



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

"ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО"

УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "МАЛАЯ АКАДЕМИЯ НАУК УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ"

СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

III МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ "ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ"



14 МАРТА 2020

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

**III Международной научно-практической
конференции**

«Основы первой помощи»

(14 марта 2020 года)

г. Донецк

Сборник материалов III Международной научно-практической конференции «Основы первой помощи» (14 марта 2020 года): – Донецк: «ДонНМУ им.М.Горького»/«ДОНМАН», 2020. – 328 с.

В сборнике представлены тезисы участников Международной научно-практической конференции учащейся и студенческой молодежи «Основы первой помощи». По данным Всемирной организации здравоохранения 20 из 100 погибших в результате несчастных случаев могли быть спасены, если бы помощь им оказали своевременно. Важность фактора времени подчеркивается хотя бы тем, что среди лиц, получивших первую помощь в течение 30 минут после травмы, осложнения возникают в 2 раза реже, чем у лиц, которым этот вид помощи был оказан позже. Оказание первой доврачебной помощи чрезвычайно актуально для Донецкого региона в связи с военными действиями, высокотравматичными угольной и металлургической промышленностью. Тематика тезисов и алгоритмов разнообразна и охватывает как самые простые и в то же время наиболее ценные приёмы сердечно-легочной реанимации и остановки кровотечений, так и интересные случаи оказания первой помощи при травме глаз, аллергических реакциях, а также в акушерской практике.

Рецензенты:

Дубовая Анна Валерьевна – д.мед.н., профессор кафедры педиатрии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Стрельченко Юрий Игоревич – научный консультант Совета Молодых Учёных, к.мед.н., доцент кафедры патологической физиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Склянная Елена Валериевна – к.мед.н., доцент кафедры госпитальной терапии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Балацкий Евгений Романович – д.мед.н., доцент кафедры общей хирургии №2 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

ПАРТНЕРЫ МЕРОПРИЯТИЯ



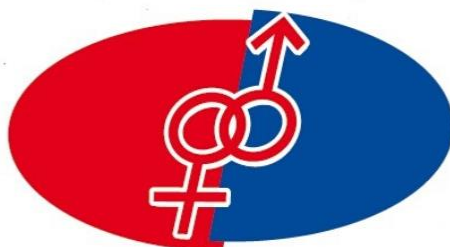
Био-лайн

Центр лабораторной медицины



ДИАГНОСТИК ПАСТЕР

медицинская лаборатория с безупречной репутацией



Семь+Я





Президиум конференции

Игнатенко Григорий Анатольевич – председатель президиума. Ректор ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, д.мед.н., профессор, член-корреспондент НАМНУ, председатель высшей аттестационной комиссии МОН ДНР, Герой Труда Донецкой Народной Республики.

Ластков Дмитрий Олегович – проректор по научной работе, д.мед.н., профессор. заведующий кафедрой гигиены и экологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Зубков Владимир Александрович – врио директора учреждения дополнительного образования «Донецкая Республиканская Малая Академия Наук учащейся молодежи».

Дубовая Анна Валерьевна – д.мед.н., профессор кафедры педиатрии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Стрельченко Юрий Игоревич – научный консультант Совета Молодых Учёных, к.мед.н., доцент кафедры патологической физиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Склянная Елена Валериевна – к.мед.н., доцент кафедры госпитальной терапии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Балацкий Евгений Романович – д.мед.н., доцент кафедры общей хирургии №2 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Советов Валентин Юрьевич – врач хирург высшей категории, инструктор курсов BLSprovider, BLSinstructor, ALSи ILSprovider.

Шеменева Анастасия Сергеевна – председатель профкома студентов, ассистент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Алесинский Михаил Мигранович – ассистент кафедры фармакологии и клинической фармакологии им. проф. И.В.Комиссарова ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.



Оргкомитет конференции:

Ежов Денис Андреевич – председатель Оргкомитета.

Воробьева Елизавета Сергеевна – заместитель председателя Оргкомитета, руководитель площадки «Первая помощь».

Абрамова Юлия Геннадиевна – заместитель председателя Оргкомитета.

Пшеничный Богдан Сергеевич – заместитель руководителя площадки «Первая помощь», гримёр.

Архипова Ксения Дмитриевна – руководитель площадки «Правильное питание».

Козырь Татьяна Александровна – руководитель площадки «Здоровый образ жизни».

Мартынова Маргарита Александровна – руководитель площадки «Школа молодых учёных».

Зиаур Соня-Табассум Рахман – руководитель площадки «Регистрация».

Редакционная коллегия:

Зубков Владимир Александрович – вриодиректора учреждения дополнительного образования «Донецкая Республиканская Малая Академия Наук учащейся молодёжи», главный редактор.

Ежов Денис Андреевич – студент 4 курса, 1 лечебный факультет; заместитель председателя Совета Молодых Учёных, технический редактор.

Воробьева Елизавета Сергеевна – студентка 4 курса, медико-фармацевтический факультет; фельдшер общепрофильной бригады ОСП ССМП г.Донецка РЦЭМП и МК, технический редактор.

Игнатенко Светлана Анатольевна – методист учреждения дополнительного образования «Донецкая Республиканская Малая Академия Наук учащейся молодёжи», научный редактор.

Сыромятникова Светлана Николаевна – заместитель директора учреждения дополнительного образования «Донецкая Республиканская Малая Академия Наук учащейся молодёжи», секретарь редколлегии.

Пшеничный Богдан Сергеевич – студент 5 курса, педиатрический факультет, корректор.

Советов Валентин Юрьевич – врач хирург высшей категории, инструктор курсов BLSprovider, BLSinstructor, ALSи ILSprovider, обработка тезисов.

Шевченко Виктория Владимировна – ординатор кафедры неврологии и мед.генетики, член Совета Молодых Ученых, обработка тезисов.

Ответственные за выпуск:

Зубков В.А., Ежов Д.А., Воробьева Е.С.



Выражаю благодарность организаторам данного мероприятия – оргкомитету и Совету Молодых Учёных и студентов за колоссальный труд и прекрасную организацию конференции.

Несомненно, подобные мероприятия имеют большую значимость и важность, так как именно они направлены на актуализацию такой важной темы как первая помощь, ведь в наше нелегкое время крайне необходимо знать навыки оказания первой помощи. И вот уже третий год подряд в стенах Донецкого национального медицинского университета им М. Горького проводится научно-практическая конференция Основы первой помощи.

Целью конференции было не только продемонстрировать теоретические аспекты оказания первой помощи, но и практически научить население оказывать первую помощь.

Отдельно стоит отметить труды учащихся общеобразовательных организаций, студентов, преподавателей, работы которых опубликованы в данном сборнике. В этом году наша Конференция вышла на новый уровень и приняла статус Международной. В сборнике публикуются работы из стран ближнего зарубежья, что, несомненно, является отличным показателем и говорит о значимости темы первой помощи не только среди жителей Донецкой Народной Республики.

Еще раз хочу поблагодарить организаторов за проделанную работу, очень приятно осознавать, что в нашем Университете трудятся такие талантливые и творческие люди, которые на высоком уровне могут организовывать и проводить данные мероприятия.

С уважением, Игнатенко Григорий Анатольевич –ректор Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, д.мед.н., профессор, член-корр. НАМНУ, герой труда ДНР.



Сборник материалов III Международной научно-практической конференции «Основы первой помощи»

Уважаемые коллеги, дорогие наши участники!

Вот и подошла к концу наша очередная совместная с медицинским университетом работа. Впервые наша Конференция стала международной, ведь в ней приняли участие представители Луганской Народной Республики, Республики Беларусь, Приднестровской Молдавской Республики, Российской Федерации. Надеюсь, Конференция позволит специалистам и молодым участникам обменяться мнением, опытом и идеями в сфере оказания первой помощи, направленной на укрепление здоровья. Ведь у нас одна общая цель – повысить качество оказания первой помощи.

Искренне благодарю Ежова Дениса Андреевича и весь коллектив Совета Молодых Учёных Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького за отличную организацию мероприятия. Понимаю, насколько непросто процесс организации конференции. Желаю организаторам и всем участникам конференции творческих успехов, дальнейшей плодотворной научной работы.

Всем — спасибо! Надеюсь, наши общие усилия возымеют добрые плоды. С нетерпением ждем вас и ваших младших товарищей в стенах нашей Академии.

*С уважением, Зубков Владимир Александрович –врио директора Учреждения
дополнительного образования «Донецкая Республиканская Малая Академия
Наук учащейся молодежи»*



14 марта 2020 года в стенах государственной образовательной организации высшего профессионального образования Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького прошла III научно-практическая конференция «Основы первой помощи». В этом году она приобрела статус Международной. Нами были приняты работы не только из Донецкой и Луганской Народных Республик, но и из Российской Федерации, Беларуси и Приднестровья.

Одним из новаторств было создание сайта с полным информационным обеспечением конференции для удобства участников. Также была введена система личного кабинета, где каждый подавший заявку, смог проследить за статусом своей работы.

Впервые был организован мастер-класс по оказанию помощи при чрезвычайных ситуациях и несчастных случаях, который включил в себя поражение электрическим током, дорожно-транспортное происшествие и огнестрельное ранение. Всем пострадавшим был наложен профессиональный грим для максимального приближения к реальным условиям. В оказании помощи участвовали не только студенты, но и преподаватели, что только подтвердило высокий уровень подготовки кадров в нашем университете.

Еще одним нововведением стал публичный опрос для оценки качества проведения и общего впечатления о конференции. Также был открыт прием предложений и пожеланий для проведения подобного мероприятия в будущем году.

Благодаря тесному сотрудничеству со спонсорами, наша конференция была полностью обеспечена всем необходимым материально-техническим оборудованием и информационным материалом.

Мы благодарим всех за участие и ждем Вас в следующем году!

С уважением, Оргкомитет конференции!

СЕКЦИЯ "ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ"





Ахметдинова С.С.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ

Научный руководитель: *Черкун Л.И.*,

МОУ «Школа № 100 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Современный мир стремительно развивается. Человек изобретает все более новые и усовершенствованные методы передвижения по воде. В связи с этим вырастает риск несчастных случаев, определенный процент которых, к сожалению, заканчивается летальным исходом. Поэтому эта тема очень актуальна в наши дни.

Причины возникновения неотложного состояния. По статистике, в мире умирают от 320 тысяч людей от утоплений. Чаще всего от утоплений страдают дети, мужчины и люди, взаимодействующие с водой. Очень часто люди, не зная правил поведения на воде, попадают в плачевные ситуации. А правила достаточно просты:

1. Купание только в строго отведенных местах.
2. Запрет ныряния в незнакомых водоемах.
3. Запрет заплыва за буйки.
4. Не подплывать близко к судам.
5. Не тянуть за руки и ноги во время купания и игр на воде.
6. Не умеющим плавать разрешено купаться только в строго отведенных местах, с глубиной не выше 1,2 метров.

Поэтому **цель моей работы:** научиться основным приемам оказания первой медицинской помощи при утоплении.

Первая медицинская помощь-это комплекс экстренных мер, оказываемых человеку, попавшему в чрезвычайную ситуацию или человеку, внезапно заболевшему и нуждающемуся в помощи.

Утопление – это вид механического удушья, в результате которого, легкие наполняются водой. Так же это распространенная причина летального исхода, стоящая на третьем месте в числе смертности в мире.

Различают 3 вида утопления: истинный, ложный и синкопальный.

1. Истинный («мокрый») – тот случай, когда в легкие и дыхательные пути попадает большое количество воды. В среднем встречается в 20% случаев. Делая большие вдохи, заглатывает воду, которая переполняет желудок, что способствует увеличению массы тела. В это время начинается кислородное голодание-гипоксия. Термин «мокрый», закрепился потому, что во внутренних органах обнаруживают воду.

2. Ложный («асфиктический», «сухой», «спастический») – вид утопления характеризуется спазмом дыхательных путей, в результате чего происходит удушье от недостатка воздуха. При попадании воды или жидкости в дыхательные пути происходит внезапное непроизвольное сокращение мускулатуры гортани – ларингоспазм, что приводит к гипоксии. При



асфиктическом утоплении кожные покровы имеют не такую синюю окраску, как при истинном утоплении. Этот вид утопления считается наиболее частым и встречается примерно в 35% случаев.

3. Синкопальный («рефлекторный») – от слова «синкопе» – обморок, определяется первичная рефлекторная остановка сердца и дыхания из-за попадания малейшего количества воды в верхние дыхательные пути. В отличие от первых двух типов, в которых определяется синюшность из-за дыхательной недостаточности, при этом утоплении, кожа становится бледной в связи с выраженным спазмом периферических сосудов.

Алгоритм оказания первой помощи при утоплении:

Для начала нужно вытащить пострадавшего из воды за волосы, руку, голову или другую любую часть тела. Вызвать скорую помощь.

Далее перевернуть человека на живот на согнутое колено так, чтобы голова свисала вниз и несколько раз надавить на спину. Это очистит легкие от воды. В настоящее время можно не переворачивать пострадавшего на колено.

Затем нужно очистить рот и носовую полость от скопления ила либо песка. Далее следует вызвать рвотный рефлекс и стимулировать дыхание, путем надавливания круговыми движениями на корень языка двумя пальцами. Необходимо вызывать рвоту, пока из легких, желудка и системного кровотока не выйдут остатки жидкости. Это позволит избежать многих осложнений. Далее в течение 5-10 минут следует надавливать на корень языка, чтобы избавиться от остатка воды. Чтобы ускорить этот процесс, необходимо пошлепывать пострадавшего руками по спине, кроме того, во время выдоха разрешено сильно сжать грудную клетку пострадавшего.

Потом перевернуть на бок, согнув ему колени, дать откашляться после пережитой гипоксии клеток головного мозга. Кожа постепенно приобретает естественную окраску. После следует пострадавшего перевернуть на спину и провести ряд реанимационных мероприятий. Воспользовавшись методикой искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.

Можно сделать **выводы** о том, что утопление – это частая причина случайной смерти, особенно у молодежи. Быстрое и безопасное извлечение человека из воды, а также проведение мероприятий, поддерживающих его основные жизненные функции – это залог успеха. Я проводила беседы среди обучающихся 6 классов и показывала на кукле приёмы оказания первой помощи при утоплении. Пострадавших с тяжелыми нарушениями необходимо доставить в ближайшую больницу. И помните, самое дорогое у человека – это его жизнь!



Ежов Д.А., Куркурин К.К.

ОСТРОЕ ОТРАВЛЕНИЕ ЭТАНОЛОМ

Научный руководитель: *Стрельченко Ю.И.*,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г.Донецк, ДНР

Актуальность. Алкогольные отравления в течение многих лет занимают ведущее место среди бытовых отравлений в нашей стране по абсолютному числу летальных исходов: более 60 % всех смертельных отравлений обусловлено этой патологией. Около 98 % летальных исходов наступает до оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, и лишь 1–2 % больных погибают в медицинских учреждениях. По данным лаборатории медицинской демографии г. Москвы (1991–1995 гг.), 35 % трудоспособных мужчин, умерших внезапно, находились в состоянии алкогольного опьянения, из них в 38 % случаев непосредственной причиной смерти признано острое отравление этиловым спиртом.

Среди госпитализированных около 90 % составляют больные хроническим алкоголизмом. Подавляющее большинство случайных отравлений (16–20 % всех отравлений) происходит на фоне алкогольного опьянения. Длительный и неумеренный прием алкоголя ведет к развитию хронического алкоголизма. Профилактикой и лечением хронического алкоголизма занимаются психиатры, поскольку основным проявлением этого заболевания служат расстройства психики.

Интенсивная терапия. Интенсивная терапия должна быть направлена, прежде всего, на борьбу с отеком головного мозга, нарушениями дыхания и кровообращения, расстройствами водно-солевого баланса и кислотно-основного равновесия.

Причины возникновения неотложного состояния. Отек мозга при отравлении этанолом обусловлен не только его непосредственным воздействием, но и нарушением функции внешнего дыхания (ФВД), которое он вызывает, угнетая дыхательный центр. Развивающаяся при этом гиповентиляция приводит к гиперкапнии и гипоксии — факторам, которые, взаимно усиливая друг друга посредством разных механизмов, и обуславливают отек мозга. Гипоксия, повреждая мембраны нейронов, приводит к нарушению их проницаемости, а гиперкапния вызывает вазодилатацию, в том числе и в головном мозге. Таким образом, гиповентиляция усугубляет отек мозга, что, в свою очередь, в еще большей степени угнетает дыхательный центр, от чего гиповентиляция нарастает. Другими словами, развивается порочный круг, который необходимо как можно быстрее разорвать.

Неотложная помощь. Итак, первоочередной мерой при развитии выраженного отека мозга, когда нарушение сознания усугубляется до уровня глубокой комы и более, является управление ФВД. Оксигенотерапией в чистом



виде можно ограничиться, если уровень нарушения сознания не глубже поверхностной комы, так как оксигенотерапия, устраняя гипоксию, не устраняет гиперкапнию. Для ликвидации последней необходим перевод больного на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) через эндотрахеальную трубку. Протезирование ФВД, таким образом, поддерживает газообмен и является эффективным средством борьбы с отеком головного мозга.

К противоотечным средствам относятся также глюкокортикостероиды (ГКС). Назначают дексаметазон (преднизолон) до 24 (90–120) мг. ГКС также показаны для борьбы с нарушениями функции кровообращения. Рациональная инфузионная терапия также способствует уменьшению отека мозга. В ее состав включают осмотически активные растворы, способные извлекать воду из ткани головного мозга с одной стороны, и не задерживающиеся в его ткани – с другой. К таким растворам относятся, в частности, декстраны (полиглюкин, реополиглюкин и т.п.). Эти же растворы применяют для коррекции гиповолемической недостаточности кровообращения.

Благоприятное воздействие при отеке мозга оказывают препараты, улучшающие мозговой кровоток (эуфиллин и т.п.). Кроме того, эти препараты улучшают проходимость бронхов. Поскольку отек мозга развивается не в результате избытка воды в организме, а вследствие ее перераспределения и часто сопровождается гиповолемией, то диуретики (как салуретики, так и осмотические) в настоящее время рекомендуются только при явлениях ОПН и сердечной недостаточности.

Острая недостаточность кровообращения, проявляющаяся артериальной гипотонией, может носить кардиогенный, гиповолемический, сосудистый или смешанный характер. Острая сердечная недостаточность сопровождается повышением центрального венозного давления (ЦВД) и требует введения кардиотонических препаратов, таких как дофамин, добутрекс и т.п. Гиповолемия и сосудистая недостаточность сопровождаются снижением ЦВД. Для коррекции этих видов нарушения кровообращения вводят декстраны и кристаллоиды в необходимом количестве (объем инфузии контролируется по ЦВД и АД, а также по темпу диуреза). При сосудистой недостаточности возможно введение вазопрессоров (мезатон, эфедрин, норадреналин).

Водно-солевой баланс корректируется под контролем электролитного состава плазмы и разницы между количеством введенных в составе инфузии и потерянных с мочой электролитов.

Вывод. Все вышеуказанные меры, как правило, приводят к нормализации кислотно-основного состояния (КОС), но если все же этого не произошло, для коррекции метаболического ацидоза (а именно этот вид нарушения КОС встречается чаще всего) вводят расчетные дозы гидрокарбоната натрия (обязательно под лабораторным контролем!). Респираторный ацидоз ликвидируется с помощью ИВЛ и респираторной терапии.



Чепелева А. В.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРИТОНЗИЛЛЯРНОМ АБСЦЕССЕ

Научный руководитель: *Прилуцкая С. А.*,

МОУ «Школа №144 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Перитонзиллит – это острое гнойное воспаление околоминдаликовой клетчатки, которое возникает на фоне хронического тонзиллита и других воспалительных заболеваний ротовой полости.

Актуальность темы высока, так как это заболевание считается одним из самых тяжёлых гнойных поражений глотки и у него могут быть серьёзные последствия и осложнения. Больным хроническим тонзиллитом следует помнить о профилактических мероприятиях и не забывать, что заболевание актуально в весенний и осенний период.

Жалобы: сильная боль в горле при глотании, чаще с одной стороны, которая иррадирует в ухо, зубы и нижнюю челюсть; ноющая головная боль; тризм; невнятность речи, гнусавость; повышение температуры тела до 38-40°C; симптомы общей интоксикации организма.

Анамнез: как правило, на 3-5 день после обострения хронического тонзиллита, ангины. Объективное состояние: Классическая триада перитонзиллярного абсцесса: гнусавость, обильное слюнотечение; тризм жевательной мускулатуры.

Особенности оказания медицинской помощи по протоколу МОН ДНР: Первичная медицинская помощь оказывается амбулаторно. При наличии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи врач-терапевт участковый или врач общей практики – семейный врач своевременно направляют больного к врачу отоларингологу учреждения здравоохранения для оказания квалифицированной врачебной медицинской помощи. Квалифицированная врачебная медицинская помощь оказывается врачом-отоларингологом поликлиники. Показания к стационарному лечению в ЛОР-отделении: больные с повышением температуры тела до 38°C и выше, общей интоксикацией организма, затруднении глотания и дыхания, абсцедирующими формами заболевания. Основной задачей при оказании скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе является выявление больных с абсцедирующей формой заболевания и их срочная медицинская эвакуация в стационар. Госпитализация: в оториноларингологическое отделение. Во время транспортировки больного в стационар проводится мониторинг витальных функций, во избежание удушья, вызванного отёком окружающих тканей. Длительность лечения: 5-7 дней. Критерии качества лечения: эвакуация гнойного содержимого из полости абсцесса; отсутствие тризма и боли в горле; нормальная картина фарингоскопии; нормализация температуры тела.

Лечебная программа. Немедикаментозное лечение: постельный режим; диета – стол №1 или №0; обильное питье. Хирургическое вмешательство:



вскрытие перитонзиллярной клетчатки; тонзиллэктомия через месяц после вскрытия абсцесса; тонзиллэктомия в горячем периоде. Медикаментозное лечение. На всех стадиях перитонзиллярного абсцесса обязательно назначение внутривенного введения антибиотиков широкого спектра действия: амоксициллин/клавуланат по 1000/200 мг 3 р/сут; цефтриаксон 1 г 2 р/сут; цефотаксим 1 г 3 р/сут; цефуроксим 1,5 г 3 р/сут; метронидазол в/в 0,5 г 3 р/д; клиндамицин 0,6- 0,9 г 3 р/сут. Для вскрытия абсцесса с целью обезболивания - лидокаин 10% аппликационно. Полоскание растворами антисептиков. Для лечения и профилактики возникновения микоза при длительной массивной антибиотикотерапии – противогрибковые препараты. Десенсибилизирующая или антигистаминная терапия. Пробиотики. Местное лечение, особенно в начальных стадиях развития перитонзиллярного абсцесса – назначают полоскания растворами настоек трав и антисептиков. При регионарном лимфадените рекомендуется компрессы на 30 мин 2 раза в день (димексид в виде 30% раствора с добавлением пенициллина, гидрокортизона, анальгина).

Профилактические мероприятия: санация гнойных очагов; своевременная тонзиллэктомия; комплексное лечение ангины и хронического тонзиллита; укрепление сопротивляемости организма, повышение его устойчивости к инфекционным воздействиям, к неблагоприятным условиям внешней среды; общее и местное закаливание: гимнастика, систематические занятия спортом, воздушные ванны, обтирания и душ с постепенным снижением температуры воды; рациональный режим труда и отдыха; санация полости рта и носа.

Выводы: при перитонзиллярном абсцессе важно своевременное оказание квалифицированной медицинской помощи: госпитализация в ЛОР отделение, вскрытие абсцесса и снятия симптомов интоксикации организма. Очень большую роль играет выполнение профилактических мероприятий.

Дмитриева Е.Д., Задорожная В.П., Кошовец У. Е.

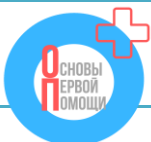
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Научный руководитель: *Никонова Е. М.*,

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», г.Луганск, ЛНР

Актуальность. Во всем мире, в связи с интенсивным развитием производства, строительства и транспорта, неуклонно растет доля политравмы как одной из самых тяжелых форм травматизма.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) и ее последствия занимают одно из ведущих мест в структуре смертности и инвалидизации, особенно у лиц трудоспособного возраста. В связи с этим проблема ЧМТ имеет не только



медицинское, но и социально-экономическое значение. На современном уровне развития медицинской науки одной из первостепенных задач лечения ЧМТ является не только сохранение жизни пострадавшего, но и его личности, трудоспособности.

Причины возникновения неотложного состояния:

Первое место среди причин ЧМТ занимают дорожно-транспортные происшествия. На втором месте находятся бытовые травмы: случайные падения, удары. Далее идут травмы, полученные на производстве и при занятии спортом.

Молодые люди наиболее подвержены травмам в летний период (так называемые «криминальные травмы»).

Пожилые чаще получают ЧМТ зимой, причиной которых становится падение с высоты своего роста.

Мероприятия первого ряда при тяжелой ЧМТ включают поддержание адекватной вентиляции лёгких, контроль гемодинамики и внутричерепного давления.

Алгоритм оказания неотложной помощи:

1. Реанимационные мероприятия по показаниям.
2. Обеспечение проходимости и изоляции верхних дыхательных путей.
3. Обеспечение адекватной альвеолярной вентиляции путем ингаляция увлажненного кислорода через лицевую маску или проведения искусственной вентиляции легких.

4. Иммобилизация: шейного отдела позвоночника воротником Шанца, головной конец носилок приподнять на 30 градусов.

5. Обезболивание: кетамин 1-1,5 мг/кг массы тела внутривенно и диазепам 0,2 мг/кг, трамадол 1-2 мг/кг массы тела в/м.

6. Катетеризация магистральных сосудов, инфузия сбалансированных кристаллоидных растворов для поддержания адекватных параметров гемодинамики в дозе 10-20 мл/кг.

7. Для профилактики отека головного мозга: L-лизина эсцинат – 0,025-0,5 мг/кг с изотоническим раствором натрия хлорида внутривенно капельно.

8. Магния сульфат 7-10 мг/кг массы тела в изотоническом растворе натрия хлорида внутривенно капельно.

9. Госпитализация в нейротравматологическое отделение или отделение интенсивной терапии.

Вывод. Черепно-мозговая травма- лидер среди травм всех локализаций по удельному весу инвалидизации и смертности населения. Адекватное и своевременное оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе способно предупредить ухудшение состояния пострадавшего, минимизировать развитие тяжелых поражений нервной системы и, таким образом, повлиять на исход травмы.



Жук Е. Р.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ

Научный руководитель: *Черная О. В.*,

МОУ «Школа № 52 г. Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Зная способы оказания первой доврачебной помощи при гипогликемической коме, можно уберечь человека не только от возможных осложнений, но и спасти ему жизнь.

Гипогликемическая кома – патологическое состояние, при котором происходит снижение концентрации глюкозы в плазме крови.

Причины гипогликемической комы. Возникает у людей с сахарным диабетом при отсутствии необходимой терапии, несоблюдении правил диетического питания, большой физической нагрузке, перенапряжении.

Признаком гипогликемии считаются показатели у взрослых от 2,2 до 2,8 ммоль/л, у новорожденных – менее 1,7 ммоль/л, у недоношенных – менее 1,1 ммоль/л. Характеризуется следующими симптомами: повышенное потоотделение, дрожь в теле, учащенное сердцебиение, бледность кожных покровов, тошнота, головная боль, беспокойство и сильное чувство голода.

Первая доврачебная помощь при гипогликемическом состоянии – чай с сахаром (2-3 ст.л. сахара на стакан чая) или прием пищи, содержащей сахар.

Если больной не может принимать пищу, вводят глюкагон в/м или п/к в дозе:

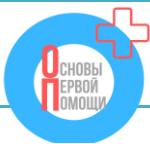
- детям младше 5 лет- 0,25-0,50 мг,
- детям от 5 до 10 лет-0,5-1 мг
- детям старше 10 лет и взрослым-1мг.

При отсутствии реакции в течение 10-15 минут повторить ввод глюкагона.

При гипогликемии, вызванной лекарственными средствами, исключить их приём или тщательно контролировать дозу препаратов.

Алгоритм оказания первой помощи при гипогликемической коме:

1. Зафиксировать время (контроль состояния).
2. Вызвать скорую помощь.
3. Уложить больного на бок (профилактика аспирации рвотных масс, западения языка).
4. Произвести проверку полости рта (предупреждения асфиксии).
5. Предоставить доступ свежего воздуха (для улучшения оксигенации крови).
6. Провести массаж в области печени и крупных мышц (для стимулирования поступления глюкозы в кровь из гликогена).
7. Контролировать АД, пульс, ЧДД.
8. Обеспечить госпитализацию пациента (для оказания квалифицированной медицинской помощи).



Экстренная терапия проводится по следующей схеме: контроль артериального давления и частоты сердечных сокращений, дыхания, уровня сахара в крови и необходимая симптоматическая терапия. Дальнейшее лечение осуществляется в соответствии с причиной, которая вызвала ухудшения состояния.

Профилактика. Люди, страдающие сахарным диабетом, должны принимать назначенные им препараты, постоянно соблюдать назначенную врачом диету и дозировать активность, избегать стрессового состояния.

Выходя из дома, люди больные диабетом, должны иметь при себе продукты, нормализующие сахар в крови, а также подробную информацию о своей болезни. Это поможет быстро справиться с неожиданными осложнениями.

Заключение. Оказывать первую доврачебную помощь при гипогликемической коме должен уметь каждый, потому что это достаточно опасное состояние, при котором человек самостоятельно не может себе помочь. Правильная доврачебная помощь может являться решающей во время спасения жизни пострадавшего. Каждый человек должен быть ознакомлен с правилами оказания первой медицинской помощи.

Жук Д.В.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

Научный руководитель: *Виноградова Н.А.*,

Очно-заочная школа «ДОНМАН», секция «Фармация» начального этапа,
г. Донецк, ДНР

Актуальность. Основной причиной поражения электрическим током является несоблюдение техники безопасности при работе с электрическими приборами в быту и на производстве.

Особенностью является то, что человек не в состоянии обнаружить электрическое напряжение дистанционно своими органами чувств. Электричество не имеет цвета, запаха и никак себя не проявляет, если нет контакта.

При поражении электрическим током имеют значения факторы: его сила, напряжение, частота; влажность кожных покровов, одежды и воздуха; продолжительность контакта, а также вид электрической петли, то есть пути тока в организме.

Признаки поражения электрическим током:

- пострадавший лежит на электроприборе или вблизи него;
- возможен запах «горелого»;
- бледный цвет кожи;
- отсутствие пульсации на сонных артериях;



- отсутствие дыхания;
- «знаки тока».

Степени поражения электрическим током:

- I степень (легкая) - характеризуется судорожными сокращениями мускулатуры; сознание сохранено;
- II степень (средняя) – характеризуется судорожными сокращениями мускулатуры и утратой сознания, нос сохранившимся дыханием и работой сердца;
- III степень (тяжелая) – характеризуется нарушением сердечной деятельности и дыхания, потерей сознания;
- IV степень (крайне тяжелая) – характеризуется состоянием клинической смерти.

Алгоритм первой помощи при поражении электрическим током

1. Освободить пострадавшего от действия электрического тока.
2. Нет признаков жизни:
 - 2.1. Вызвать «скорую» → убедиться в отсутствии пульса и реакции зрачков на свет → начать непрямой массаж сердца → приступить к искусственной вентиляции лёгких → приподнять ноги → продолжить реанимацию.
3. Сознание отсутствует, но есть пульс на сонной артерии:
 - 3.1. Вызвать «скорую» → проверить пульс → повернуть на бок и очистить рот → если имеются раны, то наложить повязки → если имеются переломы, то наложить шины.
4. Сознание отсутствует, но сохранилось дыхание:
 - 4.1. Вызвать «скорую» → ровно расположить пострадавшего на мягкой подстилке → расстегнуть одежду/пояс → обеспечить приток свежего воздуха → давать вдыхать пары нашатырного спирта → обрызгивать лицо водой → согревать тело.
5. При наличии сознания требуется дать аспирин и седативные препараты.

Реанимационные мероприятия следует проводить до положительного результата или до появления явных признаков смерти, потому что может развиваться «мнимая смерть».

Вывод. Чрезвычайно важно знать принципы оказания первой помощи при поражении электрическим током, так как в данной ситуации счет идет на минуты, и каждая утраченная толика времени может стоить человеку жизни.



Жигулин Р.А.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

Научный руководитель: *Стадничук Л.А.*,

МОУ «Специализированная школа № 11 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Перелом – частичное или полное нарушение целостности кости. Перелом кости является одной из наиболее распространенных травм в мире и сопутствует человечеству на протяжении всей его истории. Переломы костей у человека ничем принципиально не отличаются от аналогичных переломов у других позвоночных животных, например, кошек и собак. Однако не все люди знают, как правильно оказывать первую помощь при переломе.

Причины возникновения неотложного состояния. Переломы костей случаются вследствие чрезмерной нагрузки, превышающей предел их прочности. Для каждой кости величина предельной нагрузки своя. Возникают переломы в результате травмы (травматические, связанные с внешним воздействием) либо на фоне заболевания (патологические, вызваны разрушением кости при патологическом процессе, например, при остеопорозе, миеломной болезни, туберкулезе костей).

Тип перелома отличается в каждом конкретном случае и зависит от направления приложенной силы. Существуют типичные места переломов. В основном это связано с довольно маленькой прочностью костей. К типичным переломам относятся: перелом лучевой кости (падение на выпрямленную руку), перелом хирургической шейки плечевой кости (также при падении на прямую руку, наиболее часто встречается у спортсменов), перелом голени в средней трети и перелом медиальной и латеральной лодыжек (падение на скользкой поверхности, в неудобной обуви), перелом шейки бедра (чаще встречается у пожилых людей со слабыми костями).

Классификация переломов. По происхождению: врожденные и приобретенные. По степени прерывания анатомической целостности: поднадкостные, неполные, полные. По числу нарушений целостности кости: одиночные, множественные. По состоянию кожных покровов: открытые, закрытые. По характеру линии перелома: поперечные, косые, продольные, винтообразные, компрессионные, оскольчатые, вколоченные, клиновидные, сочетанные, комбинированные.

Клиническая картина. Зависит от локализации перелома и от степени тяжести. Наиболее частый и общий симптом – боль. Местные признаки: отек, гематома, деформация конечности, крепитация, нарушение функции, дефект кожных покровов при открытом переломе. Общее состояние пациента варьирует от вполне удовлетворительного до состояния болевого шока (от потери сознания до эйфории). Возможны повышение температуры, общая слабость, тошнота, боль в мышцах, головная боль.



Алгоритм оказания первой помощи.

1. Оценить состояние пострадавшего.
2. Вызвать скорую медицинскую помощь.
3. Осмотреть место перелома. Определить возможность мобилизации пострадавшего (при травмах позвоночника передвигать больного нельзя).
4. Остановить кровотечение при его наличии, наложить стерильную повязку.
5. Имобилизовать травмированную конечность (наложить шину, зафиксировать бинтом, шарфом, верхней одеждой). При иммобилизации конечности фиксирующая повязка накладывается на два сустава. При открытом переломе конечность трогать нельзя. Торчащие костные отломки не вправляют.
6. По возможности приложить холод.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Как правило, при переломах накладывается гипс и назначается постельный режим (при переломах нижних конечностей, позвоночника). От пострадавшего также требуется уход за гипсом, если дальнейшее восстановление будет проходить за пределами лечебного учреждения. Гипс необходимо содержать в сухом и чистом виде. Без разрешения лечащего врача гипс снимать запрещено.

Необходимо следить за поврежденной конечностью. Совершать небольшие действия конечностью (шевеление пальцев, напряжение мышцы) для того, чтобы не потерять мышечную силу. Для уменьшения боли принимать обезболивающие препараты. Для уменьшения отеков использовать лед, мешки, наполненные льдом (но не допускать намокания гипсовой повязки).

Выводы. Переломы являются одной из наиболее частых причин обращения к хирургам-травматологам. Первая медицинская помощь при переломах направлена на иммобилизацию травмированной конечности, переводение пострадавшего в стабильное состояние, при необходимости доставка его в лечебное учреждение. Успех дальнейшего лечения зависит от того насколько правильно и своевременно оказана первая помощь.

Емельянова Е. С.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБЩЕМ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИИ

Научный руководитель: *Емельянова Е.С.*,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Смерть в результате действия низкой температуры в последние годы приобретает всё большую социальную роль. С ростом уровня компетенции медицинских сотрудников, продвижения идеи внедрения навыков оказания доврачебной помощи среди населения уровень смертности



значительно снизился. Однако следует помнить о социально незащищённых слоях, людях без определенного места жительства, которые в осенне-зимний период составляют группу риска ввиду отсутствия у оных должных условий проживания, полноценного питания, а иногда и средств обогрева в холодное время года.

Нашей задачей является популяризация данного вопроса с целью ознакомления населения с основными факторами риска, которые способствуют развитию общего переохлаждению организма, а также определение алгоритма действий оказания первой помощи.

Поражающими факторами при действии низкой температуры являются:

- факторы окружающей среды – длительность действия низкой температуры, ветер, влажность воздуха, влажность одежды, пребывание в холодной водной среде, контакт с охлажденными предметами;
- местная сопротивляемость организма – затруднение кровотока (тесная обувь), местные трофические расстройства, ранее перенесенное охлаждение;
- общая сопротивляемость организма – истощение, утомление, острые или хронические болезни, повреждения (ожоги), гиподинамия, детский или старческий возраст, прием алкоголя – изменение защитного поведения, нарушение терморегуляции, ухудшение термогенеза, нарушение терморегуляции – патология ЦНС, травма спинного мозга, прием седативных средств.

Следует отметить, что снижение температуры окружающей среды вызывает цепочку защитно-приспособительных реакций организма, направленных на сохранение температуры «ядра тела». Наблюдается «поза калачиком» направленная на понижение теплоотдачи путем уменьшения площади испарения и проводимости тепла к влажной одежде. Остывание тела приводит к уменьшению потребности в кислороде, снижению жизнедеятельности организма, развитию брадикардии и брадипноэ, которые при отсутствии своевременной помощи сменяются электромеханической диссоциацией или фибрилляцией, дыханием типа Чейна-Стокса или Биота, а затем и остановкой дыхания и сердечной деятельности.

Общее переохлаждение протекает в виде трех смещающих друг друга стадий, заканчивающихся смертью:

- легкая стадия переохлаждения развивается при снижении температуры тела до 35-33°C. Пострадавший ощущает себя уставшим, слабым, сонливым, беспокоит жажда, иногда озноб. Отмечается заторможенность сознания: речь становится замедленной, человек отдельно произносит слоги и слова. Пульс редкий – 60-66 в 1 мин., артериальное давление часто умеренно повышено (до 140/100 мм.рт.ст.). Кожа бледная, мраморной окраски, появляется "гусиная кожа". Возможны обморожения I-II степени.



– средняя стадия переохлаждения характеризуется снижением температуры тела до 32-29°C. Сознание угнетено: речевое общение отсутствует, взгляд бессмысленный. Движения резко ограничены, мышечная дрожь прекращается. Дыхание и сокращения сердца урежаются, пульс слабого наполнения, артериальное давление снижено. Кожа бледная, синюшная, холодная на ощупь. Возможны обморожения лица и конечностей I - IV степени.

– тяжелая стадия переохлаждения проявляется снижением температуры тела ниже 29-31°C. Сознание отсутствует, возможно развитие судорог, окоченение конечностей и челюстей. Резко снижается артериальное давление, отмечается брадикардия. Дыхание редкое, поверхностное (4 дыхательных движения в минуту). Пульс редкий, слабого наполнения (30 и меньше в 1 мин), определяется только на сонной артерии. Кожные покровы холодные на ощупь, возможны тяжёлые и распространённые обморожения. Снижение температуры тела до 25-22°C приводит к смерти пострадавшего.

Данный механизм следует учитывать при оценке витальных функций: не стоит делать поспешных выводов о смерти только на основании бледности кожных покровов, субъективном отсутствии сократительной деятельности сердца и дыхательных шумов.

Внимание! Тяжелая стадия переохлаждения обладает потенциально высокой обратимостью при проведении своевременного и адекватного лечения! Прогноз зависит от развившихся осложнений и эффективности проведения лечебных мероприятий.

Алгоритм оказания первой помощи при общем переохлаждении.

1. Прекратить действие охлаждающего фактора. Перенести в теплое сухое помещение, если нет возможности, то укрыть от ветра.

2. Сменить одежду на сухую и теплую или, по крайней мере, снять влажную. Надеть головной убор.

3. Плотнo укрыть одеялом с дополнительным источником тепла. Теплые предметы не должны непосредственно соприкасаться с кожей, прикладываются к затылочной части головы, на паховую область, на грудь, подмышки. Согревают в первую очередь туловище.

4. Уложить пострадавшего горизонтально, придав возвышенное положение отмороженным конечностям и запретить двигаться.

5. В случае переохлаждения средней и тяжелой степени необходимо в срочном порядке доставить в больницу.

Важно контролировать температуру и частоту пульса для определения степени гипотермии. Рекомендовано теплое сладкое питье. При легкой степени – горячая пища и теплая ванна (на 1-2 градуса выше температуры тела с постепенным её повышением).

Запрещается:

1. Проводить быстрое согревание организма: перемещение в жаркое помещение, горячая ванна или душ.



2. Интенсивно растирать кожу конечностей. Это может привести к травматизации мягких тканей, а также обеспечивает приток крови с периферии к внутренним органам и головному мозгу, что продолжит их охлаждение.

3. Давать алкогольные напитки.

4. Перемещать человека близко к открытому огню.

5. Класть человека на холодное основание и растирать снегом.

Вывод. Описанные методы позволяют оперативно выявить у пострадавшего признаки общего переохлаждения. Оказать необходимую помощь и не допустить наступления необратимых изменений в организме по силам каждому человеку!

Дихтяр Е.Д.

УГОЛОВНО-ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Научный руководитель: *Хлыстова Н.Б.*,

ГОО ВПО «Донецкая академия внутренних дел МВД Донецкой Народной Республики», г. Донецк, ДНР

Актуальность. В Конституции Донецкой Народной Республики нашла свое отражение Всеобщая декларация прав и свобод человека и гражданина, а именно право на жизнь. Неоказание первой медицинской помощи является серьезной проблемой, которая закреплена в Уголовном Кодексе Донецкой Народной Республики (далее- УК ДНР). На первый взгляд, подобное деяние не является целенаправленным причинением вреда здоровью человека, но тем не менее является уголовно наказуемым.

Согласно ст.125 УК ДНР, неоказание медицинской помощи больному – это преступление, заключающееся в отсутствии попыток помочь человеку, которому угрожает опасность жизни и здоровью.

Уголовная ответственность может назначаться только к лицам, которые обязаны оказать медицинскую помощь. Под данную категорию подпадают врачи, медперсонал, сиделки и др.

В ч.1 ст. 125 УК ДНР указано, что неоказание помощи больному без уважительных на то причин, которое повлекло за собой причинение средней тяжести вреда здоровью наказуется:

– штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы;

– обязательными работами на срок до трёхсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года;

– либо арестом на срок до четырёх месяцев.

В ч.2 ст.125 УК ДНР прописаны более жесткие санкции за бездействие со стороны лиц, не оказавших первую помощь нуждающемуся, которое повлекло



за собой смерть по неосторожности либо причинение тяжкого вреда здоровью. Под данными мерами пресечения подразумевается:

- принудительные работы на срок до четырёх лет с лишением права занимать определённые должности или заниматься определённой деятельностью на срок до трёх лет или без такового;
- лишение свободы на срок до четырёх лет с лишением права занимать определённые должности или заниматься определённой деятельностью на срок до трёх лет или без такового.

Проанализировав судебную практику, делаем вывод, что чаще всего суд лишает виновных медицинской лицензии, запрещая им заниматься данным видом деятельности, а также назначает штраф и возмещение материального и морального вреда потерпевшему или его семье.

Но также в законодательстве присутствуют ряд причин, которые могут служить основанием для снятия уголовной ответственности с обвиняемого. Данные причины должны быть в обязательном порядке квалифицированы судом как уважительные причины и обязаны быть документально подтверждены. Под ними подразумевается:

1. Внешние причины, препятствующие оказанию медицинской помощи, которые медработники не могут преодолеть.
2. Влияние посторонних лиц, мешающих оказанию медицинской помощи; Крайняя степень необходимости, как например, срочное оказание помощи другому больному, находящемуся при смерти.
3. Болезнь врача.
4. Отсутствие средств для оказания медицинской помощи: медикаментов, средств, транспорта.
5. Некомпетентность врач по данному заболеванию. Однако он все еще должен оказать первую медицинскую помощь, с которой знакомят всех врачей независимо от их специальности. Если некомпетентный в данном вопросе врач оказал основную (первую) помощь и вызвал соответствующего специалиста, то с него также будет снята уголовная ответственность за неоказание медицинской помощи.

Одним из примеров судебной практики Тульской области является случай, когда мать трехлетнего ребенка препятствовала срочной госпитализации малолетнего ребенка скорой помощью, не подписав расписку о снятии ответственности с врача. Вскоре малыш умер, поскольку работникам скорой помощи не удалось переубедить мать и увезти ребенка на госпитализацию. Кроме того, дополнительным обстоятельством является то, что медицинские сотрудники не уведомили главного педиатра районного медицинского учреждения о данном инциденте. По факту события произошло неоказание медицинской помощи больному, где вина медработников также присутствует, как и вина матери. Суд рассмотрел препятствие матери к госпитализации ребенка и снял с сотрудников скорой помощи обвинения. В



результате инцидента они получили только дисциплинарное наказание: выговор и лишение премии за месяц.

Вывод. Проанализировав нормативно-правовую базу ДНР, можно сделать вывод, что в законодательстве существует различного рода пробелы, а именно отсутствуют понятия «первая помощь», «пострадавший», «участник оказания первой помощи». В связи с чем, считаю рациональным выдвинуть предложение о юридическом толковании данных терминов и закреплении их в законе Донецкой Народной Республики «О Здравоохранении» либо же создании отдельного нормативно-правового акта, который квалифицировался бы конкретно по вопросу оказания первой помощи и мерах ответственности за ее неоказание.

Данькина В.В., Данькин К.В.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Научный руководитель: *Данькина И.А.*,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР

Раннее послеродовое кровотечение – это кровотечение, которое возникло в течение первых 2-х часов после рождения последа. Норма кровопотери в раннем послеродовом периоде не должна превышать 0,5% от массы тела женщины. Если кровопотеря превышает указанные цифры, то говорят о патологическом кровотечении, если же она составляет 1 и более процентов, то это свидетельствует о массивном кровотечении.

Причины раннего послеродового кровотечения: гипотония или атония матки (до 90% случаев); задержка частей последа; разрывы родовых путей; нарушение свертывания крови; заболевания крови; длительные или стремительные роды; слабость родовых сил; стимуляция схваток окситоцином; перерастяжение матки; возраст женщины; преэклампсия; стрессы; разрывы мягких родовых путей; пороки развития матки, рубец на матке, миоматозные узлы.

Клиника раннего послеродового кровотечения. Как правило, ранние послеродовые кровотечения протекают как гипотонические или атонические. Гипотоническое кровотечение характеризуется быстрой и массивной кровопотерей, когда родильница за несколько минут теряет 1 литр крови и более. Кровопотеря происходит волнообразно, чередуясь хорошим сокращением матки и отсутствием кровотечения с внезапным расслаблением матки с усилением кровянистых выделений. Атоническое кровотечение развивается вследствие нелеченого гипотонического кровотечения или неадекватной терапии. Матка полностью утрачивает сократительную



способность и не реагирует на раздражители и лечебные мероприятия. Атоническое кровотечение носит профузный характер и может привести к смерти роженицы.

Алгоритм оказания медицинской помощи:

1. Общий осмотр роженицы:
 - оценка величины кровопотери доступными методами: сбор крови и сгустков в посуду и гравиметрический метод;
 - оценка состояния роженицы: жалобы, АД, частота пульса, цвет кожи и слизистых оболочек, количество мочи, наличие и стадия геморрагического шока.
2. Срочное лабораторное обследование:
 - определение уровня гемоглобина, гематокрита;
 - коагулограмма;
 - группа крови и резус фактор;
 - биохимия крови.
3. Катетеризация двух периферических или одной центральной вены в зависимости от величины кровопотери и состояния роженицы.
4. Опорожнение и катетеризация мочевого пузыря
5. Начало или продолжение ввода утеротоников.
6. Проведение ручного обследования полости матки под внутривенным наркозом (оценка целостности стенок матки, особенно левой стенки матки, удаление сгустков крови, частей последа).
7. Осмотр родовых путей и восстановления их целостности.
8. Наружный массаж матки.
9. В случае продолжения кровотечения - вводят 800 мкг мизопростола ректально.
10. Восстановление ОЦК и кровопотери:
 - кристаллоиды и коллоиды;
 - при кровопотере более 2-2,5 % от массы тела - перфторан;
 - гемотрасфузия отмытых эритроцитов или эритроцитарной массы при показателях $Hb < 70$ г/л; $Ht < 25\%$;
- NB!** Не рекомендуется применение декстрана (реополиглюкина), 5% раствора альбумина, раствора глюкозы.
11. В случае возобновлении кровотечения и величине кровопотери 1,5% и более от массы тела – оперативное лечение: экстирпация матки без придатков, при продолжении кровотечения – перевязка внутренних подвздошных артерий.
12. При подготовке к оперативному лечению с целью уменьшения кровопотери временная бимануальная внешняя или внутренняя компрессия матки.



13. При продолжении кровотечения после экстирпации матки – тугая тампонада брюшной полости и влагалища (до остановки кровотечения брюшную полость не ушивать).

Профилактика послеродовых кровотечений:

1. Во время беременности:

– оценка факторов риска возникновения кровотечений;

2. Во время родов:

– адекватное обезболивание родов;

– избежание длительных родов;

– активное ведение третьего периода родов;

– рутинный осмотр и оценка целостности плаценты и оболочек;

– профилактика травматизма во время родов.

3. После родов:

– обследование и осмотр родовых путей;

– внимательное наблюдение в течение 2 часов после родов;

– у беременных группы риска введение утеротоников в течение 2 часов после родов.

Для успешной борьбы с акушерскими кровотечениями решающее значение имеет своевременность оказания квалифицированной медицинской помощи и четкая, слаженная работа бригады медицинских работников в составе: акушер-гинеколог, врач-анестезиолог, врач-лаборант, трансфузиолог, акушерка, операционная медицинская сестра, анестезистка. Все члены дежурной бригады должны заранее знать свои функции. Во всех акушерских отделениях необходимо разработать алгоритм действия каждого члена бригады в случае возникновения кровотечения. Должна функционировать система четкого оповещения - сигнал экстренного сбора бригады, надежная телефонная, мобильная связь. Неотложная медицинская помощь оказывается немедленно лицом, обнаружившим кровотечение. Время сбора бригады и определения тактики оказания помощи не должно превышать 15 мин. Необходимо периодически проводить тренинги для медицинского персонала с отработкой последовательности действий медицинских работников в случае кровотечения.

Гусак Е. А.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ

Научный руководитель: *Прилуцкая С. А.*,

МОУ «Школа №144 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Гипогликемическая кома встречается не так редко как может показаться, это патологическое состояние занимает третье место в структуре ком на догоспитальном этапе, поэтому важно уметь его распознавать



и оказывать первую доврачебную помощь. Диабет очень распространен, в любой момент человек может упасть в обморок и никто не сможет ему помочь. Каждый человек не только обязан вызвать врача, но должен обладать элементарными знаниями и навыками оказания первой доврачебной помощи, ведь до приезда специализированных людей человеку в гипогликемической коме может стать намного хуже.

Гипогликемическая кома – патологическое состояние, характеризующееся снижением концентрации глюкозы в крови. Часто встречается как острое осложнение сахарного диабета. Признаком гипогликемии считаются показатели от 2,2 до 2,8 ммоль/л, у новорожденных – менее 1,7 ммоль/л, у недоношенных – менее 1,1 ммоль/л. Симптомы могут проявляться уже при уровне сахара в крови 2,6-3,5 ммоль/л. Также гипогликемические состояния могут возникать и при резком снижении концентрации глюкозы с повышенного до нормального уровня.

