



Министерство здравоохранения Тверской области
ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

«ШАГ В БУДУЩЕЕ»

*Тезисы областной
научно – практической конференции
преподавателей и студентов медицинских
образовательных учреждений Тверской
области*

28.03.2018 г.



Составитель: **Двоенко Е.А.**, старший методист ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

Под редакцией **Тарасовой Н.К.**, заместителя директора по учебной работе ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

Рекомендовано к изданию УМО Тверской области «Здравоохранение и медицинские науки», протокол № 2 от 4.04.2018 г.

**Материалы публикуются с сохранением авторского стиля.*

© ГБПОУ «Тверской медицинский колледж», 2018

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

Председатель: Тарасова Н.К. – заместитель директора по учебной работе

ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

Зам. председателя: Двоенко Е.А. – старший методист

Барбей О.А.. – зав. учебной частью

Покровская И.В. – руководитель секции №1 «Лечебное и сестринское дело»

Хамидуллина З.Д. - руководитель секции №2 «Валеологическая»

Савина О.В. - руководитель секции №3 «Специальные дисциплины»

СОСТАВ ЖЮРИ ПО СЕКЦИЯМ:

Секция 1. «Лечебное и сестринское дело»

Блохина Тамара Алексеевна (Тверь, преподаватель)

Ларикова Елена Михайловна (Тверь, преподаватель)

Варданян Асмик Самвеловна (Кашин, преподаватель)

Секция 2. «Валеологическая»

Кулакова Ольга Викторовна (Тверь, преподаватель)

Кухарская Евгения Викторовна (Тверь, преподаватель)

Евграфова Юлия Викторовна (В-Волочек, зам. дир.по УР)

Секция 3. «Специальные дисциплины»

Смирнова Татьяна Юрьевна (Тверь, зав. отд. узких специальностей)

Макарова Ольга Николаевна (Тверь, преподаватель)

Воронова Елена Владимировна (Тверь, преподаватель)

Секция 4. «Педагогическая»

Глинина Ирина Геннадьевна – зам. директора по учебной работе ГБПОУ «Кашинский медицинский колледж»;

Лоцманова Наталья Анатольевна – зам. директора по учебной работе ГБПОУ «Бежецкий медицинский колледж»;

Рябышева Любовь Владимировна - председатель ЦМК клинических дисциплин №2 ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»;

Маркова Марина Анатольевна – преподаватель профессиональных модулей ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»;

Кухарская Евгения Викторовна - преподаватель профессиональных модулей ГБПОУ «Тверской медицинский колледж».

Бабарыкина Олеся ПРОФИЛАКТИКА СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Руководитель – Комина А.В.</i> (ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»).....	9
Вахабов Арсений ЗДОРОВЬЕ. МОЛОДОСТЬ. ВЛИЯНИЕ ЭМВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА <i>Руководитель: Шепелева О.С.</i> (ГБПОУ «Вышневолоцкий медицинский колледж»).....	12
Герасимова Александра АППЛИКАТОР ЛЯПКО <i>Руководитель: Кунченко И.Н.</i> (ГБПОУ «Кашинский медицинский колледж»).....	13
Грачева Светлана ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Руководитель: Зинкова В.В.</i> (ГБПОУ «Кимрский медицинский колледж»).....	15
Гончаров Федор СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (ГЭРБ) КАК ВАЖНАЯ ЧАСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА <i>Руководитель: Барбакова Е.С.</i> (ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»).....	19
Горобец Анна ФИТОТЕРАПИЯ В СТОМАТОЛОГИИ <i>Руководитель: Кириллова Т.Г.</i> (ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»).....	22
Дорофеева Полина БЕЗ ПРОШЛОГО НЕТ БУДУЩЕГО, НЕТ НАСТОЯЩЕГО <i>Руководитель: Романова Г.В.</i> (ГБПОУ «Вышневолоцкий медицинский колледж»).....	25
Дубова Виолетта АНАТОМИЧЕСКИЕ БИОРИТМЫ В ОРГАНИЗМЕ <i>Руководитель: Кацнельсон Л.Е.</i> (ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»).....	27

Зеленова Роза ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Руководитель: Афанасьева О.С.

(ГБПОУ «Бежецкий медицинский колледж»).....29

Ильина Марина РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ЛАБОРАТОРНОГО ТЕХНИКА
В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ МУКОВИСЦИДОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Руководитель: Черняева Е. А.

(ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»).....32

Кокина Екатерина, Васильева Алена ПРИМЕНЕНИЕ
ФИТОПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЁЗА
ЛЁГКИХ

Руководитель - Зачик О.С.

(ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»).....34

Кудряшов Владимир, Калымов Аслан ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
ПОДРОСТКОВ В НАШЕ ВРЕМЯ: ИССЛЕДОВАНИЕ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ I, II, III КУРСОВ
ТВЕРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Руководитель: Воронова Е.В.

(ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»).....36

Магомедова Заира ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ВЕЩЕСТВА В
ИЗГОТОВЛЕНИИ ДЕТСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ

Руководитель: Рассолова А.А.

(ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»).....37

Майорова Кристина КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВ, ПРОИЗВОДНЫХ ПУРИНА И БЕНЗИЛИЗОХИНОЛИНА

Руководитель: Хамидуллина З.Д.

(ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»).....39

Мулька Екатерина СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ
ПЛАСТМАССОВЫХ КОРОНОК

Руководитель: Бородина И.А.

(ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»).....41

Никитина Вероника, Старикова Анастасия АЛЛЕРГИЯ В НАСТОЯЩЕЕ
ВРЕМЯ. СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ

Руководитель: Воронова Е.В.

(ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»).....44

Пономарева Софья БИОГЕННЫЕ АМИНЫ: ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ
АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА И ПРИРОДНЫЕ ТОКСИКАНТЫ

Руководитель: Жигулина В.В.

(ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»).....46

Потолицына Маргарита ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ
ОРГАНИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Руководитель: Пучкова Т.А.

(ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»).....47

Ракитин Василий УДИВИТЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Руководитель: Двоенко Е.А.

(ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»).....49

Рогова Дарья, Пешкичева Татьяна АКТУАЛЬНОСТЬ ИДЕЙ
ИММАНУИЛА КАНТА ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПРОГРАММЫ СОХРАНЕНИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Руководитель: Чхайлова Н.Е.

(ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»).....51

Родионова Олеся БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЯН ЛЬНА
РАЗЛИЧНЫХ СОРТОВ И РЕГИОНОВ ПРОИЗРАСТАНИЯ

Руководитель: Жигулина В.В.

(ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»).....53

Садыкова Алина, Сорокина Мария ПИТАНИЕ КАК ВАЖНАЯ
СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Руководитель: Соколова Н.А.

(ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»).....54

Смирнова Галина ИСТОРИЯ И ФИЛОСОФИЯ ДРЕВНЕКИТАЙСКОЙ
МЕДИЦИНЫ

Руководитель: Стрелков Н. И.

(ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»)	58
Спасова Екатерина ПРОФИЛАКТИКА ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ АБСЦЕССОВ	
<i>Руководитель: Шалонская Н.Е.</i>	
(ГБПОУ «Кимрский медицинский колледж»)	60
Судакова Анастасия, Иванова Александра РЕОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПОСЛЕ ВЫХОДА НА ПЕНСИЮ	
<i>Руководитель – Кулакова О.В.</i>	
(ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»)	64
Титова Валерия ДОРОГИ, КОТОРЫЕ МЫ ВЫБИРАЕМ	
<i>Руководитель: Долгова О.Н.</i>	
(ГБПОУ «Вышневолоцкий медицинский колледж»)	67
Чемерова Надежда СТОИТ ЛИ СТАНОВИТЬСЯ РАБОМ МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА?	
<i>Руководитель: Виткаускене Н.В.</i>	
(ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»)	68
ИТОГИ РАБОТЫ СЕКЦИИ «ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ»: СОВРЕМЕННЫЙ УРОК В КОЛЛЕДЖЕ: ОПЫТ, ТРАДИЦИИ, НОВАТОРСТВО»	
<i>(III Областной смотр – конкурс учебно - методических разработок преподавателей медицинских профессиональных образовательных организаций Тверской области)</i>	72

ПРОФИЛАКТИКА СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Бабарыкина Олеся, студентка
ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
Руководитель – Комина А.В.

В медицинском словаре существует следующее определение сколиоза. Сколиоз (греч. «кривой») — трёхплоскостная деформация позвоночника у человека. Искривление может быть врождённым, приобретённым и посттравматическим. Сколиотическая болезнь — прогрессирующее (то есть ухудшающееся) заболевание растущего позвоночника детей в возрасте от 6-15 лет, чаще девочек.

Сколиоз причисляется к деформациям периода роста. Он начинается и ухудшается (прогрессирует) в юности, во время усиленного роста тела. Примерно в 80 % всех случаев причина возникновения искривлений неизвестна. Оставшиеся 20% сколиозов возникают вследствие врождённых деформаций позвонков, заболевания нервно-мышечной системы, заболевания соединительных тканей, обмена веществ костей, после травм, ампутаций и несчастных случаев.

Виды сколиоза.

C-образный. Самая простая разновидность сколиоза. Характеризуется наличием одной дуги искривления. C-образный сколиоз является наиболее распространённым. Выявляется достаточно легко: пациента просят наклониться, при этом на его спине видна дуга искривления.

S-образный. Как следует из названия, данная форма характеризуется наличием двух дуг искривления, в результате чего позвоночный столб приобретает S-образную форму. Одна дуга является основной, сколиотической (нижняя), а вторая компенсаторной (верхняя) — она возникает для того, чтобы выровнять положение тела в пространстве. S-образный сколиоз можно выявить во время осмотра врачом и при помощи рентгенографии.

Z-образный. Z-образный сколиоз — наиболее редкая и тяжелая форма патологии. Позвоночный столб образует три дуги искривления. Третья дуга выражена слабее, чем две других. Z-образный сколиоз можно диагностировать при помощи рентгенографии.

Клинические проявления

1 степень сколиоза выражена очень слабо, а в положении лёжа на животе вообще становится незаметным;

2 степень сколиоза выражается более заметным скручиванием позвонков вокруг продольной оси, что сопровождается формированием мышечного валика в области поясницы;

3 степень сколиоза характеризуется формированием рёберного горба, который возникает на фоне ослабления мышц брюшного пресса;

4 степень сколиоза характеризуется резко выраженной деформацией позвоночного столба, которая становится причиной скручивания туловища, наблюдается асимметрия в области таза и ног.

Диагностика

Рентгенография, визуальный и фотоконтроль, трёхмерное исследование позвоночника контактным или ультразвуковым сенсором, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, УЗИ межпозвоночных дисков, спирометрия.

Лечение сколиоза

Лечение сколиоза начинается с обязательного посещения врача и тщательного обследования, после чего назначается индивидуальный курс терапии.

Лечение сколиоза включает в себя следующие методы терапии:

1. Остеопатия и массаж. Остеопатия — методика определения и лечения состояний, связанных с нарушением положения и функциональности элементов опорно-двигательных органов при помощи рук. Все косточки, хотя и являются самыми крепкими тканями, имеют эластичные свойства. Специалист корректирует осанку пациента, разрабатывает и приводит в тонус работу мышечных тканей спины, вправляет и выравнивает смещенные позвонки, межпозвоночные диски, ребра.

2. Лечебная гимнастика (ЛФК). Лечебная гимнастика (ЛФК) при сколиозе. К ним относят динамические и релаксационные упражнения.

3. Ношение корректирующих осанку приспособлений. Ношение корректирующих осанку приспособлений.

При начальных стадиях искривления позвоночника, а также в детском возрасте (до 17 лет), когда углы сколиоза составляют 25-40° и более, и заболевание быстро прогрессирует, врач часто назначает ношение ортопедического корсета.

4. Физиотерапия. Физиотерапия – область медицины, изучающая лечебное действие естественных и искусственно созданных природных факторов на организм человека. Среди физиотерапевтических методов лечения сколиозного искривления позвоночника можно выделить:

ультразвуковую терапию – она улучшает кровообращение, снимает мышечные спазмы; магнитотерапию – укрепляет опорно-двигательный аппарат воздействием магнитного излучения; электрофорез (использование электрического тока) – укрепляет мышечный корсет; теплолечение (озокеритовые аппликации, лечение парафином) – активизирует кровообращение и движение лимфы; водные процедуры (гидромассаж, хлоридно-натриевые и грязевые ванны) – стимулирует иммунную систему.

5. Симптоматическое лечение (медикаментозное лечение).

Симптоматическое лечение сколиоза применяется для устранения основных симптомов заболевания – боли в спине, а также для укрепления мышечного корсета спины и позвоночника, нормализацию обмена веществ.

Для снятия болей в спине назначают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).

6. Хирургическое лечение (операция). Хирургическое лечение сколиоза проводят только в двух случаях: при обнаружении аномалии в строении позвоночника, например – наличии полупозвонка, а также при углах сколиоза 40-120° и более (3-4 степени) с дальнейшим стремительным развитием искривления. Сама же операция подразумевает под собой установку в позвоночный столб специальных металлических конструкций, укрепляющих позвоночный столб и предотвращающих дальнейшее искривление. Укрепление делается с помощью скрепления между собой и обездвиживания некоторых позвонков, которые со временем срастаются.

7. Санаторно-курортное лечение. Лечение в санаториях больше является дисциплинирующим видом терапии. Также преимуществом является место расположения специализированных санаториев, на территории которых или рядом находятся полезные грязи, специальные приспособления и тренажеры, подается диетическое питание. Все это в целом оказывает благотворное течение заболевания и ускорение достижения необходимого результата для пациента.

Профилактика сколиоза

Для педагогов: проводить вместе с учениками каждые полчаса небольшие физические упражнения (встать, расправить плечи, размяться), мастер-класс на уроке физкультуры.

Для родителей: необходимо следить за своей осанкой и за осанкой своих детей – держать спину ровно, как при занятиях за столом, так и при ходьбе; спать на ровной поверхности; следить за своим весом и весом своих детей; купить подходящий рюкзак; подобрать удобную обувь; питаться пищей, обогащенной витаминами и микроэлементами; больше двигаться, по утрам вместе делать зарядку, кататься на велосипеде, играть в футбол,

плавать; при сидячей работе подобрать максимально удобное кресло, чтобы его спинка поддерживала спину в ровном положении, а его высота, и высота стола, не позволяли ногам быть слишком согнутыми; каждый час обязательно делать перерыв, желательно с небольшой зарядкой.

Для детей: выполнять гимнастические упражнения, такие как «Русалочка», «Качание прессы», «Лодочка», «Кошечка»; а также правильно питаться; гулять, правильно сидеть, достаточно спать.

ЗДОРОВЬЕ. МОЛОДОСТЬ. ВЛИЯНИЕ ЭМВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА.

Вахабов Арсений, студент

ГБПОУ «Вышневолоцкий медицинский колледж»

Руководитель: Шепелева О.С.

Есть гипотеза, что работа древних была направлена, в первую очередь, на работу своего организма и, в частности, на атомное строение своего тела.

Во время опытов было обнаружено, что человеческое тело окутывает электромагнитное поле. Все чаще начали замечать влияние различных волновых излучений на наш организм.

Первые зафиксированные опыты влияния звуковых волн на кристаллы воды проведены Масару Эмото.

Японский ученый Масару Эмото проводил опыты с кристаллами льда посредством воздействия на них информации разного характера. Результаты его эксперимента: любая классическая музыка, воздействию которой подвергалась вода, приводила к образованию правильно сформированных кристаллов с отчетливо выраженными характерными чертами. В противоположность этому вода, на которую действовали неистовой тяжелой музыкой, способна была, в лучшем случае, образовать обломанные и неправильно сформированные кристаллы.

В 30-е г.г., а затем в 50-е г.г. прошлого столетия проводились эксперименты по передаче мыслей-команд с помощью специального аппарата (автором которого является Бернارد Кажинский). Но и здесь шло не все гладко, как хотелось бы. Из-за недоработки и жестких нарушений происходили случаи смерти в ходе опытов.

Все работающие электроприборы (и электропроводка) создают вокруг себя электромагнитное поле, которое вызывает движение заряженных частиц: электронов, протонов, ионов или молекул-диполей. Клетки живого

организма состоят из заряженных молекул – белков, фосфолипидов (молекул клеточных мембран), ионов воды – и тоже обладают слабым электромагнитным полем.

В нашей стране исследования влияния электромагнитных полей на человека и животных ведутся больше 50 лет. Проведя сотни экспериментов, российские ученые установили, что *более всего подвержены влиянию растущие ткани, эмбрионы.*

ЭМВ которые лечат. Физиотерапия. Целое направление медицины – *физиотерапия* – успешно использует электромагнитное излучение для лечения различных заболеваний.

Выводы:

Если и дальше развивать эту сферу в медицине, человек может существенно улучшить свою жизнь без ущерба своему комфорту. Но как человечество будет использовать эти знания, останется пока под завесой тайны....

Может, поэтому многие знания хранятся в тайне до тех времен, пока человечество не будет готово к ним?

АППЛИКАТОР ЛЯПКО

Герасимова Александра, студентка
ГБПОУ «Кашинский медицинский колледж»
Руководитель: Кунченко И.Н.

Актуальность рефлексотерапии обусловлена широким применением практически во всех областях клинической медицины, эффективностью прямого неинвазивного воздействия на функциональные системы организма. Рефлексотерапия повышает функциональные возможности организма и эффективно применяется с целью коррекции при дисфункции отдельных систем и органов через нейрофизиологическое воздействие.

