man sich fühlt. | Человеку столько лет, на сколько он себя чувствует. |
| 2 | Gesundheit schätzt man erst, wenn man sie verloren hat. | Здоровье ценят лишь тогда, когда его потеряли. |

3.7 Präsens сильных глаголов

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|---|-------------------------------------|
| 1 | Die Zeit hilft manchmal dem Arzt. | Время иногда помогает врачу. |
| 2 | Wer länger schläft, bleibt auch gesund. | Кто дольше спит, остается здоровым. |

3.8 Perfekt

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|---|--|
| 1 | Gesundheit schätzt man erst, wenn man sie verloren hat. | Здоровье ценят лишь тогда, когда его потеряли. |

3.9 Passiv

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|--|--------------------------------------|
| 1 | Ein Vielfrass wird nicht geboren, sondern erzogen. | Обжорами не рождаются, а становятся. |

3.10 Infinitiv

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|--------------------------------------|--|
| 1 | Verletzen ist leicht, heilen schwer. | Повредить (поранить) легко, лечить тяжело. |
| 2 | Vorbeugen ist besser als heilen. | Предупредить лучше, чем лечить. |

3.11 Выражение es gibt

| № п/п | Deutsch | Russisch |
|----------|--|--|
| 1 | Es gibt Tausend Krankheiten, aber nur eine Gesundheit. | Существует тысяча болезней, но только одно здоровье. |
| 2 | Es gibt nur eine Medizin gegen seelisches Leiden – den physischen Schmerz. | Существует только одно лекарство от душевных страданий – физическая боль. |
| 3 | Ein guter Magen kann alles vertragen. | Здоровый желудок может все переварить. |

Выводы

1. Изучение пословиц помогает понять менталитет народа, его образ жизни, основные черты характера: трудолюбие, сдержанность, умеренность во всем.

2. Пословицы содержат многовековой опыт народа, поэтому их изучение играет большую роль в формировании у обучающихся навыков здорового образа жизни.

3. Использование пословиц служит средством для овладения иностранным языком, так как помогает лучше понимать и запоминать грамматические явления, обогащает и делает ярче и образнее нашу речь.

Список литературы

1. Миллер Е.Н. Guten Tag, Doktor! (Здравствуйте, доктор!). Учебник немецкого языка для средних и высших медицинских учебных заведений. Изд. 3-е. / Е.Н. Миллер - М.: Язык и литература, 2001. - С. 86, 97, 109, 121

2. Петлеванный Г.П. 400 немецких пословиц и поговорок, М.: Высшая школа, 1990.

3. Nachrichten aus Deutschland / Methodisches. Приложение к газете «1 сентября» Deutsch № 6 2009 г. – С. 6

4. Шалагина В.К. Немецкие пословицы и поговорки, М.: Изд-во Института международных отношений, 1962. – С. 33, 53, 70.

Научное издание

Инновационные обучающие технологии глазами различных специальностей: от общего к частному

сборник материалов региональной очно-заочной студенческой научно-практической конференции (25 апреля 2019 г., г. Воронеж, БПОУ ВО «Воронежский базовый медицинский колледж»)

Печатается в авторской редакции

**БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ
«ВОРОНЕЖСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**
Адрес колледжа: 394055, г. Воронеж, ул. Космонавтов, д. 46