Симптомы: кожные покровы бледные, на ощупь влажные и холодные; обильный пот; возможны судороги, рвота; тахикардия; спутанное сознание; зрачки расширены и слабо реагируют на свет; чувство голода.

Первая доврачебная помощь при гипогликемическом состоянии согласно протоколу МОН ДНР – прием сладкой пищи или чая с сахаром. Если сознание отсутствует – срочно перейти к следующей тактике:

1. Обеспечить вызов врача.
2. Придать пациенту горизонтальное положение, при отсутствии сознания повернуть голову на бок. Обеспечить проходимость верхних дыхательных путей.
3. Оценить состояние пациента:
 - 1) Осмотреть кожу и слизистые оболочки (цвет, сухость, влажность).
 - 2) Проверить запах изо рта на наличие запаха ацетона (диф. диагностика с гипергликемической комой).
4. Измерить артериальное давление, подсчитать пульс.
5. Оценить дыхание (характер, частота, патологические типы дыхания).
6. Определить тонус мышц и глазных яблок.
7. Выполнение дальнейших манипуляций по назначению врача.

Оценка достигнутого:

1. Состояние пациента улучшилось, как правило, выход из комы при выполнении инъекции 40% глюкозы происходит в течение одной минуты. Дальнейшее лечение пациента в эндокринологическом отделении.
2. Состояние пациента не улучшилось - срочная госпитализация в реанимационное отделение на носилках под контролем АД и пульса.

Вывод: Первая помощь при гипогликемической коме, если человек находится в сознании, заключается в повышении глюкозы в крови с помощью сладкой пищи или чая с сахаром. Если сознание отсутствует нужно обеспечить



вызов врача, затем придать горизонтальное положение и повернуть голову на бок, обеспечить проходимость верхних дыхательных путей.

Гульчак А.В.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ НОВОРОЖДЕННОГО И ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ И ПОПАДАНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ

Научный руководитель: *Стрельченко Ю.И.*,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР

Острый средний отит.

Актуальность. Это заболевание очень опасно, потому что его трудно обнаружить, несмотря на его распространенность, так как в поведении ребенка происходят незначительные изменения, которые трудно правильно толковать. С первого взгляда болезнь напоминает обычное ОРЗ: наблюдается насморк и воспаление глотки, температура тела повышается до 39°C. Но отличием является поведение ребенка (он трет ухо рукой, трется больным ухом о подушку).

Фактор, вызывающий неотложное состояние. Из-за особенностей анатомического строения среднего уха новорожденных, при кормлении, в полость среднего уха могут попадать вирусы и микроорганизмы, вызывающие воспалительные процессы, т.е. острый средний отит.

Первая помощь. При обнаружении симптомов следует немедленно обратиться к врачу или вызвать скорую помощь, однако, если это не предоставляется возможным, – нужно оказать первую помощь. Она заключается в следующем:

1. Облегчить дыхание (отсосать слизь из носовой полости при помощи спринцовки). После, при отсутствии аллергии, закапать нос сосудосуживающими каплями.

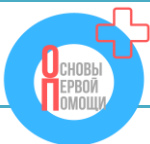
2. Давать пить больше жидкости.

3. При значительном повышении температуры (38° и выше) следует дать жаропонижающие препараты.

4. При наличии выделений удалить их при помощи турунды из ваты (небольшой конус из ваты), предварительно смочив ее в 3%растворе перекиси водорода.

5. Больное ухо должно находиться в тепле (повязать теплый платок). Использовать согревающие компрессы и грелки без врача нельзя!

6. При первой возможности доставить к врачу



Медицинская помощь. В больнице проводится осмотр ребенка и назначается курс препаратов (антибиотики, ушные капли, сосудосуживающие капли в нос, жаропонижающих и антигистаминные препараты).

Инородные тела верхних дыхательных путей.

Актуальность. 95-98% случаев попадания инородных тел в дыхательные пути происходит в возрасте до трёх лет. Это состояние может быть вызвано: испугом, слишком частым глотанием, неправильным кормлением. Также ребёнок может пытаться съесть несъедобные предметы и подавиться. Основную опасность представляет неумение оказать первую помощь.

К факторам, вызывающим неотложное состояние относятся попадание инородных тел в следующие области:

- в область гортани и голосовых связок, которые у детей дают резкий спазм и отек нижнего отдела гортани;
- в просвет трахеи с развитием затруднения дыхания, вплоть до удушья;
- в просвет бронхов (обычно правого главного) с развитием бронхоспазма и дыхательной недостаточностью.

Первая помощь. Если ребёнок может дышать, кашлять, кричать, то необходимо вызвать скорую помощь. Если нет – начать оказание первой помощи самостоятельно, после чего вызвать «скорую». Во время оказания первой помощи следует придерживаться следующего алгоритма (маневра Хеймлиха):

1. Положите ребёнка лицом вниз, так чтобы его лицо лежало на вашей ладони, а ноги находились по разные стороны ваших предплечий.

2. Несильно похлопывайте ребёнка по спине между лопатками ладонью пять раз верхней частью запястья. После этого внимательно изучите рот ребенка и удалите объект, если вы его там увидите.

3. Если это не помогает, положите ребенка лицом вверх на колени, чтобы голова была ниже уровня туловища.

4. Приложите три пальца прямо к центру грудной клетки ребенка (к груди, чуть ниже линии сосков). Средний палец должен быть прямо на середине грудной клетки, сверху.

5. Расположив пальцы в нужном положении, поднимите средний палец и, используя только оставшиеся пальцы, сильно надавите 5 раз.

6. Снова проверьте рот и удалите видимый предмет. Для этого, указательным пальцем правой руки надавите на корень языка, вызывая рвотный рефлекс. Так вы сможете удалить инородное тело из дыхательных путей.

В большинстве случаев, метод работает. Но если не помогло, даже после нескольких попыток, не останавливайтесь до приезда скорой помощи!

Медицинская помощь:

1. Жесткая бронхоскопия в операционной для удаления твёрдого инородного тела. Операция выполняется под общим наркозом.



2. Гибкая бронхоскопия используется для обследования пациента, который уже интубирован, но не известно извлечено ли инородное тело.

Вывод. Необходимо помнить, что при подобных случаях необходима помощь квалифицированного специалиста. Первую помощь нужно оказывать в случаях, когда нет возможности доставить ребёнка к врачу или если ребёнок не может самостоятельно дышать, кашлять, кричать и т.д. Так же при оказании первой помощи нельзя проявлять панику, ведь ребёнок тоже начнёт паниковать и может усугубить положение. Помните об этих правилах и будьте внимательны!

Гричулевич К. С.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЗАКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ

Научный руководитель: *Прилуцкая С. А.*,

МОУ «Школа №144 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Закрытый перелом – нарушение целостности костной ткани под воздействием механического травмирующего фактора, при котором условная полость перелома (зона, содержащая костные отломки, повреждённые мягкие ткани, излившаяся кровь) не сообщается с внешней средой.

Актуальность темы: очень важно знать, что нужно предпринять, если у кого-то внутренний перелом кости. При закрытом переломе важно знать, что делать, чтобы обезболить перелом. Данная тема актуальна, так как многие люди при падении ломают кости рук или ног. Умение и знание оказания первой медицинской помощи может спасти чью-то жизнь. И если кто-то сломает себе руку или ногу – важно не паниковать.

Жалобы: боль, отёк, кровоизлияние, нарушение функции, необычную подвижность повреждённого сегмента, крепитация костных отломков.

Анамнез: перелом возникает при воздействии на сегмент механического травмирующего агента, либо под воздействием собственной массы тела при падении, иногда при длительной повторяющейся незначительной механической нагрузке (т.е. маршевые переломы). Воздействие на травмированный сегмент может быть как прямым, так и непрямым.

Объективное состояние: общие признаки – от полного отсутствия таковых, до явлений травматического шока. **Местные признаки** – отёк, боль в месте перелома, кровоизлияние, деформация области перелома, нарушение функции травмированного опорно-двигательного аппарата, болезненность при пальпации и осевой нагрузке на сегмент, крепитация отломков. Рефлекторное напряжение мышц травмированного сегмента, патологическая подвижность в зоне перелома. Возможны нарушения иннервации и кровоснабжения дистальнее зоны перелома.



Первая помощь при закрытом переломе кости по протоколу МОН ДНР.

1. Первичная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях травмпункта.

2. Доврачебная медицинская помощь оказывается младшими специалистами с медицинским образованием.

3. Первая врачебная медицинская помощь оказывается врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом, врачом общей практики – семейным врачом, которые направляют больного в травмпункт, кабинет врача-хирурга или врача ортопеда-травматолога учреждения здравоохранения для оказания квалифицированной врачебной медицинской помощи.

Купирование болевого синдрома: метамизол натрия по 2-4 мл (1-2 г) до 4 раз в сутки в/в или в/м или 2 раза в сутки в/в или в/м; или лорноксикам по 8 мг в/в или в/м каждые 12 часов (максимальная суточная доза – 16 мг); или декскетопрофен по 2,0 мл (50 мг) в/в или в/м каждые 8-12 часов (максимальная суточная доза – 150 мг); или парекоксиб натрия по 2,0 мл (40 мг) в/в или в/м каждые 12 часов (максимальная суточная доза – 80 мг); или кеторолак по 1 мл (30 мг) в/в или в/м каждые 6-8 часов (максимальная суточная доза – 120 мг), другие ненаркотические анальгетики и НПВС, или, по показаниям, наркотические анальгетики после осмотра врача.

Профилактика тромбозмболических осложнений:

У пациентов с низким риском тромбозмболических осложнений можно ограничиться лишь применением неспецифических методов профилактики:

1. Эластичное бинтование, или компрессионное бельё на голени и бёдра;
2. Ранняя активизация больных;

У пациентов со средней и высокой степенью риска тромбозмболических осложнений применяют:

1. Низкомолекулярные гепарины – бемипарин натрия, дальтепарин натрия, эноксапарин натрия, надропарин кальция, ривароксабан;
2. Нефракционированный гепарин.

Рекомендации после выписки больного из стационара: больной выписывается на амбулаторное лечение и последующее наблюдение у ортопеда-травматолога или хирурга.

В процессе наблюдения возможно выявление отдалённых осложнений: остеомиелит, формирование ложного сустава.

Выводы: Первая помощь при закрытом переломе кости заключается в купировании болевого синдрома, вскрытии и дренировании остеомиелитической флегмоны или абсцесса (при наличии), иммобилизации конечности и направлении пациента в специализированное отделение.



Гороховский А.С.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Научный руководитель: *Мороз Ю.Б.*,

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Токсическое отравление – это состояние, вызванное проникновением токсического (химического) вещества или яда в органы дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта или же при их контакте с глазами, кожей, слизистыми оболочками. К токсическим веществам и ядам относят лекарственные средства, растворители и прочие химикаты, используемые в быту.

Причины развития неотложного состояния. Отравление - прямое следствие попадания в организм соединения, которым может быть любое вещество, оказывающее негативное воздействие, а также приводящее к смертельному исходу. Яд может попадать различными способами: через рот, легкие, кожу, слизистые оболочки (глаза, нос), укусы насекомых и змей. От того, каким путем попало токсическое вещество в организм, а также от состояния пострадавшего, во многом зависит первая неотложная помощь и в дальнейшем лечение последствий отравления. При отравлении химическими веществами и соединениями симптомы могут варьироваться, ведь они воздействуют на разные системы.

Признаки химического отравления

Необходимо учитывать, что признаки отравления химическими веществами могут возникать постепенно или отсутствовать достаточно длительное время. Проявление симптомов может носить незначительный характер на начальном этапе интоксикации. К преобладающим симптомам относят:

- тяжелое расстройство желудка;
- возможны сильные желудочные боли, спазмы;
- метеоризм;
- обильная непрекращающаяся рвота;
- нарушения или потеря сознания;
- дезориентация;
- лихорадка;
- резкое повышение температуры тела и др.

Оказание первой доврачебной помощи при отравлении химическими веществами

1. Необходимо незамедлительно сообщить (самостоятельно или с помощью окружающих) в скорую медицинскую помощь. Постараться выяснить обстоятельства происшедшего.



2. Если пострадавший в сознании, обеспечить промывание желудка. Дать выпить 6-7 стаканов теплой кипяченой воды. После приема каждые 300-500мл жидкости следует спровоцировать рвоту, стимулируя пальцами корень языка. Минимальный объем принятой жидкости при промывании должен быть не менее 2,5-3л. Промывание проводят до "чистых вод" (ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК БЕЗ СОЗНАНИЯ – ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ОПАСНО)

Противопоказания для промывания желудка:

– абсолютные: больным с незащищенными дыхательными путями, при риске желудочного кровотечения или прободения в связи с патологией или недавно перенесенной операцией;

– относительные: проглатывание углеводов, едких щелочей, кислот.

3. Если пострадавший в бессознательном состоянии, определить наличие у него самостоятельного дыхания.

4. При отсутствии признаков сердечных сокращений и дыхания необходимо незамедлительно приступить к сердечно-легочной реанимации.

5. Нужно укрыть пострадавшего теплыми одеялами или одеждой.

Оказание медицинской помощи квалифицированными специалистами:

1. Сорбирующие вещества: активированный уголь 1 г/кг массы тела пострадавшего per os однократно для адсорбции экзотоксинов (УД-С).

2. Коррекция кислотно-щелочного равновесия, основанная на принципах инфузионной терапии.

3. Коррекция водно-электролитного баланса, основанная на принципах инфузионной терапии.

4. Форсированный диурез.

5. Симптоматическая терапия.

6. Антидотная терапия:

– Галантамин УД – С доза 10-30 мг в/в;

– Тиосульфат натрия УД – А по 30-50 мл 30%р-ра в/в;

– Налоксон УД – А начальная доза 0,8мг в/в (детям 0,01мг/кг) после устранения явлений острой дыхательной недостаточности;

– Пиридоксин УД – В 5% начальная доза 6-10 мл (детям до 50мг/кг в сутки) в/в медленно. Взрослым при повторных введениях до устранения судорожного синдрома дозу можно повышать до 350 мг/кг;

– Ацетилцистеин УД – А 20% 150 мг/кг в/в на 5% р-ре декстрозы; для пациентов массой тела менее 20 кг:

1-ая доза: 150 мг/кг в 3 мл/кг раствора через 60 минут.

2-ая доза: 50 мг/кг в 7 мл/кг раствора через 4 часа.

3-я доза: 100 мг/кг в 14 мл/кг раствора через 16 часов.

внутрь по 140 мг/кг с водой или соком.



7. После перенесенного тяжелой степени отравления, с усилением стойких дисфункции органов и систем больной должен быть взят на диспансерный учет профильным специалистом на уровне ПМСП.

8. При развитии в стационаре системных тяжелых нарушений со стороны органов и систем (острые хирургические патологии, вегетативные состояния, острая полиорганная недостаточность и др), требующих постоянного наблюдения профильного специалиста, после проведения консилиума, переводиться в профильное отделение.

Вывод. Необходимо четко соблюдать меры предосторожности при использовании, транспортировке и хранении потенциально угрожающих организму веществ, лекарственных средств, бытовой химии и т.д. Необходимо ограничить доступ детей к таким веществам, хранить аптечки, бытовые средства для уборки, спирт и уксус в безопасных, полностью закрытых, хорошо вентилируемых местах; ни в коем случае не хранить опасные вещества в бутылках из-под напитков, которые дети могут употребить по ошибке. Следует читать инструкции перед работой с токсическими веществами или приёмом специфических лекарств, и соблюдать все рекомендации, не пренебрегая советам и установкам врача.

Горбачева Е.А.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСЕ КАРАКУРТА

Научный руководитель: *Малолеткина О.А.*,

МОУ «Лицей №12 г. Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Паук каракурт или «черная вдова» – обитатель степных засушливых районов Казахстана, Киргизии, юга России, Крыма. Однако в связи с изменениями климата последние годы каракурт встречается и в наших широтах. Опасность такого соседства заключается в том, что его яд чрезвычайно токсичен, и при неблагоприятных условиях и отсутствии медицинской помощи после укуса паука может наступить летальный исход. В связи с этим чрезвычайно важным представляется информирование населения о мерах первой помощи при укусах «черной вдовы».

Яд каракурта нейротоксичен, содержит ряд биологически активных веществ (гиалуронидаза, кининаза, холинэстераза). Механизм его действия заключается в повреждении мембраны двигательных окончаний нейронов в нервно-мышечных синапсах, а именно в ингибировании обратного захвата медиатора и увеличении притока ионов натрия внутрь пресинаптического отдела нервно-мышечного соединения.

Укус каракурта вызывает симптомокомплекс, называемый латродектизм. При этом можно наблюдать следующие **симптомы**:



1. Сильная боль в месте укуса с иррадиацией на конечности, поясницу, грудь, живот с резким напряжением мышц брюшного пресса.

2. Общие симптомы в виде слабости, озноба, гиперэстезии, психомоторного возбуждения, галлюцинаций, затрудненного дыхания, тошноты, рвоты.

3. Тремор и фасцикулярные подергивание мышц.

Опасность такого состояния заключается в возможности острой остановки дыхания.

Доврачебная помощь должна начаться сразу после укуса каракурта с вызова бригады скорой медицинской помощи, при этом необходимо сообщить точное местонахождение больного и назвать основные симптомы. Затем, следует удостовериться, что нет опасности укуса паука для того, кто будет оказывать доврачебную помощь. Если укушена конечность, то необходимо обеспечить ее иммобилизацию, при этом, категорически запрещено накладывать жгут или давящую повязку выше места укуса. Хороший эффект оказывает и холод на место укуса, поскольку предотвращает быстрое всасывание и распространение яда. Рекомендуется обеспечить укушенного питьем (лучше горячим) дробно в малых дозах. Если у человека возникли озноб, сильное напряжение в мышцах и ощущение холода, допускается согревание конечностей.

Первая врачебная помощь заключается в уменьшении выраженности симптомов, имеющих у пострадавшего, а именно:

1. При выраженном болевом синдроме обезболивание наркотическими анальгезирующими препаратами.

2. При психомоторном возбуждении седация нейролептиками (седуксен, диазепам, сибазон).

3. При выраженной гипертензии антигипертензивные препараты.

4. Обязательная госпитализация в стационар.

5. Инфузионная терапия для уменьшения симптомов интоксикации.

Стационарное лечение предполагает дальнейшую симптоматическую терапию, а также введение специфической проивокаракуртовой сыворотки дробно по методу Безредко с обязательным использованием антигистаминных и стероидных противовоспалительных препаратов (преднизолон). Содержимое флакона (250 АЕ) вводится в три этапа: вначале 0,1 мл подкожно, при отсутствии реакции через 10-15 мин 0,25 мл, через 15-20 минут всю остальную дозу внутримышечно, в тяжелых случаях внутривенно капельно на физиологическом растворе. В зависимости от тяжести состояния рекомендуется использовать от 1 до 4 доз сыворотки.

При отсутствии проивокаракуртовой сыворотки можно использовать методику непрямого электрохимического окисления крови путем внутривенной инфузии центральные вены 0,06% раствора гипохлорита натрия в дозе 5 мл/кг



массы тела каждые 8-12 часов до купирования клиники интоксикации ядом каракурта.

Вывод. Появление новых видов ядовитых животных на территории, для которой их наличие не характерно, требует новых знаний относительно этапов оказания первой помощи, особенно на догоспитальном этапе, а также готовности медицинских работников оказывать и врачебную помощь в условиях лечебного учреждения.

Ивко Н.С.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

Научный руководитель: *Гавенко Н.В.*,

МОУ «Школа № 118 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Переломы встречаются довольно часто. По данным института им. Склифосовского в Москве 33,2% больных поступают на лечение с переломами.

Причины возникновения неотложного состояния. Кровотечение при открытом переломе. Резкая боль при движении повреждённой конечностью, её нагрузке. Нарушение функций конечности.

Алгоритм оказания первой помощи. При открытом переломе: остановить кровотечение, обработать кожу вокруг раны антисептическим средством или закрыть хлопчатобумажной тканью в случае его отсутствия. По возможности вызвать скорую помощь. Обеспечить неподвижность повреждённой конечности.

При закрытом переломе: обеспечить неподвижность повреждённой конечности, к зоне перелома приложить что-нибудь холодное. По возможности вызвать скорую помощь. При самостоятельной транспортировке наложить шину.

Описание оказания первой помощи. Для остановки кровотечения используется давящая повязка. При сильном кровотечении – жгут. Если время транспортировки занимает более 1,5-2 часов, каждые 30 минут ослаблять жгут на 3-5 минут. Также указать время его наложения.

Для иммобилизации наложить шину из подручных материалов. Зафиксировать как минимум два сустава (выше и ниже места перелома). Если невозможно сделать шину, прибинтовать повреждённую конечность к здоровой.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Ввести обезболивающее. Сделать рентгеновский снимок. Предупредить развитие инфекции. Устранить смещение. Надёжно зафиксировать кость (гипс, металлическая спица).



Выводы. При переломах следует действовать строго по инструкции, это способствует не только скорейшему выздоровлению пациента, но и уменьшению количества возможных осложнений.

Высочанская М.М.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Научный руководитель: *Госман Д.А.*,

Учреждение дополнительного образования «ДОНМАН», г. Донецк, ДНР

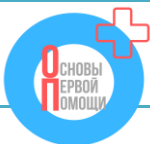
Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в результате инфарктов и инсультов умирают 17,1 млн. человек. В России – каждый час от инфаркта умирают семь человек, а половина всех «сердечных» смертей приходится на ишемию. Основной причиной высокой смертности является поздний вызов бригады скорой помощи.

Цель работы: информировать о возможности развития инфаркта миокарда и нестабильной стенокардии, алгоритмах доврачебной помощи, помощи на догоспитальном этапе при данном неотложном состоянии.

Острый коронарный синдром (ОКС) – патологический процесс, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, при которых нарушается или полностью прекращается естественное кровоснабжение миокарда через коронарные артерии. В этом случае к поврежденному участку сердечной мышцы не поступает кислород, что может привести к нестабильной стенокардии, инфаркту или летальному исходу.

Одна из причин снижения кровоснабжения сердца – атеросклероз. При атеросклерозе происходит отложение холестерина и некоторых фракций липопротеидов, которые называют бляшками, они сужают просвет коронарной артерии; при ее разрыве возможно формирование кровяного сгустка – тромба, который может заблокировать артерию. Если тромб не полностью закрывает просвет – возникает приступ нестабильной стенокардии, а если тромб полностью закрывает просвет, то развивается инфаркт миокарда. Сгусток крови является наиболее распространенной причиной закупорки коронарной артерии. К другим причинам снижения кровотока относят спазм и расслоение коронарной артерии. При спазме коронарной артерии различные факторы вроде наркотиков, курения, холодной погоды, сильного стресса, могут вызвать временное и внезапное сжатие артерии. Расслоение развивается при надрыве стенки, приводящее к проникновению крови между оболочками, что вскоре и блокирует кровоток в артерии.

Типичные жалобы при остром коронарном синдроме могут быть разнообразны. Зачастую это длительная, сжимающая боль в центре груди или



её левой половине, иррадиирующая в левое плечо, руку, шею, нижнюю челюсть, межлопаточное пространство, в область солнечного сплетения. Для больного характерно беспокойство, страх смерти, бледность кожных покровов, холодный пот, общая слабость, чувство нехватки воздуха.

Алгоритм оказания первой доврачебной помощи при остром коронарном синдроме:

1. Если у человека наблюдаются вышеуказанные симптомы, следует сразу же вызвать скорую помощь. Не ждите, что боль пройдет, в такой ситуации — это опасно для жизни! После возникновения приступа нужно усадить пострадавшего в кресло с подлокотниками или положить в постель с приподнятым изголовьем. Следует обеспечить покой и приток свежего воздуха, прекратить физическую нагрузку и расстегнуть одежду на груди. Больному категорически запрещается вставать, ходить, курить, принимать пищу до особого разрешения врача.

2. По возможности, необходимо принять ацетилсалициловую кислоту в дозе 0,5 г однократно, тщательно разжевав, а также препарат нитроглицерина 0,5 мг, положив под язык одну таблетку или аэрозоль изакардин - одно впрыскивание под язык.

3. Если через 5 минут после приема нитроглицерина боль сохраняется, необходимо второй раз принять нитроглицерин, но не более трех раз с периодичностью 5-7 минут, измеряя артериальное давление после каждого приёма.

4. Если после первого или последующих приемов нитроглицерина появилась резкая боль необходимо лечь и поднять ноги на валик. Препарат может вызвать головную боль.

Нельзя принимать аспирин (ацетилсалициловую кислоту) при его непереносимости, недавнем внутреннем кровотечении, а также язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; нитроглицерин противопоказан при резкой слабости, а также при выраженной головной боли и головокружении.

Действия бригады скорой помощи:

1. Врач скорой помощи проводит обязательный осмотр больного: аускультацию легких и сердца, пальпацию живота, измеряет давление, регистрирует электрокардиограмму.

2. Для купирования болевого синдрома используют наркотические анальгетики: раствор морфина гидрохлорида 1%-1 мл, разводят с 20 мл физ.раствора 0,9%. Вводится в дозе 10 мг каждые 5 минут до возникновения улучшения либо осложнения состояния.

3. Проводится кислородотерапия через маску для подавления гипоксемии.

4. Вводятся антикоагулянты (гепарин натрия) внутривенно, 75-100 МЕ/кг. Во время гипертонического криза препараты противопоказаны.



Необходимо как можно быстрее транспортировать больного в лечебное учреждение, в котором будет уточнен диагноз и продолжено лечение. Всем пациентам необходимо выполнить ангиографию и ангиопластику, для предотвращения тромбоза в будущем. Далее пациент продолжает принимать двойную антиагрегантную терапию около 12 месяцев.

Вывод. В 50% случаев больные умирают вследствие безграмотности и страха окружающих, не сумевших оказать первую помощь до приезда скорой. Помните, от ваших действий может зависеть жизнь человека!

Васильева П. В.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСАХ НАСЕКОМЫХ

Научный руководитель: *Провизион А.Н.*,

МОУ «Многопрофильный лицей №1 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность темы. Укусы насекомых случаются повсеместно, чаще в теплое время года. Практическое значение имеют укусы паукообразных (клещи, пауки, скорпионы) и представителей класса насекомых (вши, мухи, комары, пчелы, осы, блохи, клопы, гусеницы, жуки). Некоторые насекомые служат переносчиками трансмиссивных инфекций. Например, клещи могут быть переносчиками боррелиоза, клопы – гепатита В, блохи – брюшного тифа, чумы. Реакция организма на укус представляет собой иммунный ответ на чужеродные белки, содержащиеся в слюне членистоногих. Поэтому очень важно распознать вид укусившего насекомого и своевременно оказать первую медицинскую помощь.

Укусы насекомых выглядят как красные пятна, узелки или волдыри, сопровождающиеся зудом. В центре очага может быть кровянистая корочка или точка (место укуса).

Последовательность оказания первой помощи при укусе насекомого следующая:

1. Убедиться, что в месте укуса не осталось инородного тела (например, жала при укусе пчелы или осы). При его наличии – аккуратно извлечь.
2. Использовать на место укуса примочки или другие противовоспалительные средства.
3. При выраженных симптомах нанести на пораженную кожу гормональный крем (гидрокортизоновый, или мометазон).
4. При сильном зуде и выраженной отечности кожи использовать внутрь антигистаминные препараты (димедрол, супрастин или др.).
5. Учитывая то, что насекомые могут быть переносчиками инфекции, необходимо обязательно в последующем обратиться к врачу-специалисту для определения последующей тактики.



Последующие рекомендации. Для предупреждения укусов насекомых следует, по возможности, избегать мест, где распространены клещи, пауки и др., носить защищающую одежду, использовать репелленты.

Выводы. Своевременное оказание первой медицинской помощи при укусах насекомых может уменьшить степень выраженности воспалительных изменений кожи, но не предотвращает риска развития системных инфекций.

Варданян Е.С.

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ ГЛАЗА

Научный руководитель: *Мороз Ю.Б.*,

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий
ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Первая помощь – это комплекс мероприятий, которые направлены на восстановление или сохранение жизни человека. Ее должен оказать пострадавший, или тот, кто находится рядом до прибытия медицинского персонала. От того, насколько быстро и умело, оказана первая помощь, зависит жизнь пострадавшего.

Причины возникновения неотложного состояния. Глаз – нежный и чувствительный орган. В любом месте может произойти повреждение глаза. Даже мелкая соринка, которая попадает на роговицу или слизистую верхнего века, повреждает поверхность роговой оболочки, а в случае осложнения гнойной инфекцией может привести к гибели глаза. Основными причинами травм глаза являются:

- мелкие соринки
- химические соединения (щелочи, кислоты и т.д.)
- стружки металла
- стеклянные осколки
- удары тупыми предметами

Алгоритм оказания первой помощи. Алгоритм оказания первой помощи зависит от степени тяжести. Нужно вызвать скорую медицинскую помощь и, до прибытия, помочь пострадавшему.

Химические ожоги: После попадания химического вещества необходимо промыть глаз чистой водой в течение 10-15 минут. Если пострадавший носит линзы, то нужно попробовать их снять.

Мелкие инородные тела в глазах: Попробовать моргать чаще. Если обнаружили соринку, то необходимо промыть глаз. Закапать глаза любыми антибактериальными или антисептическими каплями. Вызвать скорую помощь.

Металлическое инородное тело роговицы: Не нужно прикасаться к глазу при попадании крупных кусков металлов, стекла и других предметов, а также



не нужно пытаться удалить предмет из глаз. Необходимо наложить стерильную салфетку и вызвать скорую помощь.

Ожоги глаз ультрафиолетовым излучением: Следует пометить пострадавшего в затемненное помещение, дать обезболивающее, приложить к глазу сухой холод.

Правила, которые нужно соблюдать, чтобы уменьшить риск развития глазных травм:

- носить защитные очки
- следовать инструкции при работе с химическими веществами
- осторожно обращаться с острыми предметами
- держать нагретые приборы подальше от глаз

Вывод. Большинство людей в какой-то момент жизни получали травму глаза. Поэтому очень важно знать первую необходимую помощь при травме глаза.

Вакуленко Т.М.

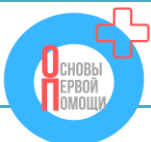
«БЕЛАЯ» ЛИХОРАДКА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: *Мартиросова Е.М.*,

МОУ «УВК № 16 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. В детском возрасте чаще, чем у взрослых заболевания протекают с повышением температуры тела. Безусловно, превалирует у детей заболеваемость респираторной патологией инфекционного генеза, которая почти в ста процентах случаев протекает с повышением температуры тела разной степени выраженности. Поэтому именно в детском возрасте мы наиболее часто сталкиваемся с необходимостью оказать первую помощь при гипертермии. Однако, универсального «рецепта» в данном случае нет, ввиду того, что гипертермия отличается не только степенью повышения градусов, что также влияет на алгоритм наших действий, но и типом клинических проявлений, что и предопределяет наши действия при оказании первой медицинской помощи лихорадящему пациенту.

Причины возникновения неотложного состояния. Несомненно, лихорадка играет немаловажную роль в борьбе с инфекциями. Некоторые исследования даже показывают, что понижение температуры может продлить течение инфекционного заболевания. Тем не менее, лихорадка увеличивает скорость метаболизма и нагрузку на сердечно-легочную систему, а «белая» лихорадка путем централизации кровообращения на фоне спазма периферических сосудов даже может быть триггером фебрильных судорог и развития гипертермического синдрома. Итак, выделяют «красный» и «белый» варианты лихорадки. Если при повышении температуры тела теплоотдача



соответствует теплопродукции, то это свидетельствует об адекватном течении лихорадки – «красная» лихорадка. При этом типе гипертермии нередко наблюдается нормальное поведение и удовлетворительное самочувствие ребенка, кожные покровы розовые или гиперемированные, влажные и теплые на ощупь, отмечается тахипноэ (частота дыхания возрастает на 4 в минуту на каждый 1°C) и тахикардия (частота сердечных сокращений увеличивается на 10 в минуту на каждый 1°C). Это прогностически благоприятный вариант лихорадки. В том случае, когда при повышении температуры тела теплоотдача из-за существенного нарушения периферического кровообращения неадекватна теплопродукции лихорадка приобретает неадекватное течение – «белая» лихорадка. Клинически отмечаются нарушение состояния и самочувствия ребенка, тахипноэ с одышкой и чрезмерная тахикардия, озноб, бледность, мраморность и сухость кожных покровов, акроцианоз, холодные стопы и ладони. Эти клинические проявления свидетельствуют о прогностически неблагоприятном течении лихорадки и являются прямым указанием на необходимость оказания неотложной помощи.

Алгоритм оказания первой помощи. При «белой» лихорадке важную роль играет правильно выбранная тактика на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи:

- согревающие мероприятия, направленные на улучшение периферического кровообращения;
- спазмолитики (улучшающие микроциркуляцию крови);
- жаропонижающие средства (антипиретики).

Описание оказания первой помощи.

1. Необходимо одеть ребенка или укрыть его теплым одеялом. Ребенок должен быть в тепле, но не перегреваться.

2. Согреть холодные кисти и стопы. Для этого можно использовать грелку или бутылку с теплой водой, растереть кожу кистей и стоп, надеть рукавички и шерстяные носочки.

3. Напоить ребенка теплым чаем или компотом.

4. Дать жаропонижающий препарат в комплексе со спазмолитиком. Спазмолитик снимет спазм сосудов и обеспечит приток крови по капиллярной сети к дистальным отделам рук и ног, что увеличит теплоотдачу, и жаропонижающий препарат эффективно снизит температуру тела. В монотерапии жаропонижающий препарат эффекта иметь не будет.

5. Нельзя использовать физические методы снижения температуры тела, эффективные при «красной» лихорадке – раздевание догола, растирания водой комнатной температуры или спиртосодержащими растворами, оборачивания в мокрую пеленку. Эти методы приведут к большему спазму сосудов и утяжелению «белой» лихорадки у ребенка.

При отсутствии эффекта необходимо вызвать бригаду скорой неотложной помощи.



Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. При снижении температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$ гипотермические лечебные мероприятия прекращаются, так как в дальнейшем она может снижаться без дополнительных воздействий. Далее температуру тела у такого пациента необходимо регистрировать каждые 30-60 минут. Детям раннего возраста, особенно первого года жизни, рекомендована госпитализация.

Выводы. В соответствии с рекомендациями ВОЗ жаропонижающую терапию в большинстве случаев необходимо проводить при повышении температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$ и выше. Однако, при появлении клинических признаков злокачественного течения лихорадки («белой») антипиретическая терапия должна проводиться незамедлительно, независимо от степени выраженности гипертермии – даже при субфебрильной температуре (до $38,1^{\circ}\text{C}$). Таким образом, ранняя идентификация типа лихорадки предопределяет успешность оказания первой медицинской помощи.

Бурляева Е.А.

ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ НИКОТИНОМ

Научный руководитель: *Педык Л.Л.*,

МОУ «Школа№2» города Ждановка, г. Ждановка, ДНР

Актуальность. Сегодня в современном мире появилось много разнообразных способов употребления табака. Самый распространенный – курение сигарет. К сожалению, появилось большое количество не только магазинов, но и нелегальных точек, продающих разнообразную табачную продукцию: кальянные, магазины для вейпов, места, где продают снюс. Все это стало более доступно для детей. Применение ребенком снюса осложняет взрослым быстрее выявить явную картину никотинового отравления.

20 ноября 2019 года в Новосибирске умер семиклассник. Дети, которые учились с погибшим в одной школе, рассказали, что он употреблял снюс. 15 ноября 2019 года в больницу Заринска поступил 13-летний подросток, у которого на уроке остановилось дыхание. Оказалось, что и этот мальчик получил никотиновое отравление, употреблял снюс.

Интоксикация (отравление) – болезненное состояние, которое вызывается введением в организм ядовитых веществ. Никотин является ядовитым веществом. Яд может проникнуть в организм через рот, дыхательные пути, кожные покровы. Снюс – один из видов табачного изделия, который представляет собой измельченный увлажненный табак, который помещают между верхней губой и десной на длительное время – от 30 минут до часа и более. Никотин попадает в кровь через слизистую, намного быстрее, чем при курении сигарет. Снюс содержит огромное количество никотина, поэтому его употребление вызывает никотиновую зависимость, которая подрывает



жизненно важные системы организма, на первом местесердечно-сосудистая. Поэтому бездымный табакопаснее сигарет.

Причины возникновения неотложного состояния. Во время отравления никотином человека появляется: тошнота, рвота, першение в горле, головокружение, интенсивная головная боль, беспокойство, одышка, сухость в ротовой полости или усиление слюноотделения. При чрезмерном попадании в организм никотина наблюдается появление чрезмерного возбуждения. Этот процесс может сопровождаться посинением кожи, судорогами, холодным потом, приступами сердцебиения, расширением или сужением зрачков.

Алгоритм оказания первой помощи. Обеспечить доступ свежего воздуха. Придать при помощи куртки, сумки боковое положение телу, чтобы не произошло захлебывание рвотными массами. Если рвота продолжается, помочь удалить содержимое при помощи салфетки, небольшого целлофанового пакета, надетого на руку. Если пострадавший в сознании, не глотал табак, рвоты нет, давать каждые 15 минут $\frac{1}{4}$ стакана теплой воды. Дать выпить какой-либо энтеросорбент. Принять солевое слабительное. Обеспечить усиленный питьевой режим с целью предотвращения обезвоживания. При сильном нервно-психическом возбуждении принять мягкое успокоительное средство. При симптомах клинической смерти (отсутствие реакции зрачков на свет, остановка дыхания и сердечной деятельности, отсутствие сознания) провести базовую сердечно-легочную реанимацию.

Описание оказания первой помощи. При обеспечении доступа воздуха нужно расстегнуть стесняющую одежду, открыть окна, двери. При промывании желудка, необходимо выпить 1-1,5 литра теплой воды, после чего вызвать рвотный позыв, надавив на корень языка. Энтеросорбенты: уголь активированный, Энтеросгель, Полисорб, Полифепан, Лактофильтрум. Солевое слабительное – Магния сульфат. Мягкое успокоительное средство-настойка валерианы, пустырника, ландыша. По приезду квалифицированных специалистов скорой помощи рассказать действия, оказанные вами пострадавшему

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Больше бывать на свежем воздухе. Ограничить нахождение в местах курящих людей. Воздерживаться от употребления табака в любом виде.

Выводы. Употребление табачных изделий разнообразного вида и разных способов применения вредит человеческому организму. Для ребенка отравление никотином может привести к необратимым вредным процессам. Модные веяния в области употребления табачных изделий всего лишь способ зарабатывания денег на здоровье людей.



Булгак Т.А.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ НОСА

Научный руководитель: *Шентефрац И.С.*,

ГОУ «Бендерский медицинский колледж», г. Бендеры, Приднестровская Молдавская Республика.

Актуальность. В настоящее время очень часто случаются непредвиденные жизненные ситуации, в которых необходима неотложная помощь. Значимость оказания первой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях, угрожающих жизни человека, доказана многочисленными исследованиями. Кровотечение является ситуацией, при котором необходима неотложная помощь.

Причины возникновения неотложного состояния. Кровотечение – патологическое состояние, при котором кровь из сосудов изливается во внешнюю среду либо во внутренние органы, ткани и естественные полости тела. Причины возникновения кровотечений на сегодняшний день очень разнообразны. Но, изучив различные источники информации о кровотечениях, такие как «Носовые кровотечения» Волкова А.Г., «Кровотечения и его клиническая оценка» А.К.Ревского и И.С.Шемякина, и многие другие источники, я пришла к выводу, что причины могут быть: механические (повреждения, травмы, воздействие внешних факторов) и в результате различных внутренних процессов в организме (гипертония, воспалительные процессы слизистой носа, вегето-сосудистая дистония и др.).

Алгоритм оказания первой помощи. Казалось бы, что может быть сложного в оказании неотложной помощи при носовом кровотечении, но, как я выяснила, большая часть людей не знает правильный алгоритм в такой ситуации.

1. Следует помочь пострадавшему занять сидячее положение с легким наклоном головы вперед. Нельзя высмаркиваться и закапывать какие-либо капли в нос.

2. Приложить лед, обязательно, обернутый салфеткой, к переносице.

3. Лицо обтереть холодной водой.

4. Крыло носа той ноздри, из которой идет кровь, прижать к носовой перегородке. Вдыхать воздух второй ноздрей, а выдыхать ртом. Нельзя допустить полной блокировки дыхательных путей.

5. Если кровь не останавливается – ввести в ноздрю свернутую бинтовую повязку, смоченную в 3% перекиси водорода.

6. Если кровь не останавливается в течение 15-20 минут, следует вызвать скорую.

Описание оказания неотложной помощи.



1. Высмаркивание препятствует остановке кровотечения, а также провоцирует новое кровотечение. Запрокидывание головы способствует попаданию крови в глотку и вызывает рвоту.

2. Лед способствует сужению кровеносных сосудов и остановке кровотечения.

3. Дыхание с вдохом через здоровую ноздрю и выдохом через рот способствует устранению переживания и лишним напряжениям.

4. Перекись водорода способствует гемостатической остановке кровотечения.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. При носовых часто повторяющихся кровотечениях, следует обратиться к врачу за дальнейшим лечением. При необходимости лечением может стать: проведение тугой тампонады носа, использование препаратов, повышающих свертываемость крови, гемостатиков. Хирургическое вмешательство может потребоваться при тяжелых носовых кровотечениях, не поддающихся купированию консервативными методами.

Следует также соблюдать определенный режим:

1. Увлажнять слизистую оболочку носа.
2. Предупреждать развитие травм носа и головы.
3. Избегать вирусных и воспалительных заболеваний.
4. Не употреблять алкоголь.
5. Избегать подъема тяжестей, занятий спортом, других напряжений.
6. Отказаться от курения (если есть такая вредная привычка).
7. Повышение употребления продуктов, содержащих витамины С и К (первый элемент нормализует свертываемость крови, второй – укрепляет кровеносные сосуды).

Выводы. Исходя из вышесказанного, я считаю, что любому человеку не помешают такие простые, но в то же время очень важные в оказании неотложной помощи при носовом кровотечении, навыки и знания. Очень важно не просто оказаться в нужном месте и вызвать скорую помощь, но и оказать неотложную помощь самому, ведь в некоторых случаях это может стоить жизни человеку.



Блинов И.А.

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ВЕЩЕСТВАМИ БЫТОВОЙ ХИМИИ, РАСТИТЕЛЬНЫМИ И ЖИВОТНЫМИ ЯДАМИ

Научный руководитель: *Мороз Ю.Б.*,

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Острые отравления всецело влияют на функции всех жизненно важных систем организма с дальнейшим избирательным воздействием на определенные ткани и органы, с появлением определенных симптомов. Именно поэтому важно оказать первую помощь – комплекс мероприятий, которые направлены на восстановление или поддержание жизни человека. От того, насколько быстро оказана первая помощь, зависит жизнь пострадавшего и выбор лечебной тактики: выведение яда из организма и поддержание функций органов или полное восстановление функций органов и систем.

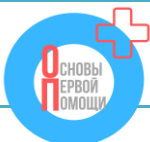
Причины возникновения неотложного состояния. Зачастую отравления происходят в домашних условиях, которые представляют собой попадание яда через рот, дыхательные пути и слизистые оболочки. Промышленные же отравления являются результатом хронического воздействия тех или иных веществ. Основными источниками яда при отравлениях лекарственными препаратами, веществами бытовой химии, растительными и животными ядами являются:

- алкоголь;
- кислоты;
- Белласпон (барбитураты, алкалоиды белладонны и спорыньи);
- Гранозан (протравитель семян);
- Димедрол и другие антигистаминные средства.

Алгоритм оказания первой помощи. Эффективная помощь при отравлениях может быть обеспечена только при правильной совокупности следующих мероприятий: необходимо вывести из организма токсические вещества (провести экстренную детоксикацию), применить симптоматическую терапию к органу, или системе органов, который преимущественно поражается определенным токсическим веществом. Вызвать скорую и, до прибытия, оказывать помощь пострадавшему.

Алкоголь: промыть желудок и дать пострадавшему солевое слабительное, после чего вызвать форсированный диурез с ошелачиванием крови.

Острое отравление кислотами: дать пострадавшему обезболивающее (после уточнения аллергологического анамнеза), чтобы не допустить развития шока. Лекарственные препараты для приема внутрь в этом случае по понятным



причинам не подходят, поэтому используют только формы лекарственных препаратов для введения внутривенно и внутримышечно. Так, предварительно выяснив, нет ли у больной аллергии на этот препарат, можно ввести 2–4 мл 50 % раствора метамизола натрия, 2 мл трамадола или любой другой доступный анальгетик и вызвать скорую помощь.

Правила, которые нужно соблюдать, чтобы уменьшить риск развития острых отравлений:

- хранить флаконы с химическими веществами в строго отведенном месте;
- работать только в средствах химической защиты;
- держать открытые нагретые флаконы подальше от слизистых и глаз.

Вывод. Ни один человек не застрахован от отравления лекарственными препаратами, веществами бытовой химии, растительными и животными ядами. Поэтому очень важно знать первую необходимую помощь при данных отравлениях.

Белоусова С. Е.

ПРИНЦИПЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ

Научный руководитель: *Филенко Б.П.*,

ФГБОУ ВО «Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, РФ

Кардиогенный шок (КШ) – это острое жизнеугрожающее патологическое состояние (крайняя степень недостаточности левого желудочка), характеризующееся резким снижением сократительной способности миокарда, которое не компенсируется повышением сосудистого сопротивления и приводит к неадекватному кровоснабжению всех органов и тканей.

При развернутой картине КШ вероятность выжить очень мала, смерть обычно наступает в пределах 3-4 часов. При менее выраженных нарушениях гемодинамики и при своевременном и адекватном лечении вероятность успеха значительно возрастает.

Основными причинами развития КШ являются инфаркт миокарда (ИМ), гемодинамически значимые аритмии, дилатационная кардиомиопатия, острая клапанная недостаточность, разрыв межжелудочковой перегородки, критический аортальный стеноз или гипертрофическая кардиомиопатия. Также КШ может возникнуть при миокардитах, токсических поражениях миокарда, травмах сердца, тромбоэмболии ветвей легочной артерии и др. В группу риска



развития КШ входят люди пожилого возраста, болеющие сахарным диабетом и имеющие врождённые или приобретённые заболевания сердца.

Основные клинические симптомы КШ: нарушение сознания, снижение артериального давления (АД), бледные и влажные кожные покровы, похолодание конечностей, акроцианоз, тахикардия, снижение диуреза.

Первая помощь при КШ заключается в скорейшем (незамедлительном) вызове скорой медицинской помощи, в результате чего диспетчер может выслать специализированную кардиологическую бригаду. Также в качестве первой помощи следует обеспечить больному доступ кислорода, а при болях в сердце дать нитроглицерин.

Основные направления оказания медицинской помощи при КШ:

1. Восстановление сократительной способности миокарда.
2. Обеспечение адекватной системной перфузии и кровоснабжения жизненно важных органов.
3. Нормализация АД.
4. Борьба с нарушениями микроциркуляции и гиповолемией.
5. Коррекция кислотно-основного баланса.

Особую важность имеет своевременность и полнота **лечебных мероприятий на этапе скорой медицинской помощи:**

1. При отсутствии признаков застоя в легких (одышка, влажные хрипы в нижних отделах лёгких при аускультации) пациента укладывают горизонтально, ноги приподнимают под углом 20 градусов;

2. Проводят адекватную обезболивающую терапию: 1мл 1% раствора морфина или 1-2 мл 0,005% раствора фентанила внутривенно (в/в) медленно.

3. Вводят в/в струйно 5000 ЕД гепарина. Для увеличения объёма циркулирующей крови осуществляют в/в введение жидкости (например, 200 мл реополиглюкина со скоростью 20 мл/мин) под контролем давления заклинивания лёгочной артерии (не больше 20 мм.рт.ст.) или центрального венозного давления. При улучшении состояния продолжают дробное введение реополиглюкина по 100-150 мл (до 400-600 мл).

4. Вводят инотропные препараты: допамин 200 мг в 400 мл 5 % раствора глюкозы в/в капельно, начиная с 10 капель (3 мкг/кг) в 1 мин., постепенно увеличивая скорость вливания до достижения минимально достаточного уровня систолического АД (не менее 100 мм рт. ст.).

При неэффективности терапии – добутамин (250 мг в 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия, начиная с 8-10 капель в мин. (0,4 мг/мин.) и доводя скорость введения до 16-20 капель в мин. (0,8-1 мг/мин)) или норэпинефрин (2-4 мг в 400 мл 5 % раствора глюкозы в/в капельно).

5. Осуществляют в/в введение глюкокортикостероидов (преднизолон или гидрокортизон) в связи с их общим противошоковым действием;



6. Для коррекции метаболического ацидоза вводят 150–200 мл 4 % раствора натрия бикарбоната (в/в) под контролем показателей кислотно-основного баланса;

7. Одновременно проводят оксигенотерапию 100%-м увлажнённым кислородом через маску или мягкий катетер (в некоторых случаях рекомендуется интубация трахеи); для обеспечения оттока мочи и контроля состояния пациента проводят катетеризацию мочевого пузыря.

Пациента необходимо доставить в центр круглосуточной интервенционной и кардиохирургической помощи, где возможно применение аппаратов вспомогательного кровообращения. При отсутствии такой возможности, рекомендуется доставить больного в ближайшую ургентную клинику, имеющую кардиореанимационное отделение.

У большинства больных, выживших после КШ, в дальнейшем сохраняются нарушения сократительной способности миокарда, поэтому данные пациенты нуждаются в активном медикаментозном лечении и после выписки из стационара.

Вывод. Таким образом, проблема летальности при КШ остаётся одной из самых актуальных в современной кардиологии, а результаты лечения и прогноз для таких пациентов во многом зависят от своевременного и полноценного оказания им неотложной медицинской помощи.

Бакуменко Е.Ю.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ ПРИСТУПЕ

Научный руководитель: *Довгялло Ю.В.*,

МОУ «Общеобразовательная школа №30», г. Енакиево, ДНР

Цель: определить алгоритм первой доврачебной помощи, первой врачебной помощи при астматическом приступе

Введение. Проблема роста заболеваемости бронхиальной астмой заставляет искать эффективные пути профилактики и купирования приступов.

Термины. Бронхиальная астма – хроническое заболевание дыхательных путей. Характеризуется спазмом бронхов.

Приступ астмы – состояние, которое характеризуется сильным, резким сжатием мускулатуры бронхов и сопровождается выработкой большого количества секрета. Это приводит к тому, что к лёгким не поступает достаточного количества кислорода.

Причины возникновения астматического приступа:

1. Работа или длительное пребывание во вредных условиях.



2. Низкий вес новорожденного ребёнка или если мать курила, являясь беременной.

3. Некоторые лекарства. К ним относят аспирин, группу препаратов, которые предназначены для снижения давления.

4. Малоподвижный образ жизни.

5. Аллергены (пыль, пыльца, шерсть животных, клещи).

6. Инфекции дыхательных путей (простуды, бронхиты, синуситы и др.), так как они вызывают локальное воспаление.

7. Физические упражнения, особенно если они выполняются на улице зимой, в холодную и сухую погоду.

8. Сильные эмоции (смех, слезы, злость, волнение), чаще проявляются у детей.

Симптомы приближающегося приступа:

1. Резкая затруднённая дыхания, высокоинтенсивный кашель, постоянно усиливающийся.

2. Краснота на коже.

3. Тахикардия.

4. Незначительная боль в груди.

5. Сонливость.

6. Аллергический ринит.

7. Трудность в произношении слов.

Симптомы уже начавшегося приступа:

1. Удушье.

2. Отдышка.

3. Сухой кашель до надрыва.

4. Свистящие хрипы, в основном на выдохе.

5. Боли в грудной клетке.

Последовательность действий для оказания первой доврачебной помощи больному:

1. Вызвать врача, точно сообщив симптомы заболевания.