Высокая экономичность, сравнительно быстрый эффект, сокращение расходов на медикаменты делают акупунктуру незаменимым и весьма ценным методом. В настоящее время методы иглоукалывания применяются более чем в 100 странах мира.

Целью нашей работы является изучение влияния аппликаторов Ляпко на здоровье людей.

Гипотеза исследования заключается в том, что при использовании аппликатора Ляпко значительно улучшается состояние здоровья пациентов, отступают боли любой локализации.

Еще в глубокой древности было замечено, что различного рода воздействия (удары, порезы, ранения, уколы, ожоги) на определенные участки тела человека приносят облегчение при ряде заболеваний, а порою даже излечивают от них. Собранные за многие столетия подобного рода знания сформировали лечебную систему, которая теперь известна как рефлексотерапия.

Рефлексотерапия не излечивает конкретную болезнь, она включает естественный внутренний процесс оздоровления, дает ощущение энергии внутри тела и вокруг него, увеличивает ясность мысли, качественно меняет жизнь, возвращает радость и прекрасное настроение.

При многочисленных раскопках археологи обнаружили на территории Китая иглы из кварца, кремния, яшмы, а также костяные иглы, которые применялись для иглоукалывания. Иглоукалывание предполагалось как с проникновением через кожу, так и без него.

Аппликаторы врача рефлексотерапевта Ляпко Н. Г. предназначены для широкого применения с лечебной целью, а также как профилактическая мера для укрепления и сохранения здоровья, повышающая работоспособность, общий жизненный тонус, нормализующая сон, настроение, обмен веществ ("тучные" теряют избыточный вес, истощенные набирают недостающий), способствуют избавлению от вредных привычек.

Аппликаторы могут применяться для эффективного лечения (без медикаментозного или с небольшим количеством медикаментов) самых различных заболеваний и патологических состояний организма.

Аппликатор Ляпко - один из немногих медицинских товаров отечественного производства, который известен в Америке, Западной Европе, Австралии. Аналогов в мире у аппликатора нет, поскольку он не имеет себе равных по силе и результатам лечебного воздействия, по простоте и надежности в использовании. Не нанося вреда, гармоничным воздействием на организм аппликатор помогает избавляться от недугов и укреплять здоровье.

Аппликатор воздействует на кожные рецепторы, точки и рефлекторные зоны, вызывая адекватные реакции организма. Включает иммунную систему в работу, дает ей дополнительные силы для успешной борьбы с болезнью.

Кроме этого, включается механизм множественных точечных уколов биологически активных точек, расположенных на коже, которые, суммируясь, дают команду гипофизу на выделение эндорфинов —

естественных обезболивающих веществ организма.

Механическое рефлекторное воздействие на организм (микромассаж), благодаря которому ускоряется циркуляция крови, питание и регенерация клеток, выработка необходимых биологически активных веществ, нормализуется работа сердечно-сосудистой, дыхательной и мочеполовой системы. Кроме этого, такой массаж помогает увеличению числа лимфоцитов, укрепляющих иммунную систему и помогающих защищать организм от вирусов.

Воздействие гальваническим током, который возникает на кончиках металлических игл во время соприкосновения их с кожей. Это оказывает противовоспалительное действие, снимает отёчность и раздражения на коже.

Лечение рефлексотерапией имеет массу достоинств:

- Снимает болевой синдром
- Почти не имеет противопоказаний
- Безболезнен
- Снижает фармакологическую нагрузку
- Прост в применении
- Безопасная процедура без побочных эффектов

Мы провели анкетирование пациентов, использующих аппликатор Ляпко в комплексной терапии. В результате анкетирования выяснилось, что 60% из них использует аппликатор сравнительно недавно, остальные 40% используют его в течение 10 лет. 98% отметили улучшение состояния здоровья, прилив сил, бодрости, улучшение сна.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Грачева Светлана, студентка

ГБПОУ «Кимрский медицинский колледж»

Руководитель: Зинкова В.В.

Актуальность темы определяется тем, что в последние десятилетия наблюдается увеличение негативных изменений в состоянии здоровья детей. В структуре заболеваний одно из первых мест занимают нарушения опорно - двигательного аппарата.

По данным Минздрава России, у 50% детей школьного возраста имеются отклонения в развитии опорно-двигательного аппарата. За последние 5 лет рост составил 12,5%, причем 7,6% от прироста приходится

на патологию костно-мышечной системы. Без своевременной диагностики на фоне нарушения осанки формируются различные заболевания внутренних органов, которые впоследствии влияют на нормальную жизнедеятельность человека

Осанка — привычное положение тела при сидении, стоянии, ходьбе. Она начинает формироваться с раннего детства и зависит от формы позвоночника, равномерности развития и тонуса мускулатуры торса.

Нарушения осанки бывают разных степеней:

Первая степень — изменен лишь тонус мышц. Все дефекты осанки исчезают при систематических занятиях корректирующей гимнастикой.

Вторая степень — изменения в связочном аппарате позвоночника, могут быть исправлены лишь при длительных занятиях корректирующей гимнастикой под руководством медицинских работников.

Третья степень — характеризуется стойкими изменениями в межпозвоночных хрящах и костях позвоночника. Изменения требуют специального ортопедического лечения.

Причины нарушения осанки могут быть самыми разнообразными:

1. Неправильное положение тела ученика во время работы за письменным столом.
2. Ношение сумок с ремнем через одно плечо или портфеля.
3. Малоподвижный образ жизни, недостаток витамина Д.

В чем заключается профилактика нарушений осанки?

- сон на жесткой постели в положении лежа на животе или спине;
- правильная и точная коррекция обуви;
- строгое соблюдение режима сна, бодрствования, питания;
- постоянная двигательная активность, включающая прогулки, занятия физическими упражнениями, спортом, туризмом;
- отказ от таких вредных привычек, как стояние на одной ноге, неправильное положение тела во время сидения (за партой, рабочим столом, дома в кресле и т.д.);
- контроль за правильной равномерной нагрузкой на позвоночник при ношении рюкзаков, сумок, портфелей;
- плавание.

Главное средство предупреждения нарушения осанки – физические упражнения для развития статической выносливости мышц спины и силовой выносливости мышц брюшного пресса.

Существуют простые методы диагностики нарушения осанки, которые доступны и родителям, и учителям, и даже школьникам.

Визуальный метод:

- встать спиной к стене, так, чтобы голова, плечи, ягодицы касались стены. Осанка правильная, если между стеной и позвоночником можно просунуть ладонь, а не кулак.

Метод соматометрии:

Оценка плечевого индекса по формуле: **ширина плеч (см)** / **плечевая дуга (см)** X 100%.

Плечевой индекс до 90 % - нарушения осанки. Плечевой индекс равен 90 % - 100%, - у ребёнка правильная осанка. Плечевой индекс более 100 % - также нарушена осанка. По определению плечевого индекса у младших школьников одного из классов СШ № 11 в феврале 2018 г. получены такие результаты:

Результаты измерений плечевого индекса (февраль 2018г.)

Таблица 1.

№	Ф.И. ребенка	Ширина плеч, см	Плечевая дуга, см	Плечевой индекс, %
1	Б.А.	33,0	39,0	84,6
2	А.Б.	32,0	35,0	91,4
3	С.А.	35,0	40,0	87,5
4	А.С.	39,0	40,0	97,5
5	В.А.	37,0	37,0	100,0
6	А.В.	34,0	38,0	89,5
7	Е.А.	32,0	39,0	82,1
8	В.К.	34,0	40,0	85,0
9	П.А.	33,0	40,0	82,5
10	С.П.	36,0	39,0	92,3
11	К.И.	37,0	37,0	100,0
12	М.О.	33,0	39,0	84,6
13	А.М.	32,0	35,0	91,4
14	Ф.О.	35,0	40,0	87,5
15	Л.Г.	39,0	40,0	97,5
16	Д.Б.	37,0	37,0	100,0
17	И.Р.	34,0	38,0	89,5
18	К.Л.	32,0	39,0	82,1
19	Н.И.	34,0	40,0	85,0
20	Ж.А.	33,0	40,0	82,5
21	Ю.Л.	36,0	39,0	92,3

Анализ медицинских карт школьников этого класса за 2015, 2016, 2017 годы показал следующие результаты:

Состояние осанки младших школьников МОУ СШ № 11 г. Кимры:

Таблица 2.

	2015		2016		2017		2018	
	Абс. чел.	%	Абс. чел.	%	Абс. чел.	%	Абс. чел.	%
Явное нарушение осанки	1	4,8	2	9,6	2	9,5	2	9,5
Незначительное нарушение осанки	2	9,6	3	14,3	5	23,8	8	38,1
Правильная осанка	18	85,7	16	76,2	14	66,7	11	52,4

В первый класс пришли дети с нарушением осанки разной степени: 1 ребенок – с явным нарушением осанки, 2 – с незначительным нарушением. Как видно из таблицы, количество детей с явным нарушением осанки увеличилось с одного до двух, т.е., почти на 5 %, а количество детей с незначительным нарушением в течение трех лет увеличилось с двух до пяти человек.

По данным соматометрического наблюдения в феврале 2018 г. этот показатель увеличился еще на трех детей и составил уже 38,1%. Следовательно, произошел переход 1 ребенка из группы с нарушением осанки 1 степени в группу с нарушением осанки 2 степени, а количество здоровых детей сократилось на 3 человека и составило 52,4%. Это обследование выявило, что 10 детей (47,6%) имеют нарушения осанки. У одного ребенка – искривление позвоночника в виде бокового его отклонения (правосторонний сколиоз); у другого – отклонение в грудном отделе позвоночника (кифоз), два ребенка с плечевым индексом 89,5 % без корригирующих упражнений в ближайшее время могут перейти в группу детей с нарушением осанки (см. таблицу 2).

Одним из основных факторов, предупреждающих нарушение осанки, является физическая двигательная активность.

Гигиеническая норма суточной двигательной активности детей младшего школьного возраста 4-5 час, а по методике Н.Т. Лебедевой она составляет с учетом физкультуры и результатов анкетирования в данном классе в среднем 2,5 часа.

Выводы:

1. Данные нашего исследования не противоречат данным Минздрава России.

2. Количество школьников с нарушением осанки с переходом из класса в класс увеличивается.

3. Недостаточно выявить изменения в осанке, нужны совместные систематические усилия учителя и родителей по исправлению ситуации. Гипотеза подтвердилась.

Заключение

Нарушение осанки является одной из основных патологий физического развития школьников и носит, в основном, приобретенный характер, связанный с нерациональной организацией учебного процесса.

Для формирования правильной осанки необходимо создание рациональной среды не только в образовательных учреждениях, но и в домашних условиях. Данная работа может быть использована медицинскими, педагогическими работниками школ для работы с детьми и их родителями по профилактике нарушения осанки и больных сколиозом.

СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (ГЭРБ) КАК ВАЖНАЯ ЧАСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА

Гончаров Федор, студент

ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

Руководитель: *Барбакова Е.С.*

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (далее ГЭРБ) занимает первое место среди гастроэнтерологических заболеваний. Изжога — ведущий симптом ГЭРБ — наблюдается у 20–40% населения развитых стран. В России распространенность ГЭРБ составляет 18–46% [Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., 2017]. Актуальность ГЭРБ обусловлена также тем, что она приводит к значительному снижению качества жизни больного, особенно при ночной симптоматике, появлению внепищеводных симптомов (боли в груди, упорный кашель) и риску возникновения таких осложнений, как кровотечения из язв и эрозий, развитие пептических стриктур и, что вызывает наибольшую настороженность, аденокарциномы пищевода (далее АКП) на фоне пищевода Баррета.

Определенные трудности возникают при лечении больных с ГЭРБ. Если сроки заживления язв двенадцатиперстной кишки (далее ДПК) составляют в среднем 3–4 недели, язв желудка — 4–6 недели, то продолжительность заживления эрозий пищевода у многих больных может

достигать 8–12 недель. При этом у части больных наблюдаются рефрактерность к антисекреторным препаратам и низкая приверженность лечению. После прекращения приема лекарственных препаратов быстро возникает рецидив заболевания, который является главным фактором риска развития пищевода Баррета — предраковой патологии пищевода.

Практическая значимость данной работы заключается в следующем: проведение активного амбулаторного наблюдения за пациентами с ГЭРБ, назначение адекватной терапии в соответствии с последними клиническими рекомендациями, информирование пациентов о необходимости соблюдения сроков лечения предотвращают развитие осложнений ГЭРБ (пищевода Баррета и аденокарциномы).

Клинические проявления ГЭРБ

ГЭРБ — хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод содержимого желудка.

Наиболее широко в мире применяют Монреальскую классификацию клинических проявлений ГЭРБ, в которой они разделены на две большие группы: пищеводные и внепищеводные.

1. Пищеводные проявления.

Типичный симптомокомплекс рефлюкса включает изжогу, отрыжку, срыгивание, одинофагию.

2. Внепищеводные проявления.

Внепищеводные проявления ГЭРБ включают бронхолегочный, оториноларингологический и стоматологический синдромы.

Методы диагностики ГЭРБ

Диагностика ГЭРБ на ранних стадиях основана на первичной обращаемости и анализе клинической картины заболевания. В случае необходимости проводят дополнительные исследования.

1. Эндоскопическое исследование .

2. Гистологическое исследование.

3. рН-метрия.

Основным методом диагностики ГЭРБ служит рН-метрия.

Основные показания к проведению рН-метрии:

- характерные проявления ГЭРБ в отсутствие эндоскопических изменений в пищеводе;

- внепищеводные проявления ГЭРБ: боль в груди, не связанная с заболеваниями сердечно - сосудистой системы;

- планируемое хирургическое лечение ГЭРБ и контроль эффективности лечения при сохраняющихся симптомах заболевания;

- подбор лекарственных препаратов и контроль эффективности проводимого консервативного лечения.

Суточная рН-метрия имеет очень высокую чувствительность (88–95%) в диагностике ГЭРБ и, кроме того, помогает в индивидуальном подборе лекарственных препаратов.

4. Манометрия высокого разрешения.

5. рН-импедансометрия.

6. Рентгенологическое исследование

Лечение ГЭРБ.

Цель лечения — устранение симптомов, а при эрозивном эзофагите — заживление эрозий и предупреждение осложнений. У пациентов с пищеводом Баррета целью является профилактика прогрессирования и развития дисплазии и АКП. В настоящее время основными принципами лечения ГЭРБ являются назначение ингибиторов протонной помпы (далее ИПП) и проведение длительной основной (не менее 4–8 недель) и поддерживающей (6–12 месяцев) терапии. При несоблюдении этих условий вероятность рецидива заболевания очень высока.

Процесс проведения исследования.

Исследовательская часть работы направлена на установление взаимосвязи между наличием заболевания и его пищеводными, а также внепищеводными проявлениями для дальнейшего анализа рисков заболевания, клинических проявлений и проблем больных ГЭРБ и пациентов, не имеющих данного заболевания в анамнезе. В процессе анкетирования использовался опросник.

В исследовании принимали участие пациенты ГБУЗ «ОКБ» г.Тверь. После анкетирования, анкеты были проанализированы и подсчитаны. Всего было опрошено 60 человек. В том числе 34(57%) мужчины и 26(43%) женщин. При этом анкетирование проводилось в отделениях: гастроэнтерологическом (30 человек), отоларингологическом (15 человек), пульмонологическом (15 человек). Возраст респондентов составил от 16 до 90 лет.

По результатам подсчета выяснилось, что самым частым из пищеводных симптомов, у пациентов гастроэнтерологического отделения, является «изжога» (92%), из внепищеводных проявлений - кашель по ночам, головные боли, изменения в голосе, насморк, затруднённое дыхание при незначительных физических нагрузках (8%).

У группы пациентов из отоларингологического отделения: из пищеводных симптомов - «изжога» (17%); из внепищеводных проявлений - (83%).

У группы пациентов из пульмонологического отделения: из пищеводных симптомов - «изжога» (12%); из внепищеводных проявлений - (88%).

Можно предполагать о наличии у респондентов ГЭРБ.

Научное общество гастроэнтерологов России выступило с инициативой широкомасштабного проекта «Общество против изжоги». Этот проект с одной стороны направлен на просвещение пациентов, испытывающих частую изжогу, с другой стороны – непрофессиональное сообщество, предлагая алгоритм диагностики и лечения пациентов.

Вывод.

Изжога – один из ключевых и часто встречаемых в популяции симптомов. Однако, как пациенты, так же медицинские работники, иногда, недооценивают значение изжоги. Учитывая, широкую распространенность этого симптома, а значит и ГЭРБ в России и низкую информативность населения об этом заболевании, его проявлениях и способах лечения.

В большинстве случаев при типичном течении болезни заподозрить заболевание несложно. Но нужно помнить, в том числе и фельдшерам ФАПов, здравпунктов промышленных предприятий, выездных бригад СМП, что у части пациентов имеются нетипичные проявления ГЭРБ, что может приводить к гиподиагностике на ранних этапах проявления болезни, прогрессированию заболевания и развитию осложнений.

ФИТОТЕРАПИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

Горобец Анна, студентка
ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
Руководитель: Кириллова Т.Г.

Актуальность данной темы заключается в том, что даже в наш век развитой медицины и огромного количества синтетических лекарственных препаратов врачи стоматологи продолжают активно обращаться к фитотерапии. Это объясняется тем, что они менее токсичны, дают меньшее количество побочных действий, реже вызывают аллергические реакции, чем синтетические препараты.

Лекарственное растительное сырье в стоматологии применяется очень давно, пожалуй, с самого зарождения медицины. Археологические находки и научные исследования показали, что уже 3 тысяч лет до н.э. в разных уголках Земли применяли растения для полоскания полости рта, снятия боли, отека и воспаления при заболеваниях зубов и тканей пародонта.

При попадании инфекции в ротовую полость, в первую очередь страдает слизистая оболочка полости рта. Она воспаляется, истончается и становится восприимчивой для инфекций. Болезнь может охватить язык, десны, внутреннюю поверхность щек и миндалины. Все заболевания полости рта условно называют стоматитами, но стоматит - не единственный недуг, поражающий слизистую оболочку полости рта.

Разберем самые распространенные заболевания слизистой, их симптомы и причины.

Стоматит - воспалительная реакция слизистой оболочки ротовой полости. Ему подвержены люди со сниженным иммунитетом и истонченной слизистой оболочкой (недоношенные дети и пожилые люди).

Существует много разновидностей этого заболевания.

Глоссит или воспаление языка

Язык называют зеркалом здоровья человека, ведь по его состоянию можно определить наличие заболеваний в организме. Поражение языка воспалительного характера в медицине называют глосситом. Общие симптомы глоссита – это боль, отек, жжение, появление сыпи. Часто встречаемое заболевание полости рта - это всем известные "простудные высыпания" на губах, которые могут появляться и в ротовой полости. Причина таких высыпаний - заражение вирусом простого герпеса. Чаще передается воздушно-капельным путем. В начальной стадии герпесная инфекция проявляет себя болезненностью, жжением и отеком слизистой оболочки.

Гингивит или гингивостоматит. Когда речь идет о воспалительном процессе, локализованном преимущественно на деснах, без затрагивания зубодесневого соединения, может быть диагностирован гингивит. При поражении десен и появлении язв на внутренней поверхности щек, диагностируют гингивостоматит.

Гингивит часто является следствием плохого ухода за зубами. При отсутствии полноценного лечения болезнь прогрессирует и переходит в пародонтит, что грозит ранней потерей зубов.

Одним из самых частых поводов обращения к стоматологу является кариес зубов. Так называют поражение твердых тканей, которое начинается с

разрушения эмали, которое происходит в результате её деминерализации. При неблагоприятном течении происходит потеря зуба.

В настоящее время интерес к фитотерапии переживает большой подъем. Дело в том, что лекарственные растения гораздо меньше токсичны, реже вызывают аллергию, чем синтетические лекарственные препараты. Растительные лекарства действуют слабее и мягче, но эффект их применения более устойчив. Это конечно не означает, что надо совсем отказаться от синтетических средств и лечиться только травами. Разумное сочетание того и другого позволит выбрать наилучшую тактику лечения.

Особенности ротовой полости приводят к тому, что эффективность действия фитопрепарата зависит не только от качественного и количественного содержания биологически активных веществ, но и от вида лекарственной формы.

Все применяемые в стоматологии фитопрепараты условно можно разделить на 2 группы:

1) отвары и настои, экстракты (водно-спиртовые и масляные), настойки, соки;

2) фитопасты, фитовзвеси, фитوماзи, пленки, пластины.

Препараты первой группы предназначены в основном для полосканий в домашних условиях. Препараты второй группы применяют для аппликаций и смазываний, чаще в амбулаторных условиях.

Календула состоит из несчетного количества незаменимых веществ, благодаря которым владеет целебными свойствами. Основное – календен. Считается, что календула владеет возможностью бороться с воспалением и микробами, подавляют вирусы.

«Зачем умирать, когда в саду цветет шалфей» — именно так говорили о траве этого растения на Востоке. Шалфей обладает антимикробным, противовоспалительным, ранозаживляющим, дезинфицирующим, вяжуще-кровоостанавливающим.

Мы провели опрос, с помощью которого выявили, сколько покупателей аптеки «36,6 - Здоровье» знают о фитотерапии и применяют ее самостоятельно или по назначению врача.

Следует помнить, что запущенные и серьезные стоматологические заболевания одной фитотерапией (лекарственными травами) не вылечишь. Настойки и отвары действуют медленно, нужная концентрация накапливается долго. Поэтому при острых случаях врач назначает синтетические лекарства, и когда больному станет легче - рекомендует фитотерапию.

БЕЗ ПРОШЛОГО НЕТ БУДУЩЕГО, НЕТ НАСТОЯЩЕГО

Дорофеева Полина, студентка

ГБПОУ «Вышневолоцкий медицинский колледж»

Руководитель: Романова Г.В.

Вышний Волочек - город, в котором я живу. Исторический центр Волочка невелик, но сохранился, так скажем неплохо. В XVIII—XIX веках Волочек был процветающим купеческим городом, и поэтому его городская застройка сделала бы честь многим губернским центрам.

Сегодня разговоры на тему экологии очень популярны, хотя для многих носят абстрактный характер. Если продуктом жизнедеятельности большинства растений является кислород, а пчелы вырабатывают мед, то человек после своей бурной жизнедеятельности оставляет немало вещей, которым еще не нашел применения, следовательно, они подлежат уничтожению. Так возникает проблема борьбы с заброшенными зданиями, а иногда даже с историческими памятниками.

Причины появления заброшенных мест.

Причину заброшенных частных жилых домов, можно объяснить тем, что они теряют своих хозяев. Некоторые дома становятся не просто никому не нужными, но еще и «контейнерами» для мусора.

Есть здания, которые могли бы стать памятниками истории, например, бывшие купеческие дома. На первом этаже, как правило, была торговая лавка, а на втором этаже жила сама купеческая семья. Сейчас такие строения находятся в очень плачевном состоянии.

Здания, которые уже являются памятниками истории, также считаются заброшенными, находятся в запущенном и неухоженном виде.

Отрицательное влияние разрушенных мест на жизнь и здоровье человека.

Главная проблема-это скопление мусора в таких заброшенных местах. Свалки бытовых отходов представляют серьезную опасность, т. к. существенно влияют на все компоненты окружающей природной среды и являются мощным загрязнителем атмосферного воздуха. Эти свалки являются, кроме того, еще рассадниками мышей, крыс, насекомых и могут стать источником инфекционных заболеваний.

Если заброшенное здание в черте населённого пункта, оно может быть жилищем для бездомных. А бездомные – переносчики возбудителей

паразитарных и социально опасных заболеваний. Также в заброшенном месте можно встретить не только бездомных, но и наркоманов.

Заброшенные здания часто ветхие. Это очень опасно - оно может обрушиться, причём часто нельзя чётко знать, где действительно крепко, а куда не стоит соваться. Среди молодёжи уже набирает популярность такое направление, как Урбан-Туризм, то есть посещение в основном мало обитаемых или заброшенных мест.

В моем городе огромное множество забытых памятников истории, все они построены в XVIII—XIX веках. Например:

- Вышневолоцкий канал
- Торговые ряды
- Здание школы №6 (построено А.Г. Венециановым)
- Дома купцов

Мы провели анкетирование. На вопрос «Хотелось бы Вам связать свою дальнейшую жизнь, карьеру, с городом Вышний Волочек?», суть которого - узнать у студентов, которые еще только начинают учиться и у тех, кто уже через год, через два, будет задумываться, где начинать работать, - был получен ошеломляющий ответ: все студенты, то есть 100%, ответили, что не хотят оставаться в нашем городе. Одна из главных причин нежелания – это неухоженность города, разрушенные культурные ценности.

Есть надежда на то что, в моем городе Вышний Волочек, хотя бы некоторые исторические здания будут восстановлены и приведены в порядок. Тем более что 1 марта 2018 года в президентском Послании Федеральному собранию В.В. Путин большое внимание уделил пространственному развитию страны: «В России нужно создать современную среду для жизни, преобразить наши города и поселки, сохранив при этом их лицо и историческое наследие. Это одна из самых масштабных задач». По всей вероятности, малые города получают поддержку со стороны правительства.

Однако, прежде чем говорить о том, что во всем виновата администрация города, мы хотим обратить внимание жителей на следующее:

1. Нужно пересмотреть свое отношение к родному городу.
2. Усовершенствовать законы о частных жилых домах (если дом стоит годами разрушенный, но у него есть владелец, администрация бессильна, нет права на какие-либо меры воздействия).
3. Усовершенствовать законы об исторических зданиях:
 - а) обязательное выделение средств, для поддержания исторических зданий.
 - б) следить за памятниками архитектуры, не отдавать их в частные структуры.

- в) определить условия восстановления, поддержания исторического объекта.
- г) создать сообщества, в т.ч. волонтерские, которые будут следить за памятниками, проводить силами горожан городские субботники.
- д) организовывать интересные культурно - массовые мероприятия и досуговые центры.
- е) создать рабочие места с достойной заработной платой.

АНАТОМИЧЕСКИЕ БИОРИТМЫ В ОРГАНИЗМЕ

Дубова Виолетта, студентка
ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
Руководитель: Кацнельсон Л.Е.

Еще в 4 веке до н.э. греческий философ Платон сказал: «Всеи человеческой жизнью управляет гармония и ритм». Биологические ритмы, или биоритмы, - это более или менее регулярные изменения характера и интенсивности биологических процессов организма.

На первый взгляд, большинство людей живут по одинаковым ритмам: они просыпаются утром и засыпают вечером. Но, с другой стороны, все мы делимся на сов и жаворонков, плюс, существуют очевидные биоритмические различия между разными возрастными категориями. Естественный сдвиг в сторону ночной жизни происходит в подростковом возрасте: причем, он более заметен у мальчиков, чем у девочек, в то же время с возрастом наши ритмы начинают переходить на другую сторону, поэтому пожилые люди чаще всего просыпаются рано утром и отправляются спать ранним вечером.

Работа биологических часов напрямую связана с химическими, физическими и психическими, включая биохимию мозга, процессами в организме человека.

Яркий свет, будь то естественный солнечный свет или искусственное освещение, может спровоцировать целый каскад реакций. Мозг обеспечивает централизованный контроль циркадных ритмов. Как только свет попадает в глаза, он стимулирует сетчатку, и сигналы передаются в гипоталамус. В гипоталамусе есть два небольших ядра, которые представляют собой наши внутренние часы: они посылают информацию о свете, темноте и биологических ритмах нервной системе и всему организму. Этот процесс позволяет нам быть бдительными и активными в дневное время и засыпать ночью.

Однако биологические часы могут перенастраиваться, подстраиваясь под внешние обстоятельства, например, механизм биоритмов настроен на то, чтобы в темное время суток вырабатывать «Мелатонин» (гормон способствующий здоровому сну и пополнению энергией, потраченной за световой день). Но в современном мире можно включить много света и ночью, и тем самым вызвать сбой в работе биочасов и сломать природные биологические ритмы. Противоположный гормон «Серотонин» (гормон радости, бодрости и работоспособности), наоборот, вырабатывается в светлое время суток, особенно, при ярком солнечном свете. Например, вы легко заметите за собой работу биологических часов (выработки Мелатонина или Серотонина), точнее их сбоя, если утро будет пасмурным (хочется спать и ничего не делать — Мелатонин), или если утро будет солнечным — радостное настроение, появляется бодрость и работоспособность (Серотонин).

Каждый день в период с 14.00 до 16.00 большая часть человеческой расы испытывает энергетический спад — вялость, отсутствие концентрации и желание куда-нибудь прилечь. Что происходит? Ваш циркадный ритм идет на снижение примерно через 8 часов после того, как вы встаете. Вы входите в цикл сонливости, который характеризуется неспособностью эффективно работать быть продуктивным, потому что наш организм настроен на отдых. Если у вас есть возможность, то 15-20 минут отдыха в положении лежа будут очень кстати. Но не больше 30 минут — в противном случае, вам будет сложно заснуть вечером.

Биоритмы помогут повысить иммунитет.

Исследование 2016 года, участниками которого стало 276 человек, показало, что прививки от гриппа, сделанные в первой половине дня, оказались более эффективными, чем те, которые сделали во второй половине дня. Это происходило за счет более активного производства организмом антител в первой группе. Поэтому можно сделать вывод, что иммунная функция также подвержена влиянию циркадных ритмов.

В переходное время года, в данном случае окончании зимы и началом весны, организм находится в нестабильном состоянии. Конечно, значительную роль играет недостаток витаминов и минералов, но помимо этого, наблюдается замедление обмена веществ и тормозных процессов в нервной системе. Эта нестабильность организма как раз и провоцирует весеннее обострение заболеваний.

Удивительно, но наши биоритмы настраиваются на движение в природе. Однако гиподинамия, дефицит витаминов и другие факторы

изменяют их, что негативным образом сказывается на нашем состоянии здоровья.

К сожалению, в современной жизни не избежать нарушения биоритмов. Поэтому нам необходимо научиться восстанавливаться: стараться регулярно отдыхать на свежем воздухе, выполнять физические упражнения, вовремя и правильно питаться.

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Зеленова Роза, студентка
ГБПОУ «Бежецкий медицинский колледж»
Руководитель: Афанасьева О.С.

За последние три десятилетия распространенность избыточной массы тела и ожирения в мире выросла почти на 30–50%, а смертность от заболеваний сердечно - сосудистой системы стоит на первом месте.

Ожирение - независимый фактор риска сердечно - сосудистых заболеваний с высокой смертностью.

При ожирении увеличиваются все показатели – ОЦК - объем циркулирующей крови, МОС – минутный объем сердца, и ОПС – общее периферическое сопротивление, что влечет за собой повышение систолического и диастолического АД с развитием АГ.

Ожирение и избыточную массу тела определяют с помощью формул, рассчитывающих индекс массы тела (ИМТ), по формуле Кетле с учетом веса и роста пациента. $ИМТ = \text{Вес (кг)} / \text{Рост}^2 \text{ (м}^2\text{)}$. Согласно ИМТ выделяют дефицит массы тела, нормальный вес, избыточную массу тела и ожирение трёх степеней (таб.1).

Таблица 1

Классификация по ИМТ и риску сопутствующих заболеваний

<i>Индекс массы тела</i>	<i>Классификация</i>	<i>Риск сопутствующих заболеваний</i>
Менее 18.5	Дефицит массы тела	Низкий (повышен риск других заболеваний)
18.5 – 24.9	Нормальная масса тела	Обычный
25.0 – 29.9	Избыточная масса тела	Повышенный

	(предожирение)	
30.0 – 34.9	Ожирение I степени	Высокий
35.0 – 39.9	Ожирение II степени	Очень высокий
40.0 и более	Ожирение III степени	Чрезвычайно высокий

Ожирение — это хроническое мультифакторное гетерогенное заболевание, проявляющееся избыточным образованием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, как правило, имеющее высокий кардиометаболический риск, специфические осложнения и ассоциированные с ним сопутствующие заболевания.

К ожирению приводит дисбаланс между потребляемой и расходуемой энергией, в основе которого лежат нарушения метаболизма, генетическая предрасположенность, нарушение поведенческих реакций и влияние внешних факторов.

Ожирение является пусковым механизмом увеличения активности симпатoadреналовой и ренин-ангиотензивной системы, что влечет за собой увеличение реабсорбции ионов натрия в канальцах почек и в стенках артериол. Отсюда следует повышение тонуса и утолщение стенок артериол. Итогом является артериальная гипертензия с вероятностью развития ГБ с изменениями сердечной деятельности.

Артериальная гипертензия — стойкое повышение артериального давления от 140/90 мм рт. ст. и выше.

Коды по МКБ-10:

I 10 Эссенциальная (первичная) гипертензия. Составляет 90-95% случаев гипертонии;

I 11.0 Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца. Гипертензивная сердечная недостаточность;

I 11.9 Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с преимущественным поражением сердца без сердечной недостаточности.

Объект нашей работы представляет собой медицинское профилактическое консультирование в рамках проекта «Мобильное здравоохранение», который при поддержке Министерства Здравоохранения и при участии ТГМУ был запущен на региональном уровне на территории Тверской области.

Предмет исследования — люди группы риска по развитию артериальной гипертензии.

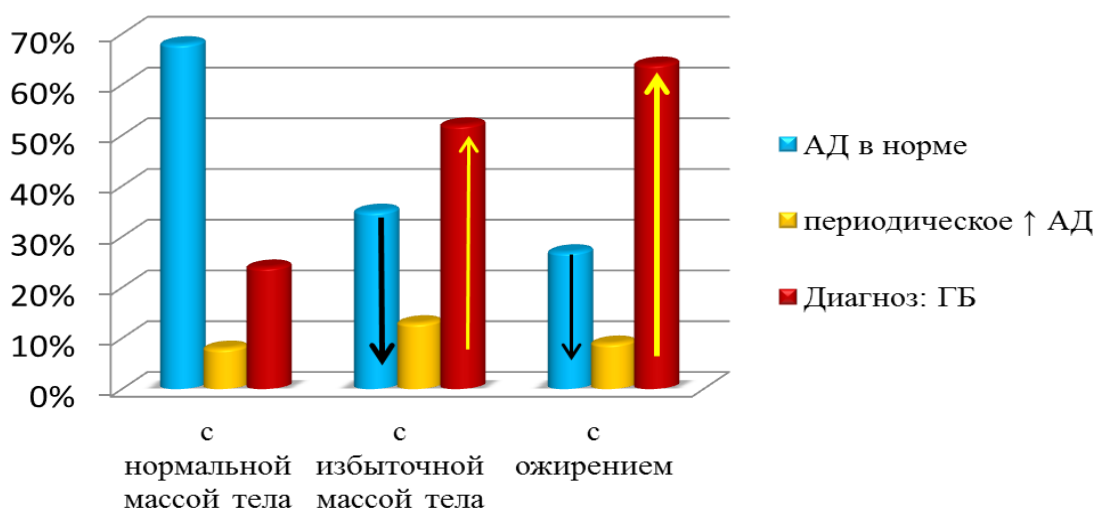
С 15 апреля по 20 декабря 2017 года нами было проведено исследование. За этот период было обследовано 258 человек. В основу исследовательской работы вошли данные ИМТ и АД.