2. Снять верхнюю одежду для облегчения дыхания.

3. Изолировать больного от контакта с веществами, влияющими на его состояние (аллергенами).

4. Помочь человеку успокоиться и сесть удобно,

5. Купировать приступ препаратами, которыми пользуется больной (при наличии).

6. Давать в промежутках между ингаляциями горячий чай или воду.

Последовательность действий для оказания первой врачебной помощи больному:

1. Введение подкожной инъекции от астмы. Вводится адреналиновый раствор. Укол расслабляет мышцы, расширяет бронхи. Противопоказан пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.



2. Введение кортикостероидов внутривенно в качестве медикаментозного лечения. Препараты оказывают антигистаминное действие, снимают отёк.

3. Бронхиальный спазм снимают внутривенным введением ксантиновых препаратов.

4. Используются парокислородные ингаляции, разжижающие мокроту, облегчающие выведение слизи из бронхов.

Рекомендации по профилактике приступов бронхиальной астмы:

1. Устранение контакта с аллергенами, способными вызвать приступ.

2. Активность без физических перегрузок.

3. Переход на диету с гипоаллергенным питанием.

4. Приём продуктов, содержащих большое количество витаминов и минералов.

5. Установка увлажнителя воздуха возле кровати.

6. Стирка постельного белья не менее раза в неделю.

Вывод. Мы определили алгоритм первой доврачебной помощи, а также первой врачебной помощи при астматическом приступе.

Архипова К.Д.

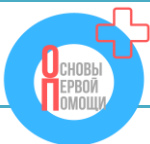
ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Научный руководитель: *Склянная Е.В.*,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – острое состояние с высокой летальностью, занимающее третье место среди причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний после ишемической болезни сердца и инсульта. Ежегодно 0,1% населения планеты гибнет от ТЭЛА. Частота ТЭЛА согласно крупным популяционным исследованиям составляет 60-70 случаев на 100 000 населения в год, внутрибольничная смертность варьирует от 7–11%.

Причины возникновения неотложного состояния. В основе патогенеза заболевания лежит тромбообразование, которому способствуют факторы из триады Вирхова: нарушение кровотока, повреждение эндотелия сосудистой стенки, гиперкоагуляция и угнетение фибринолиза. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) является причиной развития ТЭЛА до 90 % случаев. Частота ТГВ в популяции развитых стран составляет около 160 случаев на 100 тыс. населения; частота фатальной ТЭЛА – 50-60 случаев на 100 тыс. населения. В 3-10 % случаев источники ТЭЛА локализуются в бассейне верхней полой вены или в полостях правых отделов сердца.



ТЭЛА расценивается, как массивная, когда у пациентов развиваются явления кардиогенного шока или гипотония. При массивной или множественной ТЭЛА сосудистое сопротивление возрастает до уровня, который правый желудочек не способен преодолеть, что приводит к остановке кровообращения и внезапной смерти.

Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии хоть и не вызывает серьезных гемодинамических нарушений, но сопровождается развитием инфаркта легкого.

Алгоритм оказания первой помощи. Вызов бригады СМП. При отсутствии дыхания и сердечной деятельности – начать проведение СЛР. Реанимационные мероприятия следует проводить, чередуя 30 компрессий грудной клетки с 2-мя вдохами искусственной вентиляции легких. Проведение СЛР прекращают после восстановления самостоятельного дыхания и гемодинамики.

Неотложная врачебная помощь.

К основным направлениям терапии ТЭЛА на догоспитальном этапе относят: улучшение микроциркуляции, купирование болевого синдрома, профилактику развития тромбоза в легочных артериях и повторных эпизодов ТЭЛА, коррекцию правожелудочковой недостаточности, артериальной гипотензии, гипоксии, купирование бронхоспазма. Для предупреждения рецидивов необходимо соблюдать строгий постельный режим; транспортировать больных на лежащих носилках.

1. Гепарин в/в струйно в дозе 4-10000 МЕ или низкомолекулярные гепарины в следующих дозировках: Эноксапарин (Клексан) – 1 мг/кг (100 МЕ/кг) через 12 ч п/к; Надропарин (Фраксипарин) – 86 МЕ/кг болюсно, затем 86 МЕ/кг через 12 ч п/к; Дальтепарин (Фрагмин) – 120 МЕ/кг через 12 ч п/к.

2. Морфин в/в дробно. 1 мл 1 % раствора разводят изотоническим раствором натрия хлорида до 20 мл и вводят 2-5 мг каждые 5-15 мин до устранения болевого синдрома и одышки, либо до появления побочных эффектов: артериальной гипотензии, угнетения дыхания, рвоты.

3. Терапия прессорными аминами при осложнении течения заболевания правожелудочковой недостаточностью, гипотензией или шоком показана:

а) Допамин – начальная доза - 5 мкг/кг в мин. с постепенным ее увеличением до оптимальной – до 25 мкг/кг.

б) Добутамин – 2,5 мкг/кг в мин. с увеличением ее каждые 15-30 мин на 2,5 мкг/кг в мин. до получения эффекта, побочного действия или достижения дозы 15 мкг/кг в мин.

в) Норэпинефрин – в дозе, не превышающей 16 мкг/мин., применять в качестве монотерапии при невозможности использовать другие прессорные амины.

4. Реополиглюкин - 400 мл вводят в/в капельно до 1 мл в мин.



5. Эуфиллин – 10 мл 2,4% раствора в/в медленное (струйное либо капельное) при развитии бронхоспазма и стабильном АД (САД не ниже 100 мм рт. ст.).

6. Длительная кислородотерапия.

Рекомендации по дальнейшему лечению.

Для устранения гемодинамических нарушений необходимо улучшение кровотока в легочной артерии, что может быть достигнуто с помощью тромболитика и/или эмболэктомии. Также необходимо предотвратить развитие повторной ТЭЛА, с этой целью применяют антикоагулянтную терапию.

При наличии противопоказаний к терапии или неэффективности лечения антикоагулянтами; осложнениях, возникших в процессе лечения; рецидивах тромбоэмболии, несмотря на терапию, производится имплантация кава-фильтра в просвет нижней полой вены.

Вывод. ТЭЛА – это жизнеугрожающее состояние, требующее не только своевременного оказания помощи на догоспитальном этапе, но и рационально подобранной терапии в условиях стационара. Своевременно и правильно оказанная первая помощь может сохранить жизнь пациенту до приезда бригады СМП, что позволяет увеличить эффективность терапии и предотвратить летальный исход заболевания.

Агеева Д.В., Жданова Т.В., Таран О.В.

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Научный руководитель: *Манищенкова Ю.А.*,

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск, ЛНР

Актуальность. Несмотря на современные достижения медицины, острый инфаркт миокарда стоит во главе заболеваний сердечно-сосудистой системы, потери трудоспособности, инвалидности и смертности населения.

Важно, что течение и исход ИМ зависит от своевременной и соответствующей квалифицированной медицинской помощи. Имеет значение время и выполнение неотложной помощи исходя из современных алгоритмов, а также качество оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе. При этом лечение на догоспитальном и госпитальном этапах представляет собой, совокупность мер направленных на общие подходы к вопросам диагностики, лечения и, что немаловажно, медицинской тактики. Благодаря этому, можно рассчитывать на благоприятный результат.

Причины возникновения неотложного состояния. Лидирующим фактором развития ИМ является атеросклероз коронарных артерий, тромбоз сосудов, эмболия венечных артерий, пороки сердца, артериальная гипертензия,



сахарный диабет, ожирение. Также увеличивает риск возникновения ИМ частые стрессы, курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, неправильное питание, возраст.

Алгоритм оказания первой помощи.

1. Усадить пациента.
2. Освободить его от стесняющей одежды (галстук, ремень).
3. Убедить больного соблюдать спокойствие.
4. Мониторинг АД, пульса, ЭКГ-диагностика.
5. Обеспечение оксигенотерапии, установка периферического катетера.
6. Обезболивание (Морфин 1 мл 1% раствора в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно дробно до достижения эффекта).
7. Нитроглицерин 10 мл 0,1% растворить в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в капельно от 5 до 20 капель в минуту под контролем АД.
8. Гепарин в/в болюсно 4 000-5 000 МЕ на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида или высокомолекулярные гепарины (надропарин 0,6 мл (5700 МЕ) подкожно).
9. Ацетилсалициловая кислота 150-300 мг, а затем 75-100 мг.
10. Клопидогрель 300 мг.
11. Аторвастатин 40 мг или розувастатин 20 мг.
12. При наличии показаний к оперативному удалению тромба – госпитализация в кардиологическое отделение (тромболизис не проводить).
13. При отсутствии абсолютных противопоказаний – проведение тромболизиса.

Вывод. Предложенный выше алгоритм оказания неотложной помощи надогоспитальном этапе является наиболее благоприятным, что в последующем предоставит возможным значительно улучшить результаты лечения больных с инфарктом миокарда на госпитальном этапе. Своевременная первая медицинская помощь, оказанная в полном объеме, повышает шансы выжить и снижает риск кардиоваскулярных осложнений.

Петроченко Д.В.

ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НАРКОТИЧЕСКОМ ОТРАВЛЕНИИ СПАЙСОМ

Научный руководитель: *Подлесная В.И.*,

МОУ «Школа №150 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Спайс– курительная смесь из растений, пропитанных синтетическими веществами наркотического и психотропного действия. В настоящее время курение широко распространено, при этом ряды курильщиков пополняются в основном за счет подростков.

Особую опасность представляет пристрастие их к употреблению курения.



Симптомы: человек тревожен, заторможен или возбужден, сонлив, у него нарушена координация движения (при отсутствии запаха алкоголя изо рта) и двигательная активность хаотична, речь невнятная, кожные покровы бледные, расширены зрачки, трудности с фокусировкой взгляда. Нарушается восприятие, то есть возникают слуховые и зрительные галлюцинации, искажено чувство времени (чаще ощущение, что временные интервалы повторяются, возникает ощущение остановки, замедления времени). Также возникает ощущение утраты контроля над телодвижениями. Появляется страх смерти, паника. Кроме того, может снижаться или повышаться артериальное давление, беспокоит слабость, тошнота, рвота, сердцебиение, возникают судорожные приступы, потеря сознания, нарушения сознания, остановка дыхания и т. д.

Оказание первой доврачебной помощи младшим специалистом с медицинским образованием согласно протоколу МОН ДНР:

1. Вызвать врача. Обеспечивается предоставление пациенту квалифицированной медицинской помощи.
2. Обильное питье.
3. Мочегонные препараты.
4. При тревоге – успокоительные препараты (адаптол, ноофен, фенибут – до 2000 мг). При сердцебиении и повышенном давлении – ателонол или анаприлин.

Лечение в медицинском учреждении:

1. Психологическая реабилитация.
2. Медикаментозное восстановление организма.
3. Восстановление психологического состояния.
4. Восстановление эмоционального состояния.
5. Социальная адаптация.

Вывод: первая доврачебная помощь при наркотическом отравлении спайсом направлена на успокоение пациента и очищение организма от токсичных веществ, а также в доставке пациента в лечебное учреждение.

Козляковская В.А.

ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НАРКОТИЧЕСКОМ ОТРАВЛЕНИИ СНЮСОМ

Научный руководитель: *Подлесная В.И.*,

МОУ «Школа №150 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Снюс – один из видов бездымного табака. Продукт, изготовленный из увлажненного или высушенного измельченного табака, обработанного раствором соли и соды, с добавлением ароматических и вкусовых добавок. Употребляется путем размещения между десной и губой. Это разновидность



наркомании, а наркомания-заболевание, которое человек приобретает добровольно, начав употреблять наркотики.

Симптомы: нарушение координации движения, появление чувства эйфории, появление симптомов отравления наркотиками, такие как вялость, повышенная сонливость с переходом в состояние комы.

Нарушения дыхательных функций, частота дыхания уменьшается. Также симптомы передозировки наркотиками включают ацидоз, экзотоксический шок, отек мозга, часто резко повышается давление, а затем происходит его резкое падению, повышение слюноотделения, потливость.

Оказание первой доврачебной помощи младшим специалистом с медицинским образованием согласно протоколу МОН ДНР:

1. Вызвать врача. Обеспечивается предоставление пациенту квалифицированной медицинской помощи.

2. Вызвать рвоту.

3. Дать больному принять магния сульфат.

4. Уложить на бок и укутать в одеяло.

Лечение в медицинском учреждении:

1. Вентиляция легких.

2. Инъекционное введение налоксона, при его отсутствии – кордиамина.

3. Введение адреномиметиков, чтобы снизить артериальное давление.

4. Промывание желудка, форсированный диурез.

5. Дегидратационная терапия.

6. Ощелачивание крови.

7. Введение антибиотиков (для предупреждения сепсиса).

Вывод: первая доврачебная помощь при наркотическом отравлении снюсом направлена на успокоение пациента и очищение организма от токсичных веществ, а также в доставке пациента в лечебное учреждение.

Шахтимир И.А.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИЯХ РАЗЛИЧНОГО ТИПА

Научный руководитель: *Журбенко В.Е.*,

МОУ «Школа №8 имени А.В. Гаврищенко города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Мы живем сейчас в очень сложной обстановке. За весь период война унесла уже более десятков тысяч человеческих жизней. Поэтому очень важно, чтобы каждый человек, оказавшийся на месте происшествия, или рядом с ним умел правильно и быстро оказывать первую помощь пострадавшему. Нам необходимо владение информацией, умениям и навыкам оказания первой помощи при ранениях, это очень важно, так мы сможем спасти больше жизней.



Причины возникновения неотложного состояния. Причин возникновения неотложного состояния, к сожалению, огромное количество. И все они зависят от предмета получения ранений. Первая медицинская помощь предназначена для устранения опасных для жизни повреждений организма и обеспечения максимально благоприятных условий для транспортировки пострадавшего.

Рана – это механическое повреждение тканей, при котором нарушается целостность кожных покровов или слизистых оболочек, часто с вовлечением глубоких тканей, и сопровождающееся болью, кровотечением и зиянием.

Виды ранений. В зависимости от того, какой характер имеют повреждения, ранения подразделяются на:

1. **Резанные** – это раны, которые наносятся острым предметом, окружающие ткани повреждаются не сильно, края ровные. Могут заживать первичным натяжением даже без наложения швов.

2. **Колотые** – это раны, имеющие не большую поверхность, но довольно глубокие, могут повредить глубоколежащие структуры. Опасны развитием анаэробной инфекции.

3. **Рваные и Рубленые** – образуются при ударе тупым, или острым предметом. Характерны неровные края, отслойка и некроз кожи.

4. **Укушенные** – это ранения, возникающие вследствие укуса. Часто довольно глубокие, сопровождаются инфекциями, возможны попадания в рану различные вирусы, такие как бешенство, чесотка, денге и другие

5. **Огнестрельные раны** – возникают как следствие пулевого или осколочного ранения. В зависимости от траектории пули, или осколка от снарядов они могут быть сквозными (есть входное и выходное раневые отверстия), слепыми (застревание пули или осколков в тканях) и касательными (пуля или осколок задевает кожу и мягкие ткани, не застревая в них). Раневой канал может иметь не прямой ход, возможно повреждение нескольких полостей организма, повреждения самых разных органов.

По глубине повреждения огнестрельные ранения подразделяются на:

1. Поверхностные ранения: повреждается кожа и слизистые организма.
2. Глубокие ранения: повреждение мышц, сухожилий, костей и т.д.
3. Проникающие ранения: проникают в полости живота, груди, черепа, сустава.

Непосредственно после ранения наиболее опасными для жизни являются кровотечения, а в более поздние сроки – развивающаяся в ране инфекция вплоть до развития грозных осложнений – сепсиса или столбняка.

Общий алгоритм оказания первой помощи.

1. Оценить обстановку (безопасно ли оказывать первую помощь).
2. Если в наличии есть средства защиты, такие как перчатки, антисептик и другие, необходимо защитить себя от попадания на тело биологических жидкостей пострадавшего.



3. Остановить кровотечение, если оно присутствует.
4. Вызвать «Скорую помощь»;
5. Обработать кожу вокруг раны антисептическими средствами, рану водой, и другими жидкостями не промывать.
6. Не следует удалять из раны кровяные сгустки или инородные тела, поскольку это может спровоцировать кровотечение. Запрещено вдавливать в рану выступающие наружу ткани или органы, на поверхность выпавших органов наложить стерильную влажную повязку;
7. На рану нужно наложить стерильную салфетку, закрыть повязкой.
8. При обширных ранениях конечностей необходимо произвести иммобилизацию;
9. Контролировать состояние пострадавшего;
10. Передать «Скорой помощи».

На этапе госпитальной помощи решаются следующие задачи:
· профилактика и лечение раневых осложнений;
· ускорение процесса заживления;
· восстановление функций поврежденных органов и тканей.

Основные принципы лечения ран:
· строгое соблюдение асептики на всех этапах лечения;
· обязательная хирургическая обработка;
· активное дренирование;
· максимально раннее закрытие ран первичными или вторичными швами, или с помощью аутодермопластики;
· целенаправленная антибактериальная и иммуноотерапия, коррекция системных нарушений

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Не стоит пренебрегать рекомендациям врачей по реабилитации после ранений. Правильно подобранный режим и процедуры способствуют скорейшему выздоровлению и закреплению уже полученного результат в процессе лечения.



Краузе Н.П.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ

Научный руководитель: *Пересада Е.А.*,

УДО «Донецкий Республиканский Центр туризма и краеведения учащейся молодежи», ГОУ «Донецкая специальная школа-интернат №19», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Занятия в кружках по туризму предполагают путешествия, выходы детей за пределы населенного пункта, проживание в полевых условиях, приготовление пищи на костре, что может сопровождаться дополнительными опасностями. Термические ожоги – один из наиболее часто встречающихся видов травм при занятиях туризмом.

Причины возникновения неотложного состояния. Термический ожог – повреждение тканей организма, вызванное действием высокой температуры. Опасность для жизни несет ожог, занимающий 1/3 тела или больше. Открытое пламя (костер), кипящая жидкость и пар от нее (приготовление пищи), раскаленные предметы (камни, угли, костровое снаряжение, посуда) – все это может стать причиной термического ожога при неосторожном обращении с огнём и несоблюдении правил безопасности.

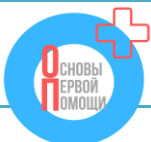
В зависимости от глубины повреждения тканей выделяют четыре степени тяжести ожогов:

- ожог 1-й степени – поверхностное повреждение. Характеризуется покраснением кожи, отеком, жгучей болью;
- ожог 2-й степени – характеризуется покраснением кожи, отеком, жгучей болью и появлением пузырей (волдырей), наполненных прозрачной светло-желтой жидкостью;
- ожог 3-й и 4-й степени – глубокое повреждение (омертвление кожи). Характеризуется образованием пузырей кровяного цвета, лопнувших пузырей, обугливанием кожи и возможно кости.

Алгоритм оказания первой помощи.

1. Убедиться в отсутствии угрозы непосредственно вам, как оказываемому помощь.
2. Остановить воздействие пламени (водой, снегом, с помощью одеяла или другой плотной ткани) или другого процесса, вызвавшего ожог.
3. Как можно быстрее удалить с пострадавшего тлеющую или пропитанную кипятком часть одежды.
4. Провести первичный осмотр, начать соответствующее оказание первой помощи, при необходимости вызвать скорую помощь или начать транспортировку пострадавшего в медицинское учреждение.

Описание оказания первой помощи. При ожоге 1-й степени охлаждать обожженную поверхность прохладной проточной водой, затем на место ожога



приложить влажную асептическую ткань (марлю) и увлажнять ее каждый час в течение первых 6 часов.

При ожоге 2-й степени, спустя 6 часов охлаждения, накладываем асептическую не тугую повязку с тонким слоем мази с антибиотиком (Левомеколь, Синтомицин), которую нужно менять каждые 12 часов. Можно давать обильное, теплое питье.

Примечание: Не смазываем место ожога, а мазь накладывается на стерильную салфетку. Нельзя вскрывать и удалять пузыри.

При ожоге 3-й и 4-й степени оказание помощи такое же, что и при 2-й степени ожога. Самостоятельное заживление таких ожогов невозможно, поэтому необходимо обращение за квалифицированной медицинской помощью.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Во всех случаях ожогов следует категорически отказаться от применения «народных» средств из-за опасности нагноения.

Выводы. От того как правильно и быстро будет оказана доврачебная помощь, зависит не только дальнейшее выздоровление, но иногда и жизнь пострадавшего. Поэтому умение оказать помощь пострадавшему до приезда врачей или транспортировки его в медицинское учреждение – это то, что должен знать каждый, даже начинающий турист.

Синютин К.О.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОПЫТКЕ СУИЦИДА

Научный руководитель: *Кузнецова Е.М.,*

МОУ «Школа № 112 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Суицид – самоубийство (от лат.«себя убивать») – это намеренное лишение себя жизни. Это реакция человека на проблему, кажущуюся непреодолимой, как, например, отчуждение, смерть близких и т.д.

Суицидальные действия включают в себя суицидальную попытку и завершённый суицид.

Суицидальная попытка– это целенаправленная попытка лишить себя жизни, но не закончившаяся смертью. Попытка может быть обратимой и необратимой, направленной на лишение себя жизни или другие цели.

Парасуициды – акты намеренного самоповреждения, не приводящие к смерти.

Завершённый суицид– действия, завершённые летальным исходом.

Актуальность. Проблема самоубийств в настоящее время является актуальной как среди взрослых, так и среди детей.

На территории России – по данным ВОЗ, в 2013-2014 в России на 100 тысяч жителей приходилось 19,5 случаев самоубийства.



За первые девять месяцев 2015 года этот же показатель равнялся 17,7. В 2016-м этот же показатель упал уже до 15,4, что составляет самый низкий уровень с начала 1960-х. В 2017 году этот показатель начал падать примерно до 14,2 случаев самоубийств.

Каждые 40 секунд в мире происходит очередное самоубийство. В общей сложности за год счеты с жизнью сводят почти 800 тысяч человек. Россия в этой печальной статистике занимает весьма незавидное место, уступая не только своим соседям, но и почти всем остальным странам-членам ВОЗ.

Она входит в первую тройку государств с самыми высокими показателями самоубийств на душу населения, а по числу суицидов среди мужчин и вовсе является мировым лидером. Во многом потому, что россияне-мужчины убивают себя почти в семь раз чаще, чем женщины.

«Любая смерть – это трагедия для семьи, друзей и коллег погибшего. Но суицид можно предотвратить, – подчеркивает генеральный директор ВОЗ Тедрос Адханом Гебрейесус. – Мы призываем все страны включить в свои национальные программы образования и здравоохранения проверенные стратегии по предотвращению самоубийств».

На сегодняшний день из 183 стран, входящих в ВОЗ, принятая на государственном уровне программа по предотвращению суицидов есть только у 38 (в их числе Австралия, Израиль и США) – то есть примерно у каждой пятой.

ВОЗ настаивает, что ограничение доступа к средствам самоубийства является одной из самых эффективных мер по их предотвращению.

Причины возникновения неотложного состояния. Непосредственный повод попытки самоубийства длится от нескольких минут до нескольких часов (острый пресуицид), редко дней, перед совершением поступка. Важно знать этот повод, а по возможности и поводы предшествующих попыток самоубийства, чтобы найти доступ к более скрытым проблемам пациента. Возможен и хронический пресуицид, когда период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации исчисляется месяцами.

Суициды можно разделить на три основные группы:

1. Истинные.
2. Демонстративно-шантажные.
3. Скрытые.

Кто относится к группе риска?

1. Лица, страдающие психическими расстройствами, а также переживающие возрастной криз.

2. Суициды при эндогенных психозах. Завершенные самоубийства составляют 1/3 всех случаев. При эндогенных депрессиях особая угроза суицида наблюдается в начале и в конце депрессивной фазы. Эндогенные депрессивные составляют самую большую группу «постсуицидальных» пациентов.



3. Лица, страдающие старческой депрессией.

4. Больные шизофренией.

5. Больные подростки, у которых ведущим синдромом является их неспособность к контактированию. Они часто происходят из неблагополучных семей, эмоционально неуравновешенных, невыносливых, психически несбалансированных, разобщенных. В критической фазе жизни риск суицида может стать особенно большим в результате разлуки с родителями, а также при незначительных расстройствах.

6. В климактерическом периоде угроза суицида также выше, чем в другие периоды жизни.

7. При хроническом алкоголизме.

8. При раковых заболеваниях.

9. Неожиданное появление заболевания при истинной или воображаемой угрозе профессиональной карьере.

Неотложная (первая) помощь при суициде (суицидальной попытке).

Если соматическое состояние суицидента не представляет опасности, он подлежит госпитализации в психиатрическую больницу. При наличии угрозы жизни суициденты поступают в отделения реанимации или профильные отделения, в зависимости от вида суицида: при отравлениях – в отделение токсикологии, при ранениях – в отделение хирургии и т. д. Вне зависимости от вида суицидальной попытки, оказание неотложной помощи осуществляется в следующем порядке:

1. Убедиться в наличии дыхания, пульса на сонных артериях; если они отсутствуют, начать реанимационные мероприятия, как при остановке сердца.

2. Устранить признаки ОДН и ОССН, при их наличии.

3. При наличии судорог купировать судорожный синдром.

4. В случае травмы, если есть наружное кровотечение, остановить его.

5. Перед транспортировкой пострадавшего в больницу нужно исключить наличие у него переломов, особенно черепа и позвоночника и производить эвакуацию крайне осторожно.

6. В зависимости от вида суицида после устранения угрозы для жизни проводится специфическая и симптоматическая терапия. При восстановлении сознания больной обязательно консультируется психиатром для установления психиатрического диагноза, согласования тактики медикаментозной терапии и решения вопроса о месте дальнейшего лечения.

Признаки суицидальной депрессии могут появиться у больных в условиях стационарного лечения и включают в себя наличие суицидальных мыслей, бессонницу ранним утром, полную потерю аппетита и интересов, ощущение безнадежного отчаяния, неспособность выразить собственные мысли или чувства и прогрессирующую социальную изоляцию. Больные в таком состоянии подлежат безусловной госпитализации в психиатрическую больницу.



Послеродовая депрессия, развивающаяся в первые дни после родов, также может быть причиной импульсивных суицидальных попыток, поэтому ни в коем случае нельзя игнорировать развивающиеся опасные симптомы-предвестники: беспокойство, потерю аппетита, нарушение сна, причудливые навязчивые идеи и необоснованные страхи в отношении своего ребенка. Если в анамнезе есть указания на депрессию после родов, эту пациентку необходимо наблюдать и профилактически назначить антидепрессанты.

Неотложная (первая) помощь при суициде (суицидальной попытке). Если соматическое состояние суицидента не представляет опасности, он подлежит госпитализации в психиатрическую больницу. При наличии угрозы жизни суициденты поступают в отделения реанимации или профильные отделения, в зависимости от вида суицида: при отравлениях – в отделение токсикологии, при ранениях – в отделение хирургии и т. д.

Вне зависимости от вида суицидальной попытки, оказание неотложной помощи осуществляется в следующем порядке:

1. Убедиться в наличии дыхания, пульса на сонных артериях; если они отсутствуют, начать реанимационные мероприятия, как при остановке сердца.
2. Устранить признаки ОДН и ОССН, при их наличии.
3. При наличии судорог купировать судорожный синдром.
4. В случае травмы, если есть наружное кровотечение, остановить его.
5. Перед транспортировкой пострадавшего в больницу нужно исключить наличие у него переломов, особенно черепа и позвоночника и производить эвакуацию крайне осторожно.
6. В зависимости от вида суицида после устранения угрозы для жизни проводится специфическая и симптоматическая терапия.

При восстановлении сознания больной обязательно консультируется психиатром для установления психиатрического диагноза, согласования тактики медика.

Рекомендации по дальнейшему лечению. Обучение социальным навыкам и умениям преодоления стресса. Оказание подросткам социальной поддержки с помощью включения семьи, школы, друзей и т.д. может проводиться социально– психологический тренинг проблем –разрешающего поведения, поиска социальной поддержки, ее восприятия и оказания, индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий по повышению самооценки, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии. Овладение навыками практического применения активной стратегии проблем, совершенствование поиска социальной поддержки, психологическая коррекция пассивной стратегии избегания, увеличение уровня самоконтроля, замена «значимых других», выработка мотивации на достижение успеха может быть основано на тренинге поведенческих навыков.

Выводы. Самоубийство есть явление социальное. Конечно, каждый самоубийца приходит к своему решению индивидуальным путем, но, тем не



менее, основные факторы индивидуального решения создаются социальными причинами. На каждую тысячу жителей приходится определенный процент людей с склонностью к самоубийству, т.е. людей с относительно слабой волей, с недостаточным запасом энергии, склонных преувеличивать дурное в окружающих обстоятельствах, а иногда и в себе самих, люди типа меланхолического.

Рассмотрев мотивы, толкающие человека на самоубийство, выявив категории лиц, способных совершить этот шаг, можно прийти к выводу, что самоубийства происходили, происходят и будут происходить, в связи с тем, что существование идеального общества с высоким уровнем человеческого счастья – этого всего лишь мечта, как для нас, так и для всех предшествовавших и будущих поколений.

Проблемы же остаются и на глобальном уровне, и на бытовом, проблемы, которые могут «убить» даже сильного человека, который не в состоянии найти какой-либо выход.

Но самое ужасное и, наверное, глупое, на мой взгляд, – это самоубийства молодёжи, не столкнувшейся ещё с по-настоящему серьёзными проблемами, но умеющей преувеличивать величину своего, порой, надуманного горя.

Поэтому, необходимо быть более внимательными друг к другу, ведь это немаловажно в разрешении этой проблемы.

Красножон Н.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОТЕРМИИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

Научный руководитель: *Кузина А.О.*,

МОУ «Школа № 80 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. В Донецкой Народной Республике военные, природные и техногенные катастрофы сопровождаются тысячами пожаров. В 2017 году подразделениями МЧС совершено 8,5 тысячи выездов на тушение пожаров, из которых 179 возникли вследствие ведения боевых действий на территории Республики. В 2018 году личным составом подразделений МЧС ликвидировано 6 920 пожаров и загораний, а также 685 пожаров, не подлежащих статистическому учету, в том числе произошедших в результате попаданий взрывоопасных предметов вследствие ведения боевых действий. При этом в структуре смертности взрослого населения в Донецкой Народной Республике третье место занимают несчастные случаи, травмы и отравления – 5,8%. В связи с тем, что термических ожог можно получить не только при чрезвычайной ситуации, но и в бытовых условиях необходимо изучить наиболее оптимальные сроки, длительность и средства охлаждения ожоговой поверхности, что обуславливает актуальность данной темы.



Причины возникновения неотложного состояния. Первая помощь значительно влияет на развитие раневого процесса и ожоговой болезни. Так как при получении термических повреждений люди ограничены в очаге поражения и, как правило, лишены возможности получить квалифицированную медицинскую помощь. Одной из основных целей первой медицинской помощи является ликвидация поражающего фактора и предотвращение угрожающих здоровью и жизни состояний. Одним из доступных способов для оказания первой медицинской помощи при ожоговых поражениях тканей является гипотермия.

Алгоритм оказания первой помощи. Всемирная организация здравоохранения дает следующие рекомендации по оказанию первой медицинской помощи при термических ожогах:

1. Остановить процесс горения путем удаления одежды и промывания ожогов.
2. Загасить огонь, дав пациенту возможность кататься по земле или используя одеяло, воду или другие жидкости для тушения огня.
3. Использовать холодную проточную воду для уменьшения температуры в месте ожога.
4. При химических ожогах удалить химическое вещество или ослабить его действие с помощью большого количества воды.
5. Обернуть пациента чистой материей или простыней и транспортировать его в ближайшее соответствующее учреждение для оказания медицинской помощи.

Описание оказания первой помощи. В литературных источниках указывается положительное действие гипотермии (охлаждения) участков с термическим повреждением. Даже после устранения источника термического ожога продолжается перегревание тканей. При воздействии на кожный покров кипятка при температуре 1000°C в течение 3 минут гипертермия сохраняется после прекращения воздействия еще 15 минут, при ожоге пламенем в течение 2-11 минут. Для прекращения перегрева тканей необходимо сразу же после получения травмы применение локальной гипотермии. Такие действия способствуют в первые 30 минут после получения термического ожога ограничить глубину повреждения тканей (некроза). Для оказания первой медицинской помощи при термическом повреждении площадью не более 10%, необходимо охлаждать место поражения на протяжении не менее 15-20 минут орошением или погружением в холодную воду, температурой 15°C. Если в момент оказания первой помощи отсутствует источник прохладной воды, то следует использовать холодные предметы или специальные охлаждающие гели, предварительно положив на ожоговую рану слой чистой (желательно стерильной) ткани. Использование льда нежелательно, поскольку он вызывает спазм сосудов. Но такой метод не следует использовать при обширных поражениях поверхности тела (более 30%), так как такие ожоги зачастую



сопровождается шоком. При термических повреждениях тела более 50% в течение первых 6-24 часов развивается системная воспалительная реакция с общей гипотермией и активное охлаждение обширной раневой поверхности может привести к переохлаждению и истощению организма. Применение экстренного охлаждения водой или специализированными и подручными средствами температурой около 15°C и длительностью не менее 10 минут и в дальнейшем отсроченного охлаждения средами температурой 20-30°C имеют наиболее эффективный результат.

Выводы. Применение гипотермии является важным фактором в оказании первой медицинской помощи пострадавшим с локальными ожогами. В первые 30 минут после получения ожога происходит отек почти 90% пораженного участка тела. В связи с чем использование, для оказания первой медицинской помощи, локальной гипотермии способствует полной или частичной ликвидации воспалительного синдрома. Особое внимание стоит уделять гипотермии у больных с обширными ожогами и у детей, так как это может значительно утяжелить состояние пострадавшего и ухудшить прогноз.

Кононенко В. В.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ

Научный руководитель: *Фатеева Г. Н.*,

УДО «Донецкий Республиканский центр туризма и краеведения учащейся молодежи», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Ожоги – одни из самых распространенных бытовых травм дома и на работе. Они были и остаются серьезной проблемой, так как большинство людей, получая данный вид травмы или становясь свидетелями ее получения, не знают, как оказать неотложную помощь. А ведь в зависимости от степени поражения, данный вид травмы может представлять серьезную угрозу для здоровья и жизни. Поэтому очень важно знать и уметь оказывать первую помощь при ожогах.

Причины возникновения неотложного состояния. Причиной возникновения этого вида травмы чаще всего является несчастный случай. Неосторожное поведение с опасными горючими веществами и легковоспламеняющимися предметами, нарушение техники безопасности на производстве и в быту. Ожоги чаще всего возникают при воздействии на кожу высокотемпературных факторов, таких как кипящая вода, смола, пар, огонь, горячие предметы.

Алгоритм оказания первой помощи. Остановиться, задуматься, оценить ситуацию, убедиться, что спасаемому и вам ничего не угрожает, принять решение – оказывать помощь пострадавшему самостоятельно, или ограничиться



вызовом скорой помощи. Если пострадавший согласен на предложение оказать ему помощь:

1. Убрать поражающий фактор.
2. Охладить место ожога.
3. Закрывать стерильно повязкой.
4. Покой и противошоковые меры, следить за состоянием пострадавшего до приезда «скорой».

Описание оказания первой помощи. При ожогах, прежде всего, необходимо пострадавшего оградить от фактора повреждения. Снять с него одежду, металлические предметы, которые соприкасаются с обожженной поверхностью. Прилипшую к местам ожоговых ран одежду не снимают, ее обрезают вокруг ожога и накладывают асептическую повязку поверх оставшейся части одежды. После этого сразу охладить водой обожженную поверхность. Способ охлаждения термических ожогов зависит от степени поражения кожи. При первой и второй степени кожа охлаждается под прохладной проточной водой. Процедура проводится около 15 минут. При ожоге третьей и четвертой степени необходимо наложить на пораженное место влажную повязку, используя стерильную салфетку. При отсутствии стерильного материала ожоговую поверхность можно закрыть чистой хлопчатобумажной тканью, смоченной спиртом или водкой; такие повязки уменьшают боль. Повязку нельзя накладывать слишком туго! Затем набирают чистую прохладную воду в достаточно большую емкость и охлаждают пораженную зону в стоячей воде в течение 10-15 минут. Повязку при этом не снимают. При сильной боли пострадавшему можно дать обезболивающее и антигистаминный препарат. До приезда скорой помощи давать пострадавшему теплое питье.

Под полным запретом любые народные рецепты! Нельзя: сразу после ожога пользоваться любыми кремами на жирной и не жирной основе; мазать поврежденные места маслами, яичным белком и прочее; если ожог 3 или 4 степени – использовать Пантенол, пытаться оторвать прилипшую к поврежденному месту одежду; прокалывать пузырь; использовать для обработки ожогов собственную мочу или мочу другого человека.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Для лечения воспаления при ожоге, которое может возникнуть как осложнение, необходимо принимать антибактериальные препараты и дополнительно обрабатывать обожженные участки кожи, то есть необходимо создать все условия для заживления ожоговых ран и восстановления целостности кожных покровов. На всех этапах заживления рекомендуется использовать специальные средства, поддерживающие регенерацию и оказывающие антисептическое действие. Так же на этапе заживления необходимо уменьшить механическое воздействие на пострадавший участок – так восстановление займет меньше времени, а рана затянется быстрее.



Стоит отметить, что тактика местного консервативного лечения обожженных участков кожи для каждого пациента индивидуальна. Она зависит от площади поверхностных и глубоких ожогов, их локализации, наличия инфекции. Большое значение имеет опыт работы медицинского персонала и наличие соответствующего оборудования, препаратов и перевязочного материала.

Выводы. В случае получения данного вида травм, необходимо в кратчайшие сроки обратиться за квалифицированной медицинской помощью. Для улучшения результатов лечения, пострадавших от ожогов, важно своевременно оказать первую помощь пострадавшему. Быстрое заживление ожоговых ран может быть достигнуто только при применении всего комплекса местной и системной терапии, общего ухода и других реабилитационных мероприятий.

Ковалев Д.А.

ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗЧМТ

Научный руководитель: *Кисенко А.Н.*,

МОУ «МУПК Кировского района г. Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Сложность патогенеза закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ), недостаточное восстановление нарушенных функций в посттравматическом периоде, высокая смертность при тяжелых травмах с нарушением витальных функций – определяющие факторы данной проблемы. Статистика констатирует от 25% до 49,1% нейротравматизма среди всех травматологических больных. В детском возрасте наблюдаются в 45% случаев, причем закрытая травма отмечается в 83,5% среди всех ЧМТ.

Причинные факторы неотложных состояний: 1) нейродинамические нарушения (М.Ш. Промыслов, 1981), с повышением активности кининовой системы и усилением нарушений водного обмена головного мозга (В.В. Морозов, В.В. Посохов, 1976); 2) циркуляторные нарушения (П.Е. Снесарев); 3) нарушения микроциркуляции (Х.П. Шустер и соавт., 1981); 4) нарушение гематоэнцефалического барьера и водного обмена (Л.И. Смирнов, Ю.Л. Курако, 1973). 5) гипоксия (И.М. Маерович, 1975). 6) травматический шок (Ю.Г. Шапошников, 1982).

На гистоморфологическом уровне это ведет к дистрофии нейрональных и гиперплазии глиальных и мезенхимальных элементов мозга и его оболочек (по И.С. Бабчину, 1964) и приводит к атрофическому глиосклерозу, арахноидиту и водянке. «Морфологического» выздоровления при ЧМТ не происходит никогда, наблюдается лишь частичная компенсация морфологических нарушений. При легкой ЗЧМТ отмечается клиническое выздоровление, при



тяжелой – не регрессируют ни структурные, ни функциональные расстройства (по Д.С. Саркисову, 1982)

При **первой помощи** приоритетным является восстановление и поддержание жизненно важных функций: дыхания (восстановление проходимости дыхательных путей, устранение гиповентиляционных нарушений – гипоксемии, гиперкапнии) и кровообращения (устранение гиповолемии, артериальной гипотензии и анемии).

Тяжесть состояния пациента оценивается по бальной шкале комы Глазго (ШКГ) и установления клинического нарушения сознания.

На догоспитальном этапе необходимо: придать пациенту устойчивое боковое положение или же положение на спине с повернутой набок головой; механически очистить полость рта, удалить зубные протезы (при наличии), применить прием Селлика. При истечении различных биожидкостей (ликвор, кровь) из носа и ушей (как признаков ОЧМТ) применить тампонаду с использованием гемостатических материалов и (или) наложить асептическую повязку. Все действия проводятся крайне осторожно! Под голову укладывают мягкую подстилку (ватно-марлевое кольцо). При повреждении челюстей применяют стандартную пластмассовую подбородочную шину-пращу. Эвакуация проводится лежа лицом вниз с подкладыванием под грудь и голову (лоб) скатки. При удовлетворительном состоянии пациента можно транспортировать сидя (голова наклонена набок).

Интубация трахеи (без миорелаксантов), ИВЛ – по показаниям. При развитии терминального состояния: произвести сердечную реанимацию, обеспечить доступ к вене. Госпитализация: срочная в специализированное нейротравматологическое, неврологическое или хирургическое отделение под наблюдением и обследованием невропатолога, так как терапевтическая тактика может кардинально измениться.

Только комплексная оценка неврологической картины, данных дополнительных методов исследований и учет закономерностей динамики внутричерепной дистензии оптимизируют медикаментозную коррекцию состояния. Арсенал средств, снижающих внутричерепное давление: гипертонические растворы, диуретики, кортикостероиды и ганглиоблокаторы. Для снижения проницаемости ГЭБ назначают препараты кальция, рутин, атропин. При гиповолемии и артериальной гипотензии – инфузии коллоидов и кристаллоидов (изоосмолярные). Показана десенсибилизирующая терапия, при возбуждении – в сочетании с седативными средствами, при тревожном состоянии – с малыми транквилизаторами, а при астеническом синдроме – с тонизирующими препаратами. Выраженная вегетативная лабильность хорошо корригируется диазепамом и его аналогами. При ликворной гипотензии показано пероральное и парентеральное введение жидкостей с противоотечным и спазмолитическим, избирательно церебральным и кардиальным действием. Для профилактики спаечных процессов в оболочках и сосудистых сплетениях



ГМ с 1-й недели назначают парентерально биогенные стимуляторы и, особенно, при лечении травматической эпилепсии. Профилактика гнойно-септических осложнений (с обязательной ротацией антибиотиков).

Экстренное нейрохирургическое вмешательство показано при сдавлении мозга или дистопии срединных структур мозга.

Главное условие успешного лечения пациентов с ЗЧМТ – соблюдение ими постельного режима минимально 1-2 недели, а затем – щадящий двигательный режим в течение 3-6 недель, причем длительность этих периодов зависит от субъективных и объективных показателей нейро-, гемо- и ликвородинамики, вегетативно-сосудистой лабильности и т.д. Диспансерное наблюдение – 5 лет.

Митрофанов В.А.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Научный руководитель: *Склянная Е.В.*,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР.

Актуальность. Каждый человек может столкнуться с ситуацией, в которой необходимо оказать неотложную медицинскую помощь. На сегодняшний день таким навыкам обучают водителей, работников МЧС, офицеров и солдат военной и гражданской службы, медицинских работников. Но далеко не каждый представитель вышеуказанных сфер готов практически и психологически оказать экстренную медицинскую помощь пострадавшему.

Цель: оценить психологическую готовность студентов медицинского ВУЗа к оказанию первой помощи.

Материалы и методы. В исследование было включено 146 обучающихся ГОО ВПО «Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького». Из них студентов 1 курса 33 человека, 2 курса – 24, 3 курса – 14, 4 курса – 28, 5 курса – 21, 6 курса – 20 человек, а также 3 врача-интерна, 3 ординатора. Все респонденты заполнили разработанный нами опросник по оценке своей подготовленности к оказанию первой помощи, включающий в себя вопросы о теоретической и практической подготовленности опрашиваемого, готовности нести моральную ответственность за свои действия, психологической устойчивости к стрессу, опыте оказания первой помощи в прошлом, наличии и умении пользоваться аптечкой первой помощи. Ответы на вопросы оценивались от 1 до 5 баллов.

Результаты. 129 (87,2%) респондентов ранее изучали методику оказания первой помощи. Однако только 81 (62,7%) опрошенных оценивают свои знания по оказанию неотложной медицинской помощи на 4 балла и выше. Из них



студентов старших курсов (4 и выше) 44 (54,3%) человек. Готовы взять на себя ответственность за свои действия во время оказания неотложной медицинской помощи 102 человека, что составляет 69,8% опрошенных.

Оценивают адекватность своего поведения в стрессовой ситуации на 1 балл 7 (4,7%) человек, на 2 балла 4 (2,7%) человек, на 3 балла 37 (25%) человек, на 4 балла 66 (44,6%) человека, на 5 баллов 34 (23%) человек, т.е. адекватным в urgentных ситуациях могут назвать свое поведение только 23% респондентов. Способны спокойно действовать в стрессовой ситуации (4-5 баллов) 80 (54%) человек. Из них уже 1 и более раз оказывали первую медицинскую помощь 48(60%) человек, а имеют при себе аптечку 27 (33,7%) человек. Обращает на себя внимание, что из 66 опрошенных, кто уже оказывал неотложную медицинскую помощь, только 55 (83,3%) человек считают свое поведение в стрессовых ситуациях адекватным (4 балла – 29 человек, 5 баллов – 26 человек).

Из 146 опрошенных считают, что умеют делать сердечно-легочную реанимацию (СЛР) 123 человек (83,1%). Из них 8 (6%) человек ранее не изучали основы оказания первой помощи, что вызывает сомнения в адекватности оценки способности выполнения данного навыка. Напротив, изучали основы оказания первой помощи, но не умеют делать СЛР 15 (10,2%) человек из них 1 курс 7 человек, 2 курс 1 человека, 3 курс 0 человек, 4 курс 4 человек, 5 курс 1 человек, 6 курс 1 человек и 1 врач-интерн, что отражает необходимость в повторно прохождении курсов по оказанию первой помощи.

Выводы. Как среди студентов младших курсов -35 (49,3%) человек, так и среди студентов старших курсов - 43 (57,3%) человека, только половина считает свою теоретическую подготовку по оказанию первой помощи хорошей и отличной, несмотря на обучение. Менее 50% респондентов считают свое поведение в стрессовой ситуации адекватным, а около 10% - не умеют делать СЛР, что свидетельствует также о недостаточной практической подготовке обучающихся к оказанию первой помощи.

Зубков И.В.

ЕСЛИ УКУСИЛ ПАУК. КАК ОКАЗАТЬ ПЕРВУЮ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ

Научный руководитель: *Сыромятникова С.Н.*,

ГОУ ВПО «Донецкий национальный технический университет», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Далеко не во всех случаях укус паука представляет опасность для здоровья и жизни человека. Возможные последствия зависят от вида насекомого и индивидуальных реакций организма пострадавшего на ферменты, которые паук впрыскивает во время укуса. Для снижения риска



развития тяжелых последствий необходимо знать главные правила оказания первой помощи и принципы лечения.

Причинные факторы неотложных состояний. Ферментный состав яда, который вырабатывается у домашнего паука-птицееда, не может нанести существенный вред человеку. В этом случае возможен отек и покраснение только в области укуса.

Каракурт (черная вдова) – относительно небольшой паук, но его укус может стать причиной болевого синдрома, общего ухудшения состояния и местной аллергической реакции. Признаки тяжелой интоксикации организма могут сохраняться несколько дней. Укус тарантула вызывает интенсивный болевой синдром, онемение конечностей и нарушения сердечного ритма. Яд этого паука нередко становится причиной тяжелейших аллергических реакций. Для детей и людей с ослабленным организмом укус этого членистоногого может стать фатальным.

Относительно часто встречается в наших краях крестовик. Пауки нередко соседствуют с людьми, свивая крупную паутину даже в многоквартирных домах, но нападают лишь в редких случаях. Крестовик может укусить, только если человек представляет опасность. Яд крестовика относится к гемолитическим и приводит к нарушению доставки кислорода ко всем тканям организма человека. Это вызывает ухудшение состояния. Неблагоприятные эффекты могут сохраняться на протяжении суток, а затем идут на спад. Даже крупные особи этого вида паука не могут выработать достаточно яда для летального исхода.

Паук-отшельник. Укус паука-отшельника (коричневого и бурого) представляет смертельную опасность для человека. Эти членистоногие отличаются небольшими размерами. У людей часто страдают конечности – укусы в большинстве случаев приходятся на них. Без направленного лечения после укуса паука в области поражения руки или ноги начинается некроз тканей. Ухудшается и общее состояние из-за нарастающей интоксикации. Без своевременной помощи врачей велика вероятность летального исхода даже взрослых людей, ведущих здоровый образ жизни.

Часто укус не ощущается, но может напоминать и укол иглой. В большинстве случаев уже через 10-15 минут появляются первые проявления в виде белого или красного пятна на коже. Спустя 1-2 часа появляются выраженные симптомы нападения членистоногого. Степень выраженности проявлений зависит от вида паука и типа яда. На укус ядовитого членистоногого могут указывать следующие **признаки**:

- красные пятна на коже;
- ломота и боли в мышцах;
- гиперемия лица;
- судороги;



- волдыри и ранки в местах укуса;
- очаги эрозии и некроза;
- отек мягких тканей;
- крапивница;
- повышенная потливость;
- сильная головная боль;
- зуд и жжение;
- онемение и покалывание конечностей;
- учащенное сердцебиение; боли в животе;
- мышечные спазмы;
- приступы удушья;
- одышка.

При укусах ядовитых пауков необходимо как можно быстрее оказать человеку **первую помощь**.

Следует промыть с мылом пораженную область под струей холодной водой.

Чтобы предотвратить поражение кожи и клетчатки, нужно обездвижить конечность.

Место укуса можно обработать следующими антисептическими средствами: йод; этиловый спирт; зеленка; перекись водорода.

Для снижения риска распространения токсинов рекомендовано перетягивание конечности эластичным бинтом выше области повреждения.

К месту укуса следует приложить холодный компресс. После оказания первой помощи следует вызвать «Скорую».

Если есть подозрения на укус ядовитого членистоногого, пациента кладут в стационар больницы для наблюдения и лечения. Если вид паука выявлен, может быть введен антидот. Для стабилизации состояния и выведения токсинов проводится комплексная детоксикационная терапия. Для снижения аллергических реакций назначаются антигистаминные средства.

Часто применяются такие средства: Супрастин. Зодак. Тавегил. Кларитин. Димедрол. Цетрин. Лоратадин.

Назначаются препараты, позволяющие устранить имеющиеся симптоматические проявления. При выраженных головных и мышечных болях и воспалительном процессе назначаются спазмолитики, анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты.

Часто применяющиеся средства: Спазмалгон. Спазган. Максиган. Анальгин. Нимесил. Нурофен. Нимесулид. Диклофенак. Ибупрофен.

При резком повышении артериального давления назначаются гипотензивные препараты. При начале некротического процесса требуется хирургическое вмешательство, направленное на очищение имеющейся раны.



Вывод. Для недопущения укусов нужно избегать контактов с ядовитыми пауками. Необходимо приучать детей к тому, что брать членистоногих в руки нельзя. В доме следует регулярно проводить уборку в жилом помещении, чтобы избежать проникновения опасных насекомых.

При пребывании в лесу, поле и в других местах, где возможна встреча с ядовитыми насекомыми, нужно использовать специальные средства защиты, в т. ч. спреи, отпугивающие насекомых, и закрытую одежду. Если планируется отдых на природе с ночевкой, нужно запастись пологам.

Лазурченко Е.К.

АКТУАЛИЗАЦИЯ ПРОБЛЕМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИХСЯ В СОВРЕМЕННОЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Научный руководитель: *Кириченко А.В.*,

ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Актуальность данной темы обусловлена тем, что неправильное или неумелое оказание первой медицинской помощи может явиться причиной осложнений, затягивающих выздоровление пострадавшего или даже ведущих к инвалидности, а в некоторых случаях – может привести к смерти пострадавшего на месте получения травмы. Одной из главных целей педагогического коллектива является: обеспечить обучающемуся возможность сохранения здоровья в период обучения в школе, сформировать у него необходимые знания, умения и навыки, научить использовать полученные знания в повседневной жизни, а также формирование физически здоровой личности.