Результаты расчетов ИМТ:

Более половины исследуемых людей имеют избыточную массу тела и ожирение, 37% и 29% соответственно. Нормальный вес - у 34% исследуемых. Данные говорят о том, что в настоящее время вопрос лишнего веса требует большей заинтересованности со стороны общества и каждого человека в отдельности. В дальнейшем у всех групп людей будет проведено исследование артериального давления и проведён анализ полученных результатов. Желтым цветом обозначены люди группы риска с периодическим повышением АД. В общей сумме, они составляют 30%: при норме веса – 8%, с избытком массы тела – 13%, а с ожирением – 9%, потому что из группы риска люди перешли в категорию людей, страдающих ГБ.

Число страдающих ГБ составило 64% у людей с ожирением, 52% - при избытке массы тела, и лишь 24% - при нормальной массе тела. Данные доказывают связь увеличения массы тела с вероятностью развития АГ.

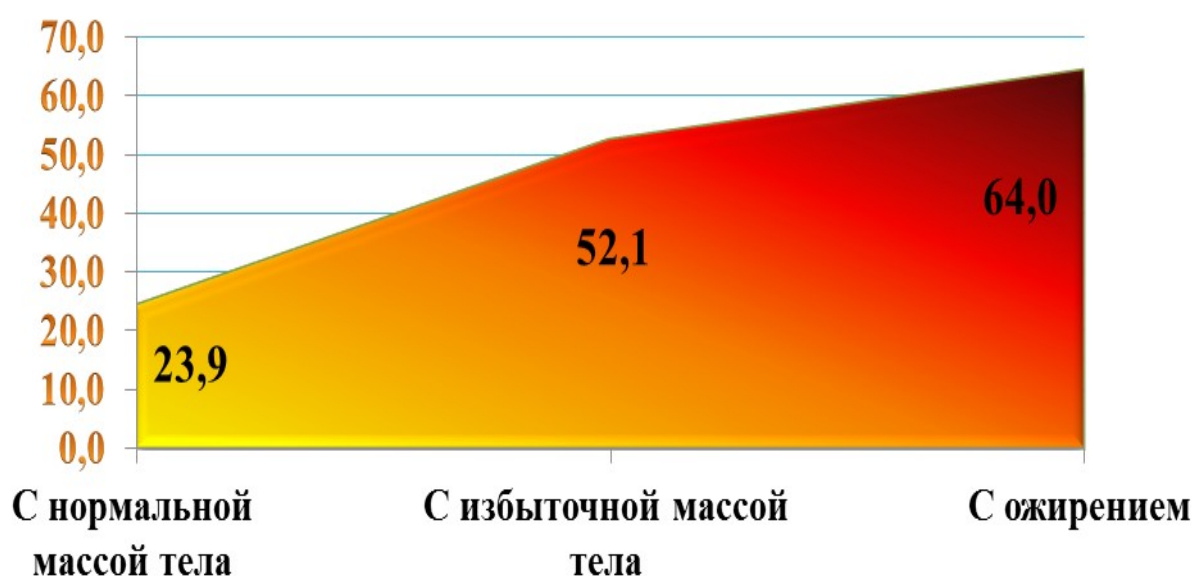
Рис 1. Сравнительный анализ показателей АД и ИМТ



Согласно цели работы, была рассчитана вероятность возникновения АГ у всех исследуемых по весовым категориям.

На рис 2 видно, что минимальный риск у людей с нормальной массой тела – 23,9%, и, напротив, у людей с ожирением риск возникновения ГБ почти в 3 раза больше – 64%, что свидетельствует о том, что превышение массы тела напрямую ведет к изменениям в сердечно - сосудистой системе, формируя в дальнейшем гипертоническую болезнь.

Рис 2. Вероятность возникновения артериальной гипертензии



Среди людей группы риска проводилось консультирование, которое заключалось в следующих рекомендациях:

- правильное сбалансированное питание, не превышающее энергозатраты человека;
- двигательная активность с учетом индивидуальных особенностей человека;
- исключение пагубных факторов для здоровья, таких как вредные привычки;- соблюдение режима дня.

Исследования показали, что ведущим фактором риска в возникновении АГ является избыточная масса тела. Поэтому нормализация массы тела снизит риск возникновения ГБ и улучшит качество жизни людей.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ЛАБОРАТОРНОГО ТЕХНИКА В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ МУКОВИСЦИДОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Ильина Марина Сергеевна, студентка
ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

Руководитель: Черняева Е. А.

В нашем обществе далеко не все слышали слово "муковисцидоз". А ведь это самая распространенная среди известных наследственных болезней. На каждые несколько тысяч новорожденных приходится один ребенок, родившийся с этим заболеванием.

Муковисцидоз встречается практически во всем мире, в основном среди белой расы. Муковисцидоз – наследственная системная патология, обусловленная мутацией определенного гена. Для данного хронического заболевания характерно поражение экзокринных желез, тяжелые нарушения со стороны дыхательных органов, проблемы с пищеварительной и половой системой.

Статистические данные говорят о том, что

- в Северной Европе - 1 на 2500 новорожденных
- На Кавказе – 1 на 2000 новорожденных
- в Азии, Африки -1 на 100 000 новорожденных
- в России – 1 на 12000

Ежегодно в Москве рождается 10, в России - 300, в США - 2000, во Франции, Англии, Германии - 500-800, а в мире - более 45 000 детей, больных муковисцидозом.

Тверская область:

Год	2014	2015	2016
Число новорожденных	16073	14831	1252
Выявлено больных муковисцидозом	2	-	5

В целом по России, частота болезни составляет от 1:12000 до 1:3500.

Целью нашего исследования было установить влияние ранней диагностики муковисцидоза с помощью лабораторных исследований на течение и прогноз заболевания. Объект исследования – новорожденные дети (от 4 дня после рождения по 27 день). Предмет исследования – капиллярная кровь.

Причина муковисцидоза (МВ) - мутации (более 2000 вариантов) гена муковисцидозного трансмембранного регулятора проводимости, расположенного в середине длинного плеча 7 хромосомы. Секреты экзокринных желез сгущаются, что приводит к развитию мульти системного заболевания с поражением бронхолегочной системы, системы пищеварения, репродуктивной системы и др.

2.1 Легочная форма.

2.2 Кишечная форма

2.3 Смешанная форма

2.4 Стертая форма

2.5 Мекониальный илеус

Своевременная диагностика муковисцидоза позволяет вовремя начать лечение и избежать серьезных последствий для здоровья ребенка. Для этого необходимо:

1. Стремиться к 100% охвату скринингом новорожденных детей. Это важное мероприятие для раннего выявления больных детей и предотвращения необратимых изменений.
2. Выявление семей риска и проведение в них медико-генетического консультирования. Семьи риска выявляются по данным скрининга и по обращаемости; последняя зависит от грамотности врачей и уровня информированности населения.
3. Проведение медико-генетического консультирования с использованием ДНК-диагностики, для подтверждения носительства мутации. Использование пренатальной диагностики в семьях риска.

Неонатальный скрининг позволяет обеспечить раннее выявление заболеваний и их своевременное лечение, остановить развитие тяжелых проявлений заболеваний, ведущих к инвалидизации.

Ранняя диагностика муковисцидоза с помощью неонатального скрининга имеет большое значение для клинического прогноза пациента. Раннее начало лечения позволяет предотвратить задержку в развитии ребенка, снизить риск развития легочных инфекций и тяжелой гемолитической анемии, дефицита витамина Е и цинка, а также нарушений метаболизма линолеиновой кислоты.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ

Кокина Екатерина, Васильева Алена, студентки

ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

Руководитель - Зачик О.С.

В условиях ухудшения эпидемиологических показателей по туберкулезу легких, роста прогрессирующих форм туберкулеза легких, развития лекарственной устойчивости к химиопрепаратам, проблема лечения больных туберкулезом приобретает особую актуальность.

Основные принципы химиотерапии туберкулеза легких непрерывно совершенствуются. Однако в последние годы добиться положительных результатов в химиотерапии туберкулеза легких удается не всегда. Одним из причин неудачного лечения является наличие лекарственной устойчивости

к препаратам. Поэтому целью работы мы выбрали поиск лекарственных растений для комплексного лечения туберкулёза лёгких.

Задачи:

1. Определить вещества, способствующие выздоровлению от заболевания туберкулёз лёгких.
2. Изучить справочную литературу по данной проблеме.
3. Дать описание и способ применения некоторых растений для лечения туберкулёза лёгких.

В наше время от этой болезни умирает свыше 1,5 млн. человек в год, 95% которых - население стран третьего мира. Инфекция обуславливает более 25% смертности по причине заражения в государствах со слабой экономикой. Белая ромашка - символ Всемирного дня борьбы с данной инфекцией.

Для дополнения химиотерапевтического и иных видов лечения рекомендуют лекарственные растения:

а. Содержащие силикаты: хвощ полевой, пикульник, горец птичий, осока, медуница лекарственная.

б. Содержащие эфирные масла: сосновые почки, копытень европейский, тимьян обыкновенный, фенхель, бедренец, девясил высокий.

в. Содержащие алкалоиды: чистотел большой, фиалка душистая, мак самосейка.

г. Содержащие слизи: алтей лекарственный, просвирник, мать-и-мачеха, цетрария исландская, лен посевной.

Сборы при туберкулезе:

1. Листья мать-и-мачеха, корень солодки, корневище аира, трава горца птичьего, трава зверобоя, трава хвоща полевого — поровну. 3 столовые ложки на 0,5 л кипятка, настоять 15 минут. Выпивать глотками за 1 день.

2. Трава тимьяна ползучего, трава шалфея, соцветия липы, трава хвоща полевого, трава горца птичьего — поровну. Готовить и принимать, как предыдущий сбор.

3. Трава полыни горькой, трава шалфея, трава тысячелистника, трава душицы, листья ежевики, плоды рябины обыкновенной. Столовую ложку смеси настоять на стакане холодной воды в течение двух часов. Затем кипятить 10 минут, процедить. Выпить глотками за один день. Рекомендуется при отсутствии аппетита.

4. Корневище горца змеиноного, плоды можжевельника — по 1 части, трава зверобоя, лист подорожника — по 2, исландский лишай — 2,5 части. Готовить и применять, как сбор №3. Рекомендуется при отсутствии аппетита и при поносах.

5. Кора дуба — 2 части, корневище лапчатки прямостоячей — 3 части. Две чайные ложки смеси залить стаканом воды, настоять 6 часов и затем кипятить 15 минут. Отвар в холодном виде принимать при кровотечениях (по 1—2 столовые ложки 3 раза в день).

Выводы:

В ходе исследования были изучены основные лекарственные компоненты для лечения туберкулёза лёгких, определены растения,

- а. Содержащие силикаты,
- б. Содержащие эфирные масла,
- в. Содержащие алкалоиды,
- г. Содержащие слизи.

Составлены рекомендации и даны рецепты сборов из лекарственных растений, применяемых в терапии туберкулёза лёгких.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ В НАШЕ ВРЕМЯ: ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ I, II, III КУРСОВ ТВЕРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Кудряшов Владимир, Калымов Аслан, студенты

ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

Руководитель: Воронова Е.В.

В эпоху технического прогресса и стремительного роста технологий мировоззрение современника претерпело колоссальные изменения. Современные юноши и девушки очень часто пессимистически оценивают прошлое, недовольны настоящим, не верят в счастливое будущее. Такое депрессивное настроение подрастающей нации находит прямое отражение в аномальном мышлении многих подростков – суицидальном поведении.

Статистика показывает, что подростковый суицид занимает 3-е место в причинах детской смертности. Средний показатель подростковых суицидов в России составляет 16 случаев на 100 тысяч детей в год. Это значение в три раза превышает средние мировые показатели. Каждый 20-й подросток совершает попытки покончить с жизнью, находясь в возрасте 15 – 19 лет. Среди девушек совершают суицидальные попытки в 45%, среди юношей – в 27%. При этом девушки реже достигают поставленной цели из-за выбранных щадящих методов. Пик подростковых суицидов (более 60%) приходится на летний и весенний сезон.

Подростковый суицид делят на:

- Истинный. Подросток в данном случае принял твердое решение уйти из жизни. Он продумывает все свои шаги, чтобы достичь результата.

- Аффективный (чувствительный). Акт самоубийства подросток совершает под действием сильных эмоциональных переживаний.

- Демонстративный. Данный вид суицида направлен на привлечение внимания. Ребенок на самом деле не желает уходить из жизни.

На проблему суицида значительное влияние оказывает ситуация конфликта детей и родителей. В подростковом возрасте частыми становятся такие проблемы. Родители не могут наладить общий язык с подростком, а порой даже не уделяют данному вопросу особого внимания.

Установлено, что на зарождение идей о суициде не оказывает влияние ни уровень образования, ни коэффициент интеллекта, ни социальный статус ребенка, ни финансовое положение его семьи. Однако свыше 60% самоубийц подростковой категории – выходцы из полных и обеспеченных семей, в которых присутствовал доход выше среднего и не существовали особые финансовые проблемы.

Выводы.

По проведенному в нашем колледже исследованию, можно сделать вывод о психологической составляющей воспитания студентов, о личностном подходе к студентам и совместном не только обучении и выбранной специализации, но и общественно-художественной деятельности обучающихся. Много времени и сил отдано преподавателями на возрождение нравственной культуры студентов, привлечения их к спортивным, общественным деяниям, творческой жизни колледжа, движению волонтерства, участию в олимпиадах, смотрах, конкурсах не только на региональном, но и федеральном уровнях. Чуткое отношение, любовь к своей профессии позволяет нашим студентам почувствовать поддержку и в учебе и в жизни. Что это, как не профилактика психического здоровья студента. Помимо профессии необходимо выпустить в жизнь нравственно и психологически здоровых членов нашего общества.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ВЕЩЕСТВА

В ИЗГОТОВЛЕНИИ ДЕТСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ

Магомедова Заира, студентка

ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

Руководитель: Рассолова А.А.

Актуальность работы заключается в рассмотрении и изучении вспомогательных веществ в производстве и изготовлении детских лекарственных форм. К препаратам, применяемым у детей, предъявляют особые требования. Это обусловлено отличиями детского организма от взрослого. Основные требования, выдвигаемые к лекарственным препаратам для детей,- это их эффективность и безопасность.

Объект исследования – детские лекарственные формы.

Предмет исследования – вспомогательные вещества.

Целью работы стало определение вспомогательных веществ в изготовлении и производстве детских лекарственных форм в фармацевтическом производстве и их биофармацевтическая оценка.

Задачи:

1. Дать современное определение детским лекарственным формам;
2. Объяснить особенности детского организма, которые служат основой для соблюдения особой осторожности при изготовлении детских лекарственных форм.
3. Дать определение биофармации и биофармацевтической оценки;
4. Привести квалификацию существующих детских лекарственных форм и вспомогательных веществ;
5. Разобрать основные принципы дозирования лекарственных форм;
6. Рассмотреть особенности детских лекарственных форм и привести примеры;
7. Дать подробную биофармацевтическую оценку детским лекарственным формам;
8. Провести анализ состава готовых лекарственных форм в виде суппозиторий для детей жаропонижающего действия.

Известно, что реакции детского организма на лекарственный препарат значительно отличается от реакций взрослого человека, что обусловлено особенностями детского организма. В связи с этим проблема создания

лекарств для детей является одной из самых актуальных, различия между взрослыми и детскими лекарственными препаратами, в основном состоят в формах выпуска и дозировках препарата.

Главным образом, это относится к безрецептурным препаратам. Фармацевт при отпуске подобного препарата, обязан уведомить покупателя о возможной передозировке ввиду особенностей строения детского организма.

Особое внимание среди детских лекарственных форм уделяется жаропонижающим средствам, антиаллергическим, антибиотикам и другим химиотерапевтическим препаратам, препаратам для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта осложнений нервной системы.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРОИЗВОДНЫХ ПУРИНА И БЕНЗИЛИЗОХИНОЛИНА

Майорова Кристина, студентка

ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

Руководитель: Хамидуллина З.Д.

Применение в медицине алкалоидов пуринового ряда основано на их стимулирующем действии, на центральную нервную систему. Особенно сильно это действие выражено у кофеина (тонизирующее средство). Теобромин и теofilлин обладают диуретическим действием, кроме того, они расширяют коронарные сосуды, также обладают бронходилатирующим действием. Применяют при повышенном тоне мышечной системы или угнетения ЦНС.

Особенности механизма действия этих лекарственных средств обуславливает применение в медицинской практике в виде разных лекарственных форм. Выпускают в виде драже, таблеток и растворов для внутреннего введения.

Природными источниками алкалоидов пуринового ряда являются: листья чая (кофеин, теofilлин), зерна кофе (теofilлин), шелуха бобов какао (теобромин), откуда путем экстракции органическими растворителями и получали эти алкалоиды.

Актуальность данной работы заключается в следующем: интерес к изучению алкалоидов и к установлению их химического строения вызывается тем, что многие из них представляют собой ценнейшие лекарственные вещества.

В настоящее время найдены синтетические заменители для большинства практически ценных алкалоидов, причем в некоторых случаях синтетические препараты превосходят по своим терапевтическим достоинствам природных прообразов. На рынках города предлагается большой выбор различного кофе. И потребителю очень сложно определиться, какой кофе купить. Чтоб понять какой же вид лучше и качественнее, мы решили выяснить его состав, узнать, в чем заключается ценность этого напитка.

Цель исследований: установить подлинность и провести количественное определение кофеина в разных видах кофе.

Задачи исследования:

- ознакомиться с общей группой пурина и бензилизохинолина, их производными;
- выяснить состав кофе, пользуясь литературными источниками;
- провести качественную реакцию на кофеин (мурексидная проба);
- провести количественное определение кофеина (возгонка кофе с оксидом магния);
- сопоставить результаты экспериментов и осуществить оценку качества кофе.

Пурин – конденсированная гетероциклическая система, состоящая из двух циклов: пирамидина и имидазола. Эта система может образовывать два изомера: 9Н-пурин и 7Н-пурин. Пуриновые алкалоиды являются производными ксантина (2,6-диоксипурина), который может существовать в виде енольной(I) и кетонной (II) 7Н-пурина.

Лекарственные вещества группы пурина — слабые основания, образующие с кислотами неустойчивые соли при протонировании гетероатома азота в 9-м положении.

Ф.Рунге выделил из кофейного экстракта бесцветные кристаллы вещества слабогорького вкуса, без запаха. Водный раствор этого вещества по своему возбуждающему действию во много раз превосходил кофейный отвар. Расшифровать состав и структурную формулу соединения, названного кофеином, удалось в 1897 г. другому немецкому химику - Э. Фишеру.

Он получил кофеин синтетическим путем.

Для проведения опытов нами были выбраны следующие виды кофе:

- Жокей традиционный (в зернах): шоколадного цвета, запах мягкий.

- Жокей классический (в зернах): незначительно темнее, запах резкий.
- Platinum Elite (сублимационный): светлее, чем кофе в зернах, но темнее порошкового, запах мягкий.
- Nescafe Montego (гранулированный): цвет схож с "Platinum Elite", запах немного сильнее.

Были проведены: качественная реакция -мурексидная проба, количественное определение- возгонка кофе с оксидом магния.

Качественная реакция: все 4 вида кофе дали положительную реакцию на кофеин.

Количественное определение: количество выделившихся кристалликов говорит о предполагаемом выделившемся кофеине. Больше количество кристаллов содержится в кофе "Жокей Традиционный", так как его образовалось больше на стеночках колбы и на стеклышке.

Для медицинских целей, в настоящее время, пуриновые алкалоиды получают синтетическим и полусинтетическим методами. Поэтому значение растений, как источников алкалоидов, снизилось.

Здоровье людей - один из основных факторов прочности государства и семьи, ускорения научно технического процесса, бесценный дар природы. Не последнюю роль в здоровье человека играет наука "Фармацевтическая химия". Изучение всех свойств лекарственных препаратов и характера действия их на организм поможет нам избавиться от многих заболеваний.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПЛАСТМАССОВЫХ КОРОНОК

Мулька Екатерина, студентка
ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

*Руководитель: **Бородина И.А.***

Искусственная коронка - это зубной протез, покрывающий клиническую коронку зуба и восстанавливающий его анатомическую форму, размеры и функцию. По способу фиксации - несъемный вид зубных протезов.

По функции: Восстанавливающие, Фиксирующие (временные и постоянные) По методу изготовления: Штампованные, Цельнолитые, Литые с облицовкой, Изготовленные методом полимеризации, Изготовленные методом фрезерования.

Требования: 1) Точно соответствовать форме восстанавливаемого зуба
2) Иметь выраженный экватор 3) Плотно охватывать шейку зуба, погружаясь в десневую борозду на 0,3 мм 4) Восстанавливать контактные пункты с соседними зубами 5) Отвечать эстетическим требованиям

Показания: значительное разрушения коронковой части зуба (ИРОПЗ = 0,6-0,8), неправильное положение зуба, аномальная форма зуба, изменение цвета зуба, патологическая стираемость твердых тканей зуба

Противопоказания: при низкой и широкой клинической коронки, патологической стираемости зубов, аллергии, глубоком прикусе и отсутствии боковых зубов.

Для изготовления пластмассовых коронок применяют акриловые пластмассы горячего отверждения, которым присущи значительные недостатки: невысокая прочность, низкий коэффициент износоустойчивости, неустойчивость цвета, высокий коэффициент термического расширения, необратимые и относительно быстрые процессы старения материала.

Препарирование начинают с сепарации, снимая с контактных поверхностей слой твердых тканей на толщину 0,5-0,8 мм и придавая поверхностям незначительный наклон по отношению к вертикальной оси зуба. Затем препарируют вестибулярную и оральную поверхности, которые также должны слегка сходиться на конус.

При препарировании передних зубов верхней челюсти сохраняем форму небных бугорков, для лучшей фиксации коронки. С окклюзионной поверхности удаляем толщину не менее 2 мм. Препарируем с учетом топографии полости зуба и зон безопасности.

Под постоянные пластмассовые коронки зубы препарируем с формированием уступа в области шейки. Как правило, формируется круговой уступ под углом 90° к вертикальной оси зуба шириной от 0,5 до 1,0 мм, что исключает контакт края коронки с десной; качественную фиксацию; более эстетичный результат за счет утолщенного края коронки.

Если препарирование проводилось с формированием уступа, до получения оттиска нужно провести ретракцию десны, для более четкой границы зуб-десна. Получаем анатомические оттиски с обеих челюстей. Рабочий оттиск получают, как правило, альгинатными материалами. При получении оттиска силиконовыми материалами используется одноэтапная или двухэтапная техника получения двухслойных (двухфазных) оттисков.

Цвет искусственной коронки определяется непосредственно по цвету зуба, подлежащего восстановлению, до его препарирования или по цвету одноименного зуба. При выборе цвета можно ориентироваться на цвет зубов, стоящих рядом с восстанавливаемым зубом. Определение цвета проводится

при естественном освещении и исключении попадания на зуб прямых солнечных лучей по специальной шкале расцветок для материала.

По полученному оттиску получаем модель из обычного медицинского гипса или супергипса. Оценка качества модели - особое внимание уделяем точности отображения зубодесневой бороздки, культи препарированного зуба и соседних зубов. На культю препарированного зуба можем нанести слой компенсационного лака, для создания пространства для цемента и облегчения наложения готовой коронки. Компенсационный лак наносят на всю гипсовую культю, не доходя 0,5 мм до клинической шейки зуба.

Известны два способа непрямого изготовления пластмассовой коронки: создание восковой модели коронки с последующей заменой воска на пластмассу и ее полимеризацией; послойное моделирование коронки полимерным материалом непосредственно на модели.

Припасовка и фиксация. Этот клинический этап включает оценку качества, проверку и припасовку коронки в полости рта. Она должна соответствовать всем клиническим требованиям. Внутренняя поверхность коронки должна точно соответствовать рельефу культи зуба. Если при изготовлении гипсовая культя была повреждена, внутренняя поверхность коронки будет искажена. Для устранения этого с внутренней поверхности коронки бором удаляются неровности, которые препятствуют наложению протеза. Край коронки должен соответствовать рельефу десневого края зуба.

Требования к изготовленной коронке: плотность прилегания к культе зуба, особенно в области клинической шейки; анатомическая форма; восстановлению межзубных контактных пунктов; коронка не должна нарушать окклюзию с зубами-антагонистами при контакте с ними.

Временные пластмассовые коронки изготавливают на препарированные зубы с целью: сохранения функции и эстетики на период протезирования; защита зубов от инфицирования, термических и химических раздражителей; предупреждения смещения опорных зубов; фиксации исходного состояния центральной окклюзии; предупреждение дистального сдвига нижней челюсти; сохранение естественного контура десневого края. В отдельных случаях временные коронки используются для расширения зубодесневого желобка перед получением окончательного рабочего оттиска при изготовлении металлокерамических и цельнокерамических конструкций.

Требования к временным коронкам: восстанавливать форму и функцию препарированных зубов; обеспечивать жизнеспособность и целостность тканей препарированных зубов при минимальной реакции тканей протезного

ложа; обладать достаточной прочностью и износоустойчивостью в течение ожидаемого периода изготовления постоянных протезов; обеспечивать эстетику, функциональный комфорт при хороших гигиенических качествах.

Временные коронки могут быть изготовлены непрямым (лабораторным) и прямым (клиническим) способами. При непрямом способе их изготовление проводит техник из полимерных акриловых материалов на гипсовых моделях. При прямом способе их изготавливает врач в полости рта пациента.

Если пластмассовую коронку изготовили в лаборатории, то она фиксируется в полости рта, как правило, на следующий день после препарирования зубов. Протез, изготовленный таким способом, обеспечивает оптимальные краевую адаптацию конструкции и окклюзионные взаимоотношения с зубами-антагонистами, сводит к минимуму опасность токсического воздействия полимеров на ткани зубов и слизистую оболочку полости рта.

Прямые способы изготовления временных конструкций. Используются при необходимости получения и фиксации временных коронок сразу после препарирования зубов. Конструкция изготавливается врачом в полости рта.

В последние годы широкое распространение в стоматологии получили CAD/ CAM-технологии. С помощью аппарата CEREC-3 врач стоматолог-ортопед получает оптический оттиск препарированного зуба, соседних зубов и зубов-антагонистов. С помощью компьютера в течение 5 мин моделирует коронку и в течение 10 мин фрезерует ее из специального пластмассового блока.

АЛЛЕРГИЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ. СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ

Никитина Вероника, Старикова Анастасия, студентки
ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

Руководитель: Воронова Е.В.

Аллергия – распространенное в наши дни заболевание. Кто-то страдает аллергией много лет, кто-то только недавно открыл для себя все «прелести» этого недуга. Так или иначе, аллергологи отмечают, что за последние несколько лет чувствительность людей выросла в несколько раз. Аллергия (от греч. allos- другой и ergon-действие) – это повышенная чувствительность организма к какому-либо аллергену – веществу, вызывающему аллергию.

К числу аллергенов относятся как вещества, имеющие прямое аллергизирующее действие, так и вещества, которые способны сильно потенцировать действие других аллергенов. Это пыль и клещи домашней пыли, пыльца растений, лекарственные препараты, различные продукты питания.

Предрасположенность к тому или иному виду аллергии передается по наследству, так что, если один из родителей страдает от аллергии, существует 25%-ная вероятность того, что у ребенка разовьется аллергия. Шанс получить аллергию увеличивается до 75 – 80%, если аллергией страдают оба родителя.

Примерно, каждый 12-й житель России страдает бронхиальной астмой. В Амурской области большинство людей (85 – 90%), страдает поллинозом, аллергия – на полынь. По данным Института Иммунологии различными формами аллергии страдает от 17,3% до 30% жителей России. По статистике, в Москве от весенней аллергии страдает каждый третий.

Для лечения аллергии применяются антигистаминные препараты 2-го и 3-го поколения. При аллергических реакциях средней и тяжелой степени назначаются глюкокортикостероиды-гормоны надпочечников, которые обладают мощным противовоспалительным аллергическим действием. К лечению относится галотерапия – это соляная пещера. В соляных копиях, шахтах и карстовых пещерах уникальный микроклимат, с комфортной температурой, невысокой влажностью, определенным давлением, повышенным содержанием микрочастиц соли и углекислого газа. И самое главное – в атмосфере отсутствует вредная пыль и аллергены.

Специфическая иммунотерапия – метод лечения, заключающийся в повторном многократном введении в организм малых и постепенно возрастающих доз определенного аллергена, было доказано, что такая тактика приводит к постепенной потере чувствительности иммунной системы к этому веществу. Специфическая иммунотерапия назначается в тех случаях, когда точно идентифицирован аллерген. К немедикаментозным методам лечения относится физиотерапия. Она противопоказана в острый период аллергоза, однако бывает незаменима в восстановительном периоде и в периоде ремиссии. Чаще всего применяются такие методы, как дарсонвализация, электрофорез с лекарственными веществами. К нетрадиционным методам лечения относится гомеопатия и лечение травами.

Выводы.

В ходе исследования были разработаны рекомендации по профилактике аллергии:

Постараться исключить контакты с аллергенами, определить какое вещество вызывает непереносимость. При сезонной весенней аллергии проводить предупредительное лечение. Для этого за 3 – 6 недель до начала цветения начать прием антигистаминных препаратов. Гипоаллергенная диета. Повышение иммунитета. Аутолимфоцитотерапия – это введение собственных лимфоцитов крови больного, предварительно обработанных определенным способом, поэтому у больного при дальнейшем контакте с аллергеном развивается устойчивость. Больным аллергическими заболеваниями рекомендуется курортное лечение, в сухом, жарком климате (санатории Ялты и Крыма).

БИОГЕННЫЕ АМИНЫ: ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА И ПРИРОДНЫЕ ТОКСИКАНТЫ

Пономарева Софья, студентка

ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

Руководитель: Жигулина В.В.

Актуальность. Биогенные амины - вещества, образующиеся в организме животных или растений из аминокислот при их декарбоксилировании. К биогенным аминам относятся дофамин, норадреналин, адреналин, тирамин, серотонин, триптамин, гистамин, γ - аминomásляная кислота. В организме животных и человека биогенные амины выполняют роль гормонов и нейромедиаторов. В тоже время биогенные амины, содержащиеся в больших количествах в продуктах или образующиеся в значительных концентрациях из своих предшественников, поступающих с пищей, могут вызывать токсический эффект.

Цель исследования - оценка реакции молодых людей на употребление специфических пищевых продуктов, содержащих биогенные амины.

Задачи исследования:

1) определить и сравнить реакцию молодых людей разного пола на пищевые продукты, содержащие биогенные амины, являющиеся потенциальной причиной развития головной боли;

2) выявить у лиц разного пола зависимость между гастрономическими предпочтениями и биогенными аминами, содержащимися в любимых пищевых продуктах.

Методы исследования:

- анонимное анкетирование студентов ТМК 19-20 лет (36 девушек и 36 юношей);

- статистическая обработка результатов и их графическое моделирование;

- сравнительный анализ полученных данных.

Результаты исследования: в ходе проведения теста на гастрономическую мигрень выяснилось, что подавляющее большинство молодых людей, как юношей, так и девушек, не реагирует головной болью на употребление фаст-фуда, мороженого или коктейля со льдом. Голод отрицательно сказывается на самочувствии многих молодых людей, как девушек (95%), так и юношей (80%), и сопровождается головной болью. Подавляющее большинство девушек (95%) при голодании наряду с головной болью имеют плохое самочувствие (55%), в отличие от юношей. Вместе с тем почти половина девушек, по сравнению с юношами, все-таки ощущают головную боль после употребления легкого алкоголя и тонизирующих напитков (шампанского или красного вина, чашки кофе или крепкого чая). Есть основание полагать, что причиной головной боли может быть низкий уровень глюкозы в крови, нарушающий работу мозга, что наблюдается у значительной части людей и является адекватной реакцией на отсутствие энергетических субстратов.

Таким образом, абсолютно никакой реакции у 100% молодых людей обоего пола не вызывает такая пища, как сыр, копчености и соленья, содержащие биогенные амины в большом количестве.

В ходе проведения теста на пищевые пристрастия респондентов обнаружили, что большинство девушек предпочитает продукты, содержащие гистамин и тирамин - маринованная рыба, сыр, ветчина, сосиски, в то время как, значительное количество юношей отдает предпочтение пище, богатой серотонином и триптофаном - шоколад, ананасы. Известно, что серотонин вызывает положительные эмоции и улучшает настроение, а гистамин способствует быстрому насыщению. Возможно, мужской организм нуждается в искусственной эйфории и старается компенсировать недостаток серотонина за счет поступления извне.

Таким образом, мы выяснили, что гастрономической мигренью страдает незначительная часть молодых людей обоих полов, а также то, что лица разного пола имеют разные гастрономические предпочтения.

Выводы:

1) гастрономической мигренью страдает незначительная часть молодых людей разных полов, о чем свидетельствует отсутствие головной боли – наиболее распространенного симптома токсичности биогенных аминов;

2) лица разного пола имеют разные гастрономические предпочтения.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОРГАНИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Потолицына Маргарита, студентка
ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

Руководитель: Пучкова Т.А.

Большинство лекарственных средств, используемых в медицинской практике, являются органическими соединениями. Подлинность таких веществ подтверждают с помощью реакций на функциональные группы.

Функциональные группы (ФГ) – это реакционно-способный атом или группа атомов, связанные с углеводородным радикалом, обуславливающие химические свойства вещества, его фармакологическую активность, а также принадлежность к определенному классу органических соединений. Анализ лекарственных веществ по ФГ позволяет унифицировать методики реакций подлинности и количественного определения; дает возможность прогнозировать способы испытаний по их структуре.