Анализ литературных источников. Работниками здравоохранения названы самые распространенные заболевания у школьников Донецкой Народной Республики. Наиболее частые вызовы скорой помощи в муниципальные образовательные учреждения происходят по причине боли в животе, отравления, травм различной степени тяжести, психических расстройств (стрессовые ситуации), вегетососудистой дистонии, а также потери сознания.

В отчетах работников здравоохранения говорится о том, что, проведя исследования обучающихся при поступлении в первый класс, к абсолютно здоровым были отнесены 4,3% детей. К концу обучения в муниципальном учреждении почти все обучающиеся приобретают какие-либо болезни. Хронические заболевания стали диагностироваться на 52,8% чаще, а функциональные отклонения – на 15%. У девочек чаще всего диагностируют нехватку массы тела, близорукость, невроты и головные боли, у мальчиков – язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гипертонию, ожирение и бронхиальную астму. В исследовании приняли участие 426



учеников. Экспертами было проведено около 20 тысяч врачебных осмотров. Уровень здоровья школьников за время обучения в школе ухудшается минимум в 4 раза, а здоровыми оканчивают школу не более 15 %. При этом число больных детей в процессе обучения достигает 30-35 %.

К причинам заболеваний относят, как организацию процесса обучения, так и условия, в которых он осуществляется: микроклимат в классах, их наполняемость, санитарная норма, оборудование помещений, материально-техническая база образовательного учреждения, условия для занятий физической культурой, организация питания.

Факторы школьной среды определяют 12,5% заболеваемости в начальных классах, а к окончанию школы их влияние удваивается, достигая 20,7%. Около 10% детей имеют низкую массу тела или сниженный рост, что говорит о хроническом недоедании. Серьезные нарушения питания особенно часто встречаются среди старшеклассников: 10-12% подростков страдают от заболеваний желудочно-кишечного тракта и неправильного обмена веществ.

Цели и задачи работы. Основными направлениями деятельности образовательного учреждения в области охраны здоровья являются обеспечение приоритета сохранения жизни и здоровья работников и учащихся, расследование и учет несчастных случаев на территории организации и профессиональных заболеваний.

Педагог обязан правильно применять средства индивидуальной и коллективной защиты, проходить обучение безопасным методам и приемам выполнения работ, инструктаж по охране труда, стажировку на рабочем месте и проверку знаний требований охраны труда.

Правила оказания первой медицинской помощи необходимо знать всем работникам образовательных учреждений, так как правильно и своевременно оказанная доврачебная помощь имеет большое значение для выздоровления пострадавшего. Предполагается, что если педагоги будут правильно и своевременно оказывать доврачебную помощь, то это приведет к быстрому выздоровлению пострадавших, без тяжелых последствий для жизни и здоровья.

Исследование проблемы. Каждый человек должен уметь оказать первую медицинскую помощь, тем более педагог, выпускник высшего образовательного учреждения. Основная задача оказания первой помощи при несчастном случае - сохранить жизнь пострадавшего до прибытия скорой помощи, использовать любой шанс для его спасения.

Знать теорию и методику оказания первой помощи – еще не означает умело воспользоваться этими знаниями в экстремальной ситуации. При оказании первой помощи следует руководствоваться следующими принципами: правильность и целесообразность, быстрота, обдуманность, решительность и спокойствие. Педагогу, оказавшемуся рядом с пострадавшим, прежде всего, необходимо установить: обстоятельства, при которых произошла травма, время возникновения травмы, место возникновения травмы, вид и тяжесть травмы,



способ обработки, необходимые средства первой помощи в зависимости от данных возможностей и обстоятельств.

При оказании первой помощи необходимо: вынести пострадавшего с места происшествия, обработать поврежденные участки тела и остановить кровотечение, иммобилизовать переломы и предотвратить травматический шок, доставить или же обеспечить транспортировку пострадавшего в лечебное учреждение (при необходимости вызвать скорую помощь). В тяжелых случаях (артериальное кровотечение, бессознательное состояние) первую помощь необходимо оказывать немедленно, но таким образом, чтобы это не отразилось на ее качестве.

Выводы и предложения. Для снижения числа смертельных исходов и тяжести увечий в нашей Республике, необходимо более активно вести работу по нескольким направлениям: обучить педагогов и учащихся навыкам оказания первой помощи в экстремальных ситуациях; начать устранение причин и условий травматизма и смертности; оснастить все здравпункты муниципальных учреждений аптечками и медицинским оборудованием, соответствующим современным требованиям оказания первой помощи на месте происшествия.

Даже изучение анатомии, физиологии не могут дать человеку без медицинского образования навыков и психологической подготовки профессионального медика. Чтобы потенциальному спасателю не мешали естественные сомнения необходимо вложить в его руки достаточно твердые навыки, которым уделяется недостаточно внимания.

Таким образом, обучение первой медицинской помощи на уроках ОБЖ играет огромную роль. В современных условиях повышенной опасности необходимо учить обучающихся оказывать первую медицинскую помощь.

Яцук А.А.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Научный руководитель: *Стрельченко Ю.И.*,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР

Актуальность: Инфаркт миокарда и острый коронарный синдром у детей до настоящего времени считался практически невозможным, но практикующие врачи-педиатры отмечают, что в нынешнее время есть множество случаев, подтверждающих это заболевание истораживающих на нарастание числа больных детей.

Таким образом, кардиология, как наука - молодеет, и эта проблема приобретает все большую актуальность.



Острый коронарный синдром (ОКС) – это обострение стабильного течения ишемической болезни сердца, клиникой которых может являться инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия или даже внезапная смерть.

Факторы, которые могли бы вызвать (или повлиять на развитие) ОКС:

- врожденные патологии коронарных артерий (болезнь Кавасаки, болезнь Такаясу);
- приобретенные патологии (коронариты);
- аномалия Бланда — Уайта — Гарленда;
- врожденные патологии в сочетании с врожденными пороками сердца;
- врожденный кардит;
- инфекционный эндокардит;

Симптомы ОКС:

- приступы внезапного беспокойства;
- боль в области сердца, длительная, более 5 мин (она может быть различна: давящая, жгучая, сжимающая);
- тахипноэ или диспноэ;
- бледность кожных покровов;
- похолодание конечностей;
- цианоз;
- кардиогенный шок;
- тахикардия;
- диспепсия;

Первая доврачебная помощь:

1. Не ждите, что боль пройдет самостоятельно, здесь это может быть опасно для жизни. Необходимо незамедлительно вызвать бригаду скорой помощи.

2. Ребенка усадить или уложить, приподняв голову.

3. Максимально усилить приток воздуха-открыть окна, двери, попросить глубоко, но осторожно дышать.

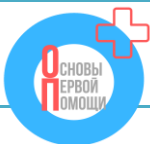
4. Единственный препарат, который можно дать ребенку – таблетку ацетилсалициловой кислоты (аспирин) (0,25 г) – для угнетения агрегации тромбоцитов.**НО:** в критическом случае возможно применение нитроглицерина, т.к. он влияет на агрегацию тромбоцитов, уменьшая ее. (0,25г)

5. Если через 5-7 мин боли сохраняются необходимо второй раз принять аспирин.

6. Если и дальше состояние не улучшается, появляется одышка, учащенное сердцебиение - аспирин больше не принимать.

7. Следить за пульсом ребенка.

На этапе первой медицинской помощи врачи-кардиореаниматологи выполняют:



1. Оксигенотерапия, чтобы устранить гипоксемию.

2. Купирование боли нитратами или опиатами.

1) При поступлении в больницу состояние ребенка будет тяжелое, поэтому выполняется ЭКГ в динамике, в течение первых 10 мин после поступления.

2) Уровень кардиомаркеров в динамике, таких как миоглобин, тропонин, креатинкиназа.

3) Коронарография, в зависимости от тяжести состояния либо в экстренном порядке, либо на 1-2 сутки.

4) Лабораторная диагностика не является основной, но также необходима, чтобы проследить изменения в сердечной мышце: Ускорение СОЭ, повышение числа лейкоцитов, возможен сдвиг влево, ОХ, Х-ЛПНП, Х-ЛПВП.

5) Эхокардиография

Лечение в стационаре:

Применяют кардиометаболиты (неотон), инотропы (добутамин), обезболивающие (анальгин, промедол), антибактериальные препараты.

Выводы: таким образом, ОКС у детей встречается чаще, чем диагностируется. Настороженность практических врачей и своевременная диагностика данной патологии позволят улучшить прогноз заболевания, снизить риск летального исхода и уменьшить инвалидизацию.

Мажара А. В.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С МИАСТЕНИЕЙ ПРИ КРИЗАХ

Научный руководитель: *Мороз Ю.Б.*,

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Это заболевание может поражать людей любого возраста, чаще встречается у женщин моложе 40 лет и у мужчин старше 60 лет. Характеризуется слабостью и быстрой усталостью любого типа мышц. Это вызвано нарушением нормальной связи между нервами и мышцами. Миастенический криз - это опасное для жизни состояние, которое возникает, когда мышцы, контролирующие дыхание, становятся слишком слабыми, чтобы выполнять свою работу. Экстренное лечение необходимо для оказания механической помощи при дыхании. Лекарства и методы фильтрации крови помогают людям снова дышать самостоятельно.

Причины возникновения неотложного состояния. Нервы взаимодействуют с мышцами, выделяя химические вещества (нейротрансмиттеры), которые точно вписываются в рецепторные участки мышечных клеток в нервно-мышечном соединении. При миастении иммунная



система вырабатывает антитела, которые блокируют или разрушают многие мышечные рецепторы для нейротрансмиттера, называемого ацетилхолином. С меньшим количеством доступных рецепторов мышцы получают меньше нервных сигналов, что приводит к слабости. Антитела также могут блокировать функцию белка, называемого мышечно-специфическим рецепторным тирозинкиназой. Этот белок участвует в формировании нервно-мышечного соединения. Антитела, которые блокируют этот белок, могут привести к миастении.

Алгоритм оказания первой помощи. Во время криза нужно обеспечить проходимость дыхательных путей, слизь должна быть удалена из глотки аспирацией или другим методом. После обеспечения адекватного дыхания через эндотрахеальную трубку для улучшения нервно-мышечной передачи назначают антихолинэстеразные препараты (прозерин или калимин). Когда пациент подвергается искусственной вентиляции легких в больнице, вводят прозерин внутривенно. Доза и частота его приема подбираются индивидуально, до прекращения мышечной слабости. При любом варианте миастенического криза необходима неотложная госпитализация.

Вывод. Миастенический криз нельзя предотвратить. Тем не менее, человек может предпринять шаги, чтобы остановить обострение симптомов или предотвратить развитие осложнений. Это включает в себя соблюдение тщательной гигиены во избежание инфекций и своевременное лечение миастении. Также рекомендуется избегать экстремальных скачков температур. Эффективное управление стрессом может также снизить частоту и тяжесть симптомов.

Темнохуд Е.Р.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ

Научный руководитель: *Михайлова Л.А.*,

МОУ «Школа №118 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Ожоги имеют многовековую историю, однако методы, средства и тактика лечения, обожженных до настоящего времени, остаются одной из актуальных проблем современной медицины. Ожоговый травматизм является важной медицинской и социальной проблемой.

Причины возникновения неотложного состояния. Ожоги бывают термическими, химическими, электрическими и лучевыми. Термические ожоги наступают вследствие действия пара, горячих жидкостей, открытого огня. Химические в результате воздействия на кожу и слизистые оболочки концентрированных неорганических и органических кислот, щелочей, фосфора, керосина, солей тяжелых металлов. Электрические ожоги возникают от действия электрического тока, контакт которого с тканями, прежде всего с



кожей, приводит к переходу электрической энергии в тепловую, в результате чего наступает коагуляция (свертывание) и разрушение тканей. Лучевые ожоги-поражения, возникающие в результате местного воздействия на кожу ионизирующего излучения. При необходимости вводят обезболивающие, накладывают сухие антисептические повязки. Обязательна консультация врача.

Алгоритм оказания первой помощи. Во-первых, не паникуйте, и удалите пострадавшего от источника поражения. Во-вторых, нужно охладить место ожога. Закрывать влажной повязкой. Принять покой и противошоковые меры, вызвать скорую помощь.

Описание первой помощи. При ожогах первой степени следует промыть обожжённое место крепким раствором марганцовокислого калия, спиртом (70%), одеколоном, и наложить антисептическую повязку. При ожогах второй степени, не следует смазывать место жиром и мазями, вскрывать и прокалывать пузыри (так может проникнуть инфекция). Если кожу вскрыли, то надо эту кожу удалить. При ожогах кислотами обожженный участок следует промыть водой добавлением в нее соды, мела, зубного порошка и других щелочей. Надо протирать пораженное место от периферии к центру. При ожогах серной кислотой необходимо промыть пораженное место большим количеством воды, чтобы смыть серную кислоту. Применение воды в небольшом количестве может усилить ожог, так как температура воды от соединения с серной кислотой резко повышается. При ожогах едкими щелочами следует обмыть обожженный участок тела водой, подкисленной уксусной или лимонной кислотой (2-5% раствор). При отсутствии указанных кислот – промыть чистой водой в большом количестве.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. До приезда доктора можно давать пострадавшему теплый (не горячий!) чай, полезно также обильное питье – 1-2 стакана воды с разведенной в ней чайной ложкой соды, дать обезболивающие препараты (анальгин или сделать инъекцию с анаболиком).

Выводы. Получить ожог в течении жизни может каждый. От этого никто не застрахован. Лечение обожженных, особенно с обширными ожогами, довольно длительный процесс, и, увы, не всегда может закончиться полным выздоровлением – многие в последствие остаются инвалидами, а некоторые, несмотря на всю проводимую терапию, погибают. Главная профилактика – соблюдение правил техники безопасности при обращении с огнем, бытовыми приборами, опасными веществами и предметами, которые могут стать причиной ожога.



Устименко Т. Д., Рудниченко Е. А.

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ КОМЕ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

Научный руководитель: Мороз Ю.Б.,

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Актуальность данной работы заключается в описании возможных причин комы неясного генеза и оказании правильной первой помощи.

Причины возникновения комы. Причины возникновения этого неотложного состояния могут быть самыми разными. Самыми частыми причинами являются нарушения мозгового кровообращения (59,2 %), гипогликемия (6,7 %), гипергликемия (3 %), передозировка наркотиками или лекарственными препаратами (15,3 %), черепно-мозговая травма (3 %) и алкогольная кома (1,9 %).

Алгоритм оказания первой помощи. В первую очередь, перед оказанием некоторых манипуляций, обязательно нужно вызвать скорую. Далее проводится быстрый осмотр пострадавшего, прощупать пульс и прослушать дыхание. При черепно-мозговой травме необходимо обеспечить пострадавшему покой. При наличии раны - обезвредить и перевязать, остановить кровотечение. Принять устойчивое положение и контролировать состояние пострадавшего. При отсутствии пульса проводится сердечно-легочная реанимация. Если пульс есть – обеспечить проходимость дыхательных путей, при возможности ИВЛ и ЭКГ, глюкометрия, а также померять АД. При пониженном уровне глюкозы вводится 30-40% раствор глюкозы внутривенно. При гипергликемической коме вводится 10-15 мл 40% раствора глюкозы. При наличии аритмии – обеспечить пострадавшему покой и приток свежего воздуха, помочь ему принять максимально удобное положение тела. При отравлении опиатами внутривенно вводится налоксон 1-2 мл 0,5 % раствора. При наличии очаговых или менингеальных симптомов, пострадавшему открывают дыхательные пути и помогают принять максимально удобное положение, при котором голова находится выше туловища. Голову поворачивают на бок, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути. При гипотермии пострадавшего оборачивают в сухую, теплую одежду, прикладывают грелки. При гипертермии обеспечивается проходимость дыхательных путей и постепенное охлаждение тела. При судорогах – диазепам 10 мл внутривенно. При гиперволемии пострадавшего кладут на спину и поворачивают голову на бок, ноги приподнимаются на 30 см. Человека укрывают теплыми вещами или одеялом. Далее пострадавшего направляют в стационар.



Вывод. Таким образом, мы узнали, кома не всегда имеет ясную причину возникновения. При всех коматозных состояниях обязательно в 100% случаев проводилась немедленная госпитализация в реанимационное отделение, а при наличии черепно-мозговой травмы или субарахноидального кровоизлияния в нейрохирургическое отделение. При выявлении точной причины возникновения неотложного состояния, лечение направлено исключительно на неё.

Игнатъев К.А., Усов Н.В., Донцов С.О.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Научный руководитель: *Шатохина Е. М.*,

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», г. Луганск, ЛНР

Актуальность. Извлечение пострадавших из-под обломков при возникновении аварий, природных и производственных катастроф, военных действий является первостепенной задачей, однако вовремя оказать помощь не всегда возможно. Опыт работы спасателей многих стран в зонах стихийных бедствий и катастроф показывает, что принцип «быстрейшего извлечения пострадавшего из-под обломков» не всегда приводит к спасению. Освобождение, приносящее смерть— вот страшный парадокс синдрома длительного сдавления (СДС). При неправильно оказанной помощи резко возрастает вероятность инвалидизации и летального исхода.

Причины возникновения неотложного состояния. СДС – специфический вариант травмы, который формируется после длительного сдавливания мягких тканей, магистральных сосудов и нервов конечностей. Отличительной особенностью данного синдрома является его проявление сразу же после освобождения поврежденной конечности из-под обломков. При длительном сдавливании тканей происходит гибель мышечных волокон. Чем дольше сдавление, чем больше поражено мышечной массы - тем хуже прогноз для пострадавшего, тем скорее наступает смерть. После освобождения конечности в кровоток поступают такие вещества, как: миоглобин, гистамин, серотонин, олиго- и полипептиды, калий, что обуславливает развитие эндотоксемии и шока, а в дальнейшем повреждение эпителия почечных канальцев и формирование полиорганной недостаточности.

Алгоритм оказания первой помощи.

До приезда бригады скорой медицинской помощи

Перед извлечением:

1. Обложить придавленную конечность пакетами со льдом, снегом, холодной водой.



2. Обильное тёплое содово-солевое питьё (1 чайная ложка соды+1 чайная ложка соли развести на 1 литр воды).

3. Наложение жгута выше места сдавления.

После извлечения:

1. Сразу после освобождения произвести тугое бинтование повреждённой конечности (для создания дополнительного сдерживающего футляра).

2. Медленное снятие жгута.

3. Обязательная иммобилизация конечности.

4. Повторный холод к конечности.

5. Обильное тёплое питьё.

При наличии явных признаков нежизнеспособности конечности жгут не снимать!

По приезду бригады скорой медицинской помощи алгоритм расширяется:

1. Проводится постановка периферического венозного катетера (центральный в/в катетер только Анестезиолого-реанимационными бригадами)

2. С целью обезболивания вводятся наркотические и ненаркотические анальгетики.

3. С противошоковой целью подключается инфузия кристаллоидных растворов, регуляция кислотно-щелочного состояния: 4% натрия гидрокарбонат, трентал.

4. Бережная и срочная госпитализация пострадавшего в положении лёжа на спине в профильный стационар.

Выводы. Своевременно и правильно оказанная первая медицинская помощь является ключевым моментом в успешном лечении данного синдрома. При правильном выполнении вышеперечисленного алгоритма риск возникновения и тяжесть осложнений СДС можно снизить.

Пшеничный Б.С.

ПЕРВАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ

Научный руководитель: *Склянная Е. В.*,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Оказание экстренной психологической помощи помогает предупредить нерациональные поступки и действия пострадавших, тем самым повышая качество оказания первой медицинской помощи.

Причины возникновения неотложного состояния. Люди, которые пострадали во время непредвиденного чрезвычайного происшествия, оказываются под влиянием множества факторов, среди которых самое главное



место занимает острейший психологический стресс, который приводит к тому, что человек действуя не осознанно, и бесконтрольно, наносит еще больший вред себе и окружающим, в том числе оказывающим помощь.

Алгоритм оказания первой помощи. Цель оказания экстренной психологической помощи – поддержка психического и психофизиологического самочувствия пострадавшего и работа с вновь возникшими негативными эмоциональными переживаниями. Достижение этой цели обуславливает значительное снижение вероятности возникновения различных отсроченных последствий у пострадавших.

Выделяют общие принципы конструктивного общения с пострадавшими, которые следует знать и соблюдать не только специалистам-психологам, но и другим людям, которые пытаются помочь пострадавшим.

Принципы заключаются в следующем:

1. Необходимо избегать сложных громоздких предложений, сложно построенных словесных оборотов в речи, таких как «Извините, пожалуйста...», «Не могли бы Вы...», и др. Это связано с частичным нарушением психических функций, связанных с концентрацией внимания. Исходя из этого, им трудно будет воспринять тяжелые словесные конструкции и проследить ход ваших мыслей.

2. Необходимо давать людям только четкие, короткие команды, избегая в речи употребления частицы «не». Кроме того, вы не должны давать обещаний, которые вы не можете выполнить (даже если это обещание исключительно с добрыми намерениями, например, чтобы успокоить человека). В случае невыполнения этих обещаний человек вряд ли поверит вам во второй раз, а установленный контакт будет разрушен. Кроме того, недоверие пострадавшего может распространиться не только на вас, но и на других людей, в том числе специалистов, которые оказывают помощь.

Используя эту фразу, вы даете человеку ложные надежды, так как спрогнозировать дальнейшее развитие событий достаточно сложно. И в случае если вы дали человеку надежду, и она не оправдалась, то следует ожидать усугубление возникшей острой стрессовой реакции, которое чаще всего проявляется в виде агрессии.

При общении с пострадавшим необходимо говорить только правду, с соблюдением некоторых **правил**:

1. Информация, которая подается пострадавшему, должна быть актуальной, ее не должно быть много, и она должна быть только достоверной.

2. Оказывая помощь необходимо контролировать свое эмоциональное состояние, которое может повлиять на речь (изменяя тембр, громкость голоса, интонацию), мимику и жестикуляцию. Пострадавший не должен слышать в вашем голосе неуверенность и сомнение. Речь должна быть четкой, с уверенной интонацией. Рекомендуется строить ее в повелительном наклонении



и с элементами внушения, используя следующие фразы: «Я с тобой!», «Помощь уже здесь!», «Слушай меня!», «Выпей воды...», «Держись за меня...» и др.

3. Общаясь с потерпевшим важно помнить о своем выражении лица.

Оно должно быть спокойным и уверенным. Нельзя чтобы пострадавший видел, что вы в растерянности. Также ни в коем случае нельзя поддерживать обвинения в адрес окружающих или их страх, так как отрицательные эмоции крайне заразительны и могут привести к массовой агрессии или панике.

Если при работе имеется возможность общения с пострадавшим, переживающим горе, утрату, следует оказать ему необходимую психологическую поддержку, используя приемы активного слушания. Данные приемы позволяют более точно понять психологическое состояние, чувства, мысли пострадавшего при помощи особых приемов участия в беседе, которые подразумевают активное выражение собственных переживаний и соображений.

Вывод. Таким образом, своевременная психологическая помощь способствует:

1. Снижению риска возникновения необдуманных, зачастую негативных, действий пострадавшего.

2. Профилактики возникновения у потерпевших, отдаленных психических последствий.

3. Созданию благоприятной психологической обстановки, для оказания первой медицинской помощи.

Проценко Я. О.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ФИТООЖОГАХ

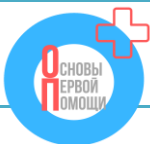
Научный руководитель: *Провизион А.Н.*,

Школа № 1, НУ «Юный медик», г. Донецк, ДНР

Актуальность темы вызвана тем, что целый ряд луговых растений (крапива, плющ и др.) при непосредственном контакте с кожей могут вызывать воспалительные реакции, иногда напоминающие ожог (фитоожог), сопровождаться зудом и болезненностью. Повреждение кожи развивается только в месте контакта. Степень выраженности изменений кожи зависит от силы и времени воздействия и может быть от ее покраснения до развития волдырей, пузырькови даже пузырей. При неправильной первой помощи при фитоожогах раздражение кожи может усиливаться, осложняться присоединением вторичной инфекции, появлением язв и даже развитием общих аллергических реакций. Поэтому важно при первых проявлениях фитоожога правильно оказать медицинскую помощь.

Последовательность оказания первой помощи при фитоожогах следующая:

1. Прервать контакт с раздражителем и устранить его.



2. Очистить кожу проточной водой, но ни в коем случае ни тониками, ни спиртовыми лосьонами или травяными настояками.

3. При покраснении кожи использовать индифферентные кремы (детский крем, цинковая паста или подобные).

4. При выраженной отечности кожи, появлении пузырьков или пузырей использовать примочки с 1% раствором борной кислоты, или танина, или резорцина, или некрепким настоем черного чая.

Примочки прикладывают на пораженную кожу, захватывая окружающую неповрежденную кожу, для этого марлю или бинт складывают в 5-6 слоев соответствующих размеров, наливают на нее используемую для примочки жидкость, обязательно холодную (30-35 градусов, холоднее температуры тела), слегка отжимают и прикладывают на пораженную кожу на 10-15 минут (до согревания ее до температуры тела). Затем повторяют процедуру в течение 40-60 минут.

5. После прекращения применения примочки на поврежденную кожу наносят индифферентный крем.

6. При выраженном воспалении можно использовать гормональные кремы (гидрокортизоновый, бетаметазон или др.).

Рекомендации по дальнейшему режиму. По возможности ограничить или избегать контакта незащищенной кожи с раздражающими факторами. При повторяющихся фитоожогах может быть риск развития сенсibilизации и экземы.

Выводы. Своевременная последовательная и грамотная первая медицинская помощь позволяет достигнуть полного разрешения воспалительных изменений кожи при фитоожогах.

Пономарева М. С.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ

Научный руководитель: *Стрельченко Ю. И.*,

Учреждение дополнительного образования «ДОНМАН», г. Донецк, ДНР

Алкогольная интоксикация (опьянение) – это состояние, которое возникает вследствие употребления напитков, содержащих этанол. Оно возникает, когда концентрация этилового спирта достигает приблизительно 0,3 г/л. Влияние этанола на поведение и психофизиологические функции человека может различаться в зависимости от массы тела, возраста, пола и других факторов. Легкая степень опьянения обычно сопровождается эйфорией, снижением внимания и скорости реакции. Тяжелое отравление этиловым спиртом может привести к ступорозному или коматозному состоянию и требует незамедлительной первой помощи.

Признаки отравления алкоголем:



1. Потеря способности объективной оценки ситуации.
2. Расстройство внимания, нарушение речи, памяти.
3. Сухость во рту, жажда.
4. Учащенное сердцебиение.
5. Редкое дыхание.
6. Кожные покровы бледные, холодные.
7. Выдыхаемый воздух имеет запах этанола.
8. Озноб.
9. Рвота.

Тяжелое отравление этанолом – очень опасное состояние. Летальный исход может быть обусловлен остановкой дыхательного или сосудодвигательного центра, алкогольной комой. Поэтому крайне важна вовремя и правильно оказанная помощь.

Алгоритм первой помощи при интоксикации этанолом.

1. Пострадавшему нужно придать горизонтальное положение и повернуть голову набок, чтобы предотвратить удушье рвотными массами.
2. Наиболее эффективная помощь заключается в промывании желудка. Необходимо вызвать рвоту, если еще не было (дать больному выпить раствор соды или надавить на корень языка пальцем или ложкой).
3. В случае потери сознания нужно вызвать скорую помощь (алкогольное отравление является показанием для госпитализации). До ее приезда уложить человека в устойчивое положение набок, ноги должны быть приподняты. Кроме этого, используется нашатырный спирт.
4. Проверить наличие дыхания и пульса. При его остановке провести сердечно-легочную реанимацию.

Важно! При отравлении этанолом больной нуждается в обильном питье, но оно не всегда уместно, так как при нарушении глотательного рефлекса и дыхания пострадавший может захлебнуться жидкостью.

Больного необходимо укутать в теплое одеяло, так как этиловый спирт обладает сосудорасширяющим свойством, тепло быстро покидает тело, что может привести к переохлаждению.

При алкогольной интоксикации нельзя давать какие-либо препараты пострадавшему. Взаимодействие медикаментов с этанолом может вызвать токсические реакции. Также не стоит применять противорвотные.

В случае необходимости специалистами проводится комплекс лечебных мероприятий, включающий в себя: оксигенотерапию, лимфодренажный массаж, инфузионную терапию. Для предотвращения осложнений используются витамины и глюкоза.



Ивлева М.Д.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОПАДАНИИ ИНОРОДНЫХ ПРЕДМЕТОВ В ВЕРХНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ

Научный руководитель: *Коржинский В.В.*,

ГПОУ «Донецкий транспортно-экономический колледж», г. Донецк, ДНР

Актуальность. В повседневных буднях часто неожиданно встречаются ситуации, когда жизнь человека повисает на волоске и на ее спасение дается только очень небольшое количество времени. Одна из таких ситуаций - внезапное удушье, вследствие попадания в верхние дыхательные пути инородного тела. Ситуация банальная, но по статистике, она является причиной смерти около 3800 человек в год.

Причины попадания инородных тел в верхние дыхательные пути. У взрослых: оживленный разговор, смех во время приема пищи, употребление алкоголя.

В трахею попадают куски мяса, часто недостаточно пережеванного. Они нередко частично (или полностью) «перехлестываются» через надгортанник в трахею и далее засасываются при попытках вдоха. Реже закупорку вызывают плотные комки хлеба, иногда напитки.

У некоторых взрослых есть привычка держать в зубах мелкие предметы во время работы - булавки или мелкие гвоздики, шурупы.

У пожилых: из-за старческой слабости голосовых связок, снижения эластичности тканей гортани, трахеи, помимо пищи, в дыхательные пути во время сна или в ситуации, когда человек находится в бессознательном состоянии, могут попасть такие инородные тела, как зубные протезы.

У детей: какой-то мелкий предмет (бусины, пуговицы, фасоль или горох, орехи и так далее), который ребенок засунул в рот, во время глубокого вдоха «проскакивает» в гортань.

Алгоритмы оказания первой помощи. Спросить пострадавшего: «Вы меня слышите? Вы подавились? Вы можете кашлять? Нагнитесь и кашляйте. Давайте я вам помогу». Сделать небольшие лёгкие хлопки в межлопаточную область.

Если наш пострадавший подавился и не кашляет, не может дышать, наши действия следующие – применяем приём Геймлиха.

Если человек потерял сознание и не дышит, то наша задача вызвать по телефону 103 Скорую помощь и приступить к процессу сердечно-лёгочной реанимации.

Описание оказания первой помощи.

Если человек при приеме пищи подавился, наши первые действия - надо проверить может ли он свободно дышать. Необходимо спросить его: «Вы меня слышите? Вы подавились? Вы можете кашлять? Нагнитесь и кашляйте. Давайте я вам помогу». Далее мы говорим: «Нагибайтесь и кашляйте».



Необходимо поддержать человека, наклонить его так, чтобы трахея была направлена вниз, и он выкашливал инородные предметы из неё. Далее сделать небольшие лёгкие хлопки в межлопаточную область. Если человек откашлялся и делает свободный вдох, мы спрашиваем: «С вами всё в порядке? Вы можете дышать?». Таким образом, мы ему помогли.

В случае если наш пострадавший подавился и не кашляет, не может дышать, наши действия следующие – мы спрашиваем: «Вы меня слышите? Вы можете дышать?» Если он не дышит, то мы обходим его со стороны спины, обхватываем руками туловище на два пальца вверх от пупка и помещаем на это место кулак. Второй рукой обхватываем кулак и производим несколько раз движение на себя и вверх, таким образом, сдавливая лёгкие. Обычно инородное тело «выскакивает» и человек может дышать. Таким образом, мы применили успешно приём Геймлиха.

Данный приём работает только тогда, если человек в сознании. Как только человек теряет сознание, наша задача положить его на землю, открыть рот и проверить, нет ли там инородных предметов. После этого проверить наличие у человека дыхания. Если мы проверили дыхание и человек не дышит, то наша задача вызвать по телефону 103 Скорую помощь и приступить к процессу сердечно-лёгочной реанимации. Только это может спасти человеку жизнь.

В случае если эта проблема нас застала наедине и нам некому помочь, то наша задача – знать, что такое приём самогеймлиха, когда мы способны помочь сами себе. Наша задача найти угол, а это может быть спинка стула, это может быть лавочка, а именно тот угол, на который мы можем весом своего корпуса бросаться с целью провоцирования большего выдоха из лёгочных путей. Мы можем встать на колени, и наша задача найти у себя точку от пупка на два пальца вверх на линии нижних рёбер и бросаться на спинку стула, на сам угол весом своего корпуса. Таким образом спровоцировать выдох из лёгких. И это даст нам шанс на спасение. Если рядом нет лавочки, стула, то можно стать на колени, опереться впереди себя руками о пол или землю, повернуть голову в сторону и резко выбросив руки вперёд упасть на грудь. От резкого толчка инородный предмет выскакивает изо рта.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Даже после извлечения инородного тела необходимо обязательно обратиться к врачу.

Выводы. Надо помнить, что от наших умелых действий может зависеть жизнь другого человека.



Плетос С.В.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

Научный руководитель: *Смирнова И.А.*,
ГОУ СПО «Рыбницкий политехнический техникум», г.Рыбница,
Приднестровская Молдавская Республика

Актуальность. В Государственном образовательном учреждении среднего профессионального образования «Рыбницкий политехнический техникум», в группах энергетического профиля, изучение инструкций по охране труда для электрика является очень актуальным.

Причины возникновения неотложного состояния. Считается, что одна из самых сильных травм для человека, это поражение электрическим током, вследствие чего могут проявляться, как видимые последствия, так и совершенно невидимые невооруженным взглядом, но в любом случае принимать меры нужно незамедлительно.

Многие думают, что для человека опасно напряжение и чем оно выше, тем последствия плачевней. Но это не так. На самом деле опасно не напряжение, а сила тока, например, при токе 0,5-1,5 мА человек ощущает на себе воздействие переменного тока, который серьезной опасности для человека не представляет, так как при этом человек может сам откинуть от себя токоведущий контакт. А вот ток 10-15 мА называют током неотпускающим, потому как эта величина тока при промышленной частоте 50 Гц вызывает у человека сильнейшее сокращение мышц кистей рук и человек попросту не может самостоятельно разжать руку или отбросить от себя провод. Еще опаснее ток 40 мА, при нем поражаются органы дыхания, и сердечно-сосудистая система перестает сокращаться, происходит так называемая клиническая смерть. Казалось бы, опаснее тока не может быть, но нет, существует ток в 100 мА (0,1 А) и этот ток смертелен.

Алгоритм оказания первой помощи. Даже если вам кажется, что всё обошлось, то все равно обратиться к врачу необходимо, как можно скорее вызовите скорую помощь, а сами приступайте к спасению жизни человека.

Алгоритм ваших действий:

1. По возможности отключите электроустановку, к которой прикоснулся пострадавший.
2. Если отключить электроустановку нет возможности, а человек держится за провод или кабель, тогда кабель нужно отрубить, например, топором.
3. В электроустановках до 1000 Вольт можно использовать подручные, сухие средства. Для того чтобы оттянуть человека, можно воспользоваться деревянными досками или палками, сухой ветошью.



4. В электроустановках выше 1000 Вольт необходимо использование индивидуальных средств защиты: изолирующие штанги и щипцы, диэлектрические ботинки или галоши, перчатки.

5. После освобождения пострадавшего от действия электрического тока, нужно подложить под него какую-нибудь сухую деревянную доску.

6. Проверить наличие пульса и ширину зрачков.

Последующие действия зависят только от того, в каком состоянии находится пострадавший после воздействия на него электрического тока.

Описание оказания первой помощи. Если заметно, что пострадавший плохо дышит или не дышит совсем, тогда нужно срочно приступить к искусственному дыханию «рот в рот» до приезда скорой помощи.

Необходимо положить на рот кусок ткани, пальцами рук зажать пострадавшему нос и начинать вдыхать воздух ему в рот. Первые 5-10 вдохов должны быть резкими (за 20-30 секунд), а далее темп можно уменьшить до одного вдоха в 6-7 секунд, но при этом необходимо следить за грудной клеткой пострадавшего. Как только грудная клетка будет подниматься, это означает, что ваши действия верны.

Если у пострадавшего не прощупывается пульс и не чувствуется сердцебиение, то кроме искусственного дыхания, нужен и непрямой массаж сердца, но делать его можно только в том случае, если вы проверили пульс и его точно нет.

Основание одной ладони нужно положить на середину грудной клетки пострадавшего, а основание второй руки положить на первую. После этого обе руки нужно взять либо в «замок», либо одна на другую «крест-накрест» и таким образом надавливать ими на грудную клетку, выполняя непрямой массаж сердца. Через 30 нажатий на грудную клетку производить 2 вдоха «рот ко рту». Частота нажатий должна быть примерно 100 раз в минуту.

Нельзя сильно давить на грудную клетку, так как при давлении можно сломать ребра. Надавливать нужно с такой силой, чтобы грудная клетка смещалась к позвоночнику приблизительно на 5-6 см.

Непрямой массаж сердца необходимо проводить до тех пор, пока пострадавший не начнет дышать, либо не приедет скорая помощь.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Необходимы рекомендации лечащего врача и применение оздоровительных процедур.

Выводы. Чтобы не попасть под действие электрического тока необходимо соблюдать технику безопасности и правила пожарной безопасности.

А самое главное, нужно уметь оказать доврачебную помощь пострадавшему, ведь от этого зависит жизнь человека!



Никитенко Д.Ю.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Научный руководитель: *Голина О.Н.*,

МОУ «Учебно-воспитательный комплекс «Гармония» города Донецка»,
г. Донецк, ДНР

Актуальность работы заключается в том, что часто бывает трудно отличить перелом кости от вывиха; в любом случае, при появлении характерных симптомов нужно как можно скорее обратиться к врачу. В ожидании медицинской помощи нужно уметь оказать первую помощь пострадавшему.

Вывих плеча – смещение кости сустава. Если суставные поверхности костей перестают соприкасаться друг с другом, то вывих называется полным. Если сохраняется частичное соприкосновение костей, то вывих считается неполным подвывих.

Причины вывиха плечевого сустава

Вывих плечевого сустава обычно развивается в результате травматического воздействия на один из компонентов сустава, пояса верхней конечности или свободной верхней конечности, которое может развиваться по причине удара, падения, сильного и резкого мышечного сокращения или движения. При этом происходит смещение суставных поверхностей и частичный или полный разрыв суставной капсулы. Чаще всего причинами вывиха плеча становятся спортивные травмы. Особенно опасны такие виды спорта, как хоккей, футбол, волейбол, горные лыжи, гимнастика. Кроме того, могут присутствовать и другие травмы, например, полученные в авариях, драках, или по собственной неосторожности.

Признаки и симптомы вывиха:

1. Резкая боль в области поврежденного сустава, сопровождающаяся своеобразным «влажным хрустом».
2. Невозможность движений в суставе.
3. Смещение головки плечевой кости. При этом травмированная конечность становится относительно длиннее.
4. Отек и гематома в области сустава. Развивается из-за травматического повреждения сосудов, окружающих сустав.

Первая помощь при вывихе плечевого сустава.

Уже через 3-4 часа после травмы в области поврежденного сустава развивается отек тканей, скапливается кровь. Вправлять такой сустав гораздо тяжелее свежего, поэтому самое важное при вывихе как можно быстрее доставить пострадавшего в медицинское учреждение.

1. Обеспечьте пострадавшему суставу максимальную неподвижность: не сгибайте локти, пальцы.
2. Зафиксируйте руку в плечевом суставе тугой повязкой.



3. Чтобы облегчить боль и снять воспаление приложить холодный компресс.

4. Можно дать болеутоляющее.

5. Обратиться к врачу!

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Диагностика включает себя детальный осмотр пациента, ощупывание поврежденного сустава и назначение рентгенографии в двух проекциях поврежденного сустава. С помощью полученного рентгена врач выявляет тип вывиха, нет ли перелома, и определяется со способом вправления. В более серьезных случаях для уточнения диагноза врач может назначить компьютерную и магнитно-резонансную томографию.

Вправление вывиха плечевой кости должен проводить только квалифицированный врач-травматолог. В идеале процедура проводится под наркозом, с помощью которого можно расслабить спазмированные мышцы. Таким образом, вправление пройдет максимально быстро и безболезненно. Проводится закрытое устранение вывиха по методу Гиппократ, Джанелидзе.

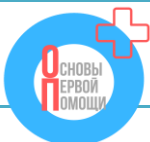
Иммобилизация больного, фиксация вывиха плечевого сустава. Потребуется обеспечить полную неподвижность плечевому суставу на 1-1,5 месяца. На вывихнутое плечо врач накладывает повязку суппозиторий для обеспечения сращения поврежденных мягких тканей. В этот период показана физиотерапия, которая возобновит кровообращение в пораженной зоне.

Реабилитация: электростимуляция мышц руки, массаж, лечебная гимнастика, упражнения в воде. Продолжительность реабилитационного периода – 2-4 месяца. Полную нагрузку на сустав разрешают через полгода после операции.

Последствием вывиха может стать хроническая нестабильность плечевого сустава, или, так называемый, привычный вывих. Он развивается в 16-60% случаев. Хирургическое лечение привычного вывиха плеча является актуальной проблемой современной ортопедии из-за его широкой распространённости и часто неудовлетворительных результатов лечения. В настоящее время в литературе описано свыше 300 методик оперативного лечения. Период восстановления у каждого пациента индивидуальный и требует регулярного наблюдения ортопеда и реабилитолога, в некоторых случаях невролога, массажиста и физиотерапевта.

Профилактикой вывихов может быть только профилактика травматизма.

Выводы. Вывих плеча – серьезная травма, требующая медицинской помощи. Учитывая распространенность данной травмы, каждый человек должен знать, как действовать при повреждении плеча, чтобы снять болевой симптом и предотвратить возможные осложнения. Чем раньше врач окажет необходимую помощь и вправит сустав, тем меньше риски возникновения осложнений.



Радычук М.А.

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ, ОСЛОЖНЕННЫЙ РАССЛОЕНИЕМ АОРТЫ

Научный руководитель: *Склянная Е.В.*,
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького», г. Донецк, ДНР

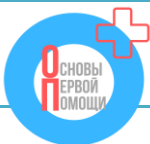
Актуальность. По данным ВОЗ артериальная гипертензия (АГ) остается одной из наиболее распространенных проблем современной медицины. За последние годы количество больных АГ в мире непрерывно увеличивается. По различным показателям гипертонический криз встречается у 1-7% больных АГ, из этого числа примерно 3% составляют осложненные гипертонические кризы. Одним из грозных осложнений гипертонического криза является расслоение аорты, которое встречается почти в 2% случаев.

Причины возникновения неотложного состояния. Провоцирующими факторами развития гипертонического криза являются: прекращение приема гипотензивных препаратов, психоэмоциональный стресс, избыточное потребление соли и жидкости, физическая нагрузка, злоупотребление алкоголем, боль, синдром апноэ во сне, психогенная гипервентиляция, тахикардия, гипертермия.

Предрасполагающими факторами формирования такого осложнения, как расслоение аорты у лиц молодого возраста являются: аномалии развития сердечно-сосудистой системы, дисплазия соединительной ткани и отягощенный анамнез по аневризме аорты; у пожилых лиц главным фактором выступает атеросклеротическое поражение сосудов.

Алгоритм оказания первой помощи. Гипертонический криз, осложненный расслоением аорты – это угрожающее жизни состояние, которое требует снижения артериального давления (АД) в течение нескольких минут. Поэтому при первых симптомах (повышение АД, сопровождающееся внезапной резкой болью в грудной клетке или животе, развитием клинической картины шока) необходимо немедленно вызвать бригаду скорой медицинской помощи (БСМП), подробно описав диспетчеру симптомы неотложного состояния. До ее приезда обеспечить больному состояние полного покоя, расстегнуть тесную одежду (развязать галстук, шарф, расстегнуть воротник и т.д.), придать полусидячее положение, чтобы голова была выше уровня тела. По возможности организовать мониторинг артериального давления и частоты сердечных сокращений, до приезда БСМП постоянно находиться рядом с пациентом.

Первая врачебная помощь. Регистрация ЭКГ для исключения острого коронарного синдрома. БСМП начинает парентеральное введение препаратов, гипотензивным эффектом которых можно управлять. Цель терапии – быстрое снижение АД (в течение 10 минут) и поддержание медикаментозной гипотонии



(систолическое артериальное давление на уровне не выше 90 мм рт. ст. при отсутствии признаков гипоперфузии):

- изосорбида динитрат 10 мг или нитроглицерин 10 мг на 250 мл 0,9% натрия хлорида в/в капельно;
- эсмолол 0,5 мг/кг или метопролол 5 - 15 мг или урапидил 12,5 - 25 мг в/в медленно.

Привыраженном болевом синдроме к терапии добавляется морфин 10 мг в/в.

Тактика дальнейшего лечения. Больной госпитализируется в отделение интенсивной терапии. Продолжается антигипертензивная терапия. Показана немедленная консультация кардиохирурга для решения вопроса об экстренном хирургическом вмешательстве.

Вывод. Основным методом эффективной первой помощи при гипертоническом кризе, осложненным расслоением аорты, является быстрое снижение АД и немедленная госпитализация больного в медицинское учреждение, осуществляющее оказание кардиохирургической помощи, что достигается путем максимально раннего вызова специализированной БСМП.

Осипова С.Р.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПРИ СОПРИКОСНОВЕНИИ С ЯДОВИТЫМИ РАСТЕНИЯМИ

Научный руководитель: *Фатеева Г.Н.*,

УДО «Донецкий Республиканский центр туризма и краеведения учащейся молодежи», г. Донецк, ДНР

Актуальность. В летнее время существует опасность получить ожоги от ядовитых растений. Таких растений всего около 2% трав, но, тем не менее, они широко распространены, и встретиться с ними в лесу, на лугу или в парке может каждый. Поэтому важно знать, как оказать первую медицинскую помощь при химическом ожоге от ядовитого растения.

Причины возникновения неотложного состояния. Возникновение ожогов связано с незнанием, какую опасность несут дикорастущие, ядовитые растения. Многих привлекает их красота и яркость, особенно детей, и они пытаются их сорвать. Но не только дети, а даже взрослые не знают, что листья и стебли этих растений содержат токсичные вещества. Так, например, крапива содержит гистамин, холин и муравьиную кислоту, борщевик – фуранокумарин, а ясенец – едкие эфирные масла. Также ожоги могут вызвать молочай, лютик, дельфиниум многолетний и другие ядовитые растения. При соприкосновении с открытыми участками кожи, они вызывают химические ожоги различных степеней.



Алгоритм оказания первой помощи.

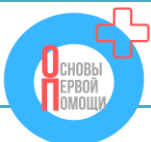
1. Уйти в тенистое место.
2. Промыть ожог проточной водой с мыло в течении 30 минут.
3. Промокнуть салфеткой.
4. Нанести мазь «Пантенол».
5. При большой площади ожога (более 10%) немедленно обратитесь к врачу.

Описание оказания первой помощи. При химическом ожоге врачи советуют избегать прямого контакта с солнцем т. к. они усиливают действие ядовитых веществ, которые ещё остались на коже. Если же пыльца или сок борщевика попали на слизистые оболочки (в нос или глаза), необходимо промыть их чистой водой. Если же они попали в ротовую полость - нужно прополоскать. Воду при этом глотать нельзя, есть вероятность получить ожоги внутренних органов. Кожу, после промывания водой, не следует тереть полотенцем, нужно промокнуть её чистой салфеткой или платком. Если человек склонен к проявлению аллергической реакции, то требуется дать ему антигистаминные препараты, если повысилась температура – жаропонижающие. Если появились волдыри, то лучше промыть место ожога раствором фурацилина или перманганата калия. Аккуратно помазать ожог «Пантенолом» (пузырьки не мазать) или другим средством против ожогов. После наложить стерильную повязку на всю площадь ожога, не туго наматывая.

При химических ожогах категорически запрещено пользоваться жирными кремами, яичным желтком и маслами, исключением являются лишь облепиховые масла. Не следует прикладывать сметану, вазелин и компрессы с уриной. Промывать ожоги разведённой марганцовкой или водкой категорически запрещено, это лишь ещё больше повредит обожжённый участок кожи. Нельзя прикладывать к ожогу лед, холодный металл или холодную воду, это может вызвать дальнейшее обморожение этого участка кожи. Нельзя прокалывать волдыри, это может привести к заражению кожи и дальнейшему нагноению.

В местах локализации сильных химических ожогов формируется некроз тканей, омертвление клеток кожи. Иногда, если ожог занял большую площадь, а именно 10% и более, то делают пересадку кожи. К сожалению, иногда возможен летальный исход.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. При незначительном химическом ожоге медики рекомендуют, не находиться на солнце в течение двух-трёх последующих дней. Ежедневно надо соблюдать элементарные правила гигиены и обрабатывать повреждённый участок тела, такими препаратами, как мазь «Левомеколь», мазь «Повидон-йод», «Пантенол» для скорейшего заживления раны и её обеззараживания. Уже через несколько дней волдыри, которые образовались после ожога, начнут постепенно отшелушиваться, под ним начнет образовываться новая кожа. В это



время раны могут чесаться, но прикасаться к пораженному участку нельзя - к концу первой недели зуд пройдет сам собой. Если же начинать чесать кожу, то можно занести инфекцию, которая может привести к дальнейшему осложнению. Через неделю-две ожог пройдет полностью. При значительной степени и площади, после ожога могут остаться пятна, рубцы или шрамы, которые можно удалить лишь лазерной хирургией и хирургическим вмешательством.

Выводы. Во избежание получения таких ожогов надо проводить учет дикорастущих ядовитых растений. Своевременно предупреждать население о местах их произрастания, а именно, устанавливать таблички в парках, лугах, ботанических садах, лагерях и ландшафтных парках. Если же такая травма уже получена - обращаться к врачу для оказания квалифицированной медицинской помощи. Оказание правильной первой помощи пострадавшему ускорит процесс выздоровления, а соблюдение четкого режима лечения оградит от неприятных напоминаний на коже в виде шрамов и рубцов после встречи с ядовитыми растениями.

Скупко А. В.

ПЕРВАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ

Научный руководитель: *Пономаренко Т. В.*,

Учреждение дополнительного образования «ДОНМАН», г. Донецк, ДНР

Утопление – вид механической асфиксии, вызванный проникновением воды в дыхательные пути.

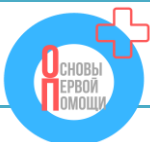
Актуальность: по данным ВОЗ ежегодно в мире от утопления погибают около 372 000 человек. Утопление входит в десятку ведущих мировых причин смерти детей и подростков, оно актуально в любом регионе земного шара. Поэтому правила оказания первой доврачебной помощи при утоплении должен знать каждый.

Причины утопления: факторами риска является алкогольное опьянение, наличие у человека сердечных заболеваний, резкое колебание температуры, утомление, различные травмы при нырянии. Риск утопления повышается в случае водоворота, большой скорости течения воды, наличия ключевых источников.

Виды утопления:

- истинное («мокрое» или первичное);
- асфиктическое («сухое»);
- синкопальное;
- вторичное («смерть на воде»).

Краткий алгоритм оказания первой доврачебной помощи:



1. Вызвать «скорую помощь».

2. Убедиться, что тебе ничто не угрожает. Извлечь пострадавшего из воды (при подозрении на перелом позвоночника – вытаскивать пострадавшего на доске или щите).

3. Обеспечить проходимость верхних дыхательных путей. Очистить полость рта от посторонних предметов (слизь, рвотные массы).

4. Определить наличие пульса на сонных артериях, реакции зрачков на свет, самостоятельного дыхания.

5. Если пульс, дыхание и реакция зрачков на свет отсутствуют — немедленно приступить к сердечно-легочной реанимации. Продолжать реанимацию до прибытия медицинского персонала или до восстановления самостоятельного дыхания и сердцебиения.

6. После восстановления дыхания и сердечной деятельности необходимо придать пострадавшему устойчивое боковое положение. Укрыть и согреть его. Обеспечить постоянный контроль за состоянием до прибытия «скорой помощи».

Чем раньше начато оживление, тем больше шансов на успех. Поэтому искусственное дыхание желательно начинать уже на воде. На берегу проводят осмотр пострадавшего. Если потерпевший находится в состоянии обморока, то достаточно дать понюхать нашатырный спирт и согреть его.

Если функция кровообращения сохранена, но нет дыхания, то нужно освободить полость рта от инородных тел (очистить её пальцем, обёрнутым бинтом, удалить съёмные зубные протезы). Нередко рот пострадавшего невозможно открыть из-за спазма жевательных мышц. В этих случаях нужно сделать искусственное дыхание «рот в нос». Чтобы освободить верхние дыхательные пути от воды и пены, пострадавшего укладывают животом вниз на бедро спасателя, согнутое в коленном суставе. Затем резко и энергично сжимают его грудную клетку. Если кожные покровы бледные, то надо переходить к искусственной вентиляции лёгких.

Пострадавшего укладывают на спину, освобождают от стесняющей одежды, голову запрокидывают назад, помещая одну руку под шею, а другую накладывают на лоб. Затем выдвигают нижнюю челюсть вперёд и вверх так, чтобы нижние резцы оказались впереди верхних. После этого спасатель делает глубокий вдох, немного задерживает дыхание и, плотно прижимаясь губами ко рту (или к носу) пострадавшего, делает выдох. При этом рекомендуется зажимать пальцами нос (при дыхании рот в рот) или рот (при дыхании рот в нос) оживляемого. Выдох проводится пассивно, при этом дыхательные пути должны быть открыты.

При отсутствии эффективного кровообращения одновременно с искусственной вентиляцией лёгких проводят непрямой массаж сердца (далее НМС). Спасатель становится сбоку от пострадавшего так, чтобы его руки были перпендикулярны к поверхности грудной клетки потерпевшего. Одну руку



реаниматор помещает перпендикулярно грудиने в её нижней трети, а другую кладёт поверх первой руки, параллельно плоскости грудины. Сущность НМС заключается в резком сдавлении между грудиной и позвоночником. При этом кровь из желудочков сердца попадает в большой и малый круг кровообращения. Массаж должен выполняться в виде резких толчков с частотой около 100 в минуту.

Массаж является эффективным, если начинает определяться пульсация сонных артерий, сужаются до того расширенные зрачки, уменьшается синюшность. При появлении этих первых признаков жизни НМС следует продолжать до тех пор, пока не начнёт прослушиваться сердцебиение.

После выведения пострадавшего из состояния клинической смерти его согревают одеялом, обкладывают тёплыми грелками, делают массаж верхних и нижних конечностей от периферии к центру.

Время, в течение которого ещё возможно спасти человека при утоплении-3-6 минут. При утоплении в ледяной воде оживление возможно и через 30 минут.

Пострадавшего независимо от его состояния отправляют в стационар. Транспортировку проводят на носилках: потерпевшего укладывают на живот или на бок с опущенной головой. При развитии отёка лёгких положение тела на носилках горизонтальное с поднятым головным концом. Во время транспортировки продолжают искусственную вентиляцию лёгких.

Вывод. Чтобы правильно оказать первую доврачебную помощь при утоплении, необходимо знать и различать виды утопления. Кроме того, важно помнить, что спасение жизни пострадавшего напрямую зависит от того, насколько быстро он будет извлечён из воды и как будет оказана первая помощь.

Лавриненко Н.В.

ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

Научный руководитель: *Воробьёва Е.С.*,

Учреждение дополнительного образования «ДОНМАН», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Рост числа пострадавших от поражения электрическим током определяют электротравму как одну из наиболее актуальных проблем современной медицины. Научно-технический прогресс и индустриализация, обуславливающие увеличение количества источников электричества, с одной стороны, способствуют повышению качества жизни общества, а с другой- неизбежно ведут к росту электротравм.



Электротравма – поражение человека электрическим током, которое вызывает глубокие изменения центральной нервной, дыхательной и/или сердечно-сосудистой систем.

Электрический ток распространяется преимущественно по высокоэлектропроводным тканям (кровь, спинномозговая жидкость, мышцы). Выделяют специфическое и неспецифическое действие электрического тока:

– неспецифическое действие проявляется в виде ожогов и механических повреждений, которые возникают в результате возгорания одежды, падения пострадавшего и т.п.

– специфическое действие выражается в электромеханическом, тепловом и механическом эффектах, возникающих при прохождении тока через ткани тела.

Причиной электротравмы может быть несоблюдение правил техники безопасности на производстве, неумелое или неосторожное обращение с электротехникой в быту. Непосредственной причиной развития неотложного состояния в момент воздействия электрического тока может быть:

1. Нарушение ритма сердца (наиболее часто – фибрилляция), вплоть до его остановки;
2. Остановка дыхания (центрального происхождения и/или вследствие спазма дыхательной мускулатуры);
3. Электрический шок, развившийся после прекращения действия электрического тока (через несколько минут или часов) вследствие нарушения деятельности сердца на фоне спазма коронарных артерий.

Проявления электротравмы зависят от силы тока и путей его прохождения через тело человека. Наибольшую опасность представляют верхние петли тока (рука-рука, рука-голова) или нижняя петля (две руки - две ноги).

Направление хода электрического тока зачастую невозможно определить. Ожоги распространяются внутрь тканей по типу «воронки» или «айсберга», когда видимая часть ожога намного меньше, чем невидимая. Физикальный осмотр может не выявить точную локализацию и степень повреждения тканей. Для электротравмы характерны латентный период клинических проявлений, медленное отторжение некротизированных тканей, «слабость» регенеративных процессов.

Первая доврачебная помощь при поражении электрическим током заключается в том, что выполнение относительно простых мероприятий в первые минуты после происшествия, часто позволяют сохранить жизнь пострадавшему. Для этого следует:

1. Обеспечить собственную безопасность. Определить количество пострадавших.
2. Вызвать «Скорую».



3. Подходить к пострадавшему на то расстояние, которое необходимо для отключения его от источника тока, передвигаясь, не отрывая подошв от земли, «шаркающей» или «скользящей» походкой.

4. Отключить источник тока, там, где это возможно (рубильник, выключатель, пробки). Касаться пострадавшего, находящегося под напряжением, можно только при изоляции своих рук (резиновые перчатки) и ног (резиновые сапоги). Если этой одежды нет, необходимо доступным способом отсоединить пострадавшего от источника напряжения (палкой отвести от провода).

5. Определить наличие и эффективность дыхания и кровообращения.

6. При остановке дыхания и сердцебиения необходимо провести сердечно-легочную реанимацию.

7. При сохранении дыхания и пульса дать пострадавшему полный покой в горизонтальном положении.

8. На ожоговую рану наложить сухую асептическую повязку (без применения мазей, масел и т.п). При наличии 2 степени (появление на коже волдырей или пузырей) повязку самостоятельно накладывать не рекомендуется.

9. Дождаться прибытия «Скорой».

Госпитальная помощь. При благоприятном исходе реанимационных мероприятий, пострадавшего необходимо госпитализировать на 3 дня с назначением постельного режима вне зависимости от тяжести поражения, при отсутствии каких-либо специфических нарушений после электротравмы. При наличии неврологических и психопатологических последствий воздействия электрического тока у пострадавших необходимы наблюдение или консультация специалистов (невропатологов, психиатров и др.).

Выводы: Если человек получил электротравму, то ему должна быть оказана неотложная первая помощь при поражении электрическим током по специальному алгоритму. Если первая помощь при поражении электротоком выполняется правильно, то удастся спасти больного до приезда врачей. Помните, что от своевременности и знаний правил оказания первой помощи зависит чья-то жизнь.

Ищук И. П.

ПИРУЭТНАЯ ТАХИКАРДИЯ ПРИ СИНДРОМЕ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT

Научный руководитель: *Склянная Е. В.*,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Синдром удлиненного интервала QT (LQTS) представляет собой сочетание увеличения длительности интервала QT и полиморфной



желудочковой тахикардии типа «пируэт», склонной к рецидивам и переходу в фибрилляцию желудочков, что нередко является причиной внезапной смерти. Частота врожденного LQTS по разным данным колеблется от 1:20000 до 1:25000. Он встречается во всех этнических и возрастных группах, у женщин чаще, чем у мужчин (1,6-2:1). Заболевание обычно проявляется в молодом возрасте, ежегодная частота внезапной сердечной смерти при отсутствии лечения составляет от 0,33% до 0,9%, а при наличии обмороков достигает 5%.

Причины возникновения неотложного состояния. Удлинение интервала QT может быть связано с врожденными патологиями сердца (каналопатиями) и обусловлено генетическими мутациями. Приобретенное удлинение интервала QT отмечается при инфаркте миокарда, болезнях проводящей системы сердца, вследствие острого нарушения электролитного баланса. У здоровых людей нарушение ритма могут вызывать некоторые лекарственные препараты: антибиотики (klarитромицин, эритромицин), антидепрессанты, антигистаминные препараты (астемизол и терфенадин), диуретики, сердечные гликозиды, средства для снижения уровня холестерина, противодиабетические лекарства, симпатомиметики (норадреналин, сальбутамол), антиаритмики (дизопирамид, прокаинамид, бепридил), нейролептики (хлопромазин, галоперидол), опиоиды, противомаларийные, а также некоторые другие препараты.

Алгоритм оказания первой помощи. При возникновении синкопального состояния необходимо положить человека на горизонтальную поверхность, обеспечить доступ воздуха, расстегнуть стесняющую одежду и приподнять его ноги вверх для облегчения притока крови к мозгу. Если уже нашли его в бессознательном состоянии, проверить реакцию на вопрос: «С Вами все в порядке?» – и встряхнуть человека за плечи. При отсутствии ответа необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей при помощи тройного приема Сафара, ревизии полости рта и (при необходимости) удаления из нее инородных тел, зубных протезов и рвотных масс. Определить наличие дыхания путем оценки дыхательных движений грудной клетки. Для оценки кровообращения возможно определение пульса на сонной артерии. При наличии дыхания и отсутствии сознания в течение 3-5 минут вызвать бригаду скорой медицинской помощи (СМП) и уложить пострадавшего в устойчивое боковое положение. Все время до приезда бригады СМП находиться рядом с больным. При отсутствии дыхания и сердечной деятельности следует вызвать бригаду СМП и начать проведение сердечно-легочной реанимации, чередуя 30 компрессий грудной клетки с 2 вдохами искусственной вентиляции легких. Проведение СЛР продолжают до восстановления самостоятельного дыхания и гемодинамики, приезда бригады СМП.

Неотложная терапия. Регистрация ЭКГ. При регистрации двунаправленной желудочковой тахикардии с волнообразным нарастанием и



снижением амплитуды комплексов и сохранении кровообращения производится введение 25% раствора сульфата магния 5-10 мл в/в струйно медленно на 20 мл 5% глюкозы или 0,9% раствора хлорида натрия, при отсутствии эффекта - повторить струйное введение через 5-15 мин или начать инфузию со скоростью 50 мг/мин. При неэффективности и прекращении кровообращения выполняется электрическая кардиоверсия. При возникновении фибрилляции желудочков требуется проведение электрической дефибрилляции. При неэффективности повторных попыток дефибрилляции показаны интубация, ИВЛ и непрямой массаж сердца.

Рекомендации по дальнейшему лечению. В первую очередь всем больным рекомендовано исключить прием препаратов, удлиняющих интервал QT. Оптимальным методом предотвращения нарушений ритма и внезапной сердечной смерти при врожденном LQTS являются β -адреноблокаторы (например, пропранолол, бисопролол). При их неэффективности дополнительно назначают мекситил, никорандил или препараты магния. При недостаточном эффекте от фармакотерапии выполняется имплантация кардиовертера-дефибриллятора и левосторонняя симпатэктомия.

Вывод. LQTS – это жизнеугрожающее заболевание, требующее своевременной диагностики и назначения лечения. Своевременно оказанная первая помощь может восстановить сердечную деятельность и предотвратить летальный исход, а своевременная диагностика и плановая терапия – улучшить качество жизни пациента и увеличить ее продолжительность.

Совпель Я.А.

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Научный руководитель: *Склянная Е.В.*,

ГОО ВПО «Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР

Актуальность. По данным ВОЗ ежегодно от сердечно-сосудистых заболеваний умирает 17,5 миллиона человек. 85% этих смертей приходится на острый инфаркт миокарда (ОИМ) и инсульт. Правильная организация медицинской помощи больных с острым коронарным синдромом (ОКС) на каждом этапе – залог улучшения результатов лечения и снижения смертности.

Причины возникновения неотложного состояния. Выделяют ОКС с элевацией сегмента ST и без элевации сегмента ST. Патоморфологической основой для развития ОКС с элевацией сегмента ST служит атеросклеротическое поражение коронарных артерий с разрывом покрышки атеросклеротической бляшки (АСБ), который сопровождается полной



окклюзией коронарной артерии фибринным тромбом. При ОКС без элевации сегмента STпомимо атеросклеротического процесса имеет место дефект в эндотелии покрышки АСБ с частичным закрытием просвета сосуда тромбоцитарным тромбом и связанный с ним вазоспазм.

Алгоритм оказания первой помощи. Сразу после возникновения приступа, следует вызвать бригаду скорой медицинской помощи (СМП) с подробным описанием симптоматики. Больного посадить или положить на кровать с приподнятым головным концом. Если пациент принимал ранее для купирования приступа стенокардии нитроглицерин, принять его в дозировке 0,5 мг сублингвально или в виде спрея (если боль не купировалась, повторить еще 2 раза с интервалом в 5 минут под контролем АД и ЧСС). При длительности болевого синдрома более 20 минут от начала приступа, если СМП еще не прибыла, 160-325 мг ацетилсалициловой кислоты (АСК) разжевать и рассосать во рту. Все время до приезда СМП находиться рядом с больным, при внезапной потере сознания уложить человека в восстановительное положение, а при отсутствии дыхания приступить к выполнению сердечно-легочной реанимации.

Врачу или фельдшеру СМП необходимо собрать жалобы, анамнез, провести осмотр и физикальное обследование, зарегистрировать ЭКГ в 12 отведениях (при отсутствии электрокардиографических признаков ОИМ повторять регистрацию ЭКГ каждые 20-30 минут). При подозрении на ОИМ обеспечить оксигенотерапию при сатурации менее 95%, венозный доступ, при тяжелом болевом синдроме вводить 2,0мл 1% раствора нитроглицерина, растворив его в 200мл раствора 0,9% натрия хлорида в/в капельно под контролем АД и ЧСС (инфузию прекратить при снижении САД менее 90мм. рт.ст. или среднего АД на 10-25% ниже от исходного). АСК 160-325 мг в комбинации с клопидогрелем 300 мг применяют в случае отсутствия противопоказаний, если пациент самостоятельно не принимал препараты до приезда СМП. Для купирования болевого синдрома применяют наркотические анальгетики (2-5 мг морфина в/в дробно, каждые 5-15 минут до прекращения болевого синдрома и одышки, либо появления побочных эффектов).

При постановке диагноза ОИМ на догоспитальном этапе СМП, пациента следует транспортировать для проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в обход приемного отделения непосредственно в рентгенооперационную. ЧКВ показано всем пациентам с подозрением на ОИМ или неоднозначными ЭКГ-данными в отношении сегмента ST, такими как при блокаде ножек пучка Гиса или искусственном водителе ритма. Если ЧКВ не может быть выполнено в течение 120 минут с момента постановки диагноза ОИМ, при отсутствии противопоказаний, проводят тромболизис в течение 12 ч после начала манифестации симптомов. Алтеплазу вводят по схеме: болюсное введение 5,000 ЕД гепарина, затем болюсно 15 мг алтеплазы с последующей инфузией 0,75 мг/кг в течение 30 минут (до 50 мг) и 0,5 мг/кг в течение 60



минут (до 35 мг) на фоне параллельной инфузии гепарина. Также возможно применение стрептокиназы, тенектеплазы, фортелизина и других тромболитиков. Для длительной терапии ОИМ применяют антиагреганты, бета-блокаторы, статины, нитраты, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, с учетом сопутствующих заболеваний.

Пациенты, перенесшие ОИМ, подлежат кардиореабилитации, которая включает в себя оптимизацию физического, психологического и социального функционирования. Реабилитация состоит из трех этапов, связанных с периодизацией ОИМ:

1. Стационарный этап, протекает в обычной палате кардиологического отделения. Больной выполняет начальный комплекс лечебной физкультуры, состоящий из дыхательных упражнений, упражнений на малые мышечные группы.

2. Ранний стационарный реабилитационный этап, проводится в центре реабилитации. Продолжается медикаментозное лечение, расширяется двигательная активность, усложняются упражнения, добавляются тренировки по дозированной ходьбе.

3. Амбулаторно-поликлинический реабилитационный этап. Проходит в поликлиническом отделе кардиореабилитации. Включает в себя программы контролируемых физиотерапий, образовательные программы – «Школа для больных, перенесших ОИМ, и их родственников», программы психологической реабилитации, программы по модификации факторов риска с участием диетолога и специалиста по антикурению.

Вывод. Раннее выявление симптоматики и правильное оказание медицинской помощи на всех ее этапах, значительно снизит риск развития ОИМ и уменьшит летальность от данного заболевания.

Ткач К.А.

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОМ ПРОИСШЕСТВИИ

Научный руководитель: *Советов В.Ю.*,

МОО «Специализированная школа с углубленным изучением предметов естественно-математического цикла №135 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность работы. Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) являются одной из ведущих причин травматизма. Количество ДТП увеличивается из года в год, что связано с возрастающим количеством как личного, так коммерческого транспорта. В настоящее время в мире каждый час происходит более сотни ДТП, при этом смертность достигает 1,24 миллиона человек ежегодно, а травмы различной тяжести получают приблизительно 50 миллионов человек. Это могут быть черепно-мозговые травмы, открытые раны,



ожоги, переломы и другие повреждения, которые в течение непродолжительного времени могут привести к смерти или стойкой инвалидизации пациента. Своевременная и правильно оказанная догоспитальная неотложная помощь может быть критически важной в таких случаях.

Причины возникновения неотложного состояния. В механизме травмы при ДТП принимает участие ряд факторов: механические (удар, сдавление, проникновение инородных тел), термический и химический.

Алгоритм оказания первой помощи.

1. Остановить транспортное средство (заглушить двигатель), выйти из него.

2. Проверить собственную безопасность.

3. Обозначить место аварии специальными знаками.

4. Определить наличие пострадавших, их количество и предположительные травмы.

5. Вызвать бригаду скорой медицинской помощи, полицию, при необходимости МЧС (если невозможно извлечь пострадавших из автомобиля).

6. Определить, имеется ли опасность возгорания или взрыва. При наличии опасности или отсутствии подозрений на серьезные повреждения доставить пострадавших в безопасное место. При малейшем подозрении на травму позвоночника извлекать пострадавшего из транспортного средства до приезда профессионалов запрещается.

7. Если пострадавших больше одного, установить очередность оказания первой помощи (массивное кровотечение, отсутствие сознания, дыхания, дети, беременные женщины).

8. Осмотреть пострадавшего на наличие массивного кровотечения, при его наличии наложить жгут (указать время наложения жгута) или давящую повязку.

9. Оценить наличие сознания и дыхания. При отсутствии дыхания начать сердечно-легочную реанимацию (восстановить проходимость дыхательных путей, осуществлять непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких). При отсутствии сознания перевести пострадавшего в устойчивое боковое положение (нет подозрения на травму позвоночника) или повернуть на бок его голову.

10. Если пострадавший в сознании, опросить его.

11. Оценить общее состояние пострадавшего, наличие и тяжесть повреждений.

12. При наличии проникающего ранения грудной клетки наложить окклюзионную повязку, при проникающем ранении брюшной полости – асептическую повязку, при эвисцерации – повязка должна быть влажной.

13. Обработать кожу вокруг ран антисептиком, наложить на раны асептические повязки.



14. При наличии переломов или вывихов произвести иммобилизацию.

15. Обеспечить локальное охлаждение места травмы охлаждающими пакетами.

16. Уложить пострадавшего в соответствии с полученными повреждениями в максимально удобное положение, при необходимости длительного ожидания приезда бригады скорой медицинской помощи принять меры по предотвращению переохлаждения или перегревания пострадавшего (спасательное термоодеяло).

17. По приезду бригады скорой медицинской помощи сообщить о текущем состоянии пострадавших и предпринятых действиях.

Квалифицированная помощь. В связи с наличием множественных повреждений состояние пострадавшего часто осложняется значительным снижением артериального давления, тахикардией, нарушением сознания, что может потребовать выполнения противошоковых мероприятий: внутривенное введение кристаллоидных растворов, дофамина, анальгетиков, при необходимости транквилизаторов и глюкокортикоидных гормонов. При значительной кровопотере при неостановленном кровотечении может дополнительно потребоваться введение гемостатиков, а впоследствии переливания эритроцитарной массы. При выраженной дыхательной недостаточности показаны ингаляция кислорода, при необходимости – интубация и искусственная вентиляция легких, при напряженном пневмотораксе – пункция плевральной полости. В зависимости от полученных травм и степени их тяжести пострадавший нуждается в госпитализации в травматологическое, нейрохирургическое, сосудистое или комбустиологическое отделение.

Вывод. ДТП приводят к возникновению у пострадавших сочетанных и комбинированных травм, что часто осложняется жизнеугрожающими состояниями. Своевременное правильное оказание первой помощи может сохранить жизнь и предотвратить развитие стойкой утраты трудоспособности у максимального количества пострадавших.

Ткач К.А.

АЛГОРИТМ ФОРМИРОВАНИЯ АПТЕЧКИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Научный руководитель: *Советов В.Ю.*,

МОО «Специализированная школа с углубленным изучением предметов естественно-математического цикла №135 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Первая помощь – это комплекс действий, направленных на улучшение состояния больного/пострадавшего при остром заболевании/травме. Несчастные случаи, отравления и другие непреднамеренные травмы, а также суициды входят число первых десяти по



частоте причин смерти и являются одной из самых частых причин госпитализаций во всем мире. По данным проведенного недавно в скандинавских странах исследования каждый второй человек оказывался в ситуации, требовавшей оказания первой помощи. Для успеха предпринимаемых действий человек, оказывающий помощь должен иметь в наличии медицинские средства, необходимые для оказания первой помощи в каждом конкретном случае, которые должны входить в состав аптечки первой помощи. Проведенный анализ показывает, что состав аптечек существенно отличается, однако можно выделить ряд общих принципов.

Алгоритм формирования аптечки первой помощи.

1. Средства обеспечения личной безопасности: одноразовые резиновые перчатки, маска, очки.
2. Средства остановки кровотечений: жгут, гемостатики.
3. Средства для обеспечения проходимости дыхательных путей и искусственной вентиляции легких (ИВЛ): воздуховоды назофарингеальные и орофарингеальные, клапан для ИВЛ, маска для ИВЛ.
4. Перевязочные и фиксирующие материалы: бинты марлевые стерильные и нестерильные, бинты фиксирующие и эластичные, индивидуальный перевязочный пакет, стерильные салфетки, вата, лейкопластырь рулонный (не менее 2,5 см), лейкопластырь бактерицидный, пластырные повязки, противоожоговые гидрогелевые повязки, отрез ткани в форме треугольной косынки.
5. Средства иммобилизации: воротник Шанца, гибкая шина.
6. Антисептики: хлоргексидина биглюконат, перекись водорода, йод (повидон-йод), спиртовые салфетки, антисептические глазные капли.
7. Прочее: ножницы медицинские тупоконечные, пинцет, термоодеяло двустороннее, охлаждающие пакеты, ватные палочки, шприц одноразовый 20 мл, ручка, блокнот, небольшой фонарик, бутылка с водой 0,5 л.

Медицинские перчатки, маска и очки применяются для ограничения контакта человека, оказывающего первую помощь, с биологическими жидкостями пострадавшего.

Жгут и гемостатики используют в случае массивного (артериального или венозного кровотечения), с этой же целью могут применяться перевязочные материалы, в т.ч. с выполнением тампонады. При использовании жгута ручкой записывается время его наложения.

При отсутствии дыхания у пострадавшего устанавливается воздуховод, при помощи клапана или маски осуществляется искусственная вентиляция легких.

Бинты, перевязочные пакеты, стерильные салфетки и различные повязки, лейкопластыри, а также антисептики применяются при наличии у пострадавших ран и ожогов. В последнем случае показаны гидрогелевые повязки или повязки с противоожоговым гелем. Хлоргексидин, вода и перекись



водорода могут применяться для обработки непосредственно раневой поверхности, а йод и спиртовые салфетки – только кожи вокруг ран для уменьшения их инфицированности. Причем для сильно загрязненных ран желательно использовать перекись водорода, а хлоргексидина биглюконат для прочих повреждений тканей и слизистых, за исключением травмы глаз.

Воротник Шанца накладывается в случае подозрения на травму шейного отдела позвоночника, шины – при определенных травмах конечностей с целью иммобилизации при транспортировке.

Ножницы необходимы с целью разрезания одежды пострадавшего для доступа к месту травмы, а также разрезания перевязочных материалов (бинтов и лейкопластырей). При помощи пинцета можно извлекать мелкие инородные предметы из раны.

Термоодеялом накрывают пострадавшего для предупреждения его переохлаждения или перегрева, если ожидается, что время до приезда бригады скорой медицинской помощи будет длительным. Охлаждающие пакеты прикладывают к месту травмы для уменьшения отека и болевых ощущений.

Палочки для удаления соринки из глаза, для обработки йодом (повидон-йодом), поверхности вокруг раны, фонарик для оказания помощи в темное время суток или для подачи световых сигналов о помощи.

На крышке аптечки удобно закрепить лист с телефонными номерами служб скорой помощи и крупных лечебных центров, а так же телефоны семейного врача.

Вывод. Аптечка первой помощи предназначена для эффективного и безопасного оказания комплекса медицинских мероприятий при состояниях, угрожающих жизни или здоровью человека, до приезда бригады скорой медицинской помощи. Она должна быть укомплектована необходимыми средствами медицинского назначения, содержаться в порядке и своевременно пополняться.

Мороз Б.А.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ

Научный руководитель: *Письменикова Л.Н.*,

МОУ «Школа № 88 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. В настоящее время смертность при падении человека с высоты занимает одно из лидирующих мест среди несчастных случаев. Это напрямую связано с увеличением количества высотных строений и развития научно-технического прогресса.

Причины возникновения неотложного состояния. Падение с высоты происходит из-за: не соблюдения техники безопасности на производстве, дома, во время прогулки на улице, суицидальных наклонностей.



Алгоритм и описание оказания первой помощи. Первая помощь при падении с высоты зависит в первую очередь от тяжести и вида травм, от высоты падения.

При падении с высоты необходимо оценить состояние пострадавшего. Вызвать скорую медицинскую помощь. Не сдвигая с места и не изменяя положение пострадавшего, проверить наличие дыхания и сердечной деятельности, при их отсутствии незамедлительно начать сердечно-лёгочную реанимацию. Не позволять пострадавшему двигаться, аккуратно уложить на твёрдую поверхность. Для предотвращения переохлаждения пострадавшего целесообразно укрыть. Если пострадавший в сознании, опросить его на наличие жалоб. Исключить сотрясение мозга. Симптомы – головная боль, сонливость, бледность, тошнота. Если пострадавший без сознания, необходимо повернуть его голову на бок, для предотвращения аспирации рвотными массами. При травме головы незамедлительно обратиться к врачу за помощью.

При наличии ссадин, ушибов, незначительных ран и гематом оказать помощь самостоятельно. Раны обработать бактерицидными средствами. Своевременная обработка ран способствует скорейшему их заживлению. К месту ушиба приложить холод. Если есть подозрение на переломы и вывихи, необходимо доставить пострадавшего в травматологический пункт.

Падение с высоты может привести к травмам позвоночника, повреждению внутренних органов, переломам конечностей, ребер, таза, разрыву крупных артерий. При подобных травмах необходимо дождаться скорую помощь и сохранять пострадавшему фиксированное положение. В случае острой кровопотери следует произвести действия по остановке кровотечения, путём наложения жгута или давящей повязки, при этом не перемещать повреждённую конечность.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. При сотрясении головного мозга врач-травматолог назначает обследование и определяет лечение пострадавшему. В случае необходимости пациент может быть госпитализирован в неврологическое отделение или находиться под наблюдением врача-невропатолога амбулаторно.

Пострадавший с тяжёлыми повреждениями нуждается в экстренной госпитализации в лечебное учреждение для диагностики с последующим квалифицированным лечением.

В машине скорой помощи бригада медиков должна осуществлять, в случае необходимости, полное поддержание функций жизнедеятельности.

Вывод. Важно при оказании первой помощи выполнять все манипуляции правильно, ведь ошибка может привести к неэффективности или даже ухудшению состояния пострадавшего.



Осипова Н.Р.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЯДОВИТЫМИ ГРИБАМИ

Научный руководитель: *Фатеева Г. Н.*,

УДО «Донецкий Республиканский центр туризма и краеведения учащейся молодежи», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Многие люди любят полакомиться грибами, считая их невероятно аппетитным блюдом. Но часто люди забывают о том, какую опасность может нести неправильное приготовление грибов или ошибка при их сборе. Грибы могут вызвать не только отравление, но и привести к летальному исходу. Статистика отравлений грибами пугающая и часто носит семейный характер. Ежегодно в каждой пятой семье возникает такое горе, а каждый 3-4 отравившийся ребенок пожизненно остается инвалидом, каждый 20 – погибает.

Причины возникновения неотложного состояния. Основным источником отравления грибами является незнание и неопытность грибников, которые допускают ошибки в их распознавании и употребляют в пищу ядовитые грибы. Кроме того, очень важна правильная кулинарная обработка, особенно если грибы относятся к категории условно-съедобные. Играет роль продолжительность хранения собранных грибов до их кулинарной обработки, длительность хранения уже приготовленных блюд с грибами. Так же некоторые грибы могут быть повреждены вредителями, в частности, грибными мухами, а в процессе роста гриб в плодовом теле может накапливать вредные для организма вещества. К тому же медики не советуют совместно употреблять некоторые виды грибов с алкоголем. Отравление грибами опасно еще и тем, что проявление первых признаков может наступить не через 1,5-2 часа, а даже через сутки или двое после их употребления.

Алгоритм оказания первой помощи.

- вызов бригады скорой помощи незамедлительно;
- промыть желудок

Токсичность самих грибов, обусловлена наличием микотоксинов, которые попадая в организм, вызывают тяжелое отравление, поэтому при оказании первой помощи при отравлении ядовитыми грибами важно провести комплекс мероприятий, направленных на устранение дальнейшего действия токсинов.

– после выведения остатков ядовитых грибов растолочь и принять внутрь примерно 10 таблеток активированного угля, детям - 2 пакетика смекты.

Описание оказания первой помощи. При первых симптомах сразу же вызывайте врача! Если нет возможности вызвать врача, тогда постарайтесь как можно скорее доставить больного в ближайшую больницу.

До прихода врача необходимо: соблюдать постельный режим, употреблять большое количество жидкости, это поможет быстрее вывести из организма отравляющие вещества. В качестве питья хорошо подходит холодная вода,



охлажденный крепкий чай, минеральная вода. Если есть возможность промыть желудок, то это нужно сделать незамедлительно! Для этого подойдет светло-розовый раствор перманганата калия (марганцовка), чистая кипяченая вода. Хуже, если у пациента отсутствует рвота или нет желания сходить в туалет, что естественным способом помогает организму в выведении токсинов из организма. Тогда нужно дать слабительное или сделать клизму. То есть необходимо ускорит введение ядов из кишечника. Затем можно принять энтеросорбенты – препараты, которые связывают отравляющие вещества и способствуют их быстрейшему выведению из организма. Консультация с медицинскими работниками в течение ближайшего времени обязательна, даже если вы справились с ситуацией самостоятельно, так как выведение токсинов после отравления грибами не происходит быстро и зависит от их вида.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Отравившемуся грибами назначают щадящую диету, которая направлена на быстрейшее возобновление функциональности органов пищеварительного тракта. Диета предусматривает отказ от жирной, острой, копченной и другой тяжелой пищи, алкогольных напитков, курения. В меню должны включаться блюда, приготовленные на пару или вареные, максимально измельченные овощи, фрукты, легкие супы.

Выводы. Универсального способа отличить съедобный гриб от ядовитого до сих пор никто не придумал, поэтому, если при сборе грибов вы сомневаетесь, съедобен он или нет, лучше оставить расти его в лесу. Любой грибник должен знать наизусть правила оказания первой помощи при отравлении грибами и оказать помощь в течение нескольких часов, ведь от этого будет зависеть длительность выздоровления и минимизируются последствия отравления.

Ткаченко В.В., Резникова О.Ю.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА

Научный руководитель: *Дмитренко С.В.*,

МОУ г. Горловки «Лицей №85 «Гармония», г. Горловка, ДНР

Актуальность. Даже не подозревая об этом, многие люди имеют предрасположенность к болезням сердца из-за обилия стрессовых ситуаций свойственных нашему времени, действительно важным является умение быстро и оперативно оказывать первую помощь в неотложных ситуациях, когда счет идет на секунды жизни людей.

Причины возникновения неотложного состояния:

1. Стресс в повседневной жизни.
2. Регулярные чрезмерные физические нагрузки.
3. Ожирение.



4. Регулярное употребление алкогольных напитков.
5. Повышенное или пониженное артериальное давление.
6. Образ жизни, который исключает ограниченность движений (программисты, кассиры).
7. Лечение разнообразными гормональными препаратами.
8. Родственники с проблемами со свертываемостью крови.

Поражение сердца:

- инфаркт миокарда;
- поражение сердечных клапанов;
- стенокардия;
- ишемическая болезнь;
- аритмия;
- миокардит и эндокардит;
- аневризма аорты.

Алгоритм оказания первой помощи:

1. Измерить пульс и дыхание.
2. Вызвать скорую помощь.
3. Сделать массаж сердца и искусственное дыхание.

Описание оказания первой помощи:

1. Измерить пульс тремя пальцами (средним, указательным и безымянным) на сонной артерии.
2. Проверить дыхание.
3. В обязательном порядке вызвать скорую, указать причины остановки сердца (если они вам известны) и принимаемые вами меры.
4. Без промедления начать массаж сердца и выполнение искусственного дыхания.
5. Для этого пострадавшего необходимо положить спиной на твердую поверхность. Голову больного постараться запрокинуть назад так, чтобы подбородок находился в вертикальном положении. Нижнюю челюсть нужно выдвинуть. Если не сделать этого, то воздух может попасть в желудок.
6. Во время искусственного дыхания зажмите нос пострадавшего и сделайте 2 выдоха в рот пострадавшего. Необходимо полностью обхватывать губы, чтобы исключить потери выдыхаемого воздуха.
7. Вместе с дыханием необходимо делать массаж сердца. После двух вдохов встаньте на колени возле пострадавшего, положите левую кисть на низ грудной клетки в центре, а правую поверх (крестом). Техника проведения массажа сердца заключается в ритмичном надавливании на грудную клетку с целью сжатия сердечной мышцы, которая расположена между позвоночником и грудиной. Делается тридцать надавливающих движений на грудную клетку без отрыва рук (1 надавливание в секунду). После надавливания на грудную клетку она должна опускаться на несколько сантиметров (около пяти). Таким образом, сердце будет выполнять перекачку крови.



8. После необходимо повторить дыхание и продолжить делать массаж.

9. После второго проведения процедуры, требуется остановиться и проверить дыхание и пульс. В случае их отсутствия продолжить действия.

10. Все перечисленные меры продолжать до наличия пульса и дыхания. В том случае, если дыхание восстановить удалось, а пульс нет, следует продолжать массаж уже без вентиляции легких и, наоборот, если появляется пульс, а дыхание не восстанавливается, продолжить дыхание «рот в рот». Если эти функции полностью восстановлены, необходимо контролировать состояние больного и записывать все измерения до приезда врача.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Вне зависимости от причин остановки сердца рекомендации по режиму и дальнейшему лечению выделяются общие:

1. Значительное снижение или отмена физических нагрузок.

2. Регулярное употребление назначенных препаратов, направленных на профилактику работы сердца.

3. Избегание стрессовых, нервирующих ситуаций.

Вывод. Остановка сердца – состояние, требующее неотложного внимания и быстрого принятия решений, в противном случае последствия могут быть печальными. Знание алгоритмов оказания скорой помощи может сохранить жизнь человеку.

Песчанская С.С., Кононова Е.А.

НЕУМЫШЛЕННОЕ ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКЗАНИИ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Научный руководитель: *Хлыстова Н.Б.*,

ГОО ВПО «Донецкая академия внутренних дел Министерства Внутренних Дел Донецкой Народной Республики», г. Донецк, ДНР

Актуальность темы: Актуальность вопроса обусловлена тем, что сотрудник полиции, в обязанности которого входит оказание первой помощи (ПП), сталкивается с проблемой правоприменения норм законодательства. Ежедневно, при несвоевременном оказании ПП погибают сотни людей.

Первыми на месте происшествия по долгу службы оказываются сотрудники полиции, при этом Законодатель обязывает сотрудника полиции, согласно закону ДНР «О полиции», оказывать ПП пострадавшим, а именно утверждает, что она оказывается гражданам, находящимся в опасном для их жизни и здоровья состоянии, в том числе в обязательном порядке лицам, получившим телесные повреждения, в отношении которых были применены физическая сила, специальные средства, либо огнестрельное оружие независимо от занимаемой должности, времени суток и места.



При этом Законодатель предусматривает уголовную ответственность за оставление в опасности и неоказание помощи больному лицу, обязанным ее оказывать. Итак, оставление в опасности имеет характер преступного деяния, за которое предусматривается наказание вплоть до лишения свободы на срок до одного года (ст. 126 УК ДНР). При неоказании помощи (ст. 125 УК ДНР) предусматривается наказание в виде заключения под арест на срок до четырех месяцев, а если следствием стало причинение тяжкого вреда здоровью или смерть больного по неосторожности, то возможно лишение свободы на срок до четырех лет.

Возникает вопрос: какое отношение имеет сотрудник полиции к больному? Обратимся к понятию «больной» - человек, страдающий каким-либо заболеванием, патологическим состоянием или иным нарушением здоровья, но не всегда обращающийся по этому поводу к врачам, тогда как больной, обратившийся за помощью к врачам, получающий медицинскую помощь, называется уже пациентом. Следует заметить, что формулировка данной статьи чаще всего обращает на себя внимание правоприменителей на действие или бездействие врачей, или иного медицинского персонала.

Буквальное толкование ст. 125 УК ДНР говорит о том, что субъектом преступления является лицо, обязанное в силу закона или специального правила оказывать помощь. Что значит не только врач или иной медицинский персонал, но и сотрудник полиции, обязан ее оказывать.

Если сотрудник полиции оказался очевидцем несчастного случая, он, вызовет бригаду скорой медицинской помощи, но в реальности побоится выполнять мероприятия ПП, полагая, что его действия могут навредить пострадавшему, поскольку не доверяет собственным знаниям и навыкам. На сегодняшний день существуют нормы, по которым государственная скорая помощь должна приезжать на вызов в течение 20 минут. А ведь может случиться так, что у пострадавшего остановилось сердце или дыхание, когда необходима срочная помощь. При ее отсутствии примерно через 5 минут (это время жизнеспособности клеток головного мозга при отсутствии кислорода) наступает «смерть мозга». Спасти жизнь пострадавшему возможно только своевременно проведя ряд реанимационных мероприятий (непрямой массаж сердца и искусственная вентиляция легких) направленных на поддержание жизненно важных функций организма. Если упустить эти драгоценные минуты, то пострадавший, скорее всего, погибнет. Также необходимо учитывать, что основная причина смерти при травмах и ранениях — острая кровопотеря и травматический шок. Большая часть пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях не погибли бы от кровопотери, если бы кто-нибудь до приезда скорой медицинской помощи рукой пережал артерию и наложил кровоостанавливающий жгут. Заметим, что Законодатель предусматривает уголовную ответственность за причинение смерти по неосторожности и



тяжкого вреда по неосторожности, обращая внимание на то, что для сотрудников полиции оказание ПП является обязанностью.

Необходимо помнить, что промедление при выполнении мероприятий по оказанию ПП или вовсе бездействие, неумолимо ведет к летальному исходу пострадавшего. Но, к сожалению, нередко даже при оказании помощи лучшими медиками некоторые обстоятельства неотвратимо ведут к смерти пациента.

Между тем сегодня в ДНР отсутствуют судебные прецеденты, которые бы признавали возможность неумышленного причинения вреда жизни или здоровью пострадавшего при оказании ПП; акцентируем внимание — вреда, совершенного в состоянии крайней необходимости. Тем самым данное правовое положение, которое отсутствует в основном нормативном акте, для сотрудников преодолело бы пробелы в законодательстве. Поэтому сотрудники полиции не информированы о том, что действие данной нормы распространяется на случаи причинения вреда при оказании ПП пострадавшим.

Выводы. Сотрудник полиции, в обязанности которого входит оказание ПП, сталкивается с такой проблемой, как неуверенность в своих навыках оказания ПП, при условии привлечения к ответственности при неумышленном причинении вреда. Также отметим, что одной из важнейших задач является концептуальная проработка нормативных актов, касающихся оказываемой сотрудниками полиции ПП лицам, находящимся в угрожающем для их жизни и здоровья состояниях. Необходимы разъяснения относительно возможности применения к таким деяниям, как неумышленное причинение вреда жизни или здоровью в ходе оказания ПП норм о крайней необходимости. И очень важно при обучении сотрудников полиции особое внимание уделить правовому аспекту оказания ПП.

Лукович А.А., Суликова Д.И.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПНЕВМОТОРАКСЕ

Научный руководитель: *Пономаренко Т.В.*,

Учреждение дополнительного образования «ДОНМАН», г. Донецк, ДНР

Пневмоторакс– скопление воздуха или газов в плевральной полости. Многие пневмотораксы возникают после травмы грудной клетки или как осложнение лечения.

Симптомы пневмоторакса определяются размером и скоростью поступления воздуха в плевральную полость; к ним относятся в большинстве случаев боль в груди и затруднённое дыхание.

Небольшой спонтанный пневмоторакс обычно разрешается самостоятельно, и лечение не требуется.



При крупном пневмотораксе или при возникновении тяжёлых симптомов необходимы хирургические меры, особенно если дренажная трубка неэффективна или возникают повторные эпизоды пневмоторакса.

Доврачебная помощь при спонтанном пневмотораксе (вызванного травмой)оказывается по следующему алгоритму:

1. Вызывают бригаду скорой помощи.
2. Останавливают кровотечение, накладывают чистую тугую повязку и закрывают её целлофаном или клеёнкой так, чтобы она была герметичной.
3. Аккуратно, пострадавшего переводят в полусидящее положение
4. При потере сознания больного приводят в чувство, поднеся к носу вещество с резким запахом —спирт, нашатырный спирт и прочее.
5. Устраняют сильные болевые ощущения с помощью анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов (если такие имеются, если вы не знаете точное воздействие этого препарата, лучше отвлечь внимание человека на себя).
6. Больного после оказания помощи не бросают до тех пор, пока к нему не придут квалифицированные медицинские работники.

Смирнова П.Н.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Научный руководитель: *Мороз Ю.Б.*,

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО,г. Донецк, ДНР

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии(ТЭЛА)–окклюзия легочных артерий тромбами любого происхождения, которые чаще всего образуются в крупных венах нижних конечностей или малого таза. ТЭЛА относительно распространённая сердечно-сосудистая патология, частота встречаемости составляет около 117 случаев на 100000 населения в год. Чаще всего заболевание встречается у пожилых людей.

Причины возникновения неотложного состояния. Примерно в 50% случаев ТЭЛА являются идиопатическими. У остальных выявляются различные факторы риска. К факторам риска относят: ожирение (повышает риск в 2,3 раза), артериальную гипертензию (повышает риск на 50%), сахарный диабет (на 40%), курение (на20%), а также употребление «нездоровой пищи» (практически полное отсутствие свежих овощей и фруктов) и персистирующий эмоциональный стресс. Развитию ТЭЛА могут способствовать острые инфекции мочевого и респираторного тракта. У пациентов с онкологическими заболеваниями различной этиологии риск развития ТЭЛА примерно в 2 раза выше, чем у лиц без них.



В основе заболевания лежит тромбообразование. Возникновению тромбов способствуют такие факторы, как: нарушение кровотока, повреждение эндотелия сосудистой стенки, гиперкоагуляция и угнетение фибринолиза.

Симптомы ТЭЛА неспецифичны и включают в себя одышку, боль в грудной клетке, в более тяжелых случаях – головокружение, предобморочное состояние, обмороки, вплоть до остановки сердца и дыхания.

Клинические варианты ТЭЛА: массивная, субмассивная, небольшая или умеренная.

Алгоритм оказания первой помощи.

Алгоритм первой доврачебной помощи:

- 1) уложить пациента со слегка приподнятой головой;
- 2) обеспечить постельный режим и доступ свежего воздуха;
- 3) измерить пациенту температуру тела;
- 4) дать под язык 1-2 таблетки нитроглицерина, в случае необходимости повторить прием через 5 минут (под контролем АД);
- 5) в случае, если приступ боли продолжается более 20 минут, дать больному разжевать 160-325 мг ацетилсалициловой кислоты;
- 6) не оставлять пациента без присмотра;
- 7) в случае фиксирования остановки дыхания, начать проведение сердечно-легочной реанимации.

Действия бригады экстренной медицинской помощи.

- 1) Сбор анамнеза заболевания:
 - Установить точное время от начала приступа боли в груди и его продолжительность, характер боли, его локализацию;
 - Установить наличие кашля, одышки в состоянии покоя, кровохарканья, при каких условиях возникает боль, связан ли болевой приступ с физическими, психоэмоциональными нагрузками;
 - выяснить, возникали ли приступы боли или удушья при ходьбе, их продолжительность в минутах, участилась ли боль в последнее время.
- 2) Сбор анамнеза жизни:
 - Выяснить наличие факторов риска тромбоэмболии – возраст >40 лет, ожирение, онкологическое заболевание, варикоз вен, наличие тромбов и эмболии в анамнезе, применение эстрогенов, нарушения ритма сердца, особенно мерцательная аритмия, сердечная недостаточность, легочная недостаточность, воспалительное заболевание кишечника, курение, наличие катетера в центральной вене, после операционный период, переломы скелета и тому подобное;
 - Собрать общий аллергологический анамнез и выяснить, есть ли аллергические реакции на прием лекарственных средств.
- 3) Проведение осмотра и физикального обследования – оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения.



- Оценка внешнего состояния – цвет кожных покровов, влажность, наличие набухания шейных вен, наличие кровохарканья;
 - Оценка состояния сердечно-сосудистой системы пациента – пульс, его характеристика; измерение АД на обеих руках;
 - Оценка состояния дыхательной системы – определение частоты дыхательных движений (ЧДД), аускультация легких.
- 4) Проведение инструментального обследования и мониторинга:
- Обязательно необходимо регистрировать ЭКГ в 12 отведениях;
 - Необходим постоянный контроль АД и ЧДД.

Вывод. Своевременное и адекватное лечение ТЭЛА позволит сохранить жизнь больного.

Манжелева Д. К.

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

Научный руководитель: *Прилуцкая С. А.*,

МОУ «Школа № 144 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Сердечно-лёгочная реанимация, которую должен знать каждый. При этом мы не должны лениться подходить к тому человеку, который лежит на земле. Подойдите к нему и спросите, хорошо ли он себя чувствует. Если он вам не ответил, то проверьте его пульс, если пульса нет, то в первую очередь вызовите скорую и скажите, что вы преступаете к сердечно-лёгочной реанимации. Потом переверните его на спину (если он только лежит на животе или на боку), освободите грудную клетку от одежды и начните массаж сердца (30 компрессий), между ними - искусственную вентиляцию лёгких (по 2 раза из рта в рот). В течении этого комплекса проверяйте пульс. Данные мероприятия проводите до тех пор, пока не придет скорая помощь.

Сердечно-легочная реанимация (СЛР) – комплекс мероприятий, направленных на оживление организма в случае клинической смерти. Данный комплекс должен возвращать пациента к жизни, а не пролонгировать его смерть.

Задачи сердечно-легочной реанимации: восстановление деятельности сердца, дыхания и кровообращения; поддержание и восстановление функций головного мозга; предупреждение развития терминальных состояний и выведение пострадавших из них; предупреждение возможных осложнений.

Алгоритм реанимационных мероприятий:

1. Констатируют отсутствие реакции на внешние раздражители, отсутствие пульса, отсутствие дыхания (оптимально в течение 10 секунд).
2. Отмечают время начала реанимации.



3. Укладывают больного на спину на твердую поверхность (беременную с поворотом влево на угол 30°).

4. В случае внезапной смерти начинают непрямой массаж сердца.

5. Запрокидывают голову назад, кроме ситуаций, когда есть подозрение на травму в шейном отделе позвоночника; освобождают дыхательные пути, выдвигают нижнюю челюсть (тройной прием Сафара). При наличии оборудования поддерживают проходимость дыхательных путей с помощью воздуховода, ларингеальной маски, интубации трахеи. Попытка интубации трахеи должна длиться не более 30 секунд.

6. Проводят ИВЛ (метод проведения зависит от наличия оборудования и квалификации реанимирующих). При проведении дыхательной реанимации рекомендуется использовать мешок Амбу. В случае проведения СЛР врачом-анестезиологом-реаниматологом, больной должен быть интубирован (при невозможности интубации, для проведения ИВЛ устанавливается ларингеальная маска). ИВЛ проводится мешком Амбу или доступным аппаратом ИВЛ. При наличии кислорода он дается в 100 % концентрации.

7. Подключают ЭКГ-монитор, оценивают ритм в нескольких отведениях. Диагностируют вид остановки кровообращения: фибрилляция желудочков; асистолия; электромеханическая диссоциация (электрическая активность без пульса).

Вывод. Каждому человеку очень важно знать, как правильно оказывать доврачебную помощь при остановке сердца, пока не придет карета скорой помощи. Массаж сердца и искусственную вентиляцию лёгких необходимо уметь делать каждому человеку. От остановки сердца до летального исхода есть минуты (если это время грамотно использовать), то можно вернуть человека к жизни.

Михальченко В.А.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ

Научный руководитель: *Акхозова О.В.*,

МОУ «Гимназия № 70 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Гипертонический криз – это внезапное повышение АД, сопровождающееся жалобами и патологическими изменениями со стороны мозга и сердечно-сосудистой системы на фоне вегетативных нарушений.

Актуальность и постановка проблемы. Согласно оценкам, гипертониками являются 1,13 миллиарда человек в мире, из них большинство (две трети) живет в странах с низким и средним уровнем дохода. В 2018 г. гипертонией страдал каждый четвертый мужчина и каждая пятая женщина. Менее одной пятой гипертоников контролируют свое



состояние. Гипертония является одной из ведущих причин смертности во всем мире.

Причины возникновения неотложного состояния:

1. Гипертоническая болезнь.
2. Алкоголизм.
3. Никотин.
4. Злоупотребление кофе.
5. Гормональные нарушения.
6. Отмена ранее принимаемых гипотензивных препаратов.
7. Психоэмоциональные перегрузки.
8. Отрицательные эмоции (поход к врачу стоматологу).
9. Проблемы дома и на работе.
10. Нарушение сна.
11. Перемена погоды (весной, осенью).

Признаки гипертонического криза:

1. Высокий уровень АД.
2. Сильная загрудинная боль.
3. Сердцебиение.
4. Головные боли, головокружения, нарушения зрения.
5. Озноб, дрожь, потливость.
6. Чувство нехватки воздуха, одышка.
7. Потеря сознания, речи.
8. Тошнота и рвота.
9. Чувство страха, беспокойство.