Общим принципом функционального анализа является применение характерных реакций для групп, подлежащих определению. Реакция должна быть не только возможно более специфичной, но и достаточно быстрой, и в ней должны участвовать реагент или продукт реакции, легко поддающиеся определению.

Классификация функциональных групп:

1. Кислородсодержащие
2. Азотсодержащие
3. Прочие ФГ

**1. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЕЩЕСТВА, СОДЕРЖАЩИЕ
ФЕНОЛЬНЫЙ ГИДРОКСИЛ.** Это гидроксил, связанный с ароматическим радикалом. Его содержат ЛВ группы фенолов (фенол, резорцин); фенолокислот и их производных (кислота салициловая, фенилсалицилат, салициламид, оксафенамид)

Экспериментальная часть содержит информацию о способах идентификации ФГ и количественном определении, основанном на свойствах этих ФГ.

Вашему вниманию предлагаются практические методы и способы качественного и количественного определения фенольного гидроксила и сульфаниламидной группы.

Идентификация:

Реакция комплексообразования с ионами железа (III)

Основана на свойствах фенольного гидроксила образовывать растворимые комплексные соединения, окрашенные чаще в синий (фенол) или фиолетовый цвет (резорцин, кислота салициловая) реже в красный (ПАСК – натрия) и зелёный (хинозол, адреналин)

Состав комплексов, а, следовательно, и их окраска обусловлены количеством фенольных гидроксильных групп, влиянием других функциональных групп, реакцией среды.

Реакция рекомендована фармакопеей для большинства соединений, содержащих фенольный гидроксил.

2. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЕЩЕСТВА, СОДЕРЖАЩИЕ СУЛЬФАНИЛАМИДНУЮ ГРУППУ.

Сульфамидная группа – входит в структуру бензолсульфаниламидов и их производных: сульфаниламидов (стрептоцид, сульфацил-натрий, норсульфазол, фталазол), производных амида хлорбензолсульфоновой кислоты (фуросемид, дихлотиазид), замещённых сульфонилмочевины (бутаид, глибенкламид).

Идентификация:

Реакция с ионами тяжёлых металлов – меди (II), кобальта (II), серебра (I).

В результате образуются, как правило, труднорастворимые комплексные соли. Эти реакции являются фармакопейными, широко используются также во внутриаптечном контроле лекарственных форм, содержащих барбитураты и сульфаниламиды. Различная окраска медных солей позволяет дифференцировать барбитураты и сульфаниламиды

Заключение:

Для того, чтобы подтвердить принадлежность препарата к той или иной химической группе, необходимо использовать реакции идентификации и количественного определения, которые должны обнаруживать присутствие в его молекуле определенной функциональной группы.

Таким образом, мы попытались в своей работе подчеркнуть значимость изучения особенностей функциональных групп в органических соединениях.

УДИВИТЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Ракитин Василий, студент
ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

Нет сомнений в том, что наше общество в настоящее время развивается гораздо быстрее, чем в прошлом. Это относится и к медицинским технологиям, которые сегодня достигли невероятно высокого уровня.

Одни технологии уже успешно применяются, а другие еще ждут своего часа, несмотря на то, что уже есть доказательства их эффективности.

Так, например, в будущем мы сможем заживлять раны за считанные минуты, выращивать полноценные органы, кости и клетки, создавать оборудование, работающее на энергии человека, восстанавливать поврежденный мозг и многое другое.

Мы хотим вам рассказать о любопытных технологиях, которые уже изобретены, но широко пока не используются.

1) Остановка кровотечения с помощью геля. Например, благодаря молодым исследователям Джо Ландолина и Исааку Миллеру на свет появился *Veti-Gel* – кремообразное вещество, которое моментально запечатывает рану и стимулирует процесс заживления.

Этот гель создает синтетическую структуру, которая имитирует *внеклеточный матрикс* – ткань межклеточного пространства, которая скрепляет клетки.

2) Магнитная левитация помогает выращивать органы. Получена самая реалистичная ткань органа из всех искусственных тканей. Обычно ткани, созданные в лаборатории, растут в чашках Петри, а если ткань «приполнять», она начинает расти в трехмерной форме, что позволяет строить более сложные слои клеток. Рост клеток "в 3D формате" является самой лучшей симуляцией роста в естественных условиях в теле человека.

3) Искусственные клетки, имитирующие натуральные. Если какой-то орган отказывается работать, мы заменяем его на новый, таким образом, обновляя всю систему. Сегодня эта идея обращается к клеточному уровню: ученые разработали крем, который имитирует действие некоторых клеток. Синтетический крем заменит цитоскелет в клетке, а если крем применить на рану, он способен заменить все клетки, которые были потеряны при травме.

4) Клетки мозга из мочи – новая технология в медицине. Самым ценным в этом методе является то, что новые созданные нейроны не способны вызывать появление опухолей, по крайней мере, как показали эксперименты с мышами. Очевидное преимущество такого метода в том, что сырье для новых клеток является очень доступным. Также ученые имеют

возможность создавать клетки для пациента из его же собственной мочи, что повышает шансы того, что клетки приживутся.

5) Медицинская одежда будущего – электрическое нижнее белье. Канадский исследователь Шон Дукелов разработал электрическое нижнее белье, которое получило название *Smart-E-Pants*. С помощью такой одежды тело пациента получает маленький электрический разряд каждые 10 минут. Эффект от таких ударов током такой же, как если бы пациент двигался естественным образом. Ток активизирует мышцы, повышает циркуляцию крови в этой области, эффективно предотвращает появление пролежней, позволяя спасти пациенту жизнь.

6) Эффективная вакцина из цветочной пыльцы. Именно таким свойством должна обладать любая вакцина: многие вакцины теряют эффективность, так как они не могут выдержать кислоты желудка, если применять их орально. Вакцины разрушаются и становятся бесполезными.

Ученые уверены, что этиновые возможности изменят способы использования вакцин и медикаментов.

7) Искусственные кости с помощью 3D принтера. С помощью 3D принтера ученые из *Вашингтонского Университета* разработали гибридный материал, который имеет те же свойства (прочность и гибкость), что и настоящие кости.

Такая "модель" помещается на место травмы, а настоящая кость начинает обрастать вокруг нее. После того, как процесс завершен, модель размельчается. 3D принтер, который используется, доступен практически любому. Проблемой является сам материал для костной структуры. Ученые используют формулу, которая включает *цинк, силикон и фосфат кальция*. Вероятно, в будущем с помощью 3D принтеров можно будет выращивать не только кости, но и другие органы. Единственное, что нужно, это изобрести подходящие материалы.

8) Восстановление поврежденного мозга. В качестве альтернативы изобретено специальное устройство, которое стимулирует язык.

Язык связан с нервной системой с помощью тысяч пучков нервов, некоторые из которых ведут прямо в мозг. Основываясь на этом факте, был изобретен переносной стимулятор нервов под названием *RoNS*, который стимулирует особые нервные области на языке, чтобы заставить мозг восстанавливать клетки, которые были повреждены. Помимо тупых травм, *RoNS* может также использоваться для восстановления мозга от чего угодно, включая *алкоголизм, болезнь Паркинсона, инсульт и рассеянный склероз*.

9) Человек как генератор энергии: кардиостимуляторы будущего. Ученые из *Университета Мичигана*, похоже, решили проблему, разработав

способ использовать энергию, которую дает движение сердца. Эту энергию можно использовать для питания кардиостимулятора.

Если попытка окажется удачной, эту технологию можно будет применять не только для кардиостимуляторов. Можно будет создавать оборудование и устройства, работающие на человеческой энергии.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИДЕЙ ИММАНУИЛА КАНТА ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПРОГРАММЫ СОХРАНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Рогова Дарья, Пешкичева Татьяна, студентки

ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

Руководитель: Чхайлова Н.Е.

Здоровье – это огромная составляющая нашей жизнедеятельности. Комфортность жизненных условий и работоспособность во многом зависят от того, насколько мы можем поддерживать свой организм в рабочем состоянии, то есть управлять им.

Проблемы сохранения здоровья человека и адекватного включения личностных технологий его укрепления, поддержки жизненного цикла и состояния сферы здоровья, в настоящее время, весьма актуальны. Значительные научные достижения современной медицины и психологии это только подтверждают.

Многие великие умы посвятили себя служению медицине, работая над вопросами борьбы с заболеваниями, способами и методами лечения болезней, пропагандируя при этом здоровый образ жизни.

А жизнь некоторых известных личностей сама по себе является вкладом в развитие медицины, заставляет задуматься о проблемах и дать ответ на многие волнующие современное общество вопросы. Одним из таких великих умов был Иммануил Кант, который «принадлежит к тем великим умам, образ которых меняется вместе с изменением истории».

Кант поставил перед собой цель добиться физического и психического здоровья и к сорока годам достиг своей цели. Он разработал собственную гигиеническую программу, которая укрепила его здоровье настолько, что до последних двух лет его жизни он не знал никаких болезней.

В современном мире нужно самому формировать такой образ жизни, чтобы потом, со временем овладеть всеми приемами сохранения и

укрепления собственного психического и физического здоровья, а также добиться эмоциональной устойчивости и высокой работоспособности.

Что касается гигиенической программы сохранения здоровья (И. Кант) то она не так наивна, как ее обычно комментируют, гигиенические принципы И. Канта (Кантовский кодекс здоровья) просты, доступны, требуют неукоснительного соблюдения (как это продемонстрировал сам И. Кант). Вот они: режим труда и отдыха, трудовая и физическая постоянная деятельность, тренировки холодом, правильное дыхание, режим сна и отдыха.

Идеи и принципы И. Канта и в современных условиях XXI века сохраняют свою общечеловеческую, здоровье ценностную направленность и важны не только для разработки вопросов психофизиологии здоровья, но и для практической работы медиков, психологов, использующих здоровье сохраняющие и развивающие технологии. Способы сохранения здоровья различны, но только вам решать, как быть в согласии со своим телом и со своей психикой.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЯН ЛЬНА РАЗЛИЧНЫХ СОРТОВ И РЕГИОНОВ ПРОИЗРАСТАНИЯ

Родионова Олеся, студентка

ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

Руководитель: Жигулина В.В.

Актуальность исследования. Культурный лен имеет большое хозяйственное значение: получение волокна (стебель) и масла (семена). Одним из наиболее важных показателей при хранении и переработке семян является влажность. От нее зависит интенсивность дыхания, развитие плесеней и вредителей, слеживаемость, самосгорание, прорастание и другие биохимические процессы. Липидный состав семян льна имеет ряд отличительных особенностей, которые определяют их свойства и пути дальнейшего использования.

Цель исследования: определить влажность и особенности липидного состава семян льна различных сортов и регионов произрастания.

Задачи исследования:

- 1) исследовать влажность семян льна различных сортов и регионов произрастания;
- 2) изучить количество общих липидов в семенах льна различных сортов и регионов произрастания;

3) проанализировать фракционный состав общих липидов семян льна различных сортов и регионов произрастания.

Материалы исследования: семена льна-долгунца из Тверской области и Удмуртии урожая 2016 года. В ходе работы семена были разделены на две группы. К первой группе были отнесены семена из Тверской области – сортов Тверца, Торжокский и Могилевский, ко второй - из Удмуртии – сортов Синичка, Псковский-359, Кром и Восход.

Методы исследования. Метод определения влажности семян основан на определении массовой доли воды (%) в семенах льна по разнице массы навески до и после высушивания. Метод определения общих липидов проводился по методу Фолча. Метод определения фракций общих липидов проводился методом микротонкослойной хроматографии на силикагеле. Результаты обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Из анализа результатов исследования влажности семян льна Тверской области и Удмуртии видно, что сорта из Удмуртии имеют более низкую влажность по сравнению с сортами из Тверской области. Данные показатели объясняются сортами льна, условиями произрастания (почва, удобрения), условиями хранения и переработки сырья.

Как видно из результатов количественного определения содержания общих липидов семян льна Тверской области и Удмуртии, сорта льна из Тверской области характеризуются высоким содержанием общих липидов (следует выделить сорт Торжокский - 28000 мг%) по сравнению с сортами из Удмуртии (Синичка 13874,3 мг%). Полученные значения связаны с тем, что сорта из Удмуртии используются в основном для получения волокна.

Анализируя результаты исследования липидных фракций семян льна Тверской области и Удмуртии получено, что Торжокский сорт содержит высокие показатели фитостеринов и эфиров фитостеринов (6,9% и 12,7% соответственно), Могилевский – высокий уровень триглицеридов (87,5%) в сравнении с другими сортами. Это может быть связано с тем, что сорта из Тверской области являются узко районированными, узко специфическим для Тверского региона и используются для получения масла. Сорта из Удмуртии характеризуются низкими значениями триглицеридов. Это объясняется использованием Удмуртских сортов для получения волокна.

Выводы:

1) семена льна из Тверской области имеют высокую влажность по сравнению с семенами льна из Удмуртии.

2) содержание общих липидов выше в семенах льна из Тверской области по сравнению с семенами льна из Удмуртии.

3) фракционный состав общих липидов зависит от сорта семян и региона произрастания. У сортов из Тверской области выявлен высокий уровень триглицеридов по сравнению с сортами из Удмуртии.

ПИТАНИЕ КАК ВАЖНАЯ СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Садыкова Алина, Сорокина Мария, студентки
ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

Руководитель: Соколова Н.А.

В настоящее время все больше людей ведут здоровый образ жизни.

К составляющим ЗОЖ относятся:

- Правильное питание
- Двигательная активность
- Режим труда и отдыха
- Организация сна
- Профилактика вредных привычек
- Лечебная гигиена, закаливание
- Психопрофилактическая психорегуляция
- Культура межличностного общения
- Культура сексуального поведения

Наше здоровье на 52% зависит от ЗОЖ, на 20% - от генетики и экологии и на 8% - от медицинской помощи

Актуальность темы заключается в том, что в современном обществе появилось огромное количество людей, которые хотят изменить свою жизнь к лучшему: похудеть или скорректировать свою фигуру, укрепить здоровье. Но из-за недостаточности знаний по рациональному питанию эти люди наносят серьезный вред своей психике и организму в целом.

Под рациональным питанием понимают правильно подобранный рацион, который отвечает индивидуальным особенностям организма, учитывает характер труда, расовые, половые и возрастные особенности, климатогеографические условия.

Цели и задачи:

- Сравнить особенности питания в разных странах.
- Оценить уровень знаний по вопросам рационального питания студентов ТМК, сформированный на основе собственных установок, семейных традиций и средств массовой информации.

- Оценить уровень мотивации студентов к ведению ЗОЖ после информационно-обучающих занятий по рациональному питанию.

Гипотеза: Рацион питания, составленный с учетом индивидуальных физиологических особенностей организма, позволит сохранить здоровье и работоспособность человека.

Особенности питания в разных странах мира:

Французы любят овощи, фрукты, орехи. С удовольствием едят красное мясо, сливочное масло и соусы, но порции маленькие, обедают не меньше одного часа, смакуя каждый кусочек. Количество приемов пищи – три раза в день. Традиционно предпочитают бокал красного вина за ужином, в неделю хватает двух бутылок на семью из четырех человек. Средняя стоимость продуктов на неделю для семьи среднего достатка из четырех человек – 315 € (21420 руб.)

Среднестатистические американцы натуральные продукты практически не употребляют. В их рационе преобладает фаст-фуд: чипсы, картофель фри, пицца, мясные полуфабрикаты, сладости, газированные напитки. Средняя стоимость продуктов на неделю для семьи из 4 человек – 342 \$ (21888 руб.)

Японцы имеют самую большую продолжительность жизни в мире. Основой рациона являются рис, рыба, морепродукты. Любят традиционную лапшу, сыр тофу, овощи и фрукты, специи. Едят маленькими порциями, количество приемов пищи – чаще 2, реже – 3 раза в день. Средняя стоимость продуктов на неделю для семьи из 4 человек – 317\$ (21239 руб.)

В Монголии предпочитают продукты животного происхождения – мясо и яйца. Много хлебобулочных изделий и пирогов. Овощей и фруктов почти нет. Любят чай. Средняя стоимость продуктов на неделю для семьи из 4 человек – 40 \$ (2560 руб.)

Рацион семьи из Мали (Западная Африка) представлен крупами и овощами. Немного молока для маленьких детей. Средняя стоимость продуктов на неделю для семьи из 15 человек – 26 \$ (1664 руб.)

Особенности питания студентов ТМК:

Нами было проведено анкетирование студентов II курса отделения «Сестринское дело» с последующей обработкой данных» расчёт ИМТ и энергозатрат организма, подсчет калорийности суточного рациона студентов.

Всего было опрошено 24 студента, в возрасте от 16 до 35 лет, из них 21 девушка и 3 юношей. Тверские студенты составили 48%, иногородние 52 %. Готовят пищу сами 60% испытуемых, для 40% готовят родители.

У 69% студентов ИМТ в норме, 27% имеют дефицит веса и 4% - лишний вес.

Энергозатраты испытуемых (по таблице Бенедикта) составили от 1843 до 2358 ккал.

У 27% студентов калорийность суточного рациона в норме, у 46% понижена и у 27% - повышена.

50% респондентов принимают пищу 4 – 5 раз в день, 40% – 2- 3 раза в день, и 10% – 6-8 раз в день.

72% испытуемых едят в столовой ТМК, 20% не едят в колледже и 8% - берут еду из дома.

55% студентов считают свое питание правильным, 40% - частично правильно питаются и 5% - питаются неправильно.

Любимая еда студентов в порядке убывания рейтинга:

1. Жареная курица с картофельным пюре
2. Морепродукты (суши, роллы, салаты) и рыба
3. Выпечка
4. Борщ
5. Гамбургеры и другой фаст-фуд
6. Сладости

Выводы:

1. Взгляды на рациональное питание и пищевые привычки существенно отличаются в разных странах мира.
2. Большинство студентов ТМК имеют нормальный вес, у четверти студентов 2 курса - дефицит веса.
3. Почти у половины студентов понижена суточная калорийность рациона. Только у четверти испытуемых калорийность соответствует их энергозатратам. У оставшейся четверти студентов питание избыточное.
4. Количество приемов пищи варьирует от 2 до 8 раз в сутки, чаще всего едят 4-5 раз в день.
5. Большинство студентов питаются в столовой колледжа. 1/5 не едят в ТМК.
6. Больше половины студентов считают свое питание рациональным
7. Правильное питание имеет индивидуальный характер.
8. Большинство студентов (4/5) отметили усиление мотивации питаться правильно после информационных занятий по рациональному питанию, что подтверждает нашу гипотезу.

Рекомендации по рациональному питанию:

1. Должно соответствовать энерготратам (в условиях города 1400 - 2200 ккал в сутки в настоящее время);
2. Содержать в пище достаточно белков, жиров, углеводов, минеральных веществ и витаминов; за сутки человек должен получать: 60-90гр. белка, 60-80 гр. жира, 300-450гр. углеводов. Соотношение. Б: Ж: У = 1:1:4.

- Животных белков должно быть не менее 60% от всех белков, растительных жиров должно быть 25-30% от всех жиров.
3. Объем пищи вместе с жидкостью для нормального функционирования кишечника должен быть не меньше 2-х литров в сутки.
 4. Продукты должны быть разнообразными, свежими и качественными продуктами. У здоровых людей не может быть «запрещенных» продуктов.
 5. Обстановка во время приёма пищи должна быть спокойная, приятная, красиво оформленная.
 6. На один приём пищи, необходимо затрачивать не меньше 20-30 минут. Есть надо не спеша, хорошо пережёвывая пищу. При наступлении чувства сытости лишнюю еду лучше оставить в тарелке.
 7. При классическом 3-4-х разовом питании, на завтрак должно приходиться 35% калорийности суточного рациона (или 1-ый завтрак – 15%, 2-й завтрак – 20%), на обед -45%, на ужин-15-20% .
Ужинать лучше за один - полтора часа до сна.
 8. Завтрак обязателен, так как он запускает обмен веществ в организме. Завтракать рекомендуется через полчаса - час после пробуждения.

ИСТОРИЯ И ФИЛОСОФИЯ ДРЕВНЕКИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Смирнова Галина, студентка ГБПОУ

«Тверской медицинский колледж»

Руководитель: Стрелков Н. И.

Формирование древнекитайской медицины проходило в период возникновения классового общества в Китае. Основными способами лечения в то время считались молитвы, заговоры и заклинания, а несли элементарные знания о медицине рабы-знахари. Но наряду с мистическими приёмами в медицине постепенно начинают использовать лекарственные растения и некоторые другие средства. Позже в Древнем Китае появляются медики-знахари, происходившие уже из среды свободных людей.

Первые письменные источники по древнекитайской медицине датируются 14 веком до н.э.. Они были найдены археологами в районе государства Инь или Шан, которое существовало в это время в среднем течении реки Хуанхэ. Они представляют собой панцири черепах с описанием болезней языка, зубов, глаз, ушей, кожи - всего 22 вида заболеваний.

Следующий этап в развитии древнекитайской медицины связан с деятельностью первых врачей царства Чжоу. В его летописях 12 века до н.э.

упоминается 50 форм заболеваний желудка и средства их лечения. Сборник законов «Чжоу-ли» этого времени включал описание хирургических заболеваний (абсцессы, опухоли, язвы, раны от стрел, переломы костей) и инфекционных (парша, малярия) и т.д., а также способы их лечения. В сборнике были также приведены сведения о медиках, практикующих при дворе императора: двух диетологах, восьми терапевтах, восьми хирургах, четырёх ветеринарах и двух аптекарях.

Между врачами и знахарями велась непримиримая борьба. В 6 веке до н.э. заболевшего императора лечили знахарь и врач. Правителя сумел исцелить врач, вследствие чего знахарство потерпело поражение. С этого времени начинается этап дворцовой медицины. При правителях начали создаваться медицинские организации с врачами разных специальностей.

В зависимости от успехов врачу присваивалась одна из пяти категорий. Основным критерием квалификации врача было число выздоровевших из ста лечившихся у него больных. Если врач сумел исцелить всю сотню больных, врача относили к первой категории, а излечение половины давало право на пятую категорию.

Наряду с придворными медиками, в исторических сочинениях упоминаются и странствующие целители, которые бродили по стране и имели возможность наблюдать и лечить самые разные болезни, общаться с другими врачами, знакомиться с их опытом и обогащать свои знания.

Именно это обстоятельство позволило выдвинуться из народной среды крупнейшему медику древности - Бань Цуэ. До него в Китае уже было известно свыше ста видов лекарств, существовали такие методы лечения, как иглотерапия, прижигание, массаж, но именно Бань Цуэ обобщил все эти знания и применял все практики в комплексе.

Знания Бань Цуэ, как и всей древнекитайской медицины, основывались на философских представлениях о мире: единая изначальная материя порождает две противоположности: женское - Инь и мужское - Ян, взаимодействие и борьба которых порождают пять стихий: воду, огонь, дерево, металл и землю, из которых возникает всё сущее, включая человека. Стихии находятся в постоянном движении, они порождают и преодолевают друг друга. Нарушение их соотношения вызвало болезнь.

Самым выдающимся достижением китайской медицины стало учение о пульсе. Древнекитайские врачи утверждали, что пульс это непрерывный прилив и отлив крови и жизненных духов. Китайцы признавали 7 наружных и 8 внутренних пульсов. Средним числом у взрослого человека они считали 80 ударов в минуту, у стариков - 76, у детей - 96. Изменения в движении

крови и воздуха приводит к соответствующим изменениям в пульсе, по которому врач и узнает о состоянии организма человека.

Правила исследования пульса были изложены с величайшей подробностью. Например, при исследовании женщин между врачом и пациентками ставилась ширма.

Еще одним замечательным китайским изобретением стала акупунктура или иглоукалывание, которая производилась золотыми, серебряными или стальными иглами различной толщины и формы. Врачу, делающему эту операцию, должны быть известны точки для уколов при каждой болезни, глубина, вид иглы, времени ее нахождения в уколе.

В Китае также была написана одна из первых фармакопей, состоявшая из 4 томов. Данные в ней были систематизированы учениками знаменитого Бань Цуэ. *Книга о лекарствах* описывала 365 растительных лекарств. Позже было добавлено ещё 365 видов лекарств в трех томах. Этот труд о лекарствах под названием *«Мин и бэй лу»* служил основным учебным материалом для народных китайских медиков в течение нескольких веков.

Традиционная медицина, сформировавшаяся еще в Древнем Китае, играет всё более возрастающую роль в современном мире. Изучение её наследия имеет большое значение для развития современной научной медицины.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ АБСЦЕССОВ

Спасова Екатерина, студентка

ГБПОУ «Кимрский медицинский колледж»

Руководитель: Шалонская Н.Е.

Актуальность. На сегодняшний день чрезвычайно серьезную проблему здравоохранения представляют собой постинъекционные абсцессы, которые продолжают сохранять актуальность для здравоохранения в силу социально-экономического медицинского ущерба, причиняемого здоровью человека.

Объект исследования - пациенты, у которых зарегистрированы постинъекционные абсцессы.

Предмет исследования – абсцессы после инъекций.

Целью научно-практической работы является изучение причин абсцессов после инъекций и правил техники безопасности во избежание осложнений.

Задачи:

1. Изучить этиологию постинъекционных абсцессов.
2. Рассмотреть признаки постинъекционных абсцессов, их причины, профилактику и лечение.
3. Провести сравнительный анализ зарегистрированных случаев постинъекционных абсцессов в Кимрском районе за период 2000-2002гг. и с 2015 – 2017 гг.

Гипотеза: за последние 15 лет вследствие улучшения подготовленности персонала, внедрения в практику одноразового инструментария количество постинъекционных абсцессов в Кимрском районе снизилось.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
 - эмпирический – наблюдение;
- сравнительный анализ данных, предоставленных Роспотребнадзором Кимрского района.

Практическая значимость исследования:

Подробное раскрытие материала по данной теме позволит повысить качество сестринской медицинской помощи. Даст возможность своевременно выявлять причины абсцессов после инъекций и соблюдать правила техники безопасности во избежание осложнений.

ЭТИОЛОГИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ АБСЦЕССОВ

Абсцесс - гнойное воспаление мягких тканей с образованием полости, заполненной гноем и ограниченной от окружающих тканей пиогенной оболочкой.

Постинъекционные абсцессы возникают в результате внутримышечного и подкожного введения лекарственных препаратов. В этиологии постинъекционных воспалительных осложнений рассматриваются пути проникновения возбудителей инфекции: первичное (экзогенное) и вторичное (эндогенное) инфицирование.

Экзогенное инфицирование связывают с:

- попаданием возбудителей с кожи в момент ее прокола или по ходу раневого микроканала;
- попаданием микроорганизмов в ткани из камеры шприца (нестерильные шприц или инъекируемый раствор);
- использованием нестерильной инъекционной иглы (применявшейся для

набора препарата, при прикосновении с объектами окружающей среды она становится не стерильной);

- инфицированием нестерильным перевязочным материалом;
- нестерильными руками медперсонала.

Выделяют нарушения, связанные с виной медицинской сестры:

- ✓ наличие у персонала на руках длинных ногтей, маникюра, колец;
- ✓ работа без перчаток;
- ✓ не дезинфицируется место подреза ампул;
- ✓ обработка флаконов, закупоренных под закатку, проводится одним шариком;
- ✓ использование раствора новокаина или стерильной воды в емкостях больше 50 мл;
- ✓ использование нестерильных перевязочных материалов;
- ✓ не контролируются сроки сохранения стерильного инъекционного инструментария, перевязочного материала;
- ✓ сборка инъекционного инструментария проводится руками или пинцетом с нарушением правил асептики;
- ✓ некачественная подготовка инъекционного поля.

Эндогенно с током крови и лимфы:

- ✓ из очага хронической инфекции (кариес, ангина, гнойники в отдалённых органах и тканях);
- ✓ пролежни;
- ✓ аллергическая реакция на инъекции;
- ✓ сниженный иммунитет;

Что чувствует больной, когда развивается абсцесс?

- ✓ Боль при прикосновении или надавливании на месте введения лекарства;
- ✓ сильная болезненность может быть и без прикосновений, что характерно при развившемся большом гнойнике;
- ✓ отмечается припухлость;
- ✓ местное повышение температуры (кожа в больном месте теплее, чем на остальных участках);
- ✓ на месте укола ограниченная гиперемия;
- ✓ флюктуация (отмечается подвижность капсулы).
- ✓ в запущенных случаях – вытекание гноя;
- ✓ аутоиммунные заболевания.

Осложнения

Обычно гной находится в изолированной полости за счет пиогенной оболочки, которая не дает распространиться гною дальше.

Если абсцесс не лечить или лечить неправильно, то эта оболочка

повреждается, может лопнуть. Инфекция попадает в расположенные рядом ткани, в данном случае развивается обширная флегмона, которая со временем осложняется образованием свищей.

При попадании инфекции в кровяное русло может развиваться сепсис (заражению крови), остеомиелит в расположенных рядом костях или некроз мягких тканей.

Профилактика постинъекционного абсцесса

- следует строго соблюдать асептику;
- повторное использование одноразового шприца недопустимо;
- вскрывать упаковку непосредственно перед инъекцией;
- тщательно обрабатывать место спила ампулы или крышку флакона;
- избегать падения инструмента, касания к загрязнённым предметам;
- помещение должно быть чистым;
- введение лекарственных препаратов должно быть плавным;
- длина иглы должна соответствовать толщине подкожной клетчатки;
- необходимо чередовать места введения лекарств;
- инъекции должны быть произведены квалифицированным специалистом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В научно-исследовательской работе изучены причины возникновения постинъекционных абсцессов и правила техники безопасности во избежание осложнений.

Изучена этиология постинъекционных абсцессов, рассматриваются пути проникновения возбудителей инфекции: первичное (экзогенное) и вторичное (эндогенное) инфицирование.

Рассмотрены признаки постинъекционных абсцессов, их причины, профилактика и лечение.

На основании данных, предоставленных Роспотребнадзором Кимрского района, проведен сравнительный анализ зарегистрированных случаев постинъекционных абсцессов в Кимрском районе. Рассмотрена динамика возникновения постинъекционных абсцессов за периоды с 2000 г. по 2002 г. и с 2015 г. по 2017 г.

Из результатов анализа следует, что в целом за рассматриваемый период количество постинъекционных абсцессов в Кимрском районе сократилось, что, по-видимому, явилось следствием повышения уровня подготовленности персонала, совершенствования техники инъекций и инъекционного инструментария, усиления контроля соблюдения асептики при выполнении инъекций.

Для сокращения количества постинъекционных осложнений необходимо:

- строжайшее соблюдение СанПиН 2.1.3.2630 – 10;
- соблюдение техники инъекций, перед использованием шприцев, игл, расходных материалов обращать пристальное внимание на дату изготовления и сроки годности, целостность упаковки. Хранить упаковки в чистом, защищённом от пыли месте;
- обеспечить доступность населения к бесплатному медицинскому обслуживанию: инъекции должен делать специально обученный персонал.

Резюмируя вышеизложенное, необходимо отметить, что все поставленные перед данной работой задачи решены, а, следовательно, цель научно-практической работы - изучение причин абсцессов после инъекций и правил техники безопасности во избежание осложнения - достигнута.

РЕОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПОСЛЕ ВЫХОДА НА ПЕНСИЮ

Судакова Анастасия, Иванова Александра, студентки

ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

Руководитель – Кулакова О.В.

Пенсионный возраст — возраст гражданина, установленный государством, по достижении которого он может претендовать на получение пенсии по старости. Достигнув пенсионного возраста, гражданин превращается из плательщика пенсионных взносов налогов в получателя пенсионных выплат из пенсионного фонда.

Период зрелости от следующего возрастного рубежа отделяет уход на пенсию. В психологии этот момент обозначается как кризис ухода на пенсию. Особенно остро он проходит тогда, когда пенсионный возраст совпадает с окончанием профессиональной деятельности. До выхода на пенсию вроде бы все определено, у человека есть работа, известный круг обязанностей. И вдруг исчезают многолетние опоры и возникает необходимость пересмотреть смысл жизни. Еще страшнее, когда для человека работа была самой большой ценностью.

Изменение социального статуса человека в старости, как показывает практика, негативно сказывается, прежде всего, на его моральном и материальном положении, отрицательно влияет на психическое состояние, снижает его сопротивляемость к заболеваниям и адаптацию к изменениям окружающей среды. У человека с переходом в категорию пожилых людей,

пенсионеров зачастую коренным образом изменяются не только взаимоотношения с обществом, но и такие ценностные ориентиры, как смысл жизни, счастье, добро, зло и др. Меняется и сам образ жизни, распорядок дня, круг общения.

Для социального работника чрезвычайно важное значение имеет также целый ряд факторов социального и психологического характера, связанных с образом и уровнем жизни пожилых людей, их положением в семье, возможностью и желанием трудиться, состоянием здоровья, социально-бытовыми условиями и другие аспекты.

Что собой представляет реабилитация пожилых людей и почему она так важна?

Когда мы слышим слово «реабилитация», мы в первую очередь думаем о восстановлении после травм и операций. Само понятие «реабилитация пожилых» у многих вызывает недоумение: о какой восстановительной терапии может идти речь, ведь время невозможно повернуть вспять? Это большая ошибка. Реабилитация пожилых — масштабное направление в современной реабилитологии. При помощи своевременных и грамотных мер можно вернуть людям старшего возраста хорошее самочувствие, восстановить многие функции организма и, в конечном итоге, значительно улучшить качество их жизни.

Социально-психологическая реабилитация подразумевает обретение пожилым человеком устойчивости, гармоничности, бодрости. Социально-психологический аспект реабилитации направлен на то, чтобы максимально задействовать все сохранившиеся ресурсы личности, для реализации реабилитационной задачи, направлять, корректировать, оптимизировать личность на пути достижения поставленных реабилитационных целей.

Психологическая реабилитация пожилых людей

Оптимизм и хорошее настроение — важнейшие условия успешной реабилитации. Психологическая работа с пожилыми направлена на то, чтобы пробудить у пациента интерес к жизни, позволить ему достичь покоя и внутренней гармонии. Для повышения стрессоустойчивости, улучшения памяти, настроения и внимания используются самые разнообразные методы — от арт-терапии и сеансов релаксации до лечения ароматами и травами. Проводятся сеансы психотерапии, как индивидуальной, так и групповой, а в случае необходимости применяются и медикаменты. Результат комплексного применения этих методов — улучшение мыслительных процессов и памяти, повышение самооценки и настроения.