По классификации все кризы делятся на:

Гиперкинетические кризы – резкое повышение АД, учащение пульса, наблюдается при ранних стадиях артериальной гипертензии.

Гипокинетические кризы – на фоне высокого АД (от нескольких часов до 4-5 дней), с тяжёлыми мозговыми и сердечными симптомами.

Клинические формы:

При нервно-вегетативной форме кризов: больной испуган, перевозбужден, испытывает приступы немотивированного страха. У него дрожат руки, учащен пульс, он ощущает сухость во рту.

При отечной форме кризов: больные, напротив, сонливы, малоподвижны, лицо у них становится одутловатым, веки отекают.

Судорожная форма кризов – самая тяжелая – сопровождается потерей сознания и судорогами.

Существует пять основных видов медицинской помощи:

На догоспитальном этапе ими являются – первая медицинская, доврачебная и первая врачебная.

На госпитальном этапе оказываются квалифицированная и специализированная помощь.



Алгоритм оказания первой помощи при гипертоническом кризе на догоспитальном этапе:

1. Обеспечьте приток свежего воздуха, уложите больного с приподнятым изголовьем, и слегка опущенными ногами.
2. Измерьте АД, обеспечьте ему полный психический и физический покой.
3. Вызов бригады скорой медицинской помощи по телефону 103!
4. Не оставляйте больного без присмотра, выясните какие медикаменты принимает и есть ли они в наличии.

Оказание медицинской помощи квалифицированными специалистами проводится, учитывая состояние больного и клиническую картину.

- Для снижения АД применяют: магния сульфат 25% - 10 мл в/в; дибазол 1% - 5 мл в/в; фуросемид (мочегонное) – 40-80 мг в/в; эуфилин 2,4% - 5-10 мл в/в
- При нарушении сердечного ритма: анаприлин 0,04 мг под язык (при тахикардии); нифедипин 10 мг под язык (при брадикардии); бетта-блокаторы: индерал, обзидан (до 5 мг в/в), рауседил, пропранолол.
- Применяют антагонисты кальция: нифедипин, коринфар, кордафлекс (10-30 мг под язык)
- Ингибиторы АПФ: каптоприл, капотен (25-50 мг под язык)
- При нарастании сердечной недостаточности: нитраты: нитросорбид, сустак, нитроглицерин, анальгетики.

Н.В! АД не должно снижаться более чем на 10 мм в час!

Выводы. Своевременное оказание первой медицинской помощи при гипертоническом кризе, спасает жизнь человеку. Более 1 млрд человек в мире страдает артериальной гипертонией. По прогнозам ВОЗ к 2025 году количество этих людей увеличится на 60%. Поэтому каждый человек должен обладать знаниями и навыками оказания первой медицинской помощи.

ГК лучше предупредить, чем лечить. Его профилактика мало чем отличается от профилактики гипертонии, но напомнить основные моменты не помешает:

1. Откажитесь от поваренной соли;
2. Воздерживайтесь от курения;
3. Сократите употребления алкоголя;
4. Включите в рацион овощи, курагу, грейпфруты, нежирный творог, сыр, белое мясо птицы, рыбу и морепродукты, а вот от животных жиров надо полностью отказаться.
5. Ежедневно ходите пешком не менее часа;



б. Избегайте стрессовых ситуаций на работе и дома.

Павликова А.А.

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Научный руководитель: *Склянная Е.В.*,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького», г. Донецк, ДНР

Актуальность. По данным недавних исследований артериальная гипертензия (АГ) составляет 30% среди заболеваний сердечно-сосудистой системы. По данным разных регистров от 17 до 25% случаев гипертонические кризы осложняются острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). При этом такие осложненные кризы в 35% случаев приводят к летальному исходу и в 20% - к инвалидизации больного.

Причины возникновения неотложного состояния. На фоне гипертонического криза возможно развитие как ишемического, так и геморрагического инсультов. Ишемический инсульт развивается вследствие окклюзии просвета мозговой артерии и имеет несколько видов (атеротромботический, кардиоэмболический, лакунарный, гемодинамический). Причины геморрагического инсульта подразделяются на первичные (вследствие артериальной гипертензии) и вторичные (вследствие других заболеваний) внутримозговые кровоизлияния, которые по механизму развития делятся на гематомы, раздвигающие мозговое вещество, и его диапедезное пропитывание.

Алгоритм оказания первой помощи. При возникновении у пациента на фоне повышения артериального давления (АД) таких симптомов как резкая головная боль, сопровождающаяся тошнотой, рвотой и потерей сознания, нарушение речи, слуха, зрения, слабости в конечностях или отсутствия движения в них, невозможности улыбнуться или показать зубы, затруднения глотания, необходимо немедленно вызвать бригаду скорой медицинской помощи (БСМП). Больного следует уложить, измерить АД на обеих руках. Не следует стремиться к резкому значительному снижению АД, так как это может ухудшить состояние пациента с ОНМК. До приезда БСМП необходимо измерять АД каждые 15 минут и записывать результаты, данное мероприятие поможет врачу определиться с дальнейшей тактикой лечения. Транспортировка больного в лечебное учреждение производится только на носилках в положении лежа.

Дальнейшая тактика лечения зависит от вида инсульта. Для диагностики проводится компьютерная томография (КТ) головного мозга и люмбальная пункция. При наличии у пациента геморрагического инсульта на КТ



определяется гиперденсивный очаг, при проведении люмбальной пункции в спинномозговой жидкости будет обнаружена кровь. При ишемическом инсульте на КТ виден гиподенсивный очаг, при люмбальной пункции изменения в спинномозговой жидкости отсутствуют.

Снижение АД необходимо проводить: а) при ишемическом инсульте – только при уровне АД выше 220/110 мм рт.ст. Целью является снижение АД на 10-15% от исходного; б) при геморрагическом инсульте – при АД выше 170/100 мм рт.ст. Целевое значение – на 15-20 мм рт.ст. выше, чем обычное давление пациента. У пациентов с артериальной гипертензией в анамнезе в первые сутки АД должно снижаться до 180/100 мм рт.ст., у остальных – 160/90 мм рт.ст. По истечению 24 часов возможно возобновление антигипертензивной терапии, получаемой пациентом до ОНМК. Следует стремиться к минимальной вариабельности цифр АД.

В последующие дни для поддержания стабильной гемодинамики систолическое АД (САД) должно составлять около 110-150 мм рт.ст.

Для снижения АД применяются такие группы препаратов как ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (например, эналаприл, рамиприл), сартаны (например, эпросартан) и β -адреноблокаторы (например, метопролол, небиволол). Путь их введения (парентеральный либо пероральный) зависит от состояния пациента.

Дальнейшее лечение проводится в условиях стационара и зависит от тяжести состояния пациента. Первым этапом производится мониторинг и коррекция нарушений жизненно важных функций, таких как дыхание, сердечная деятельность.

При ишемическом инсульте возможно проведение тромболитической терапии, при условии поступления больного в стационар в течение 6 часов с момента возникновения симптомов ОНМК. Назначается подкожное введение гепарина в дозе 5000 ЕД каждые 4-6 часов и пероральный прием ацетилсалициловой кислоты в дозировке 325 мг/сутки. При геморрагическом инсульте проведение тромболитической терапии противопоказано.

Коррекция неврологических нарушений производится за счет назначения нейропротекторов (глиатилин, мексидол).

После выписки из стационара, пациента необходимо поставить на диспансерный учет у кардиолога и невролога по месту жительства. Больной должен регулярно измерять АД, поддерживать его на уровне $\leq 140/90$ мм рт.ст. (у больных с сахарным диабетом, почечной недостаточностью $\leq 130/80$ мм рт.ст) и придерживаться рекомендаций, указанных врачом.

Вывод. Гипертонический криз, осложненный ОНМК, является тяжелым неотложным состоянием, требующим быстрого выявления и лечения в связи с высоким риском летального исхода и инвалидизации. Для предотвращения возникновения данной патологии, следует объяснять больным с АГ



необходимость придерживаться рекомендаций лечащего врача и риски, возникающие при их несоблюдении.

Матвиюк А. Г.

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ДОВРАЧЕБНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ

Научный руководитель: *Прилуцкая С. А.*,

МОУ «Школа №144 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Гипогликемическая кома – одна из распространённых исходов диабета. Никто не застрахован от случая, где человек рядом падает в обморок, а у вас отсутствуют знания, как предотвратить дальнейшее развитие проблемы. Конечно, Вы обязаны вызвать скорую, но, пока она приедет, стоит оказать доврачебную помощь пациенту. Поэтому стоит знать, как помочь, если присутствуют симптомы гипогликемии.

Гипогликемическая кома – патологическое состояние, характеризующееся снижением концентрации глюкозы в крови. Часто встречается как острое осложнение сахарного диабета.

Признаки гипогликемии:

1. Признаком гипогликемии считаются показатели от 2,2 до 2,8 ммоль/л, у новорожденных – менее 1,7 ммоль/л, у недоношенных – менее 1,1 ммоль/л.
2. Симптомы могут проявляться уже при уровне сахара в крови 2,6-3,5 ммоль/л.
3. Также гипогликемические состояния могут возникать и при резком снижении концентрации глюкозы с повышенного до нормального уровня.

Симптомы: кожные покровы бледные, на ощупь влажные и холодные; обильный пот; возможны судороги, рвота; тахикардия; спутанное сознание; зрачки расширены и слабо реагируют на свет; чувство голода.

Первая доврачебная помощь при гипогликемическом состоянии:

1. Прием сладкой пищи или чая с сахаром. Если сознание отсутствует – срочно перейти к следующей тактике:

Тактика младшего специалиста с медицинским образованием

Действия	Обоснования
Обеспечить вызов врача.	Оказания квалифицированной медицинской помощи.
Придать пациенту горизонтальное положение, при отсутствии сознания повернуть голову на бок.	Профилактика западения языка, аспирации, асфиксии.
Обеспечить проходимость верхних дыхательных путей	



Оценить состояние пациента. 1. Осмотреть кожу и слизистые оболочки (цвет, сухость, влажность). 2. Проверить запах изо рта. 3. Измерить артериальное давление, подсчитать пульс. 4. Оценить дыхание (характер, частота, патологические типы дыхания). 5. Определить тонус мышц и глазных яблок.	Оценка состояния пациента
Определить уровень глюкозы в крови.	Обеспечение оценки уровня глюкозы в крови.
Обеспечить венозный доступ.	Обеспечивается подготовка к внутривенному введению лекарственных средств и проведение инфузионной терапии.
Выполнение дальнейших манипуляций по назначению врача.	Обеспечение качества оказания медицинской помощи.

Оценка достигнутого:

1. Состояние пациента улучшилось, как правило, выход из комы при выполнении инъекции 40% глюкозы происходит в течение одной минуты. Дальнейшее лечение пациента в эндокринологическом отделении.

2. Состояние пациента не улучшилось – срочная госпитализация в реанимационное отделение на носилках под контролем АД и пульса.

Вывод. Само определение гипогликемической комы расшифровывается, как понижение глюкозы в крови. Если человек находится в сознании, то стоит повысить её количество, а можно это сделать, если накормить человека сладкой едой или же чаем с сахаром. Но если человек без сознания, то стоит вызвать врача, затем придать горизонтальное положение и повернуть голову на бок, обеспечить проходимость верхних дыхательных путей.

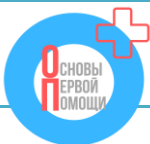
Приймачук Д.Б.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ ПРИСТУПЕ

Научный руководитель: *Прилуцкая С.А.*,

МОУ «Школа № 144 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Очень важно знать, что нужно делать, когда у кого-то эпилептический приступ. Ведь эпилепсия достаточно серьезное заболевание, которое часто встречается. Главное в такой ситуации – не растеряться и действовать по правилам. Эпилептический приступ может произойти везде: на



улице, в торговом центре или даже у кого-то дома. Но благодаря знаниям, описанным в данном документе, можно спасти человеку жизнь.

Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторяющимися припадками, которые возникают в результате чрезмерных нейронных разрядов и сопровождаются разнообразными **клиническими и параклиническими симптомами**.

Эпилептический статус — судорожный припадок продолжительностью более 30 мин или повторяющиеся припадки без полного восстановления сознания между приступами, опасен для жизни больного.

Причины: прекращение или нерегулярный приём препаратов при эпилепсии, инсульт, опухоль головного мозга, отравление, метаболические нарушения, передозировка наркотическими препаратами.

Признаки: галлюцинации, вскрик в начале, потеря сознания, расширенные, не чувствительные к свету зрачки, тонические судороги на протяжении 10-30 сек, которые сопровождаются остановкой дыхания, затем клонические судороги (1-5 мин) с ритмическим подёргиваниями рук и ног. После припадка – спутанность сознания, глубокий сон, часто головная и мышечная боль, больной не помнит о случившемся.

Первая помощь при эпилептическом припадке согласно протоколу МОН ДНР: при остановке дыхания и/или кровообращения необходимо провести сердечно-лёгочную реанимацию. При нарушении проходимости дыхательных путей – большим и указательным пальцами или ладонью правой руки надавить на подбородок, оттянуть нижнюю челюсть, достать запавший язык, извлечь съёмные зубные протезы (если таковые имеются), очистить рот от слизи и крови. При появлении эпилептического статуса больного требуется срочно госпитализировать.

Вывод: первая помощь при эпилепсии заключается в проведении ряда необходимых действий, при эпилептическом статусе – госпитализация.

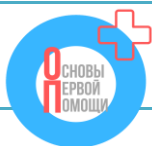
Кузнецова А.В.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ НАРУЖНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Научный руководитель: *Асатрян Л.И.*,

МОУ «Специализированная физико-математическая школа № 35 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Никто из нас не застрахован от травм, порезов, которые предшествуют большой или незначительной потере крови. Такие стечения обстоятельств могут стать трагическими, особенно если человеку вовремя не оказать первую помощь. Если кровопотеря превысила порог в два литра, человек подвергается смертельной опасности, поэтому крайне важно знать,



каким образом можно помочь пострадавшему и попытаться остановить кровотечение, это и есть – первая помощь при внешних кровотечениях.

Причины возникновения неотложного состояния. Наружным называют кровотечение из раны непосредственно на поверхность тела.

Причины возникновения наружного кровотечения представлены в Таблице 1:

Вид раны	Описание	Чем характеризуется	Возможные риски
Резаная рана	нанесена скользящим движением тонкого острого предмета (бритва или нож)	преобладание длины над глубиной, ровными параллельными краями	серьезное кровотечение
Рваная рана	возникает под влиянием сильного растяжения тканей (при автомобильной аварии)	неправильная форма краев, значительная зона их повреждения	большая вероятность заражения тканей
Колотая рана	нанесена острым предметом с небольшими поперечными размерами (гвоздь, нож)	узкий и длинный раневой канал	большая вероятность инфицирования, возможны скрытые повреждения органов и глубоких кровеносных сосудов
Рубленая рана	от удара тяжелым острым предметом (топор)	большая глубина повреждения	серьезное кровотечение, возможны переломы, заражение тканей
Огнестрельная рана	нанесена стрелковым оружием или боеприпасами взрывного	серьезные внутренние повреждения; в месте входа рана будет небольшой, а	возможно попадание посторонних частиц в организм через рану,



Вид раны	Описание	Чем характеризуется	Возможные риски
	действия (снаряд, мина, граната)	в месте выхода, если пуля прошла навылет, рана будет большой и рваной	большая вероятность заражения тканей
Ушибленная рана	от удара тупым предметом с одновременным ушибом окружающих тканей (молотком по пальцу)	повреждение тканей; в месте удара образуется синяк, отек	могут быть переломы или внутренние повреждения
Укушенная рана	нанесена зубами животного или человека	инфицированность, неровные, раздавленные края	возможно заражение
Размозженная рана	произошло раздавливание и разрыв тканей (автоавария или падение с высоты)	обширная зона поражения тканей	серьезное кровотечение, возможны переломы

Алгоритм оказания первой помощи. При оказании помощи пострадавшему с наружным кровотечением необходимо учитывать следующие приоритеты:

- если кровотечение сильное, то приоритетом считается остановка кровотечения;
- если кровотечение незначительное, то приоритетом будет предотвращение заражения.

Описание оказания первой помощи. Первая помощь при кровотечениях начинается с осмотра раневой поверхности, проверки наличия в ней посторонних предметов. Категорически воспрещается извлекать посторонние предметы при кровотечениях. Это может стать причиной усиления тока крови из поврежденных кровеносных сосудов. В случае головокружения и большой кровопотери больного необходимо уложить на горизонтальную поверхность и приподнять нижние конечности.

Существуют определенные стандарты оказания первой медицинской помощи при любых кровотечениях. В качестве первой помощи можно применить:

- наложение тугой повязки;
- возвышенное положение конечности;



- наложение жгута;
- тугая тампонада раны.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. При кровотечениях первая помощь начинает оказываться в машине скорой помощи. Медики оценивают правильность выполненных на месте действий, а при необходимости вводят кровоостанавливающие препараты. Последующие действия оказываются в учреждении здравоохранения.

Выводы. Алгоритм оказания первой помощи при травматических кровотечениях должен обладать каждый, так как никто не знает, что будет сегодня, а тем более, завтра. Простые и последовательные действия способны не только облегчить страдания человека, но и спасти ему жизнь.

Шевченко Д.Ф., Шевченко В.В.

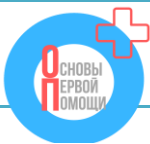
ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Научный руководитель: *Голубова О.А.*,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР

Актуальность темы. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – синдром, который обусловлен эмболией легочной артерии (ЛА) или ее ветвей тромбом, который приводит к резкому уменьшению кровотока в легких, с дальнейшими остро возникающими кардиореспираторными расстройствами. Из литературы известно, что заболеваемость ТЭЛА в мире в среднем составляет 71-117 случаев на 100 тыс. населения, в США ежегодно из 2,5 млн случаев острогенозного тромбоза ТЭЛА возникает в 26-28% случаев. При этом перфузионное сканирование дополнительно выявляет асимптомные ТЭЛА, повышая этот процент до 32-45%. Однако, на долю пациентов, у которых прижизненно не был установлен данный диагноз, приходится около 70% случаев. Без соответствующего лечения данной патологии летальность в первые часы и сутки после эпизода массивной ТЭЛА составляет 10% больных, в течение года умирает порядка 25% и в течение 3 лет – 35% больных, в то время как вовремя начатое адекватное лечение позволяет снизить этот показатель до 8%.

Этиология. Наиболее частой причиной и источником эмболизации ветвей ЛА являются тромбы из глубоких вен нижних конечностей, вены таза, почечные и нижняя полая вены (около 90% случаев), реже – правые отделы сердца и магистральные вены верхних конечностей. Предрасполагающими факторами для развития ТЭЛА считают длительную иммобилизацию пациента, переломы костей особенно у пожилых, тучных пациентов, обширные операции и травмы, мутацию фактора V Лейдена, беременность и послеродовой период, гормональную терапию - прием эстрогенов, антифосфолипидный синдром,



злокачественные новообразования лейкозы, выраженную дегидратацию (при бесконтрольном применении мочегонных или слабительных средств), варикозную болезнь, сердечную недостаточность, мерцательную аритмию и т.д. К провоцирующим факторам относят изменение положения тела, ходьба, натуживание при кашле, акте дефекации.

Клиническая картина. Клинических признаков патогномичных для ТЭЛА не существует, однако диагноз может быть заподозрен на основании совокупности анамнестических данных и/или результатов объективного обследования и ЭКГ-симптомов. Для заболевания характерно внезапное начало с появлением падения АД вплоть до развития коллапса и потери сознания, одышки и острой боли в груди, также острая сосудистая недостаточность с появлением бледности, цианоза, тахикардии. При осмотре могут определяться набухание и пульсация шейных вен, пульсация в эпигастрии, усиливающаяся на вдохе, увеличение печени при пальпации. При развитии инфаркта легкого возможно появление кровохарканья в виде прожилок крови в мокроте, лихорадки, мелкопузырчатых хрипов, признаков плеврита у пациента с факторами риска тромбоэмболии.

Алгоритм оказания первой помощи. Цели оказания помощи при предполагаемой ТЭЛА:

- предотвращение смерти больного в острой стадии;
- профилактика хронической постэмболической легочной гипертензии;
- профилактика рецидива ТЭЛА.

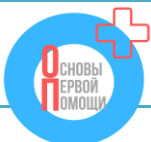
Основные направления терапии ТЭЛА на догоспитальном этапе включают в себя купирование болевого синдрома, профилактика продолженного тромбоза в ЛА и повторных эпизодов ТЭЛА, улучшение микроциркуляции, коррекция правожелудочковой недостаточности, артериальной гипотензии, гипоксии, купирование бронхоспазма.

С целью оказания первой помощи необходимо выполнить следующие пункты:

1. Вызвать бригаду скорой медицинской помощи.
2. Уложить пациента в горизонтальное положение.
3. Освободить от стесняющей одежды, расстегнуть воротник (галстук) и обеспечить доступ свежего воздуха.
4. Обрызгать лицо и грудь водой.
5. При отсутствии сознания уложить пациента в устойчивое боковое положение.
6. Находиться рядом с пациентом до приезда «скорой».

Доврачебная помощь. Транспортировка больных в медицинское учреждение осуществляется на лежачих носилках в условиях реанимобиля.

При стойкой артериальной гипотензии или при прогрессирующем падении системного АД при отсутствии противопоказаний показано проведение локального тромболиза путем введения 250 тыс. ЕД стрептокиназы в течение



30 мин под контролем АД. Если проведение тромболитика невозможно, то необходимо произвести оксигенотерапию 50-100% O₂, обезболить больного наркотическими анальгетиками (морфин 1% - 1,0), при бронхоспазме ввести в/в раствор эуфиллина 2,4% 10,0, ввести гепарин 5 тыс. – 10 тыс. ЕД в/в с последующей доставкой больного в отделение интенсивной терапии по возможности минуя приемное отделение. В медицинских учреждениях производится тромбоэмболэктомия из ЛА при наличии флотации тромба путем эндоваскулярного вмешательства, а профилактика ТЭЛА производится путем установки кава-фильтров, фильтров-стентов, перевязки магистральных вен, приемом варфарина под контролем МНО. У больных с ТЭЛА нецелесообразно применение кровоостанавливающих средств, сердечных гликозидов.

Вывод. Учитывая отсутствие патогномичных жалоб, малый процент прижизненного выявления ТЭЛА, высокую летальность заболевания необходимо проводить профилактическую диагностику возможных заболеваний крови, сосудов с целью проведения профилактики ТЭЛА и ее осложнений.

Рогачёва Н.Р., Галда О.Ю.

ОБУЧЕНИЕ ПОДРОСТКОВ ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Научный руководитель: *Осипов Ю.А.*,

ГПОУ «Донецкий медицинский колледж», г. Донецк, ДНР

Актуальность. В статье представлена информация, демонстрирующая значения для обучения подростков оказанию первой помощи (ПП) при кровотечениях, которая является первоочередной мерой, доказавшей высокую эффективность в предотвращении осложнений при оказании помощи. При травмах повреждается целостность кожного покрова, мягких тканей, а также повреждаются кровеносные сосуды из-за чего и происходит кровотечение. Для определения информированности о кровотечениях подростков был проведён опрос. Проанализировав данные опроса, был сделан вывод, что необходимо провести беседу среди подростков на тему: «Кровотечения. Первая помощь при них».

Кровотечение—выход крови за пределы кровеносных сосудов в окружающую среду, в полость тела или просвет полого органа.

Виды кровотечений.

Кровотечения могут быть наружными и внутренними. Причиной наружных кровотечений являются травмы, которые были получены при различных катастрофах, суициде или случайным образом. Причины внутренних кровотечений – травмы и поражение тканей или сосудов организма в результате хронических заболеваний. При внутренних кровотечениях кожные



покровы целые, но кровь скапливается в полостях тела, мягких тканях, межклеточных пространствах. Признаками внутреннего кровотечения является: бледность кожи, холодный липкий пот, слабый пульс, дыхание тихое. В таком случае важно немедленно обратиться за помощью и вызвать врача. До прихода врача, больного нужно уложить или придать полусидящее положение. К месту, где подозревается кровотечение, нужно приложить холод.

При наружных кровотечениях кровь изливается во внешнюю среду, через повреждённую кожу. В зависимости от повреждённого сосуда кровотечения могут быть: капиллярные, венозные и артериальные.

Капиллярное кровотечение – это мелкие царапины. При таких кровотечениях повреждаются мелкие сосуды. Такое кровотечение довольно легко остановить.

Венозное кровотечение. При таком кровотечении кровь будет иметь вишнёвый оттенок. Вытекать будет медленно, без резких толчков.

Артериальное кровотечение. При этом кровотечении кровь вытекает пульсирующей струёй, имеет ярко – красный оттенок. Если повреждается большой сосуд, то она бьёт «фонтаном».

Первая помощь при кровотечениях.

Капиллярное кровотечение. Капиллярное кровотечение остановить легко. Чтобы через рану в организм не попали микробы, нужно промыть поражённый участок перекисью водорода, смазать края антисептиком (йодной настойкой или бриллиантовым зелёным), наложить чистую марлевую повязку или заклеить рану пластырем.

Венозное кровотечение. При оказании помощи надо смазать кожу вокруг раны йодом, закрыть её стерильной салфеткой (можно из бинта) и туго перебинтовать (наложить давящую повязку). Если давящая повязка не помогает, на мягкую подкладку наложите жгут или скрученное полотенце, пояс (расположите их ниже поврежденного участка) с приложением записки со временем наложения; оставлять жгут можно не более чем на 30 минут в холодную погоду и на 1 час в жаркую. Так же, если в ране имеются какие-либо предметы, то их не нужно вытаскивать.

Артериальное кровотечение. В этом случае происходит повреждение крупных сосудов. Для его остановки необходимо зажать сосуд выше места ранения в тех местах, где прощупывается пульс. Если нарушение целостности определенных артерий (плечевой, локтевой, подколенной или бедренной) конечность можно приподнять и зафиксировать в согнутом положении.

Нужно обязательно наложить жгут. Его накладывают на 5-7 сантиметров выше раненого участка. В первую очередь нужно обернуть место, на которое будет наложен жгут, мягкой тканью, чтобы не повредить кожу. *Затягивать жгут слишком сильно нельзя*, так как можно повредить нервы. Под жгут надо положить записку с указанием времени его наложения. Если за это время не удалось доставить пострадавшего в больницу, жгут надо ослабить на несколько



минут. Это делают для того, чтобы кровь могла попасть в повреждённую конечность для снабжения её кислородом и удаления конечных продуктов обмена. Затем необходимо затянуть жгут.

Рекомендации по дальнейшему лечению. В лечебном учреждении происходит дальнейшее оказание помощи пострадавшим. В зависимости от кровотечения и диаметра сосудов, применяются различные способы окончательной остановки кровотечений. Механический способ заключается в перевязке сосуда, накладывании сосудистого шва. Химический – применяются сосудосуживающие препараты, а также препараты, повышающие свертываемость крови (аминокапроновая кислота, этамзилат натрия). Биологический – суть в повышении способности тромбоцитов к образованию тромбов используя переливание крови, препаратов крови, кровезаменителей. Местно применяются препараты, изготовленные из крови (гемостатическая губка, биологический асептический тампон).

Вывод.

- знания о кровотечениях нужны подросткам для оказания помощи пострадавшим, что поможет последним продержаться до приезда специалистов;
- оказание помощи предотвращает развитие возможных осложнений.

Плехова О.Е.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ГАЗОМ

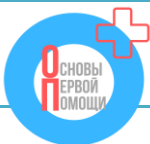
Научный руководитель: *Пархоменко С.Н.*,

МОУ «Школа № 63 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Газ – это одно из четырёх агрегатных состояний, с которым человек ежедневно сталкивается и использует в жизни. Газ не имеет запаха или же цвета, он тяжелее воздуха и легко распространяется. Не стены, не окна, не почва и даже респираторы не могут спасти от его распространения. Основным компонентом газа является метан, относится к удушающим.

Угарный газ действует на человеческий организм негативно, также газ крепко связан с гемоглобином и пагубно влияет на клетки эритроцитов. В свою очередь, гемоглобин, пребывая в норме, выполняет функцию транспортировки кислорода ко всем тканям и органам. Если же гемоглобин связывается с угарным газом, то это препятствует снабжению кислородом организм, что приводит к кислородному голоданию (гипоксии). Такое состояние является опасным для жизни и при тяжелой интоксикации приводит к летальному исходу.

Отравление газом разделяют на четыре степени: Первая (легкая) – признаки: головокружение, тошнота, шум в ушах, учащенное сердцебиение;



Вторая (средняя) – признаки: рвота, тошнота, сонливость, тяжесть тела;

Третья (тяжелая) – признаки: потеря сознания;

Четвертая (мгновенная) – признаки: потеря сознания после нескольких вдохов, асфиксия (удушье от избытка углекислого газа в крови), остановка сердца в течении пяти минут;

Что необходимо сделать при отравлении газом, **до приезда скорой помощи**:

1. Вынести (вывести) пострадавшего человека из зоны действия угарного газа на свежий воздух. Обеспечить ему приток свежего воздуха (открыть в помещении окна, форточки).

2. Снять давящие элементы одежды или максимально ослабить их давление (галстук, ремень, рубашка...).

3. Обеспечить пострадавшему спокойствие и уложить набок.

4. Дать пострадавшему сделать 2-3 глотка сладкого чая или кофе.

5. Поднести ватку или ткань, предварительно смоченную в нашатырном спирте к носу и слегка помахать ею, для того чтоб привести в сознание.

6. При необходимости провести реанимационные действия, то есть сделать искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.

7. Вызвать скорую помощь. Чем раньше человеку окажут медицинскую помощь, тем больше будет шансов на его быстрое выздоровление.

Профилактические меры отравления угарным газом:

1. Чтобы не отравиться угарным газом, нужно соблюдать несложные правила, что помогут сохранить ваше здоровье:

2. Не ночевать в гараже.

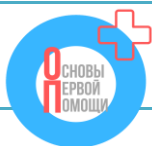
3. Не использовать газовые горелки или керосиновые лампы для обогрева замкнутого помещения.

4. Выключать двигатель машины или другого устройства.

5. Не засыпать в машине с включенным двигателем.

Немедленную госпитализацию должен получить пострадавший человек с тяжелой степенью интоксикации и находится под строгим контролем медицинского персонала. В больнице ему введут противодействующий угарному газу препарат (Ацизол) и приведут в стабильное состояние.

Вывод. Будьте осторожны, используя газ, ведь он может нанести непоправимый вред вашему здоровью! Запомните, от несчастного случая никто не застрахован!



Чуркина М.Д.

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ И ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПОСТТРАВМАТЕЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Научные руководители : *Богданова И.М., Курохтина М.В.*,

МОУ «Профильная гимназия №122», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Острое стрессовое расстройство (ОСР) и развивающееся на его основе посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) являются распространенными психопатологическими состояниями у детей в зоне локальных военных конфликтов (ЛВК). Распространенность ПТСР у детей в возрасте 6-10 лет, связанного с бомбардировками г. Белграда коалицией НАТО в 1999г. колеблется от 14,2% (Lieberman, Knorr, 2007) до 25,4% (Scheeringa et al., 2003). Распространенность ОСР у детей в зоне локального военного конфликта определяется его интенсивностью и может достигать 83,4% (De Young et al., 2013) по материалам гуманитарных организаций в ходе вооруженных конфликтов в Египте, Ливии, Сирии в 2011-2013 гг. У 52,7% детей, находившихся в зоне ЛВК свыше 3 месяцев, отмечается формирование ПТСР как исхода ОСР, распространенность ПТСР достигает 77,2% при продолжительности ЛВК свыше 12 месяцев (Seng et al., 2018, Hetrick et al., 2019) на примере вооруженного конфликта в Сирии. В дальнейшем у таких детей возможно нарушение школьной и социальной адаптации, снижение показателей школьной успеваемости, развитие стойких невротических и невротоподобных состояний (Lopez et al., 2019).

Причины возникновения неотложного состояния. Согласно мнению М. Horovitz (1960), автора термина ПТСР, труды которого привели к включению ПТСР в качестве самостоятельной нозологической единицы в МКБ-10, причиной возникновения заболевания является «непосредственной включение индивида в ситуации, крайне угрожающие или катастрофичные, связанные с боевыми действиями или их последствиями». Традиционно (Попов Ю.В, 1998, Вид Д.В., 1999, Elklitetal., 2012) выделяют следующие причины развития ПТСР у взрослого и детского гражданского населения в зоне локального военного конфликта:

1. Личное наблюдение крайних мер физического и психологического воздействия военнослужащих (в других версиях комбатантов – вооруженных участников конфликта) на гражданское население.

2. Личное наблюдение смерти, увечий, ранений, в том числе родных и близких людей, в результате применения различных видов вооружения.

3. Непосредственное пребывание (в том числе в укрытиях) под действием поражающих факторов оружия, в первую очередь артиллерийских систем.



4. Наблюдение разрушений жилых и коммунальных объектов, резкое снижение уровня жизни и социальной обеспеченности в зоне ЛВК.

5. Наличие в семье военнослужащих, а также спасателей, принимающих участие в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций военного времени.

6. Угроза повторения обстрелов и других форм боевых действий.

Алгоритм оказания первой помощи. Суммируя рекомендации ВОЗ (WarTraumaFoundation and World Vision International, 2011), Mitchell et al. (1993 – 2002), Ottenstein et al. (2002 – 2010), а также рекомендациям Никольской И.М и Добрякова И.В. занимавшихся непосредственным оказанием психологической помощи детям, пострадавшим в результате террористической атаки в г. Беслан (2004), можно сформировать усредненный алгоритм помощи детям с ОСР в зоне ЛВК:

1. Безусловное признание – отсутствие любых попыток подавлять эмоциональные реакции пострадавших.

2. Постоянный физический контакт – пострадавшего нужно пытаться мягко держать за руку, при наличии полноценного контакта периодически прижимать к себе.

3. В случае наличия нескольких пострадавших желательно разместить их вместе, занять деятельностью, стимулирующей мелкую моторную активность, лучше в игровой форме – выкладывание фигурок из спичек, камешков и т.д.

4. Категорически запрещается обсуждать с ребенком пережитую ситуацию, тем более высказывать критические суждения о случившемся, давать личностные оценки.

5. Постоянное словесное выражение уверенности в благоприятном разрешении сложившейся ситуации.

6. Крайне необходимой признается возможность уложить детей, обеспечить им полноценный питьевой режим (лучше горячий сладкий чай или вода), полноценное питание, сон.

При развитии затяжных либо хронических форм ПТСР признана эффективной модель групповой (менее эффективна индивидуальной) психокоррекции по методу Добрякова-Никольской, которая включает в себя:

1. Реконструкцию и реструктуризацию травматического опыта, путем совместного сочинения сказок на темы, отражающие пережитую ситуацию с благоприятным исходом.

2. Метод рисунков отражающих пережитую ситуацию, отношение пострадавшего к ней, в сопровождении описывающих её рассказов.

Вывод.

1. Посттравматическое стрессовое расстройство является распространенным состоянием среди детей дошкольного и младшего школьного возраста в зоне локального военного конфликта.



2. Дети данной возрастной группы наиболее уязвимы, поскольку зачастую не в состоянии самостоятельно принять решение о способах действия в чрезвычайной ситуации.

3. Дети нуждаются в мероприятиях неотложной психологической помощи в момент эпизодов военного конфликта, например, обстрелов.

4. При длительном пребывании в зоне локального военного конфликта у детей может сформироваться затяжная или хроническая форма посттравматического стрессового расстройства, которая нуждается в психологической коррекции в условиях семьи, а также в условиях образовательного учреждения по методике Никольской-Добрякова.

Полищук Б.В.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСАХ ЖИВОТНЫХ

Научный руководитель: *Стрельченко Ю.И.*,

Очно-заочное учреждение дополнительного образования «Малая Академия Наук», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Укусы животных – проблема, которая сопровождает человека издавна и по сей день. Сейчас это одна из важных причин заболеваемости и смертности в мире. Основную опасность представляют бешенство и столбняк, которые передаются через слюну теплокровных животных, и интоксикация змеиным ядом. По данным ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) 59 тысяч людей ежегодно умирают от бешенства. Ежегодно насчитывается более 15 млн. обращений к врачу с травмами от укусов собак. Самая обширная группа риска – дети до 15 лет (более 40% случаев укусов с подозрением на бешенство приходится именно на них). Укусам змей ежегодно подвергаются до 5 млн. человек.

Особенно опасны случаи укусов животных из-за легкомысленного отношения к подобным травмам и недостаточной информированности об опасности. Эта проблема очень актуальна, так как на наших улицах нередко можно встретить бродячих животных, и почти в каждой семье есть домашнее животное.

Укусы собак, кошек и др. млекопитающих. По данным ВОЗ 99% случаев заражения бешенством происходит от собак.

Сначала необходимо обеспечить пострадавшему безопасность и ограничить передвижение напавшего животного. Нужно сразу вызвать скорую мед.помощь, потому что в этих случаях особенно важно время спустя нанесения травмы. После следует обработать область вокруг раны антисептиком. Причём перед началом процедур следует защитить и себя от возможности заражения – надеть на руки резиновые перчатки\пакет\клеёнку\любой непромокаемый предмет. Рану следует тщательно промывать проточной водой с мылом на протяжении 10-15 минут. Это самая важная часть оказания



помощи, очистив рану от слюны животного, существенно снижается риск инфицирования. Теперь пострадавшего нужно доставить в медпункт.

Врачебная помощь:

- госпитализация пострадавшего;
- промывание и очищение раны;
- наложение первичных швов на рану при низком риске развития инфекции;
- профилактическая терапия антибиотиками в случае ран, представляющих высокий риск инфекции, или для людей с иммунодефицитом;
- лечение бешенства в зависимости от статуса вакцинации животного (нет вакцинации\возможности обследования животного – лечение бешенства, есть вакцинация – профилактическая вакцинация против бешенства);
- введение противостолбнячной вакцины при отсутствии надлежащей вакцинации у пострадавшего человека.

Чтобы избежать укуса нужно:

1. Не тревожить незнакомое животное, чтобы не провоцировать естественные реакции защиты. Особенно, если животное беременно, ухаживает за потомством, спит или ест.
2. При проявлении животным агрессии сохранять спокойствие, не делать резких движений и не кричать.
3. Пятиться, не поворачиваться спиной к животному, проявляющей агрессию.
4. Не оставлять детей наедине с животным и без присмотра.

Укусы змей. Большинство укусов змей происходит в Африке и Юго-Восточной Азии. Укусы змей наиболее распространены среди людей, живущих в сельских районах и занимающихся сельскохозяйственной деятельностью.

Обеспечить пострадавшему безопасность, осторожно покинуть место нападения змеи. Вы можете не знать, ядовита змея или нет, поэтому сразу же после укуса крайне важно обеспечить полную иммобилизацию пораженной части тела и незамедлительную доставку пострадавшего в медпункт. Наложение жгутов, вырезание места укуса, отсасывание яда из раны не следует применять в качестве первой помощи, так как это может усилить воздействие яда.

Зачастую жертвам укусов змей требуется лечение антитоксином, это решается непосредственно в медпункте. Дополнительные меры включают очищение раны для снижения риска инфицирования, поддерживающую терапию (напр. поддержка дыхания), и введение противостолбнячной вакцины в случае, если пациент не вакцинирован надлежащим образом против столбняка.

Чтобы избежать укуса змей нужно:

- избегать местностей с высокой травой;



- надевать защитную обувь/сапоги;
- освобождать от мусора, дров и низкой растительности прилегающую к дому местность;
- в домах хранить пищевые продукты в контейнерах, надежно защищающих их от грызунов.

Вывод. На данный момент укусы животных – опасный фактор риска для человека. Главную опасность представляют инфекции, бешенство и столбняк. Основной причиной укусов животных является недостаточное информирование людей об опасности, пренебрежительное отношение к таким травмам, неумение оказать первую помощь должным образом. Ознакомьтесь с правилами поведения с животными, объясните ребёнку, как вести себя с животными. Не оставляйте детей без присмотра. В первой помощи главное быстрота, с которой, вы её оказываете и своевременная доставка пострадавшего в медпункт.

Толмачёва В.А.

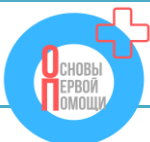
ПРЕСИНКОПАЛЬНОЕ И СИНКОПАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, ВЫЗВАННОЕ ПАРАКСИЗМОМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ

Научный руководитель: *Склянная Е.В.*,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Синкопальные состояния являются актуальной и важной проблемой современной клинической медицины. Медико-социальная значимость проблемы определяется нарастающей распространенностью этих патологических состояний, особенно у лиц молодого и среднего возраста, сложностью диагностики причины синкопы. Обмороки наблюдаются у 30-50% взрослого населения и служат причиной 1-2% госпитализаций и 3% обращений в службы неотложной медицинской помощи ежегодно. Первое место среди всех причин возникновения синкопальных состояний занимают заболевания сердечно-сосудистой системы. У лиц без органической патологии сердца частой причиной синкопы может быть пароксизм атриовентрикулярной тахикардии.

Причины возникновения неотложного состояния. Причиной возникновения пароксизма атриовентрикулярной тахикардии является так называемый механизм re-entry, представляющий собой циркуляцию волны возбуждения в атриовентрикулярном соединении. При этом импульс «крутится по кругу» внутри атриовентрикулярного соединения. Возникновение тахикардии из-за укорочения диастолы и снижения диастолического наполнения желудочков приводит к уменьшению сердечного выброса, что



клинически проявляется развитием пресинкопального и синкопального состояния.

Алгоритм оказания первой помощи.

Доврачебная помощь:

1. Вызвать бригаду скорой медицинской помощи.
2. Уложить пациента в горизонтальное положение и приподнять ноги.
3. Освободить от стесняющей одежды, расстегнуть воротник (галстук), пояс и обеспечить доступ свежего воздуха, положить на лоб смоченное в холодной воде полотенце.
4. Обрызгать лицо и грудь водой.
5. При отсутствии сознания уложить пациента в устойчивое боковое положение.
6. Находиться рядом с пациентом до приезда «скорой».

Квалифицированная помощь:

1. Регистрация ЭКГ.
2. При выявлении на ЭКГ атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардии проведение вагусных приемов (кашель, задержка дыхания, опускание лица в холодную воду, форсированный выдох при закрытом рте и носе)
3. При неэффективности вагусных приемов АТФ 10 мг в/в струйно при необходимости дважды с интервалом 2 мин.
4. При неэффективности введения АТФ, через 2 мин верапамил 5-10 мг в/в (за 5-10 минут).
5. При появлении гипотонии (АД <90 мм рт. ст.), острой сердечной недостаточности или признаков острого коронарного синдрома электрическая кардиоверсия после премедикации.
6. Госпитализация.

Рекомендации по дальнейшему лечению. После купирования пароксизма рекомендуется выполнение электрофизиологического исследования для определения показаний для радиочастотной катетерной аблации.

Вывод. Атриовентрикулярная реципрокная узловая тахикардия может быть частой причиной пресинкопальных и синкопальных состояний у молодых относительно здоровых лиц. Такие пациенты нуждаются в тщательном обследовании с целью исключения кардиальной патологии и определения показаний для специфической терапии.



Поддубная В.В.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

Научный руководитель: *Белецкая Е.В.*,

ГПОУ «Горловский медицинский колледж», г. Горловка, ДНР

Актуальность. Электротравма – поражение организма под действием электрического тока. Не сегодняшний день в связи с развитием научно-технического прогресса количество источников электроэнергии постоянно увеличивается, что обуславливает высокую частоту возникновения электротравм. Электротравмы часто являются причиной инвалидности и летальных исходов, в связи с этим являются актуальной проблемой современной медицины. Чтобы улучшить результаты лечения и снизить частоту летальных исходов и инвалидизации, необходима адекватная неотложная помощь.

Причины возникновения неотложного состояния: Электрический ток вызывает механические, химические, термические поражения и оказывает биологический эффект. Действие электрического тока проявляется местными и общими нарушениями. Местные поражения могут проявляться в виде ожогов, переломов, разрывов тканей, вплоть до отрыва конечностей. Основными причинами смерти пострадавшего при электротравме являются остановка сердца вследствие фибрилляции, остановка дыхания из-за поражения дыхательного центра, шок. Смерть пострадавшего может наступить через несколько часов после травмы на фоне кажущегося благополучия, поэтому каждого пострадавшего от электрического тока следует считать тяжелым, вне зависимости от его состояния.

Алгоритм оказания неотложной помощи при поражении электрическим током:

1. В первую очередь необходимо как можно скорее прекратить действие электрического тока на организм пострадавшего. Необходимо помнить, что прикосновение к телу пострадавшего может привести к поражению спасателя. Если имеется возможность, необходимо разомкнуть электрическую цепь с помощью выключателя, рубильника, выдернув вилку из розетки, вывинтив предохранительные пробки. Если это невозможно сделать, то нужно удалить источник тока от пострадавшего, перерубив провод топором или лопатой с сухой деревянной ручкой, откинуть провод сухой палкой, доской, оттянуть потерпевшего, взяв его за край одежды.

2. После прекращения действия электрического тока на пораженного и вызова «Скорой помощи» необходимо приступать к осмотру и оценке состояния пострадавшего (наличие сознания, пульса на сонной артерии, дыхания).

3. Отсутствие сознания, дыхания, пульса на магистральных артериях говорит о состоянии клинической смерти. В этом случае необходимо



немедленно приступить к сердечно-легочной реанимации (непрямому массажу сердца и дыханию «рот в рот»).

4. Если у пострадавшего отсутствует сознание, но есть пульс и дыхание, необходимо придать ему стабильное боковое положение для профилактики нарушения дыхания и ждать приезда «Скорой помощи», проводя контроль состояния пораженного (пульс, дыхание).

5. Если пострадавший в сознании, есть пульс и дыхание – его необходимо успокоить, уложить, наблюдать за его состоянием до приезда «Скорой помощи». Такого пострадавшего также необходимо доставить в лечебное учреждение для наблюдения.

6. При наличии ожогов необходимо наложить асептическую повязку, а при значительных повреждениях – шинировать поврежденную конечность.

В стационаре проводят общее обследование пострадавшего, собирают анамнез, выясняют условия травмы. Лечение назначают в зависимости от тяжести состояния пациента и результатов обследования. Так, пострадавшие в удовлетворительном состоянии оформляются в терапевтическое отделение на 2-3 дня для наблюдения. С ограниченными электроожогами – в палаты хирургического стационара. Пострадавшие с явлениями шока госпитализируются в ОРИТ. Проводятся туалет ожоговых ран и перевязки, по показаниям вводятся противоаритмические и сердечные препараты, витамины. Противошоковая терапия направлена на нормализацию центральной и периферической гемодинамики. После стационарного лечения больного выписывают на амбулаторное лечение и наблюдение у терапевта и невропатолога.

Вывод. Оказать первую помощь пострадавшему до прибытия врача должен уметь каждый. Сделать это требуется незамедлительно, т.к. в позднем периоде помощь будет неэффективной. Оказывающий помощь должен помнить о необходимости обеспечить собственную безопасность. Соблюдение правил работы с электрооборудованием – наиболее эффективный метод профилактики поражений электрическим током.

Осиченко К.К.

ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

Научный руководитель: *Склянная Е.В.*,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Неправильное хранение продуктов, несоблюдение правил личной гигиены, а также незнание различий между съедобными и ядовитыми грибами или ягодами может приводить к отравлениям. Пищевое отравление – это



острое патологическое состояние, которое возникло вследствие употребления пищи, содержащей болезнетворные микроорганизмы и токсины. По данным ВОЗ пищевые отравления регистрируются у каждого 10 человека. Тяжёлые пищевые отравления могут привести к летальному исходу. Так ежегодно они являются причиной смерти 420000 человек. При этом 30% летальных исходов приходится на детей младше 5 лет.

Причины возникновения патологического состояния. Пищевые отравления делятся на группы:

1. Микробные. Токсикоинфекции, которые вызывают бактериями группы кишечной палочки. Токсикозы: бактериотоксикозы (ботулизм), микотоксикозы (грибы аспергиллы, спорынья);

2. Немикробные. Отравление пищей растительного или животного происхождения ядовитой по природе (несъедобные грибы, ягоды), отравление продуктами, которые приобрели ядовитые свойства при определённых условиях (соланин в картофеле, амигдалин в косточках абрикос).

Причиной пищевых отравлений является употребление некачественных продуктов питания. Несоблюдение сроков годности, неправильное хранение или приготовление еды, пренебрежение гигиеной могут привести к тяжёлым отравлениям.

Алгоритм оказания первой помощи:

1) Если рвоты нет, то необходимо очистить желудок. Выпить несколько стаканов тёплой воды и вызвать рвоту. Для промывания можно использовать раствор поваренной соли, слабый раствор марганцовки. Промывать до чистых промывных вод;

2) Выпить энтеросорбент, если рвота прекратилась. Он связывает токсины, предупреждая их проникновение в кровь;

3) Очистить кишечник, если нет диареи, чтобы токсины не всасывались, можно выпить слабительное или воспользоваться очистительной клизмой;

4) В отдалённом периоде, когда прекратилась рвота, необходимо давать пить тёплую подсоленную воду, так как организм теряет много воды, электролитов при рвоте и поносе;

5) При ухудшении состояния, непрекращающейся рвоте, появлением, высокой температуре, при появлении нарушений мимики (маскообразное лицо), парезе мышц, расстройстве зрения («туман перед глазами», нарушение аккомодации), обморочном состоянии, одышке, дыхательной недостаточности, а также, если отравление возникло у ребенка, пожилого человека или беременной женщины, необходимо вызывать бригаду скорой медицинской помощи.

Рекомендации по дальнейшему лечению. Медицинская помощь предполагает назначение препаратов, которые нейтрализуют токсины, восстанавливают микрофлору, при необходимости противомикробные препараты. При ботулизме применяют противоботулиновую сыворотку.



Вывод: Острые пищевые отравления - это неотложные состояния, которые могут часто встречаться в жизни каждого человека, поэтому необходимо уметь правильно действовать в возникшей ситуации.

Осиченко К. К.

ПРИСТУП ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Научный руководитель: *Склянная Е. В.*,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР.

Актуальность. Вариантная(спонтанная) стенокардия встречается у 3% больных ИБС, чаще болеют мужчины, чем женщины. На фоне стенокардии напряжения приступы вариантной стенокардии отмечаются у 50 % пациентов.

Причины возникновения патологического состояния. Причиной приступа спонтанной стенокардии является спазм коронарной артерии. Это приводит к уменьшению кровоснабжения соответствующего участка в миокарде и его ишемии. Спазм сосудов возникает вследствие раннего атеросклеротического поражения эндотелия, недостатка синтеза NO эндотелием, дисбаланса между медиаторами, которые регулируют сосудистый тонус. Факторами риска развития заболевания являются артериальная гипертензия и сахарный диабет, гиподинамия, курение, избыточная масса тела.

Алгоритм оказания первой помощи. Немедикаментозная помощь для купирования приступа: успокоить, уложить больного, приподняв голову; ослабить ворот рубашки и снять тесную одежду; обеспечить приток свежего воздуха. Если пациент принимал ранее для купирования приступа стенокардии нитроглицерин, необходимо принять таблетку нитроглицерина сублингвально 0,5 мг или в виде спрея, при неэффективности повторить через 5 минут под контролем АД. Также можно принять нитраты пролонгированного действия (изосорбида мононитрат 20-40 мг). Если приступ не прекратился после приема нитратов вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

Рекомендации по дальнейшему лечению.

Модификация факторов риска: 1) Беседа с пациентом на тему его болезни. Необходимо рассказать больному, как правильно оказать себе первую помощь во время приступа стенокардии. 2) Ведение здорового образа жизни: отказ от курения, контроль массы тела(баланс между затрачиваемой энергией и энергией, потребляемой с пищей; отказ от избыточного потребления жиров, легкоусвояемых углеводов, острой пищи, алкоголя), физическая нагрузка(ходьба). 3) Регулирование уровня липидов в крови (ограничение потребления жиров). 4) Регулирование уровня артериального давления.