Т.к. значительную роль в психологической реабилитации лиц пожилого возраста играет общение. На базе этого, мы решили предложить свой метод

реабилитации для пожилых людей. Он заключается в том, чтобы пенсионеры несколько раз в неделю посещали психолога, который будет с ними беседовать на различную тематику.

Социальная реабилитация пожилых людей

Она представляет собой комплекс социально-экономических, медицинских, юридических, профессиональных и других мер, направленных на обеспечение необходимых условий и возвращение этих групп населения к полноценной жизни в обществе. И на основе этого, мы предлагаем свой метод реабилитации:

1. С целью возвращения частично или полностью утраченных возможностей и функций организма в рамках медицинской реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста, можно открыть гериатрический центр, в котором можно применить различные восстановительные программы, например:

Лечебная гимнастика и физиотерапия:

Специалисты данной программы будут заниматься с пациентами упражнениями, направленными на поддержание гибкости суставов, предотвращению атрофии мышц, нормализацию кровообращения и обмен веществ, а так же снятию болевого синдрома, отечности тканей, воспалительных процессов.

Сеансы массажа:

Это универсальная методика, которая применима на всех этапах реабилитации лиц пожилого возраста. В частности, данная процедура показана инвалидам и лежачим пациентам.

Диетическая система:

Специалисты данной программы помогут составить индивидуальный план питания для лиц пожилого возраста, направленный на ускорение метаболических процессов в организме и обеспечение его необходимым количеством витаминов и минералов.

Гериатрический центр должен состоять из специалистов медицинского профиля, необходимо организовать группы по направлениям, в связи с той или иной жалобой у пациента (или на основании обследования). Если проводить занятия, то они должны быть не более 40 минут, а группа состоять из 10-12 человек.

2. Один из способов социализировать пожилого родственника помочь ему избавиться от постоянного чувства одиночества — научить его пользоваться компьютером и интернетом, помогут курсы компьютерной грамотности для пенсионеров. Они будут включать в себя ряд занятий, на которых пенсионер познаёт компьютер и может общаться со своими

родственниками даже на большом расстоянии . Занятия проводятся в мини группах по 2-3 человека два раза в неделю , продолжительностью 45 минут.

3. Одна из основных разновидностей досуга для пенсионеров - рукоделие. Наряду с такими привычными видами «хэндмэйда», как вязание крючком и вышивание, представлены и довольно модные и интересные направления. Поэтому мы решили предложить открыть курсы для пенсионеров по декупажу, флористике, валянию из войлока, лоскутному шитью, созданию украшений и аксессуаров из разных материалов. Группа будет состоят из 10 человек, работа будет проходить в паре ,а занятия будут длиться не более одного часа. А благодаря, своим работам они смогут организовывать выставки, и так даже зарабатывать, продавая свои изделия.

4. Самое дорогое из удовольствий – это человеческое общение. Его постоянно не хватает. Семья, дети, работа, бесконечные обязанности не оставляют времени на общение с друзьями. С получением статуса пенсионера многие обретают столь желанное свободное время. Теперь можно заняться собой и реализацией своих увлечений. Для любителей почитать, мы решили предложить создать клуб читателей, который будет располагаться в библиотеках. Там пенсионеры за чашечкой чая смогут обсуждать прочитанные ими книги, делится впечатлениями и просто хорошо проводить время. Сбор клуба будет проводиться один раз в неделю, количество членов клуба не ограничено и время проведения тоже.

ДОРОГИ, КОТОРЫЕ МЫ ВЫБИРАЕМ

Титова Валерия, студентка

ГБПОУ «Вышневолоцкий медицинский колледж»

Руководитель: Долгова О.Н.

*Дороги жизни и судьбы...
Как тропы счастья и печали...
О, если б знать мы их могли,
То не свернули бы "вначале"!*

Состояние здоровья подрастающего поколения – важнейший показатель благополучия общества и государства, отражающий не только настоящую ситуацию, но и дающий точный прогноз на будущее. Трудовые ресурсы страны, ее безопасность, политическая стабильность, экономическое благополучие и морально-нравственный уровень населения непосредственно зависят от состояния здоровья детей, подростков, молодежи.

Дорога – это наша жизнь! Жизнь, как дорога, может быть то прямой и ровной, то ухабистой, то, как твердь, а то, как болото... Она может быть широкой и постоянной, а может разбежаться на множество тропинок...

И порою в жизни, как в сказке, мы стоим на распутье и ...должны выбирать.

Ежедневно, ежечасно
Выбираем в жизни путь,
Среди множества соблазнов
О здоровье не забудь!
День начать с зарядки, бега
Или с боли головной?
Теннис, в руки взять ракетку-
Иль из пачки сигаретку?
Выбор только за тобой!
Вести мяч к воротам смело,
Чтоб друзья кричали: «Гол!».
Или втихоря в подъезде
Жалобно просить «Укол»
Выбор только за тобой!

Встать на лыжи и среди елей
По лыжне катиться вдаль.
Или корчиться в постели
От ужасного похмелья...
Выбор только за тобой!
Представляешь две дорожки:
Водную – и ты – пловец крутой!
И смертельная – вторая -
С веселящей наркотой...
Выбор только за тобой!
Посмотри на солнце, небо,
На природы чудеса...
Выбрать можно что угодно,
Только помни – ЖИЗНЬ ОДНА!!!

СТОИТ ЛИ СТАНОВИТЬСЯ РАБОМ МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА?

Чемерова Надежда, студентка
ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
Руководитель: **Виткаускене Н.В.**

Сотовый телефон, как и другие технологические устройства, прочно вошел в нашу жизнь. С ним удобно. *Без телефона, как без рук.*

Телефон постоянно находится рядом с нами: висит на ремне брюк или на груди, лежит в кармане или на рабочем столе, даже ложась спать, кладём его рядом с собой. А он, даже выключенный, постоянно находится в режиме поиска передающей станции, т.е. через каждые 10 – 20 секунд на него приходит импульс сверхвысокочастотного диапазона радиоволн.

Производители телефонов заявляют, что мобильные телефоны *абсолютно безвредны для организма человека.*

Но во многих странах, в том числе и в России, проводятся исследования по изучению влияния *электромагнитных волн* мобильного телефона и учёные утверждают, что сотовая связь несёт реальную угрозу для здоровья и жизни человека.

Во-первых, как к наркотическому веществу, происходит незаметное привыкание организма к электромагнитному излучению мобильных телефонов.

Электромагнитное излучение мобильных устройствах, не обладает ионизирующим свойством, НО: повышает местную температуру живых тканей не только снаружи, но и внутри, и, на фоне видимого здоровья, *приводит к микромутациям на молекулярном уровне*, которые способны передаваться потомству. "Плоды" будут пожинать наши потомки.

В 2012 году в докладе Федерального ведомства Швейцарии по охране окружающей среды, был четко прописан *феномен электромагнитной гиперчувствительности*, выразившийся в снижении работоспособности, сонливости, раздражительности, нервозности и нарушениях сна у людей, пользующихся мобильными телефонами.

Опыты на лягушках показали, что они, помещенные в электромагнитное поле всего на 10 минут, умирали от остановки сердца, а у выживших отмечалась брадикардия. У крыс радиация приводила ещё и к повреждению сосудов и гибели нейронов головного мозга.

Прямых доказательств связи рака головного мозга и мобильных телефонов нет, *но по данным госпиталей Новой Зеландии и Швеции* был отмечен небывалый рост опухолей данной локализации в последние 20 лет, *при отсутствии* других достоверных экологических факторов в качестве предпосылок такого роста: в Шведских больницах число больных выросло с 2007 по 2013 год на 4,5%.

При длительном разговоре, как уже говорилось, увеличивается температура уха и прилегающих тканей, а также головного мозга. Поэтому может возникать шум в ушах, головокружение, несильные головные боли, притупление слуха *в более раннем возрасте*.

Венгерскими учёными было выявлено, что излучения от телефона у мужчин ухудшают качество и количество сперматозоидов. Накопление мутаций в женской яйцеклетке увеличивает риск появления ребёнка с врождёнными пороками.

Наиболее чувствительным к воздействию излучения является растущий организм, а именно дети и плод в период беременности.

Электромагнитное излучение приводит к тому, что половина наших микробов, с которыми наш организм продуктивно живёт в симбиозе,

погибает, а половина мутирует. Результат: развитие кишечных инфекций различной этиологии, возникновение дисбактериоза, грибковых инфекций, нарушение пищеварения и многих других заболеваний.

Исследования в Израиле, показали, что любители частых и продолжительных разговоров по мобильному телефону, SMS - сообщений и мобильных игрушек рискуют сильно снизить остроту своего зрения, подвергают себя большому риску развития катаракты.

Наибольшему воздействию электромагнитных волн подвергаются пользователи, которые разговаривают по телефону в поезде, автомобиле, в вагоне метро, из загородных местностей (дач) так как *мощность передатчика автоматически повышается до максимальной величины*, чтобы связаться с базовой станцией, которой поблизости не наблюдается.

После обработки анкетных данных студентов Тверского медицинского колледжа были выяснены следующие не очень утешительные данные:

- все 100% опрошенных студентов ТМК *знают* о вредном влиянии мобильного телефона на здоровье;
- 81,5% отмечают тот или иной дискомфорт после длительного общения по «мобильнику»: беспричинную усталость, раздражительность, сонливость, головокружение, головную боль;
- 20,5% разговаривают более 6 часов в сутки, а 34,0% - *постоянно* в течение суток;
- 51,6% делают за сутки *от 40 до 200* SMS – сообщений;
- у 12,5% игры занимают более 6 часов;
- *Итоги анкетирования показали, что мобильный телефон всё прочнее входит в нашу жизнь, и не следует отказываться от этого модного и удобного технического достижения. Просто не стоит впадать в крайности, и становиться рабами мобильного телефона. Не позволять мобильному телефону делать свою жизнь зависимой от него. И можно защитить своё здоровье, следуя рекомендациям:*
- разговаривать не более 3 минут с перерывами между звонками не менее 15 минут;
- воздержаться от частого использования мобильного аппарата беременным женщинам, несовершеннолетним детям;
- не носить сотовый телефон на груди, поясе, в нагрудном (или внутреннем) кармане, кармане брюк, лучше держать в сумке;
- в условиях неустойчивого приема ограничить или вовсе отказаться от длительных разговоров;
- не класть мобильные телефоны рядом с тем местом, где вы спите;

- не пользоваться мобильным телефоном за рулём.

Безопасность – прежде всего! Поэтому в наших силах стать примером в стремлении к здоровому образу жизни и пропаганде его среди молодежи.

**«СОВРЕМЕННЫЙ УРОК В КОЛЛЕДЖЕ:
ОПЫТ, ТРАДИЦИИ, НОВАТОРСТВО»**

(ИТОГИ РАБОТЫ СЕКЦИИ «ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ»)

*III Областной смотр – конкурс учебно - методических разработок преподавателей
медицинских профессиональных образовательных организаций Тверской области*

Очный этап – презентация методической разработки

Номинации:

1. «Лучший учебно-методический комплекс»
2. «Лучшее учебно-методическое пособие для студентов»
3. «Лучшая методическая разработка занятия»

№ п/п	ФИО участника	Название методразработки	Образовательное учреждение
Номинация		«Лучшая методическая разработка занятия»	
1.	Зинкова Валентина Васильевна	УМР практического занятия по теме «Калининская область в годы Великой Отечественной войны»	ГБПОУ «Кимрский медицинский колледж»
2.	Шалонская Надежда Евгеньевна	УМР практического занятия по теме «Методы простейшей физиотерапии»	ГБПОУ «Кимрский медицинский колледж»
3.	Крылова Екатерина Сергеевна	УМР практического занятия по теме «Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии»	ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
4.	Романова Галина Викторовна	УМР лабораторного занятия по теме «Химические свойства альдегидов»	ГБПОУ «Вышневолоцкий медицинский колледж»
5.	Рыбина Нина Гавриловна	УМР открытого урока - военно-спортивного конкурса «А ну-ка парни!»	ГБПОУ «Вышневолоцкий медицинский колледж»
6.	Мирошниченко Лариса Александровна	УМР практического занятия «Осуществление сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребностей пациента в осуществлении физиологических отправлениях. Обучение пациента (членов его семьи) уходу за уретральным катетером и пользованию	ГБПОУ «Вышневолоцкий медицинский колледж»

		мочеприемником».	
7.	Лабудина Надежда Владимировна	УМР практического занятия с использованием кейс-технологии «Объемы тел вращения»	ГБПОУ «Бежецкий медицинский колледж»
8.	Белякова Ирина Борисовна	УМР практического занятия по дисциплине «Немецкий язык» «Кровь. Составные части крови»	ГБПОУ «Кашинский медицинский колледж»
9.	Чеховская Наталья Владимировна	УМР практического занятия «Потребность пациента в нормальном дыхании»	ГБПОУ «Кашинский медицинский колледж»
10.	Шеренкова Яна Николаевна	УМР практического занятия «Медикаментозное лечение в сестринской практике»	ГБПОУ «Кашинский медицинский колледж»
11.	Назарова Ольга Сергеевна	УМР практического занятия по математике «Взаимное расположение прямых в пространстве»	ГБПОУ «Кашинский медицинский колледж»
12.	Ларионова Ольга Сергеевна	УМР практического занятия по дисциплине «Английский язык» «Скелет человека»	ГБПОУ «Кашинский медицинский колледж»
13.	Соколова Наталья Александровна	УМР блока теоретических и практических занятий по теме «Система крови»	ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
14.	Леонова Галина Гаяновна	УМР практического занятия по ПМ 04. «Методы простейшей физиотерапии»	ГБПОУ «Кимрский медицинский колледж»
Номинация		«Лучшее учебно-методическое пособие для студентов»	
1.	Талалаева Ирина Александровна	Методическое пособие для студентов «Помповая инсулинотерапия»	ГБПОУ «Кимрский медицинский колледж»
2.	Драгуне Наталья Николаевна	Методическое пособие для студентов «Общие фонетические правила немецкого языка»	ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
3.	Жукова Светлана Александровна	Методическое пособие для отработки теоретических и практических навыков студентов «Основы права»	ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
4.	Савина Оксана Валентиновна	Методическое пособие для студентов «Сестринский процесс при нарушении потребности поддерживать температуру тела»	ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
5.	Авторский коллектив преподавателей клинических дисциплин	Методическое пособие для студентов «Перечень лекарственных препаратов, рекомендованных для изучения профессиональных модулей ОПОП» (сост. Барбакова Е.С., Блохина Т.А., Кулакова О.В., Покровская И.В., Стрельцова С.И.)	ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
6.	Щетинкина Людмила	Методическое пособие для студентов «Технология выполнения	ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»

	Александровна	простых медицинских услуг»	
7.	Хамидуллина Зухра Джиганшановна	Методическое пособие для преподавателей по контролю качества лекарственных средств «Фармакопейный анализ кофеина-бензоата натрия. Идентификация неизвестного препарата, производного пурина».	ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
8.	Рассолова Антонина Анатольевна	Методическое пособие для преподавателей и студентов для проведения практических занятий по теме «Водные извлечения из лекарственного растительного сырья»	ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
9.	Стрелков Николай Иванович	Методические рекомендации для студентов по изучению курса истории отечества	ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
Номинация		«Лучший учебно-методический комплекс»	
1.	Хренова Анастасия Александровна	УМК дисциплины «Анатомия и физиология человека»	ГБПОУ «Кимрский медицинский колледж»
2.	Туровцева Елена Васильевна	УМК дисциплины «Гигиена и экология человека»	ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
Итого: 25 участников		По номинациям: «Лучшая методическая разработка занятия» - 14 участников «Лучшее учебно-методическое пособие для студентов» - 9 участников «Лучший учебно-методический комплекс» - 2 участника	

ИТОГИ КОНКУРСА

Конкурсная Комиссия провела экспертную оценку учебно – методических комплексов (УМК), учебно – методических пособий для студентов и методических разработок занятий согласно критериям, заявленным в Положении о конкурсе.

Заключение Конкурсной Комиссии:

Место	ФИО преподавателя	Образовательное учреждение
Номинация «Лучший учебно – методический комплекс»		
1 место	Туровцева Елена Васильевна	ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
2 место	Хренова Анастасия Александровна	ГБПОУ «Кимрский медицинский колледж»
Номинация «Лучшее учебно – методическое пособие»		
1 место	Талалаева Ирина Александровна	ГБПОУ «Кимрский медицинский колледж»
2 место	Драгуне Наталия Николаевна	ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
2 место	Савина	ГБПОУ «Тверской

	Оксана Валентиновна	медицинский колледж»
3 место	Жукова Светлана Александровна	ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
3 место	Хамидуллина Зухра Джиганшановна	ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
Номинация «Лучшая методическая разработка занятия»		
1 место	Зинкова Валентина Васильевна	ГБПОУ «Кимрский медицинский колледж»
2 место	Крылова Екатерина Сергеевна	ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
2 место	Ларионова Ольга Сергеевна	ГБПОУ «Кашинский медицинский колледж»
3 место	Мирошниченко Лариса Александровна	ГБПОУ «Вышневолоцкий медицинский колледж»
3 место	Соколова Наталья Александровна	ГБПОУ «Тверской медицинский колледж»
3 место	Белякова Ирина Борисовна	ГБПОУ «Кашинский медицинский колледж»

ГБПОУ «Тверской медицинский колледж», 2018