Для профилактики приступов вариантной стенокардии назначают антагонисты кальция:



- Верапамил внутрь 120-160 мг 3 р/сут;
- Верапамил пролонгированного действия 120-240 мг 2 р/сут;
- Дилтиазем внутрь 30-120 мг 3-4 р/сут;
- Дилтиазем пролонгированного действия внутрь 90-180 мг 2 р/сут или 240-500 мг 1 р/сут;
- Нифедипин пролонгированного действия внутрь 20-60 мг 1-2 р/сут;
- Амлодипин внутрь 2,5-10 мг 1 р/сут;
- Фелодипин внутрь 5-10 мг 1 р/сут.

Препараты, влияющие на прогноз: 1) Антитромбоцитарные – предотвращают образование тромбов в сосудах, путем уменьшения агрегации тромбоцитов (аспирин 75-150 мг в сутки, клопидогрел 75 мг в сутки, ацетилсалициловая кислота 75-150 мг в сутки); 2) Статины – снижают уровень липидов в крови (аторвастатин 80 мг) 3) Блокаторы РААС – ингибируют ангиотензинпревращающий фермент, тем самым предотвращает прессорное действие ангиотензина II на сосуды (периндоприл 2,5-10 мг в сутки).

Вывод. Вариантная стенокардия редко приводит к возникновению инфаркта, но это патологического состояние значительно снижает качество жизни человека, поэтому необходимо уметь оказывать первую помощь пациенту во время приступов и соблюдать меры вторичной профилактики по модификации факторов риска и применять медикаментозную терапию.

Томаш Ю.О.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЯЗВЫ ДЬЕЛАФУА: НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Научный руководитель: *Малолеткина О.А.*,

МОУ «Лицей №12 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Желудочно-кишечные кровотечения представляют собой актуальную медико-социальную проблему. Это связано с их высокой распространённостью (до 160 случаев на 100 тыс. взрослых в год), многообразием причин (среди них доминируют язвенная болезнь, лекарственные поражения и опухоли желудочно-кишечного тракта), высоким уровнем смертности (до 10-15%) и необходимостью оказания срочной диагностической и лечебной помощи, которая требует немалых затрат.

Причины возникновения неотложного состояния. Язва Дьелафуа (синонимы: «простое изъязвление Дьелафуа», «болезнь Дьелафуа») названа по имени G. Dieulafoy, который в 1898 г. впервые описал 10 случаев смертельных кровотечений из поверхностных эрозий слизистой оболочки желудка, на дне которых была обнаружена аррозированная (то есть с повреждённой стенкой) артерия. Согласно современным представлениям, в основе этой врождённой, генетически обусловленной патологии лежит нарушение развития артерий,



проходящих в подслизистом слое желудочной стенки. Артерии при этом имеют большой диаметр – 1-5 мм, что примерно в 10 раз превышает нормальный диаметр капилляров слизистой оболочки. Поэтому хотя язва Дъелафуа является относительно редкой причиной кровотечения (1-5%), но кровотечение из неё нередко массивное, с уровнем смертности до 35%. Примерно в 80-85% случаев язва Дъелафуа локализуется в желудке, значительно реже – в пищеводе (2%), тонком (2%) и толстом кишечнике (10%). Сложности диагностики болезни Дъелафуа связаны с тем, что до осложнения в виде кровотечения эта патология не имеет никаких клинических проявлений.

Алгоритм оказания первой помощи. Первым этапом оказания помощи при любом неотложном состоянии является правильная постановка диагноза. Диагноз желудочно-кишечного кровотечения устанавливается при наличии общих и местных симптомов кровопотери. Общие симптомы зависят от объёма и скорости кровопотери и не зависят от локализации её источника. К ним относятся общая слабость, головокружение, полуобморочное состояние (вплоть до потери сознания), шум в ушах, пелена перед глазами, учащённое сердцебиение (тахикардия), низкое артериальное давление (гипотензия). К местным симптомам при кровотечении из язвы Дъелафуа относятся рвота с кровью (гематемезис) в сочетании с дёгтеобразным стулом (мелена); реже эти признаки присутствуют по отдельности. Примесь алой крови в рвотных массах указывает на достаточно большой объём кровопотери или на продолжающееся кровотечение. При необильном (особенно прекратившемся) кровотечении из-за реакции между гемоглобином крови и соляной кислотой желудка рвотные массы имеют вид «кофейной гущи».

При наличии подобных симптомов пациент нуждается в срочной госпитализации в хирургическое отделение, специализирующееся по желудочно-кишечным кровотечениям. Для этого необходимо немедленно вызвать бригаду «Скорой помощи», кратко описав по телефону основные признаки кровотечения. До её приезда пациента необходимо уложить в горизонтальное положение. Любые физические нагрузки противопоказаны, так как они, стимулируя работу сердца, могут усилить кровотечение. Полезно поместить на переднюю брюшную стенку пациента что-то холодное: грелку со льдом, содержимое морозильной камеры. Транспортировка больного должна осуществляться, по возможности, лёжа на носилках или на каталке; любая вертикализация может ухудшить общее состояние пациента.

Специализированная помощь заключается в проведении срочного эндоскопического исследования (фиброэзофагогастродуоденоскопия), во время которого устанавливается источник кровотечения. Если последнее продолжается, то предпринимаются попытки эндоскопической остановки кровотечения путём наложения на кровоточащий сосуд специального зажима, или клипсы (клипирование) или путём прижигания сосуда в месте повреждения (коагулирование). При неэффективности или невозможности проведения



эндоскопических методов остановки кровотечения пациенту проводится срочная хирургическая операция. При массивной кровопотере обязательно переливание совместимой крови. Внутривенное введение препаратов, подавляющих образование соляной кислоты, снижает риск повторного кровотечения, так как препятствует растворению образовавшегося тромба.

Вывод. Своевременное распознавание признаков желудочно-кишечного кровотечения и адекватная первая доврачебная помощь повышает эффективность последующей специализированной медицинской помощи и выживаемость пациентов с жизнеугрожающими заболеваниями и их осложнениями, к которым относится острое кровотечение при болезни Дьелафуа.

Матвеева Е.В.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКАХ

Научный руководитель: *Свергун В.П.*,

МОУ «Школа № 3 города Докучаевска», г. Докучаевск, ДНР

Эпилепсия известна с древнейших времен и считалась «священной болезнью» римлян и греков. Как «падучую болезнь» ее описывает Федор Михайлович Достоевский в своих произведениях «Униженные и оскорбленные», «Идиот».

В современном понимании эпилепсия (epilepsia; греч. epilepsia – схватывание, эпилептический припадок, эпилепсия) – хроническая болезнь, обусловленная поражением головного мозга, проявляющаяся повторными судорожными или другими припадками и сопровождающаяся разнообразными изменениями личности. После головной боли эпилепсия является одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы.

Условиями развития эпилепсии могут быть: врожденные пороки развития, болезни матери во время беременности, инфекционные заболевания и травмы раннего возраста. В результате сочетания данных факторов в головном мозге формируется очаг эпилептической активности.

Развитию приступа эпилепсии могут способствовать: боль, резкий шум, яркий свет, ограничение подвижности, нервно-психическое перенапряжение, введение местных анестетиков, чувство страха.

Клинические проявления эпилептического припадка:

Предвестники эпилептического припадка (иногда бывают) в виде ауры: обонятельной, зрительной, слуховой, соматосенсорной.

Клиника приступа:

– внезапная потеря сознания с предшествующим резким криком;



- тонические судороги с задержкой дыхания, появлением цианоза(синюшность кожи) лица, набуханием шейных вен, тризмом(спазмы жевательных мышц);
- через 30 секунд тонические судороги переходят в клонические, охватывают и язык;
- возможно появление пенистой розоватой слюны;
- зрачки расширены;
- недержание мочи и кала;
- отсутствие реакций на внешние раздражители.

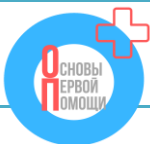
Неотложная помощь при эпилептическом припадке очень важна, так как жизнь больного зависит от правильных действий помогающего.

1. Придать больному горизонтальное положение.
2. Вызвать бригаду СМП.
3. Сделать все необходимое для предотвращения травм больного во время припадка (положить, например, под затылок мягкий предмет).
4. При появлении признаков прикуса языка - ввести роторасширитель (очень аккуратно!).
5. По окончании припадка, при наступлении состояния похожего на сон, пациента не будить до самостоятельного восстановления сознания.
6. При наличии медикаментов, после окончания судорог, можно ввести в/м сибазон (реланиум) 2,0 мл.
7. В ожидании бригады СМП придать больному боковое устойчивое положение.

Лечение эпилепсии направлено на нормализацию электрической активностимозга и прекращение приступов. Противозипилептические препараты стабилизируют мембрану нервных клеток головного мозга и таким образомповышают порог судорожной готовности и уменьшают электрическую возбудимость.

В результате такого воздействия лекарств значительно уменьшается риск возникновения нового эпилептического приступа, уменьшается и межприступная возбудимость головного мозга, что позволяет дополнительностабилизировать состояние и предотвратить развитие эпилептической энцефалопатии.Противозипилептические препараты и его дозы врач подбирает индивидуально.

Здоровье не всегда приходит с помощью медицины. Большая его часть приходит от душевного спокойствия, мира в сердце и душе.



Тимонина Д.Р.

ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Научный руководитель: *Дмитренко С.В.*,

МОУ «Лицей №85» «Гармония», г. Горловка, ДНР

Актуальность. Инсульт — это нарушение работы и повреждение тканей мозга, возникающее вследствие нарушения его кровообращения. Сердечно-сосудистые заболевания лидируют в рейтинге причин смертности. По оценкам Всемирной организации здравоохранения в 2016 году от болезней сердца умерло 17,9 миллионов человек. Причина 85% всех этих смертей - инфаркты и инсульты. В России каждые полторы минуты кто-то переносит инсульт.

Причины неотложного состояния. Кровь прекращает поступать в клетки мозга, из-за чего те начинают отмирать.

Выделяют следующие виды инсульта:

1. Ишемический. Возникает из-за блокировки сосуда тромбом. Является более распространенным. Он составляет около 80% всех случаев.
2. Геморрагический. Возникает из-за разрыва сосуда, что приводит к кровоизлиянию.

Первые симптомы инсульта:

1. Внезапная, очень сильная головная боль (ее называют сильнейшей в жизни), головокружение.
2. Нарушение зрения.
3. Нарушение равновесия, координации.
4. Онемение конечностей, лица или даже паралич (преимущественно с одной стороны тела).

Если присутствуют хотя бы пара признаков - нужно срочно обратиться к специалисту.

Симптомы, которые можно распознать со стороны. Человек не способен:

- улыбнуться;
- сказать любое простое предложение;
- поднять обе руки;
- высунуть язык (он не должен быть искривлен);

Необходима помощь медиков, если возникают проблемы хотя бы с одним из этих пунктов. 3-6 часов – это время с момента появления первых симптомов, когда развития необратимых изменений в мозге можно избежать.

Последовательность оказания первой помощи. Чтобы улучшить кровообращение, нужно чтобы больной лег. Также нужно расстегнуть ремни, воротник и снять узкие вещи.

При возможности измерить артериальное давление, чтобы сообщить его врачам скорой помощи, это поможет сохранить драгоценное время. Нужно при



возможности выяснить, как человек заболел, так как некоторые симптомы инсульта могут наблюдаться при других обстоятельствах: черепно-мозговой травме, сахарном диабете, опухолях мозга, отравлении алкоголем (токсическими веществами).

Бывают крайне тяжелые инсульты, которые сопровождаются сильным отеком мозга, протекает с признаками клинической смерти:

- полным отсутствием дыхания;
- расширением обоих зрачков;
- полным отсутствием сердечной деятельности.

В таких случаях нужно выполнить следующие действия:

1. Положите человека на спину (на твердой поверхности), запрокиньте голову.

2. Приоткройте рот больного и сделайте искусственное дыхание: накрыв губы больного любой тканью, и плотно прислонив свои губы, выполните два глубоких вдоха.

3. Проведите массаж сердца. Уложите свою правую руку на левую (или наоборот), соединив пальцы в «замок». Приложив нижнюю ладонь к груди больного, выполняйте надавливания на грудную клетку (около 100 нажатий в минуту). Каждые 30 движений чередуйте с 2 вдохами искусственного дыхания.

Как отличить два вида инсульта:

Ишемический инсульт возникает в покое. Сохраняется сознание, состояние больного средней степени тяжести. Выражены признаки нарушения речи, слабость конечностей. Лицо перекошено. Судороги отсутствуют.

Геморрагический инсульт возникает на пике физической, эмоциональной нагрузки. Сознание отсутствует. Есть судороги, артериальное давление повышено.

Вывод. В ходе исследования, мы выяснили, что инсульт – очень серьезное явление, являющееся причиной 85% смертей (в статистике сердечно-сосудистых заболеваний).

Во избежание инсульта стоит постоянно контролировать давление, следить за весом и уровнем холестерина, постоянно посещать кардиолога, следить за уровнем сахара в крови, избегать стрессов, следить за здоровым сном.



Иванов В. С., Чудин Р. А.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМЕ ГЛАЗА И ГЛАЗНИЦЫ

Научный руководитель: *Мороз Ю.Б.*,

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей – предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Данная работа заключается в том, чтобы ознакомиться с элементарными методами оказания первой помощи при повреждениях органа зрения, так как частота глазного травматизма в России, достигает 114,5 человек на 100 000 населения. До 32% коечного фонда офтальмологических стационаров занято пациентами с травмами глаз. Этим объясняется повышенный интерес широкого круга офтальмологов к проблеме диагностики, лечения и профилактики травматических повреждений органа зрения и их последствий.

По причинному признаку травму разделяют на бытовую, транспортную, криминальную, производственную, спортивную, сельскохозяйственную, детскую и механическую.

Самым распространенным повреждением глаза, является механическое. Оно может быть весьма разнообразным, от легких травм век до травм с размождением глазного яблока, ранением стенок глазницы и ее содержимого.

Общий принцип оказания медицинской помощи основывается на комплексной оценке клинического состояния пациента, начиная с нарушения жизненно важных функций. В первую очередь проводят реанимационные мероприятия, направленные на устранение угрозы для жизни. Во вторую очередь обращают внимание на сохранение и восстановление наиболее важных органов и систем, среди которых на первом месте находится орган зрения.

Причины возникновения неотложного состояния. Нарушения придаточного аппарата глаза и орбиты могут иметь катастрофические последствия для зрения. Эти нарушения не всегда могут быть адекватно оценены реаниматологами и травматологами, оказывающие первую помощь пациенту. Поэтому участие офтальмолога и офтальмопластика необходимы в самом начале обследования и лечения. Первая задача специалистов состоит в обеспечении безопасности глазного яблока.

Независимо от тяжести травм необходимо обращаться к врачу, даже в том случае, если ситуация кажется обыденной. Рассмотрим порядок оказания помощи пострадавшему при травме глаз до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

Оказание первой помощи при травме глаза. Существует несколько видов оказания первой помощи при разных травмах глаза:

При термическом ожоге (вызываются огнем, расплавленным металлом, кипящей водой и пр.)

1. Накрыть поврежденный глаз стерильным бинтом;



2. Дать обезболивающий препарат;
3. Вызвать скорую помощь.

При химическом ожоге (вызываются главным образом кислотами и щелочами)

1. Немедленно обильно промыть глаз водой;
2. Тщательно осмотреть пострадавшего, обязательно вывернув веки. Если имеются инородные тела, их надо удалить влажным ватным тампоном и заложить дезинфицирующие мази;
3. Вызвать скорую помощь.

При тупой травме

1. Приложить к больному глазу лед или холодный компресс;
2. В случае воспаления промыть конъюнктиву раствором фурацилина;
3. Закапать альбуцид или нанести под веки левомецетиновую мазь 0,25%
4. При появлении воспаления или наличии кровоизлияния в глазах, необходимо немедленно обращаться к врачу
5. Если такой возможности нет, то на веки нужно нанести гепариновую мазь.

При ранении

1. Промывать глаз водой запрещено;
2. Уложить травмированного на спину, накрыть оба глаза чистым платком или другой тканью и зафиксировать повязку;
3. Отвезти пострадавшего в ближайшее отделение травматологии.

Если вы не оказали первую медицинскую помощь, то в глазнице могут возникать различные воспалительные процессы, опухоли, кровоизлияния.

Спустя 3-4 дня после травмы, рекомендуется принять меры к тому, чтобы не допустить формирования осложняющих деформаций (в первую очередь рубцового лагофтальма, заворота и трихиаза).

Если позволяет общее состояние пациента, следует предпринять все для сохранения и восстановления формы и функции поврежденных структур (век, слезоотводящих путей, мышц, стенок глазницы).

Вывод. Современные условия жизни и работы предъявляют жесткие требования к внешнему виду пострадавших, когда они возвращаются к трудовой деятельности. Поэтому адекватная первичная хирургическая обработка предусматривает и максимальное восстановление косметического вида.

Из выше сказанного можно сделать вывод, что травма органа зрения одна из ведущих причин слепоты и слабовидения.

В связи с изменением структуры травматизма и общей обстановки в мире (увеличение криминогенной травмы, военных конфликтов, катастроф, увеличение бытового травматизма и т.д.) повреждения глаза и орбиты стали более тяжелыми. Поэтому должна измениться тактика оказания первой помощи



пострадавшим и расширить круг операций, которые позволят реабилитировать больного с травмой глаза.

Резникова М.Г.

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОМ ПРОИСШЕСТВИИ

Научный руководитель: *Пономаренко Т.В.*,

Учреждение дополнительного образования «ДОНМАН», г. Донецк, ДНР

Актуальность: ежегодно в результате дорожно-транспортных происшествий погибает около 1,35 миллиона человек и именно от оказания первой помощи зависят сроки выздоровления, а иногда и жизнь человека. И если до прибытия скорой помощи потерпевшему не оказана необходимая помощь, предотвратить возможные осложнения и даже смерть порой уже невозможно. Но как правильно оказать эту помощь? Основной принцип - не навредить, не нанести пострадавшему новых травм своими неправильными действиями.

Причины возникновения неотложного состояния:

1. Кровотечения.
2. Остановка дыхания.
3. Остановка сердца.
4. Переломы.

Алгоритм оказания первой помощи:

1. Убедиться в личной безопасности.
2. Позвонить в «скорую помощь» и сообщить диспетчеру:
 - точное место ДТП (улица, номер дома);
 - количество пострадавших.
3. Определить, жив или мертв пострадавший, в сознании или без;
4. Пострадавший в сознании:
 - выяснить место локализации боли и осмотреть его на предмет наличия опасных травм;
 - если у человека сильные боли в области позвоночника, то можно предположить, что позвоночник поврежден. Тогда лежащего не перемещать, наложить на шею импровизированную шейную шину, не изменяя положения шеи и тела при этом.
 - пострадавшего в обморочном состоянии надо уложить на спину, расстегнуть воротник, обеспечить доступ свежего воздуха, обрызгать лицо холодной водой, поднести к носу ватку, смоченную в нашатырном спирте (если имеется).
5. Пострадавший без сознания:



- проведение СЛР;
- позу не менять, если нет необходимости.

6. Первая помощь при артериальном кровотечении:

- зажать артерию выше места разрыва сосуда пальцем. Это должно остановить или ослабить кровопотерю;
- подложить ткань, а затем наложить резиновый жгут на несколько сантиметров выше разрыва;
- обязательно нужно указать время наложения тугой повязки;
- на открытую рану нужно наложить стерильную марлевую повязку, чтобы не попала инфекция.

7. Первая помощь при артериальном кровотечении конечности. Чтобы остановить кровопотерю в конечностях, используют способ зажатия артерии сгибанием руки или ноги в суставе (отведение плечевых суставов за спину, сгибание в локтевом суставе).

8. При венозном кровотечении используем наложение давящей повязки.

Вывод: при дорожно-транспортном происшествии нужно убедиться в собственной безопасности и приступать к первой помощи только, если уверен в своих навыках.

Коссе А.Д.

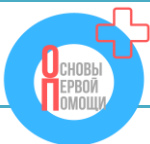
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Научный руководитель: *Малолеткина О.А.*,

МОУ «Лицей №12 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Преждевременные роды – наиболее частое неотложное акушерское состояние. С данной проблемой может столкнуться как квалифицированный медицинский работник, так и любой человек в обыденной жизни. Алгоритм оказания помощи в таком случае знать просто необходимо. Каждые 5-10 женщин из 100 рожают преждевременно. В связи с этим процент случаев ранней смертности младенцев может достигать 60-70%. Изучение ранних родов остается актуальной темой, которая сопровождается высокой заболеваемостью и смертностью. Таким образом, проблема преждевременных родов является одной из наиболее актуальных в современном акушерстве, требующая многостороннего изучения и комплексного подхода к ее решению.

Причины возникновения неотложного состояния. Причина преждевременных родов в большинстве своих случаев неизвестна. Так, причины 50% ранних родов не были определены. Вследствие этого очень трудно сократить число преждевременных родов. Развитие медицинских технологий позволило достичь хороших результатов в выхаживании недоношенных детей, но не в сокращении числа преждевременных родов.



Наукой доказаны четыре причины из всех многочисленных других причин преждевременных родов:

- преждевременная активность эндокринной системы плода;
- перерастяжение матки;
- плацентарные кровотечения;
- воспалительные процессы в матке в результате инфекции.

Преждевременные роды могут случиться с любой беременной женщиной. Но у некоторых их риск выше. До сих пор, не всегда возможно предугадать какая женщина родит раньше срока. Если женщина входит в группу риска, это не означает, что ее роды будут обязательно преждевременными.

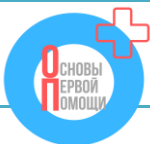
Некоторые исследования показали, что определенные действия из жизни беременной девушки могут привести к риску преждевременных родов:

1. Отсутствие наблюдения в период беременности.
2. Курение.
3. Злоупотребление алкоголем.
4. Употребление наркотиков.
5. Физическое, сексуальное или эмоциональное насилие.
6. Стресс.
7. Длительная рабочая смена и длительное стояние на ногах.

Алгоритм оказания первой помощи. Оказание первой помощи при преждевременных родах следует разделить на доврачебную и квалифицированную.

Доврачебная помощь. Чтобы избежать осложнений, надо транспортировать роженицу в медицинское учреждение. В случае невозможности транспортировки доврачебную помощь следует оказывать самостоятельно:

1. Обеспечить чистоту рук, оказывающих помощь.
2. Успокоиться и успокоить роженицу. Проследить за правильностью ее дыхания. Помочь роженице принять правильную позу. Ноги держать раздвинутыми.
3. Сказать женщине то, что она должна сильнее тужиться, но только во время схваток. В противном случае может произойти асфиксия плода.
4. При появлении головки придержите ее. Принудительное извлечение плода запрещено
5. При появлении ребенка необходимо удостовериться в его жизнеспособности. Если новорожденный не закричал сразу, то нужно проделать похлопывающие движения по ягодицам и спине. При отсутствии признаков жизни проводить реанимационные мероприятия.
6. После рождения ребенка перевязывается и отсекается пуповина.



7. После принятия ребенка нужно дождаться рождения плаценты. Плацента отходит примерно через 25-30 мин. Категорически запрещается дергать пуповину для ускорения рождения плаценты.

8. Ребенка следует запеленать в чистую простыню.

9. При наличии кровотечения, на нижнюю часть живота положить холод. Женщине после родов необходим покой.

Врачебная помощь:

При наличии медицинского работника оказывается квалифицированная медицинская помощь:

1. Оценить состояние роженицы (удовлетворительное).
2. Выслушать сердцебиение плода.
3. Измерить температуру тела, пульс, АД, осмотреть кожные покровы и слизистые.
4. Провести антропометрию (вес, рост).
5. Собрать у роженицы анамнез и заполнить историю родов.
6. При отсутствии анализов крови на ВИЧ – анализ крови ВИЧ-экспресс.
7. Провести наружный акушерский осмотр (размеры матки, четыре
8. приема наружного акушерского исследования (приемы Леопольда);
9. Провести измерение размеров таза.
10. При отсутствии врача – внутреннее акушерское исследование.

Вывод. Своевременно принятые меры девушками во время беременности, такие как отказ от курения и прочих пагубных привычек, снижает риск преждевременных родов. Если будет оказана адекватная первая доврачебная помощь или же роженица вовремя транспортирована в родильный дом, то удастся сохранить не только жизнь матери, но и ребенка.

Пустовалов А.С.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ

Научный руководитель: *Тисленко Р.С.*,

МОУ «Школа № 63 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Ожоги были и будут оставаться значительным вопросом, так как большая часть людей, приобретая этот тип травмы либо становясь очевидцем ее получения, никак не понимают, каким образом оказать необходимую медпомощь. Ожоги – одни из наиболее известных домашних травм, да и в повседневной жизни. Чаще всего являются фактором злополучного происшествия либо неосмотрительного поведения с небезопасными материалами, объектами либо механизмами. В связи с уровнем поражения, этот тип травмы способен представить значительную опасность для здоровья и также жизни больного. По этой причине весьма немаловажно



понимать и обладать способностью проявить необходимую помощь в экстренной ситуации.

Причины возникновения неотложного состояния. Угроза для здоровья, а также жизни человека способна появиться в наиболее нежелательный период и в самом-самом неуместном месте. Положение, в присутствии которого личность ощущает основательные недомогания, именуется неотложным. Факторы, возбуждающие подобные состояния разнообразны. Таким образом, факторов шока насчитывается далеко не меньше 9. Сердечный приступ нередко в целом стеснен с тем, что к сердечной мышце притекает малое число крови, а это означает, что ей недостаточно воздуха и питательных элементов. При этом, кроме того, нарушается вывод из клеток лишних товаров обмена веществ. Если сказать об ожогах, в таком случае они образуются из-за воздействия пара, горячих жидкостей, открытого пламени, электроприборов, хим. веществ, гамма-лучей, механического трения. Согласно участку получения ожоги разделяются на домашние и еще производственные.

Алгоритм оказания первой помощи. Для того, чтобы отнюдь не растеряться, а также правильно проявить первую помощь, немаловажно придерживаться данным очередностям операций:

1. Удостовериться в том, что в присутствии оказании первой помощи вам ровным счетом ничего никак не грозит, а также вы никак не подвергаете себя угрозы.

2. Создать условия защищенности потерпевшему и находящимся вокруг (к примеру, достать потерпевшего с пылающего транспорта).

3. Проверить присутствие у потерпевшего признаков жизни (биение пульса, дыхание, реакция зрачков на освещение), а также сознание. С целью проверки дыхания следует запрокинуть голову потерпевшего, нагнуться к его ротовой полости, а также носу и попробовать ощутить либо учуять дыхание. Для выявления пульса следует приложить подушки пальцев к сонной артерии потерпевшего.

4. Пригласить экспертов: 112 — с мобильного телефонного аппарата, с городского — 03 (скорая помощь) или же 01 (спасатели).

5. Оказать необходимую первую помощь.

А) Восстановление проходимости дыхательных путей;

Б) Сердечно-лёгочная реанимация;

В) Остановка кровотечения, а также прочие мероприятия;

Г) Предоставить потерпевшему физическое и общепсихологическое удобство, дожидаться прибытия экспертов;

Признаки жизни: биение пульса.

Признаки жизни: дыхание.

Признаки жизни: реакция значков на освещение.

Краткое описание оказания первой помощи. Нужно прибегнуть к врачебной помощи при ожогах разного происхождения в случае если:



- обожжено 10% и более зон тела;
- ожог кистей, стоп либо лица является более 1% общей площади тела;
- уровень ожога таков, что повреждены глубочайшие слои кожи (3-я и больше);
- появляются признаки болевого шока – тахикардия, снижение артериального давления.

Медработники, оценив уровень ожога, окажут первую помощь на месте и, скорее всего, посоветуют госпитализацию. Однако, как действовать в случае если «скорая» запоздала?

Первая помощь потерпевшим при ожогах:

1. Убрать источники ожога. В случае если это пылающая одежда, погасить пламя водой либо пеной. В случае если ожог приобретен из-за контакта с хим. элементами, убрать фрагменты враждебных элементов с кожи. Следует учитывать то, что запрещено вымывать водой негашеную известь, а добавок органические алюминиевые соединения, так как они под влиянием воды загораются. Подобные элементы правильнее сначала нейтрализовать либо убрать сухой тканью.

2. Охладить под проточной холодной водой участок ожога. Наилучший период остывания – пятнадцать-двадцать минут. В случае если поражено свыше 20% зон туловища, обернуть потерпевшего в очищенную, намоченную в холодной воде, простынь.

3. Обезопасить ожоговую рану от заражения путем промывания раствором фурацилина.

4. Нанести сухую чистую марлевую повязку. При этом никак не сжимать участок ожога.

5. Предоставить потерпевшему тот или иной анальгетик либо жаропонижающее лекарство. Они дадут возможность предотвратить рост болевого шока и стремительное повышение температуры.

Волдыри при ожогах необходимо подвергать обработке весьма аккуратно. Первая помощь никак не учитывает нарушения целостности волдырей. Их вскрытие и устранение жидкости выполняют в клинике.

Первая помощь при ожоге лица.

В случаях ожога лица следует медицинское вмешательство. Вплоть до приезда скорой помощи необходимо:

1. Охладить поврежденное место.
2. Обработать ожог раствором фурацилина.
3. Использовать обезболивающее средство.

Первая помощь при ожоге пальца.

Ожог пальца 1-й и 2-й степени требует госпитализации. В подобных происшествиях необходимо проявить первую помощь при простых ожогах:



1. 15-20 минут подержать обожженный участок под проточной холодной водой.

2. Положить свободную обеззараженную марлевую повязку.

В качестве первой помощи при обширных ожогах пальца охлаждение выполняют путем обертывания пораженного участка пальца чистой холодной влажной тканью. Затем необходимо обратиться к врачу.

Вывод. Все ожоги происходят из-за нашей невнимательности к себе и своим близким, а тяжелые последствия в виде шрамов и т.д. происходят из-за растерянности в трудную минуту и иногда незнания элементарных правил оказания первой помощи.

Сергеев Я. О.

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ

Научный руководитель: *Склянная Е. В.*,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Частота кардиогенного шока (КШ) среди больных острым инфарктом миокарда по данным разных авторов составляет от 3,2 до 8,6%. При этом смертность пациентов с КШ достигает 90%.

Причины возникновения неотложного состояния. КШ – это патологическое состояние, связанное с крайней степенью левожелудочковой недостаточности с проявлениями в виде снижения сократительной способности миокарда и гипоперфузии в тканях, развивается при поражении 40% миокарда и более. Причиной КШ чаще всего является инфаркт миокарда (обычно это обширные трансмуральные и рецидивы инфаркта миокарда). Кроме этого, КШ может развиваться при острой митральной недостаточности, разрыве миокарда с дефектом межжелудочковой перегородки или тампонадой перикарда, острой аневризме или псевдоаневризме сердца. Ключевым звеном патогенеза КШ является критическое снижение сердечного выброса.

Алгоритм оказания первой помощи. Доврачебная помощь при КШ заключается в срочном вызове врача, если пациент находится в стационаре, или бригады скорой медицинской помощи (СМП), если вне стационара. При вызове бригады СМП диспетчеру необходимо сообщить адрес местонахождения пациента, пол, приблизительный возраст, основные клинические проявления, наличие или отсутствие сознания, дыхания и сердцебиения. После этого, если пациент в сознании, дыхание и сердцебиение сохранены, ему необходимо придать горизонтальное положение, успокоить, приподнять нижние конечности и подложить под них что-либо для фиксации их в этом положении. Если пациент находится в стационаре, приподнять ножной конец кровати на 20 градусов и опустить головной конец кровати. Это улучшит гемодинамику и



увеличит приток крови к органам верхней части туловища. При нахождении пациента в помещении необходимо дать приток свежего воздуха путём проветривания помещения, если есть возможность, дать пациенту увлажнённый кислород, кислородную маску. В условиях стационара необходимо подключить его к кардиомонитору и незамедлительно снять ЭКГ.

Неотложная врачебная помощь. Для ликвидации гиповолемии выполняется внутривенное введение 0,9% натрия хлорида 250 мл в/в 20 мл в минуту (при отсутствии признаков кардиогенного отека легких. При недостаточном эффекте вводится допамин 200 мг в/в капельно 3 - 15 мкг/кг/мин под контролем АД. При недостаточном эффекте норэпинефрин 4-16 мг в разведении в/в капельно 0,5 - 5 мкг/кг/мин под контролем АД. В условиях стационара возможно проведение интрааортальной баллонной контрпульсации. При отсутствии дыхания, сердечной деятельности необходимо приступить к выполнению сердечно-лёгочной реанимации.

Рекомендации по дальнейшему лечению. После купирования КШ проводится терапия острого инфаркта миокарда: тромболитическая терапия (стрептокиназа, альтеплаза) или хирургические методы восстановления коронарного кровотока (чрескожные коронарные вмешательства, аортокоронарное шунтирование) и др. После выписки необходимо назначить терапию, направленную на вторичную профилактику инфаркта миокарда (ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, ацетилсалициловая кислота, статины). Также необходимо давать рекомендации пациенту по ведению здорового образа жизни.

Вывод. КШ - жизнеугрожающее состояние, часто заканчивающееся летальным исходом. Это состояние требует ургентной помощи, от качества и скорости оказанной помощи, в том числе и доврачебной, зависит его исход.

Сергеев Я. О.

ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ(ОРДС): ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ЛЕЧЕНИЕ.

Научный руководитель: *Склянная Е.В.*

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Частота развития острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) среди пациентов старше 15-16 лет составляет от 13,5 до 58,7 случаев, среди пациентов 75-84 года – 306 случаев на 100000 населения в год. Статистически значимой разницы в гендерной принадлежности между заболевшими ОРДС не выявлено. Летальность при ОРДС по-прежнему остаётся высокой и достигает по данным разных авторов 22-45%.



Причины возникновения неотложного состояния. Основными причинами ОРДС являются пневмонии, в т.ч. аспирационные, ингаляция токсических веществ, легочной артерии, пневмониты, утопление ушиб легкого, жировая эмболия, тромбоэмболия легочной артерии, утопление (легочные причины); шоки, сепсис, тяжелые травмы, массивные гемотрансфузии (внелегочные причины). Патогенез внелёгочного ОРДС начинается с тяжелых нарушений периферического кровообращения на микроциркуляторном уровне, вызванных различными причинами с последующей централизацией кровообращения. Длительное течение кризиса микроциркуляции может вызвать сгущение крови и образование сладжей с развитием распространённой тканевой ишемии и лактоацидоза. Далее происходит усиленное образование провоспалительных цитокинов с развитием генерализованной неспецифической воспалительной реакции, запуском ДВС, увеличением проницаемости капилляров, бронхоспазмом, увеличением катаболизма, гипертермией, активацией реакции комплемента и калликреин-кининовой системы, скоплением нейтрофилов в лёгочных микрососудах.

В результате этих процессов происходит нарушение метаболической функции лёгких, снижение продукции плазмينا (усиление тромбообразования), деградация сурфактанта (генерализованное микроателектозирование), разрушение фибронектина (дальнейшее увеличение проницаемости лёгочных капилляров, выход воды и белка в интерстициальное пространство), эластина (снижение растяжимости лёгких). В альвеолах происходит разрушение плазматической мембраны альвеолоцитов I типа, гиперплазия и повреждение альвеолоцитов II типа, усиление их апоптоза, активация фибробластов и альвеолярных макрофагов, а в лёгочных капиллярах – миграция и активация нейтрофилов, экспрессия молекул адгезии. Также отмечается накопление внесосудистой жидкости в лёгких (некардиогенный отёк).

Алгоритм оказания первой помощи. Вызвать бригаду скорой медицинской помощи. Помочь пациенту принять вынужденное положение сидя. Освободить от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха. Измерять частоту дыхательных движений, пульс, артериальное давление. До приезда бригады скорой медицинской помощи находиться рядом с пациентом, следить за наличием сознания и дыхания. При остановке дыхания начать проведение сердечно-легочной реанимации.

Дальнейшая тактика лечения. Принципы интенсивной терапии во многом зависят от тяжести ОРДС и должны преследовать следующие цели:

1. Ликвидация заболевания, вызвавшего развитие ОРДС (проведение оперативного вмешательства, хирургическая санация очага инфекции, лечение шока и т.п.).
2. Коррекция и поддержание адекватного газообмена (использование различных вариантов респираторной поддержки).



3. Улучшение легочного кровотока.
4. Гемодинамическая поддержка (инфузионная терапия, дофамин, допамин, адреналин).
5. Уменьшение отека легких (диуретики, ультрагемофильтрация, кортикостероиды).
6. Коррекция синдрома эндогенной интоксикации.
7. Коррекция разных стадий и фаз острого диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.
8. Профилактика постгипоксических кровотечений из желудочно-кишечного тракта (антациды).
9. Рациональная антибактериальная терапия.
10. Нутритивная поддержка.
11. Седация, анальгезия и миорелаксация (аталактики, анестетики, наркотические анальгетики, миорелаксанты).

Вывод. Несмотря на то, что изучению ОРДС в последние десятилетия уделяется большое внимание, летальность при этом виде патологии остаётся высокой. Своевременная диагностика, экстренная госпитализация, устранение этиологических факторов позволяют увеличить вероятность благоприятного исхода.

Лихобабин А.А.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРЯМОЙ КОНТУЗИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

Научный руководитель: *Малолеткина О.А.*,

МОУ «Лицей № 12 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Повреждение глазного яблока всегда относилось к числу особо сложных клинических и социальных проблем. В наше время ничего не изменилось. Каждый год случаи повреждения органа зрения, меняются в сторону увеличения.

По данным, как отечественных, так и зарубежных авторов от 27 до 33% всех пациентов офтальмологического стационара составляют лица с травмами глазного яблока и его вспомогательных органов. Настоящее же число пострадавших намного больше, из-за того, что многие из них лечатся амбулаторно.

Среди причин слабovidения и слепоты они устойчиво занимают третье место (27,4%), что объясняется не только их частотой и тяжестью, но и все еще ограниченными возможностями восстановительной хирургии

Контузия глазного яблока имеет последствия различного характера и образуется из-за разных **факторов**:



1. Взрывной волной. Несет за собой наиболее тяжелые последствия, что обусловлено комбинированным поражением наружного и внутреннего отдела. Патологический процесс развивается симметрично.

2. Прямым ударом. Чаще всего встречается при бытовых травмах. Воздействие этиологического фактора становится причиной травмы глазного яблока с преимущественным повреждением наружных структур.

3. Черепно-мозговой травмой. Приводит к развитию не прямой формы патологии. Пациенты отмечают появление симптомов со стороны органа зрения, однако при визуальном осмотре патологические изменения переднего отдела глаз отсутствуют.

Алгоритм оказания первой помощи при прямой контузии глазного яблока:

1. Оказать полный покой поврежденному глазу.

2. Полностью убрать повороты головы, движения глазного яблока и любые движения туловища: ходьбу, наклоны, приседания.

3. Стерильная повязка должна находиться на области травмы глаза.

4. Вызвать скорую помощь или доставить в лечебное учреждение.

Пострадавшему необходимо закапать в глаз 30% раствор сульфацил-натрия, наложить биную повязку. Необходимо оказать местное обезболивание.

При тотальной или субтотальной гифеме голове больного придают возвышенное положение и в таком положении доставляют для госпитализации в специализированный стационар.

Больным с контузиями всех степеней назначают строгий постельный режим, местно – холод. Рекомендуются системная терапия: внутривенное вливание 10% раствора хлорида натрия (30 мл), внутримышечные инъекции 25% раствора сульфата магния (10 мл), дегидратирующая терапия (внутрь диакарб, внутримышечно лазикс). Для уменьшения проницаемости сосудистой стенки и с целью профилактики кровотечений назначают аскорутин (рутин + аскорбиновая кислота) внутрь 2-3 раза в день, внутримышечно викасол или этамзилат (дицинон).

Вывод. Прямая контузия глазного яблока является одним из самых сложных видов травмы глазного яблока и может нести непоправимые последствия. Поэтому необходимо оказывать первую помощь своевременно и отправлять больного для дальнейшего лечения в стационар.



Черный А. А.

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ДОВРАЧЕБНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Научный руководитель: *Черная О. В.*,

Донецкая республиканская специализированная музыкальная школа-интернат для одарённых детей, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Неожиданно (при ходьбе, физической нагрузке, режев покое) возникает острая боль в центре груди (за грудиной), которая может отдавать в руки, левую лопатку или челюсть. Боль, как правило, проходит самостоятельно при прекращении движения или после приёма нитроглицерина. Длительность сердечного приступа обычно не превышает нескольких минут. Инфаркт миокарда является более тяжёлым проявлением ишемической болезни сердца, чем простой сердечный приступ.

Инфаркт миокарда – это острый патологический процесс, характеризующийся выраженными продолжительным нарушением поступления кислорода в миокард в результате значительного уменьшения или прекращения коронарного кровотока, приводящего к некрозу мышечной ткани сердца.

Симптомы: интенсивная, сжимающая, режущая, жгучая боль, продолжающаяся более 15–30 минут; локализация боли – за грудиной, может иррадиировать в шею, нижнюю челюсть, левое плечо и руку; начало болевых приступов внезапное, часто в ночные или предутренние часы; повторный приём нитроглицерина не купирует болевой синдром; у многих пациентов наблюдается беспокойство и тревога, чувство страха, ощущение неизбежной смерти.

Причины возникновения неотложного состояния. Наш организм не может долго обходиться без кислорода, так как кислород нужен для выработки энергии живых клеток. Кислород доставляется от лёгких ко всем органам и тканям кровью, а движение крови в организме обеспечивает сердце, работающее как насос.

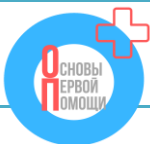
Если сердце внезапно перестаёт перекачивать кровь, мозг и лёгкие больше не получают кислород и прекращают работать – человек теряет сознание и не дышит. Если не восстановить подачу кислорода, клетки мозга и других органов быстро умирают. Чаще всего внезапной остановкой сердца приводит к инфаркту миокарда.

Главными отличиями инфаркта миокарда от сердечного приступа являются:

- большая интенсивность боли;
- болевой приступ длится более 20 минут;
- боль не проходит после приёма нитроглицерина.

На этапе оказания первой помощи необходимо **действовать по алгоритму:**

1. Оценка сознания и дыхания (как правило, при сердечном приступе и инфаркте миокарда у пострадавшего сознание присутствует, дыхание не нарушено).
2. Вызвать «скорую помощь».
3. Успокоить пострадавшего и обеспечить полный покой.



4. Если есть у пострадавшего предписанное врачом лекарство, помочь принять его.

5. Дать таблетку нитроглицерина под язык. Препарат расширяет сосуды сердца и уменьшает потребность в кислороде.

6. Дать таблетку аспирина. Препарат замедляет свертывание крови и предотвращает образование тромбов.

7. Всё время наблюдать за состоянием пострадавшего.

В соответствии с протоколами Министерства здравоохранения ДНР,
действия младшего специалиста с медицинским образованием:

1. Вызвать врача, для оказания квалифицированной медицинской помощи.

2. Создать физический и психологический покой, обеспечить доступ свежего воздуха для снижения степени кислородного голодания миокарда.

3. Помочь пострадавшему принять горизонтальное положение и приподнять головным концом, с целью облегчить работу сердечной мышцы.

4. Измерить артериальное давление, пульс, частоту сердечных сокращений.

5. Провести регистрацию ЭКГ для обнаружения наличия и локализации инфаркта миокарда.

6. Ввести наркотические анальгетики (по предписанию врача) для купирования боли.

7. Подготовить венозный доступ для введения лекарственных препаратов.

8. Подготовить ингаляцию кислородом.

9. Выполнять рекомендации врача.

10. Дальнейшее лечение следует проводить в специализированном стационаре.

Вывод. Прибытие скорой медицинской помощи в большинстве случаев занимает значительное больше времени, а шансы на спасение уменьшаются с каждой минутой. Примерно в 70% случаев остановка сердца случается при свидетелях. Если свидетель вовремя и правильно оказывает первую помощь, вероятность сохранения жизни возрастает в 2-4 раза. Поэтому, важно знать каждому из нас алгоритм доврачебной неотложной медицинской помощи.

Кононенко В.В.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ

Научный руководитель: *Фатеева Г.Н.*,

УДО «Донецкий Республиканский центр туризма и краеведения учащейся молодежи», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Ожоги – одни из самых распространенных бытовых травм дома и на работе. Они были и остаются серьезной проблемой, так как большинство людей, получая данный вид травмы или становясь свидетелями ее получения, не знают, как оказать неотложную помощь. А ведь в зависимости от



степени поражения, данный вид травмы может представлять серьезную угрозу для здоровья и жизни. Поэтому очень важно знать и уметь оказывать первую помощь при ожогах.

Причины возникновения неотложного состояния. Причиной возникновения этого вида травмы чаще всего является несчастный случай. Неосторожное поведение с опасными горючими веществами и легковоспламеняющимися предметами, нарушение техники безопасности на производстве и в быту. Ожоги чаще всего возникают при воздействии на кожу высокотемпературных факторов, таких как кипящая вода, смола, пар, огонь, горячие предметы.

Алгоритм оказания первой помощи. Остановиться, задуматься, оценить ситуацию, убедиться, что спасаемому и вам ничего не угрожает, принять решение – оказывать помощь пострадавшему самостоятельно, или ограничиться вызовом скорой помощи. Если пострадавший согласен на предложение оказать ему помощь:

1. Убрать поражающий фактор.
2. Охладить место ожога.
3. Закрыть стерильно повязкой.

4. Покой и противошоковые меры, следить за состоянием пострадавшего до приезда скорой.

Описание оказания первой помощи. При ожогах, прежде всего, необходимо пострадавшего оградить от фактора повреждения. Снять с него одежду, металлические предметы, которые соприкасаются с обожженной поверхностью. Прилипшую к местам ожоговых ран одежду не снимают, ее обрезают вокруг ожога и накладывают асептическую повязку поверх оставшейся части одежды. После этого сразу охладить водой обожженную поверхность. Способ охлаждения термических ожогов зависит от степени поражения кожи. При первой и второй степени кожа охлаждается под прохладной проточной водой. Процедура проводится около 15 минут. При ожоге третьей и четвертой степени необходимо наложить на пораженное место влажную повязку, используя стерильную салфетку. При отсутствии стерильного материала ожоговую поверхность можно закрыть чистой хлопчатобумажной тканью, смоченной спиртом или водкой; такие повязки уменьшают боль. Повязку нельзя накладывать слишком туго! Затем набирают чистую прохладную воду в достаточно большую емкость и охлаждают пораженную зону в стоячей воде в течение 10-15 минут. Повязку при этом не снимают. При сильной боли пострадавшему можно дать обезболивающее и антигистаминный препарат. До приезда скорой помощи давать пострадавшему теплое питье.

Под полным запретом любые народные рецепты! Нельзя: сразу после ожога пользоваться любыми кремами на жирной и не жирной основе; мазать поврежденные места маслами, яичным белком и прочее; если ожог 3 или 4



степени – использовать Пантенол, пытаться оторвать прилипшую к поврежденному месту одежду; прокалывать пузырь; использовать для обработки ожогов собственную мочу или мочу другого человека.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Для лечения воспаления при ожоге, которое может возникнуть как осложнение, необходимо принимать антибактериальные препараты и дополнительно обрабатывать обожженные участки кожи, то есть необходимо создать все условия для заживления ожоговых ран и восстановления целостности кожных покровов. На всех этапах заживления рекомендуется использовать специальные средства, поддерживающие регенерацию и оказывающие антисептическое действие. Так же на этапе заживления необходимо уменьшить механическое воздействие на пострадавший участок – так восстановление займет меньше времени, а рана затянется быстрее.

Стоит отметить, что тактика местного консервативного лечения обожженных участков кожи для каждого пациента индивидуальна. Она зависит от площади поверхностных и глубоких ожогов, их локализации, наличия инфекции. Большое значение имеет опыт работы медицинского персонала и наличие соответствующего оборудования, препаратов и перевязочного материала.

Выводы. В случае получения данного вида травм, необходимо в кратчайшие сроки обратиться за квалифицированной медицинской помощью. Для улучшения результатов лечения, пострадавших от ожогов, важно своевременно оказать первую помощь пострадавшему. Быстрое заживление ожоговых ран может быть достигнуто только при применении всего комплекса местной и системной терапии, общего ухода и других реабилитационных мероприятий.

Широкова У.М.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЯДОВИТЫМИ РАСТЕНИЯМИ

Научный руководитель: *Алиакбарова Т.В.*,

ГОУ ЛНР «Алчевская социально-экономическая гимназия», г. Алчевск, ЛНР

Лекарственные растения известны человечеству с давнего времени. Носреди них встречаются и ядовитые виды.

Цель нашей работы – изучить видовой состав ядовитых растений окрестностей города Алчевска и приемы оказания первой доврачебной помощи при отравлении ядовитыми растениями. Этот вопрос становится особенно актуальным в весенне-летний период – время летнего отдыха на природе.

Ядовитые растения – это растения, которые вырабатывают и накапливают ядовитые вещества, могут вызвать отравление у человека либо животного. Токсичность растений зависит от содержащихся в них ядовитых



химических продуктов. Наиболее часто такими продуктами являются алкалоиды – азотсодержащие соединения основного характера, имеют сложный состав, обладают отличительным и специфическим действием. В растениях накапливаются в клеточном соке в разных органах.

Открытие и изучение новой группы химических веществ - алкалоидов - относится к началу XIX в. Первый алкалоид был открыт немецким фармацевтом и химиком Сертюрнером (1806) и назван морфином. Большую роль в открытии алкалоидов сыграли французские фармацевты Сеген, Пелетье, Кавенту.

В России в те времена не было лаборатории, которая специально занималась бы алкалоидами, но исследования в этой области проводились. Профессор Харьковского университета Ф. И. Гизе (1816) первым выделил из хинной коры алкалоид цинхонин.

Также в ядовитых растениях содержатся гликозиды. Имеют свойство легко распадаться на составляющую сахаристую часть и на одну или несколько групп несахаристой части (агликоны). Токсична вторая часть.

В окрестностях города Алчевска распространены такие ядовитые растения как белена, дурман, крапива, аконит, белладонна, чистотел, сон-трава, бузина, клещевина (как декоративное растение), бледная поганка и другие.

В ходе исследования весной и летом 2019 года нами обследованы окрестности города и выявлены места, где данные растения встречаются часто. Составлен флористический список ядовитых растений. Ведется работа по составлению фотогербария, созданы буклеты для ознакомления населения с этими растениями и их свойствами.

Даже самые безобидные растения могут привести к неприятным последствиям для здоровья. Но если возникла такая ситуация, то нужно знать, как вести себя в данном случае.

Клинические признаки отравления могут быть различными, это зависит от содержания ядовитых веществ и от того, на какие органы они оказывают действие. Наиболее частые признаки:

- со стороны желудочно-кишечного тракта – тошнота, рвота, понос;
- сердце и сосуды – учащение сердцебиения, падение давления;
- со стороны нервной системы – расширение зрачков, судороги, возбужденное или угнетенное состояние, галлюцинации и другие;
- кожа – ожоги, дерматиты.

Главной задачей при появлении признаков отравления является остановить дальнейшее поступление яда в кровь.

Первая помощь при отравлении заключается в максимально быстром удалении ядов из организма. Это можно сделать следующим образом:

1. Потерпевшему дать выпить несколько стаканов подсоленной воды и вызвать рвоту, надавливая на корень языка черенком ложки или пальцем.



2. Процедуру следует повторить несколько раз (до появления чистых вод), чтобы максимально освободить желудок от ядов.

3. Дать потерпевшему адсорбирующие препараты – это может быть активированный уголь из расчета 1 таблетка на 10 кг массы тела потерпевшего, полисорб МП, атоксил и т.п.

4. Следить за дыханием, сердцебиением и давлением.

Вывод. Все выше рассмотренные приемы – это только часть комплексной терапии. После оказания первой доврачебной помощи пострадавшего следует незамедлительно доставить в медицинское учреждение. Особенно это важно, если имеют место признаки поражения сердца, нервной системы.

Чтобы обезопасить себя необходимо знать о свойствах растений. Для этого нужно проводить беседы во всех образовательных учреждениях и поднимать данную тему дома, изучать растения и научиться их распознавать, быть готовым к разным ситуациям и к оказанию первой помощи.

Кривонос Д.А.

ПРИНЦИП ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Научный руководитель: *Прилуцкая С.А.*,

МОУ «Школа №144 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Заболеваемость инфарктом миокарда имеет большое социальное значение, так как поражает людей и приводит к нетрудоспособности и преждевременной их смерти. Традиционно инфарктом миокарда болеют люди в возрасте 40-60 лет, однако в последние годы значительно увеличилась заболеваемость им в возрасте до 40 лет. Инфаркт «помолодел» и участился. Но правильно и вовремя оказанная помощь может не только спасти жизнь человека, но и значительно улучшить ее дальнейшее качество.

Причины возникновения неотложного состояния. Начало острого патологического процесса, который характеризуется выраженным и продолжительным нарушением поступления кислорода в миокард в результате значительного уменьшения или прекращения коронарного кровотока, приводящего к некрозу мышцы сердца.

Жалобы: интенсивная, сжимающая, режущая, жгучая боль, которая продолжается более 15-30 минут. Локализация боли – за грудиной, может иррадиировать в шею, нижнюю челюсть, левое плечо и руку. Начало боли внезапное, часто в ночные или предутренние часы. Повторный прием нитроглицерина не купирует болевой синдром. У многих пациентов наблюдается беспокойство и тревога, чувство страха, ощущение неизбежной смерти.



Алгоритм оказания первой помощи по протоколу МОН ДНР:

Первичная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях поликлиники, а также фельдшерских пунктах. Доврачебная медицинская помощь оказывается младшими специалистами с медицинским образованием.

Первая врачебная медицинская помощь оказывается врачом-терапевтом участковым, врачом-терапевтом, врачом общей практики, семейным врачом, которые направляют больного в кабинет для оказания квалифицированной врачебной медицинской помощи.

Последовательность действий:

1. Обеспечить вызов врача.
2. Обеспечить доступ свежего воздуха, физический и психический покой.
3. Придать пациенту удобное горизонтальное положение с приподнятым головным концом.
4. Измерить артериальное давление, пульс, частоту сердечных сокращений, частоту дыхательных движений, температуру тела и диурез.
5. Обеспечить проведение и регистрацию ЭКГ.
6. Ввести по назначению врача ненаркотические или наркотические анальгетики.
7. Обеспечить венозный доступ.
8. Обеспечить ингаляцию кислородом.
9. Выполнение дальнейших манипуляций по назначению врача.

Вывод. Первая помощь при инфаркте миокарда заключается в обеспечении оказания квалифицированной медицинской помощи;

- снижении степени кислородного голодания миокарда,
- улучшении условий дыхания,
- снятии эмоционального напряжения;
- облегчении работы сердечной мышцы;
- обеспечении контроля за состоянием пациента;
- определении наличия и локализации инфаркта миокарда;
- купировании боли;
- обеспечении подготовки к внутривенному введению лекарственных средств и проведению инфузионной терапии;
- уменьшении гипоксии;
- обеспечении качества оказания медицинской помощи.



Кудлюк А.Р.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Научный руководитель: *Дмитренко С.В.*,

МОУ «Лицей №85 «Гармония», г. Горловка, ДНР

Актуальность. Все чаще в наше время у людей, и не только пожилого возраста, случаются инсульты. Этой статьей я хочу помочь людям не получить эту болезнь.

Причины возникновения неотложного состояния. Повреждения эндотелия.

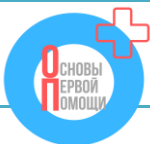
Алгоритм оказания первой помощи.

1. Не паниковать.
2. Дать общую оценку состояния больного.
3. Определить явные признаки инсульта.
4. Вызвать скорую помощь.
5. Если есть необходимость, провести реанимационные мероприятия
6. Если человек в сознание, уложите его таким образом, чтобы плечи и голова находились слегка повыше тела, это снизит давление крови на головной мозг.
7. Обеспечить больному свободное дыхание.
8. Следить за состоянием больного.

Описание оказания первой помощи. Чтобы помочь больному мы можем сделать непрямой массаж сердца. Для этого больного укладываем горизонтально, ладонь одной руки кладем на середину грудной клетки, чуть выше мечевидного отростка. Затем руки складываем в «замок» и надавливающими движениями делаем больному 30 нажатий и два вдоха «рот в рот». А также нам может помочь искусственное дыхание. Этот Процесс состоит из трех пунктов. В первую очередь, звоните в скорую помощь, а затем быстро возвращайтесь к больному. Второй шаг поднимите подбородок вверх и запрокиньте голову назад. Зажмите больному нос, сделайте глубокий вдох, широко откройте рот и обхватите им рот пострадавшего. Сделайте два сильных выдоха через рот. Продолжительность каждого выдоха – одна секунда. И следующий шаг делайте непрямой массаж сердца.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Лечение этого заболевания достаточно сложное и не предсказуемое. За рубежом вводят тромболитический препарат, который растворяет тромб.

Выводы: Каждый год увеличивается количества больных от инсульта. И самое ужасное, что это заболевание появляется и у детей, и у подростков. Чаще всего люди даже не знают, что делать, когда у человека появляются первые признаки инсульта. Первая причина, которая вызывает инсульт — это повышенное артериальное давление. Из этого следует только один вывод, что



людям стоит меньше волноваться и меньше беспокоиться, так как все серьезные заболевания появляются из-за стресса.

Щербакова В.К.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАЗРЫВЕ МАТКИ ВО ВРЕМЯ РОДОВ

Научный руководитель: *Мороз Ю.Б.*,

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. От общего числа родов разрывы матки составляют 0.05-1% и чаще встречаются у повторно беременных. Независимо от того, что эта акушерская патология встречается крайне редко, данная проблема все еще остается нерешенной.

Причины возникновения неотложного состояния. Разрыв матки возникает из-за морфологических изменений ее ткани, чаще всего в следствии замещения мышечной ткани на соединительную ткань. Также причиной разрыва может служить перерастяжение нижнего сегмента матки из-за узкого таза или крупного плода, а также неблагоприятного вставления головки. Опухоли родовых путей и рубцов также влияют на эту патологию.

Алгоритмы оказания первой помощи. В момент разрыва матки главной задачей является стабилизация состояния матери и извлечение плода. Временной интервал от разрыва до извлечения плода и мероприятий по части остановки кровотечений составляет 10 - 37 минут. Таким образом, при разрыве матки быстро проводится чревосечение, чтобы устранить источник кровотечения. Проводятся следующие манипуляции с дальнейшим введением растворов и лекарственных средств:

1. Катетеризация периферической вены и введение кровезамещающих растворов;

2. 1мл 0.005% раствора фентанила или 1-2 мл 2% раствора тримеперидина;

3. Эндотрахеальный закисно-кислородный наркоз, перевод роженицы на ИВЛ (искусственная вентиляция легких), при невозможности - масочный наркоз закистью азота с кислородом в отношении 1:2 или 1:1;

4. Преднизолон 60 мг.

При выборе органосохраняющей стратегии операция происходит с такими условиями:

1. Полный разрыв матки – накладываются отдельные швы, и могут также иссекаться края;

2. При неполном – врачи и хирурги осматривают разрыв и останавливают кровь путем лигирования поврежденных сосудов. После этого восстанавливают целостности матки.



Также может произойти разрыв мочевого пузыря одновременно с разрывом матки и при этом мочевой пузырь зашивают со стороны брюшной стенки.

По окончании операции проводится тщательная проверка органов брюшной и тазовой области с последующим их дренированием.

Вывод. Знания о первой помощи при возможных чрезвычайных ситуациях могут помочь сохранить пациентов и других людей, потому что разрыв матки представляет собой очень серьезную угрозу для жизни ребенка и матери.

Филонова В.А.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ

Научный руководитель: *Панютова С.А.*,

МОУ «Школа №45 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. В наше время существенно возросло количество отравлений угарным газом. Несмотря на то, что общество осведомлено об этой опасности, отравление от вдыхания оксида углерода становится причиной смерти довольно часто. Большую значимость эта проблема приобрела в связи с неуклонным ростом числа крупных аварийных ситуаций, сопровождающихся пожарами и значительным количеством пострадавших при этих авариях людей в последние годы.

Причины возникновения неотложного состояния. Обычными источниками CO, приводящего к отравлению, являются неудовлетворительная вентиляция в автомобилях, домашние газовые плиты, водонагреватели, печи, газонагреватели, угольные и дровяные печи и керосинки. Неисправные газовые плиты, каминные печи и электроприборы, неисправные вентиляционные системы, дымоходы – основные источники монооксида углерода. Когда не полностью сгорает природный газ (метан или пропан) образуется CO – угарный газ. Вдыхание табачного дыма так же насыщает кровь CO, но, чтобы вызвать отравление, его недостаточно.

Признаками отравления монооксидом углерода являются: кашель, головная боль, головокружение, слабость, сонливость, учащенное сердцебиение, повышенное артериальное давление, возможны тошнота и рвота. При сильной интоксикации – кома и смерть. Связано это с тем, что угарный газ образует стойкое соединение с гемоглобином – карбоксигемоглобин, в связи с чем, гемоглобин не может участвовать в транспортировке кислорода к органам и тканям организма.

Алгоритм оказания первой помощи:

- вынести пострадавшего на свежий воздух и положить на спину;



- вызвать бригаду скорой помощи, четко описав состояние пострадавшего и место, где он находится, и следовать рекомендациям диспетчера станции скорой медицинской помощи;
- при наличии сознания пострадавшего – успокоить его. Если же человек находится без сознания, повернуть на бок для того, чтобы предотвратить попадание рвотных масс в глотку и западения языка. Освободить область грудной клетки от стесняющей одежды. Попытаться привести в сознание с помощью нашатырного спирта;
- следить за состоянием пострадавшего, в случае необходимости провести реанимационные мероприятия до приезда медицинской бригады.

Описание оказания первой помощи.

В первую очередь необходимо отключить источник угарного газа. При этом оказывающему помощь следует самому дышать через марлю или носовой платок. Иначе он также может стать жертвой отравления. Пострадавшего следует срочно вывести или, если необходимо, вынести на свежий воздух. В дальнейшем, при незначительной степени отравления, протереть 9% раствором уксуса виски, лицо и грудь, дать выпить раствор пищевой соды из расчета: 1 чайная ложка на 1 стакан воды. Затем обязательно принять горячий кофе или чай.

Если пострадавший получил большую дозу угарного газа, но, в тоже время находится в сознании, то его нужно уложить и обеспечить покой. Дальнейшие действия совпадают с вышеописанными.

Если же пострадавший находится в бессознательном состоянии, для того, чтобы привести его в чувство, необходимо поднести к носу на расстоянии не более 1 см вату с нашатырным спиртом. А на грудь и голову нужно положить холодный компресс, можно даже со льдом, ступни, напротив, согреть с целью усиления кровотока. В случае если человек долго не приходит в себя, то до прибытия «скорой» возможно необходимо будет сделать пострадавшему непрямой массаж сердца и искусственное дыхание.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Пострадавшие, в случае наличия средней, тяжелой степени отравления, подлежат обязательной госпитализации и лечению в условиях стационара, где проводится следующий комплекс мероприятий по восстановлению процессов жизнедеятельности организма:

1. Бесперебойно поступает в организм кислород в количестве 9-16 л/мин. через специальную маску, наложенную на лицо пострадавшего.
2. Проводится курс капельниц с гидрокарбонатом натрия – это помогает скорректировать расстройства сосудистой системы.
3. В обязательном порядке вводится "Ацизол" внутримышечно. Данный препарат ускоряет распад карбоксигемоглобина с одновременным насыщением крови кислородом и уменьшает токсическое действие СО на мышечные ткани и нервные клетки организма.



Выводы. Угарный газ (СО) — это продукт сгорания, представляет собой ядовитый газ без запаха и цвета. Оксид углерода — это одна из основных причин отравления и гибели людей всего мира. В большинстве случаев происходит отравление угарным газом не только от сжигания бытового горючего газа, но также от сжигания других видов твердого топлива при эксплуатации в жилых домах, банях, гаражах печей.

Пять минут нахождения в помещении, содержащем в воздухе 0,31% угарного газа, опасно для жизни. Помимо этого, ветреная погода способна сконцентрировать противоположную тягу в вентиляционных и дымовых каналах, а вследствие этого — продукты горения и, в том числе, угарный газ вместо того, чтобы отводиться наружу, станут накапливаться в помещении, что приводит к отравлению угарным газом.

Кипалас А. А.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОКЕ

Научный руководитель: *Прилуцкая С.А.*,

МОУ «Школа №144 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Каждый из нас хоть раз в жизни становился свидетелем несчастного случая: один принимал быстрое решение и бросался на помощь сломя голову, другой же растеряно опускал руки, ведь попросту не знал, что делать в критической ситуации. Кратковременная и внезапная потеря сознания или обморок — это неотложное состояние, от которого не застрахован никто. Страх, нервное потрясение, физическое истощение или недостаточное количество свежего воздуха в помещении — причин много, но вывод один: оказывать первую помощь в этом случае должны уметь все! Оказание первой помощи при обмороке — элементарный базовый навык, которым обязан владеть каждый сознательный человек.

Обморок — внезапная кратковременная потеря сознания, вызванная ишемией головного мозга в результате недостаточного кровоснабжения.

Симптомы: общая слабость, головокружение, потемнение в глазах, появление «мушек» перед глазами, похолодание конечностей, тошнота, усиленное потоотделение, после чего больной теряет сознание. Во время осмотра отмечается резкая бледность кожи и видимых слизистых оболочек. Пульс слабый, частый, АД в пределах нормы или снижено, дыхание частое.

Доврачебная помощь:

1. Обеспечить вызов врача, для того, чтобы он оказал квалифицированную медицинскую помощь.

2. Обеспечить доступ свежего воздуха и расстегнуть стесняющую одежду. Таким образом, возможно снизить степень кислородного голодания



3. Придать пациенту горизонтальноположение с приподнятыми ногами под углом 45 градусов. Так будет увеличен приток крови к головному мозгу.

4. Обследовать пациента:

а) определить цвет, влажность кожи;

б) провести исследование пульса;

в) измерить АД.

5. Следует дать пациенту вдохнуть пары нашатырного спирта на тампоне: удерживать ватный шарик на расстоянии 3-5 см от ноздрей пациента 1-2 секунды. Таким образом, улучшится обеспечение раздражения рецепторов слизистых оболочек, осуществление рефлекторного воздействия на сосудистый центр.

6. Рекомендовать пациенту по возвращении сознания полежать 1-2 часа, выпить крепкий горячий чай или кофе.

Вывод. Для того чтобы привести человека в чувство после обморока, Вам следует не волноваться, вызвать врача и придерживаться рекомендаций, изложенных выше.

Щепак Р.С.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БОЛИ В ЖИВОТЕ

Научный руководитель: *Курилин В.А.*,

МОУ «Средняя школа № 72 города Макеевки», г. Макеевка, ДНР

Актуальность.

Боль является одним из самых распространенных симптомов, приносящих пациентам тяжелые физические и психические страдания.

В современных реалиях возникают боли в различных местах.

Боль в животе, казалось бы, повседневная проблема, выпил таблетку и боль прошла, однако можно ли это делать при определенных условиях? Стоит ли рисковать здоровьем из-за такого лечения? Стоит понять, как следует диагностировать источник боли, и каким образом нужно проводить первую помощь.

Актуальность проблемы связана с тем, что количество пациентов, обращающихся за медицинской помощью по поводу боли в животе, прогрессивно увеличивается. Сейчас число больных с патологией пищеварительной системы (от 40 до 60%) опережает количество пациентов, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Причины возникновения состояния.

Причин возникновения боли в животе существует большое множество, однако если выделить болезни, как источник нежелательного состояния, основными будут являться:

1) язва желудка и двенадцатиперстной кишки;



- 2) гастрит;
- 3) аппендицит;
- 4) острый панкреатит;
- 5) синдром раздраженного кишечника.

Описание оказания первой помощи.

Если у больного диарея или изжога, зачастую достаточно выпить необходимое лекарство. Для снятия спазмов кишечника, вызывающих боль, также можно использовать медикаментозные средства.

Боли могут быть признаком достаточно невинного заболевания, хорошо и давно известного заболевшему. Но не следует забывать, что они могут указывать и на очень серьезную болезнь. Стоит понимать, что прием спазмолитиков, анальгетиков или иных препаратов может не принести должного результата. В этом случае не стоит повторять прием или увеличивать дозировку.

Если беспокоят интенсивные боли в животе, рекомендуется в кратчайшие сроки обратиться к врачу, описать сложившуюся ситуацию. При этом будет не лишним упомянуть, что вы предпринимали самостоятельно.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Если вы лечились сами дома, и проблема была не столь значительна (диарея, изжога и т.д.), то нужно в ближайшие дни соблюдать определенную диету. Если вы попали к врачу, то он вам скажет все дальнейшие действия для лечения.

Что нельзя делать при боли в животе:

- оставлять больного одного;
- давать больному есть или пить;
- давать обезболивающие препараты (анальгин, препараты ацетилсалициловой кислоты);
- ставить клизму или принимать слабительные препараты;
- класть на живот грелку.

Выводы.

В современных реалиях стоит понимать, что источники боли в животе – это зачастую не столь значительные проблемы, однако бывают случаи, когда они могут сигнализировать серьезные болезни и которые следует лечить с первых признаков проявления определенных болезней.



Карпушкина М. А.

СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ У ВЗРОСЛЫХ

Научный руководитель: *Прилуцкая С. А.*,
МОУ «Школа №144 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность.

На начальном периоде клинической смерти умирающего человека еще можно вернуть к жизни и запустить механизм дыхания и кровообращения. У человека есть несколько минут до начала биологической смерти, поэтому находящиеся рядом люди должны быстро оказать ему первую медицинскую помощь. Своевременная диагностика клинической смерти и то, какие действия будут выполнены до приезда медицинских работников, помогут спасти человеку жизнь.

Клиническая смерть – это обратимый этап умирания, характеризующийся отсутствием основных признаков жизни - дыхание, сердцебиение, расширение зрачков, не прощупывание пульса на центральных артериях экскурсия грудной клетки, но при этом еще не развились необратимые изменения в организме. Проведение комплекса реанимационных мероприятий позволяет продлить время, при котором сохраняется функциональная активность головного мозга. В течение 5-6 минут наступает биологическая смерть.

Биологическая смерть – необратимое прекращение физиологических процессов в тканях и клетках, остановка всех биологических процессов. Признаки биологической смерти после окончания клинической смерти проявляются не сразу, а некоторое время спустя.

Диагностика биологической смерти: одним из первых и главных признаков биологической смерти является помутнение роговицы и ее высыхание. Наличие трупных пятен и трупного окоченения.

Сердечно-легочная реанимация (СЛР)– комплекс неотложных мероприятий, которые выполняются в случае клинической смерти для оживления организма. СЛР не приводит к восстановлению работы сердца, её целью является – восстановить поток крови насыщенной кислородом к мозгу и сердцу.

Первая помощь при клинической смерти:

- расположить больного на ровной и жесткой поверхности;
- подложить под шею валик и запрокинуть голову, так чтобы подбородок поднялся вверх;
- нажатием пальцев на скулы отрыть рот и с помощью салфетки удалить все предметы и вещества, препятствующие нормальной циркуляции воздуха;



– начать закрытый массаж сердца, чередуя плавное и ритмичное нажатие рук в область груди с вдуваниями по схеме: 30 толчков — 2 выдоха в рот. После каждого 5 цикла контролировать появление пульса и дыхания, затрачивая на проверку не более 5 секунд.

– провести искусственное дыхание «рот в рот» или «рот в нос»;

– продолжать выполнение сердечно-лёгочной реанимации до прибытия «скорой» или до появления признаков биологической смерти.

Вывод. Клиническая смерть – это не мистика, это реальность. Все её процессы требуют дальнейшего изучения и исследований. Многие люди, пережившие клиническую смерть, не могут восстановиться до конца, а больше половины пациентов не удается реанимировать, и они погибают по-настоящему – биологически. Клиническая смерть для одних точка невозврата, а для других – второе рождение.

Яновский А.Э.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: *Довгялло Ю.В.*,

Учреждение дополнительного образования «ДОНМАН», г. Донецк, ДНР

Неотложное состояние у пациента может встретиться в жизни любого врача, и в любых условиях. И здесь требуется не только знания, но и быстрота реакции, предельная твердость и необходимый уровень врачебного мышления, умение быстро и четко ориентироваться в жалобах больного и объективных синдромах заболевания.

Актуальность данной проблемы не вызывает сомнений, так как судороги являются тяжелой непредсказуемой реакцией на внешние и внутренние раздражители и требуют незамедлительной помощи.

Судороги, требующие оказания неотложной помощи, чаще встречаются у детей, так распространенность судорог составляет 18-20 случаев на 1000 человек. Большинство всех судорожных припадков в основном приходится на возраст до 15 лет, из них наибольшее количество судорог отмечают в возрасте до 9 лет.

Факторами риска развития судорог у детей являются:

– отягощенный акушерский анамнез (осложненные роды, родовые травмы);

– гипогликемия;

– выраженная лихорадка;

– эпилепсия в личном и семейном анамнезе;

– инфекционные заболевания ЦНС (менингит, энцефалит);

– травма головы;



- отравление лекарствами или токсическими препаратами;
- поствакцинальные осложнения;
- низкий уровень кальция, пиридоксина в крови.

Наличие судорог у ребенка ставит врача, прежде всего перед постановкой большого круга вопросов и ответов на них – определением причин возникновения судорог, возможность их взаимосвязи с другими заболеваниями, определение риска повторных эпизодов судорог, выбора тактики неотложной помощи, терапии и профилактики.

Судороги – произвольные мышечные сокращения, появляющиеся внезапно в виде приступов различной длительности и являющиеся клиническим признаком поражения ЦНС.

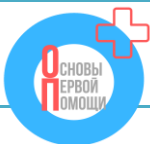
С позиции оказания неотложной помощи среди судорожных припадков различного генеза различают: фебрильные судороги, аффективно-респираторные припадки, судороги при менингоэнцефалите, и эпилептические припадки. При появлении у ребенка судорог необходимо срочно вызвать скорую помощь.

Доврачебная неотложная помощь. Необходимо правильно расположить ребенка. При исключении травмы шеи повернуть ребенка набок. Доврачебная помощь состоит в защите ребенка от механических повреждений, прикусывания и западения языка, профилактика травм головы, конечностей. Для предотвращения аспирации рвотными массами необходимо держать голову ребенка слегка повернутой, стабилизировать ее, положив щеку наружу. При рвоте необходимо повернуть ребенка на бок, сохраняя положение головы на одной линии с туловищем. Если судороги возникли на фоне высокой температуры тела, до прихода врача нужно для ее снижения использовать жаропонижающие средства и методы физического охлаждения (холод на область крупных артерий, печени, затылочную область).

Необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей, ослабить все, что стесняет тело (ремень, воротник и др.), обеспечить доступ свежего воздуха, провести ингаляцию увлажненным кислородом.

Догоспитальная первая помощь. При осмотре необходима оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения. Проводится термометрия, определяется число дыхания и сердечных сокращений в 1 мин; измеряется артериальное давление; осматриваются: кожа, видимые слизистые полости рта, грудная клетка, живот; проводится аускультация легких и сердца (стандартный соматический осмотр). Неврологический осмотр - определение общемозговой, очаговой симптоматики, менингеальных симптомов, оценка уровня интеллекта и речевого развития ребенка.

Для купирования судорожного состояния применяется: внутривенное введение 0,5% раствора седуксена в разовой дозе 0,35-0,5-0,7 мг/кг массы тела.



При неэффективности противосудорожного эффекта седуксена применяют:

1. Натрия оксибутират (натриевая соль γ -оксимасляной кислоты) в разовой дозе – 50-100-150 мг/кг.
2. Водорастворимый фенобарбитал (доза – 5-10-15 мг/кг).
3. Водорастворимые гидантоины (фенитоин, эпанутин, фенгидан). Доза фенитоина – 10-15 мг/кг. Препараты вводят длительной инфузией в дозе 0,5-0,75 мг/кг/час.
4. Другие бензодиазепины (клоназепам – 0,05-1 мг/кг, лоразепам – 2,5-10 мг, мидазолам – 0,2 мг/мл медленно внутривенно).

В некоторых случаях для удлинения противосудорожного действия эти препараты можно комбинировать с введением дроперидола, фентанила, лидокаина, аминазина, сернокислой магнезии (внутривенно) и др.

При некупирующихся судорогах препаратами выбора являются барбитураты короткого действия (тиопентал натрия, гексенал), применяют также ингаляционный наркоз с использованием смеси закиси азота и кислорода в соотношении 2:1 или фторотана.

В случаях резистентности целесообразно применение миорелаксантов и перевод больного на управляемое аппаратное дыхание.

Дегидратационная терапия (профилактика отека головного мозга):

- сульфат магнезии (25% раствор 1мл на год жизни);
- фуросемид 3-5 мг/кг;
- 15-30% раствор маннитола 5-10 мл/кг;
- люмбальная пункция;
- 10% хлорид кальция (1 мл на год жизни).

Дети с судорогами неясного генеза или возникшими на фоне инфекционного заболевания после оказания им экстренной помощи для проведения дальнейшего диагностического поиска подлежат госпитализации.

Вывод. Таким образом, оказание первой медицинской помощи в возможно более ранние сроки имеет решающее значение для дальнейшего течения и исхода заболевания, выздоровления больного, а иногда и спасения его жизни.

Ковальчук В.Л

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧЕК

Научный руководитель: *Прилуцкая С. А.*,

МОУ «Школа №144 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность.Почки – это важнейшие органы человеческого организма, которые не только обеспечивают мочеобразование, но и играют ключевую роль в выведении токсинов из организма, поддержании водно-электролитного



баланса кислотно-основного состояния; обеспечивают осморегуляцию; регуляцию артериального давления; принимают непосредственное участие в эритропоэзе и фосфорно-кальциевом обмене. Острое повреждение почек может быть вызвано различными как внешними, так и внутренними факторами, но всегда приводит к тяжелой интоксикации организма и без правильно диагностики и определения стратегии лечения может привести к летальному исходу. Поэтому ключевым моментом в определении тактики ведения пациента является его догоспитальная диагностика, определение и устранение причин, которые вызывают почечную недостаточность.

Острое повреждение почек (ОПП) - внезапно развившееся, потенциально обратимое нарушение почечных процессов и функций, проявляющееся в первую очередь снижением темпа диуреза и нарастанием азотемии. Симптомы заболевания почек:

- слабость, утомляемость;
- головная боль;
- ухудшение аппетита;
- повышение артериального давления;
- повышенная температура;
- бледный цвет кожи;
- изменения мочи.

С целью оказания адекватной помощи на ранней стадии развития ОПП необходимо приложить максимальные усилия для уточнения причины ОПП. Все пациенты с ОПП должны быть обследованы в первые сутки, когда есть возможность предотвратить развитие тяжелого, диализозависимого ОПП. На этапах диагностики обязательным является тщательный сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия мочевого пузыря, при необходимости его катетеризация. Обследование включает: определение мочевины, креатинина, электролитов, глюкозы, белка, и других биохимических показателей плазмы крови в зависимости от клинической ситуации. Общий анализ крови с гематокритом и тромбоцитами, общий анализ мочи. Обязательным является комплексное ультразвуковое исследование почек с доплерографией сосудов. Режим доплеровского картирования показан при подозрении на наличие патологии сосудов почек и брюшного отдела аорты. При необходимости, для уточнения диагноза выполняется компьютерная томография органов брюшной полости.

Медицинская помощь. Медицинская помощь на первом этапе развития заболевания почек будет являться более профилактической, направленная на устранение причин. С начала больному обеспечивают постельный режим. Медицинская помощь при острой почечной недостаточности в период развития второго этапа направлена на устранение последствий отравления организма.



После устранения всех причин понадобятся лекарства, действующие на восстановление такие как: антибиотик; мочегонный препарат; лекарства для поддержания сердечной деятельности.

Вывод. При появлении симптомов почечной недостаточности ни в коем случае нельзя заниматься самолечением, гомеопатией, использовать сомнительные околонукальные средства. Чтобы предотвратить тяжелую интоксикацию организма, необходимо как можно скорее провести детальную диагностику с целью выявления причин нарушения работы почек, по возможности устранить эти причины, и построить четкую тактику лечения в соответствующем отделении стационара. Экономия средств и потерянное время может стоить жизни.

Янакова Е.Д.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ, АССОЦИИРОВАННОМ С ПРИЕМОМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Научный руководитель: *Склянная Е.В.*,

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Анафилактический шок –это системная аллергическая реакция немедленного типа, возникающая при повторном введении в организм аллергена, в результате которой выделяются биологически активные вещества, вызывающие нарушения деятельности органов и систем. По данным эпидемиологических исследований установлено, что распространенность АШ составляет 1 случай на 70 тыс. населения в год. Летальность при АШ в среднем не превышает 1%, но существенно увеличивается при задержке оказания скорой медицинской помощи.

Причины возникновения неотложного состояния. Одним из основных этиотропных факторов анафилаксии считаются медикаменты. Наиболее часто АШ возникает при применении антибиотиков, дезинфицирующих средств, местных анестетиков, миорелаксантов, витаминов группы В, рентгеноконтрастных веществ, препаратов железа.

Способ проникновения аллергена в организм и его количество не влияют на скорость и тяжесть АШ. В развитии тяжести анафилактического шока решающее значение имеет длительность продромального периода и скорость развития клинических проявлений.

Анафилактический шок – реакция гиперчувствительности первого типа, IgE-опосредованная, развивающаяся у предварительно сенсибилизированных пациентов. Взаимодействие антигенов с IgE на поверхности базофилов или тучных клеток провоцирует высвобождение гистамина, кинина, лейкотриенов, простагландинов и других медиаторов, которые вызывают повышение



проницаемости капилляров, вазодилатацию с выходом плазмы из кровяного русла и сокращение гладкой мускулатуры.

Алгоритм оказания первой доврачебной помощи. В первую очередь, необходимо остановить введение триггерного лекарственного средства, которое вызывает анафилаксию. Если пациент находится вне лечебного учреждения, срочно вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

Уложить больного на спину, приподнять нижние конечности или подложить под них небольшой валик, тем самым увеличивая приток крови к сердцу и мозгу. Повернуть голову пациента в сторону, выдвинув нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами. Обеспечить приток свежего воздуха – открыть окно, расстегнуть или ослабить пуговицы рубашки, галстук. Если у больного съёмные зубные протезы, их необходимо удалить. Абсолютно недопустимо поднимать пострадавшего, ставить на ноги, пытаться напоить водой. Необходимо оценить сознание, проходимость дыхательных путей, состояние дыхания и кровообращения.

Препаратом выбора для купирования АШ является адреналин (эпинефрин).

Производится катетеризация вены или осуществление внутрикостного доступа. Вводится эпинефрин 500 мкг в/м без разведения или эпинефрин 50 мкг в/в медленно, разведенный до 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида, производится инфузия 0,9% раствора NaCl 500 – 1000 мл в/в струйно, вводятся системные глюкокортикоиды в начальной дозе дексаметазон 8-32 мг в/в капельно, или преднизолон 90- 120 мг в/в струйно или метилпреднизолон 50-120 мг в/в струйно или гидрокортизон 200 мг в/в медленно, разведенный до 10 мл 0,9% NaCl (или 200 мг в/м, разведенный до 5 мл 0,9% NaCl). В случае бронхообструкции ингаляции салбутамола 5 мг, ипратропия 0,5 мг через небулайзер.

При п/к или в/м введении препарата, вызвавшего шок можно обколоть «крестообразно» место инъекции 1 мл 0,1% раствором эпинефрина разведенного в 0,9 % растворе NaCl.

В случае необходимости приступить к проведению сердечно-легочной реанимации.

Первая врачебная помощь. При сохраняющейся артериальной гипотензии продолжается введение эпинефрина в/в струйно или капельно, титруя дозу в зависимости от клинического ответа или побочных эффектов эпинефрина.

При нестабильном АД возможно проведение инфузионной терапии с целью восполнения ОЦК. Инфузия жидкости должна проводиться с достаточной скоростью, которая позволит достичь уровень систолического давления не ниже 90 мм.рт.ст. Объем инфузионной терапии индивидуален, зависит от степени тяжести. При рефрактерной гипотензии рекомендуется



перейти на в/в капельное введение вазопрессорных аминов: норадреналин, допамин.

Антигистаминные препараты можно вводить больному только после стабилизации гемодинамики, так как их действие способно усугубить гипотензию.

Вывод. При постановке диагноза АШ, важно помнить, что главным критерием, влияющим на дальнейший прогноз, считается скорость оказания помощи пострадавшему. Немедленное оказание помощи может предотвратить наступление летального исхода.

Кондрашова А. Н.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСАХ НАСЕКОМЫХ И ЯДОВИТЫХ ЗМЕЙ

Научный руководитель: *Мороз Ю.Б.*,

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Аллергия – это неадекватный иммунный ответ, заключающийся в избыточной активности реакций между антителами и широким классом веществ, называемых аллергенами. Через укусы насекомых и ядовитых змей в организм человека проникают вещества, которые, вступая с кровеносной системой в реакцию, могут привести к самым тяжелым последствиям. Особенно опасны укусы ядовитых змей, но в летнее время гораздо более распространены укусы таких насекомых как оса, пчела, шмель. Поэтому необходимо знать, как оказывать первую помощь в подобных случаях.

Причины возникновения неотложного состояния. В зависимости от насекомого можно наблюдать различную реакцию организма пострадавшего. Так, например, в задней части тела у муравьев расположена железа, вырабатывающая муравьиную кислоту, которая вызовет раздражение при попадании на кожу и жжение, если окажется на слизистой глаз.

У пчелиного укуса своя специфическая гамма компонентов – в кожу попадает меллитин, гистамин, ферменты, именно они выступают в роли антигенов при развитии аллергической реакции у гиперчувствительных людей.

В отличие от пчел оса не оставляет жало и может ужалить несколько раз. В связи с угрозой стремительного развития отека и удушья опасны укусы ос в область рта, гортани.

Укусы шершня довольно болезненны, но для взрослого человека, не страдающего аллергией, безопасны. Для детей же укус шершня особенно опасен, потому что чем младше ребенок, тем более тяжелы последствия, вплоть до остановки дыхания и сердцебиения. В мерах предосторожности следует не забывать засетчивать или закрывать на лето окна, так как насекомое активно и ночью.



Большинство укусов пауков относительно безвредны. В любом месте от нескольких часов до суток после укуса вы можете заметить симптомы, похожие на укус насекомого. В месте укуса вы можете испытывать: красноту, припухлость, боль, зуд.

Укус некоторых видов может быть ядовитым и даже смертельным. Симптомы укуса ядовитой змеи могут включать: слабость, головокружение, обморок, судороги, тошноту, рвоту, диарею, учащенный пульс, потерю мышечной координации, припухлость в области укуса. Укус ядовитой змеи всегда требует неотложной медицинской помощи. Быстрое лечение может свести к минимуму симптомы и способствовать выздоровлению.

Алгоритм оказания первой помощи.

При укусе насекомого (пчела, оса, шмель, шершень и т.д.):

1. Удалить жало, если оно имеется. Необходимо осторожно, проводя по коже плоским предметом, таким как кредитная карточка, извлечь жало. Если попытаться удалить его пинцетом, то сжатие может высвободить больше яда.
2. Приложить холод к месту укуса.
3. Промойте место укуса водой с мылом.
4. Поместите холодный компресс или пакет со льдом на область около 10 минут, чтобы помочь уменьшить боль и отек.
5. Внутрь принимают антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, пипольфен).
6. Рекомендовано горячее питье.
7. Если вы предполагаете, что у человека может быть серьезная аллергическая реакция, то помогите ему оставаться спокойным, лежать с поднятыми ногами и оставаться неподвижными. Вызовите «скорую помощь».
8. При развитии астматического синдрома нужно использовать карманный ингалятор (если имеется в наличии); при развитии полной асфиксии показана трахеотомия.
9. Если человек теряет сознание и перестает дышать, начните сердечно-легочную реанимацию. Продолжайте ее, пока не прибудет медицинская помощь.

При укусе змеи:

1. Выше места укуса накладывают тугую повязку. Важно чтобы она не нарушала системный кровоток, поэтому при увеличении отечности ее нужно ослаблять. Обязательно вызвать «скорую помощь»
2. До приезда врача пострадавшему дают антигистаминные средства: димедрол, тавегил, супрастин.
3. Рану промывают раствором фурацилина.
4. Больного нужно постоянно поить водой, чтобы снизить концентрацию яда в крови.
5. На место укуса накладывают стерильную повязку.



Чтобы не ухудшить состояние пострадавшего и не навредить самому себе:

1. Поднимите укушенную область выше уровня сердца.
2. Не пытайтесь самостоятельно вырезать или сосать место укуса.
3. Дайте человеку что-нибудь поесть или выпить (кроме напитков, повышающих артериальное давление: кофе, алкоголь)
4. Дайте человеку обезболивающие препараты (предварительно уточнив, нет ли аллергии на какой-либо препарат).

Вывод. Большинство людей в какой-то момент своей жизни были укушены или ужалены насекомыми, пауками или змеями. При легких укусах обычно достаточно элементарной первой помощи. Обработайте область при незначительном кровотечении, отеке, боли и зуде. Если вы подозреваете, что у кого-то может быть сильная реакция на укус насекомого или змеи, немедленно помогите ему получить медицинскую помощь.

Шпитюк Е.В.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЗАКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Научный руководитель: *Фёдорова Н.В.*,

МОУ «Школа №94 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Переломом называется повреждение кости с полным или частичным нарушением её целостности. Предплечье – это часть верхней конечности, состоит из двух костей: лучевой и локтевой, ограниченными сверху локтевым суставом, а снизу – запястьем. Одним из наиболее актуальных переломов является перелом лучевой кости. Данное повреждение наиболее распространено среди школьников, спортсменов и пожилых людей. Также перелом предплечья опасен возникновением осложнений, таких как неправильное срастание костей, аллергической реакцией на гипс (при других переломах данное осложнение также актуально), нарушения кровообращения в конечности, частичная или полная утрата подвижности руки, также возможно приобретение инвалидности.

Причины возникновения неотложного состояния. Кости ломаются под действием сильного напряжения в результате приложения физических сил. Основные признаки перелома: резко выраженная боль, которая усиливается при попытке двигать поврежденной конечностью, припухлость в месте перелома, невозможность брать что-то сломанной рукой, появление подвижности в необычном месте. Чаще всего переломы случаются при травмах во время занятий спортом или при аварии, могут также быть при заболевании костей.

Как говорилось выше, перелом предплечья является одним из самых распространенных, но почему? Потому, что при падении человек инстинктивно выставляет руку вперед, чтобы она послужила ему в качестве опоры и всей



массой своего тела давит на руку, в следствии чего кость ломается. Во время аварии причиной для перелома может послужить местоположение и даже поза человека в момент столкновения или опрокидывания машины, скорость транспортного средства во время совершения ДТП, отсутствие пассивных систем безопасности.

Алгоритм оказания первой помощи.

1. Вызвать скорую помощь.
2. Убедиться, что место безопасно для пострадавшего и оказывающего помощь.
3. При наличии раны наложить асептическую повязку для остановки капиллярного кровотечения и предотвращения попадания инфекции в организм.
4. Вправлять кости самостоятельно строго запрещено!
5. Имобилизовать конечность (обездвижить).

Описание оказания первой помощи.

1. Вызвать скорую помощь. При вызове помощи необходимо, прежде всего, сообщить:

- точное местоположение пострадавшего;
- количество пострадавших;
- что произошло, вид травмы и состояние пациента;
- личность и должность звонившего, а также номер телефона для обратной связи; первым трубку кладёт тот, кому звонят (то есть, диспетчер).

2. Необходимо убедиться, что место безопасно для оказывающего помощь и пациента. Если место безопасно, то следует приступить к оказанию первой помощи. При наличии опасности надо постараться её устранить.

3. При наличии раны необходимо наложить асептическую (стерильную) повязку. Правила при наложении повязки:

- тщательно вымыть руки или обработать их антисептическим средством;
- кожу вокруг раны обработать спиртовым раствором или перекисью водорода;
- положить на рану чистую салфетку для предотвращения попадания инфекции;
- стать напротив лица пострадавшего, чтобы наблюдать за его реакцией и не навредить его здоровью ещё больше;
- начать перевязку бинтом слева направо или если его нет подручным материалом (шарфом, косынкой и т.п.);
- первые витки должны быть закрепляющими, для этого материал надо плотно обернуть вокруг руки, а дальше бинтовать надо с равномерным натяжением без складок;



– заканчивая перевязку, нужно сделать два-три закрепляющих оборота и для дополнительной фиксации завязать крепкий узел.

5. Имobilизовать конечность.

– необходимо наложить фиксирующие шины с внутренней и внешней стороны предплечья;

– обе шины должны быть такой длины, чтобы выходить за локоть и доходить до пальцев, это необходимо для фиксации локтевого и лучезапястного сустава;

– руку необходимо согнуть в локтевом суставе под углом 90° ;

– ладонь должна быть повернута к животу;

– в пальцы вложить небольшой валик;

– шины прибинтовать в двух или трёх местах не затрагивая пальцы;

– предплечье подвесить на косынке, обернув её через шею.

Этот способ предназначен только для транспортной иммобилизации при переломе костей предплечья.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. После оказания первой помощи больного необходимо доставить в медицинское учреждение, где ему проведут диагностику и сопоставят обломки костей, после чего зафиксируют их гипсовой повязкой.

После полного срастания костей гипсовая повязка снимается. Рука после долгого пребывания в неподвижном состоянии отёчна, необходимо снять отёк и начать разработку руки. Как и какие упражнения выполнять объясняет лечащий врач.

Упражнения должны быть регулярными для полного возвращения функционирования руки. Немаловажным фактором в реабилитационный период является питание. Рацион пациента должен быть обогащён витаминами, различными аминокислотами, минералами и другими полезными составляющими.

Вывод. Первая помощь – это неотложные мероприятия, которые необходимо оказать пациенту на месте происшествия в случае внезапно развившейся болезни или травмы. Перелом предплечья – один из самых распространенных переломов. Правильно оказанная первая помощь при данной травме, играет огромную роль в дальнейшем восстановлении и здоровье пациента.



Малолеткин П.А.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КЛАПАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

Научный руководитель: *Малолеткина О.А.*,

МОУ «Лицей №12 г. Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Легкие, один из важнейших органов человека, без воздуха человек может прожить от 2 до 5 минут, затем постепенно отмирают нейроны и наступает летальный исход. Воздух необходим для всего живого – это факт, поэтому знать первую помощь при самых распространенных заболеваниях дыхательной системы просто необходимо.

Пневмоторакс – это наличие в плевральной полости воздуха, проникающего туда вследствие повреждения легких или стенки грудной клетки. Воздух в плевральной полости сжимает легкое, что является причиной ухудшения газообмена. Пневмоторакс бывает различным в зависимости от причины и механизма возникновения. Самым опасным с наибольшей долей летальных случаев является клапанный пневмоторакс

Факторы, вызывающие неотложное состояние. Напряженный (клапанный) пневмоторакс – в отверстии, через которое воздух попадает в плевральную полость, образуется клапан, и при каждом вдохе воздух поступает в плевральную полость, но при выдохе не может из нее выйти. Как следствие, внутриплевральное давление превышает атмосферное и постоянно повышается; это приводит не только к сжатию легкого на стороне поражения, но и к смещению средостения на неповрежденную сторону, другой компрессии легкого, сжатию крупных венозных сосудов, снижению венозного оттока и сердечного выброса. Следствием этих изменений является резкая гипотензия и гипоксемия; может возникнуть внезапная остановка кровообращения. Напряженный пневмоторакс является состоянием, которое непосредственно угрожает жизни и требует безотлагательного вмешательства

Клапанный пневмоторакс имеет очень **характерную картину**, позволяющую быстро поставить диагноз:

1. Колющая или кинжального характера боль, отдающая в область лопатки, плеча или брюшной полости.

2. Затруднённое дыхание (одышка), слабость (потеря сознания), набухание шейных вен, верхних конечностей; «хлопанье» во время вдоха-выдоха.

Образование «лунообразного лица», непропорциональное увеличение некоторых частей туловища.

Опасность такого состояния заключается в возможности развития острого плеврита или эмпиемы плевры.

Задача доврачебной помощи – остановка кровотечения и поступления воздуха в плевральную полость путем наложения тугий герметичной повязки. Для облегчения дыхания следует принять «возвышенное положение». При



болях необходимо дать обезболивающее в виде анальгина или аспирина. При обмороке поднести к носу резко пахнущее вещество (нашатырный спирт, одеколон и т.п.)

На этапе первой медицинской помощи врачами-реаниматологами проводятся следующие действия:

1. Поиск и ликвидация дефектов в плевре (при помощи торакоскопии или торакотомии).

2. Местная анестезия новокаином области пункции.

3. Получение рентгеновского снимка, а затем дренирование лишнего воздуха из плевральной полости. При необходимости установка дренажа по Бюлау на пару суток.

4. Назначение дыхания через кислородную маску увлажненным кислородом, которое уменьшит дыхательную недостаточность.

Вывод. При правильном и своевременном лечении у большинства пациентов наблюдается полное выздоровление, поэтому прогноз при этой патологии, в целом, благоприятный. Пневмоторакс, лечение которого проводилось в срочном порядке и с соблюдением основных принципов, в подавляющем большинстве случаев не вызывает необратимых последствий, то есть, человек остается работоспособным и сохраняет высокое качество жизни. При вторичном пневмотораксе и тяжелом течении болезни прогноз определяется исходя из совокупности всех значимых факторов, в частности, характера и тяжести основного заболевания.

Шмыков Н.С.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОМ ОТЕКЕ КВИНКЕ

Научный руководитель: *Довгялло Ю.В.*,

Учреждение дополнительного образования «ДОНМАН», г. Донецк, ДНР

Введение. Отек Квинке (ангионевротический) – это аллергическая реакция, частота встречаемости этого синдрома составляет всего 2% от числа всех аллергических реакций. Имеет схожий с аллергическими реакциями механизм. Согласно многим исследованиям как минимум каждый десятый человек хоть раз в своей жизни переносил ангионевротический отек в той или иной форме. Ангионевротический отек проявляется локальным отеком кожи, подкожной клетчатки и слизистых оболочек в виде отека на шее и лице - веки, губы, щеки, нос, слизистая рта. Иногда отек переходит на руки. Другие симптомы: затруднение дыхания — это связано с отеком гортани, учащается сердцебиение, слезотечение, тошнота, рвота, кишечная колика при отеке ЖКТ, потеря сознания. Отек развивается в течении 5-10 мин. Спровоцировать отек могут различные аллергены (пища, пыльца, яд насекомых, лекарственные препараты)



Оказание первой доврачебной помощи при отеке Квинке.

1. Первым делом нужно убедиться, что вашему здоровью ничего не угрожает.
2. Затем нужно вызвать скорую помощь.
3. Немедленно прекратить контакт с аллергеном, если удалось установить его.
4. Растегнуть одежду пострадавшего
5. Обеспечить пострадавшему приток воздуха (если он находится в помещении)
6. Успокоить пострадавшего до приезда скорой помощи.
7. Убедиться в сознание ли человек, больной должен постоянно находиться в сидячем положении: в такой позе ему легче дышать, по необходимости укрыть пострадавшего.
8. При укусе насекомого вытащить жало.
9. Наложить повязку выше места укуса.
10. Приложить холодный компресс к месту укуса (по возможности).

Оказание скорой медицинской помощи.

1. Сбор анамнеза направлен на выявление возможных причин, отека Квинке.
2. Пациент должен быть опрошен о любых необычных фактах, например, укусы насекомых, продукты питания, употребление лекарственных препаратов, уточнить было ли проявление отека ранее.
3. При асфиксии (отек слизистой оболочки дыхательных путей) инъекция адреналина 0,3-1 мл.
4. Мочегонные препараты: лазикс 40-80мг в/в стуйно 10-20 мл физиологического раствора.
5. Антигистаминные средства: супрастин 2% – 2,0 в/м, Кларитин, Зиртек, Эриус.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении

1. Первоначально пациенту обеспечивается необходимая медикаментозная терапия для купирования острого состояния и снятия тяжелых симптомов.
2. Анализ крови, анализ мочи, биохимический анализ крови, в случаях подозрения на отек стенки кишки делается УЗИ.
3. Продолжение мероприятий по прекращению поступления аллергена: солевое слабительное, энтеросорбенты (активированный уголь в дозе 1г.), выполнить очистительную клизму.



Мишкинова В.В.

ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ БЕШЕНСТВЕ

Научный руководитель: *Дмитренко С.В.*,

МОУ «Лицей №85» «Гармония», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Бешенство – это инфекционная вирусная болезнь, которая поражает нервную систему и приводит к смертельному исходу. Болезнь передается от животного к человеку через укус и через ослонение. Также, болезнь может вызывать частичный паралич, судороги и водобоязнь. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, от бешенства погибают ежегодно более 55000 человек. Бешенство считалось смертельным для человека до 2005-го года. Однако, спустя три года, в 2008-м было зафиксировано 3 случая выздоровления. Поэтому, бешенство считается одним из опасных инфекционных заболеваний, наряду с ВИЧ, столбняком и другими.

Причины возникновения неотложного состояния. После укуса зараженного животного, у человека проходит инкубационный период.

Первые признаки болезни могут проявиться после укуса в течение 1 недели до года. Симптомы болезни являются следующими:

1. Ранний период. Продолжительность составляет 1-3 дня. Сопровождается повышением температуры до 37,2 градусов, плохим сном, угнетённым состоянием, беспокойством больного, бессонницей. На месте укуса ощущается боль.

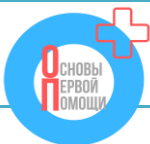
2. Агрессия. Продолжительность 1-4 дня. Сопровождается высокой раздражимостью: яркий свет, шум вызывает судороги мышц, появляется чувство страха, водобоязнь и аэрофобия, галлюцинации и бред. Зараженный становится агрессивным, буйным, у него повышается слюноотделение.

3. Период параличей. У зараженного наступает паралич мышц нижних конечностей, глазных мышц, а также скуловых мышц. Появляется извращенный аппетит. Паралич дыхательных мышц вызывает смерть. Общая продолжительность болезни составляет 5-10 дней. Иногда, болезнь протекает без каких-то симптомов (например, без фобий, начиная сразу с параличей).

Алгоритм оказания первой помощи. Первым делом, необходимо промыть место укуса мылом. Мыть нужно интенсивно на протяжении десяти минут. Глубокие раны необходимо промывать струей мыльной воды. Раны прижигать не нужно. Швы накладывать также не рекомендуется. После этого необходимо обратиться к врачу.

Алгоритм оказания первой помощи:

1. Промыть место укуса мылом в течении 10-ти минут.
2. Если рана глубокая – промыть её струей мыльной воды при помощи шприца.
3. Обратиться к врачу.



Врачу нужно сообщить следующую информацию:

1. Описание животного.
2. Внешний вид животного.
3. Поведение животного.
4. Наличие ошейника.
5. Обстоятельства укуса.

После оказания первой помощи, больному вводят вакцину 6 раз. Первый раз – во время первого посещения к врачу. Затем, вакцину вводят на 3-й, 7-й, 14-й, 30-й и 90-й день после обращения к врачу. Если удалось отследить животное, которое укусило человека, и после 10-ти дней от укуса оно осталось здоровым, то дальнейшую вакцинацию прекращают.

В течение курса вакцинации необходимо, чтобы пострадавший избегал переохлаждения, перегревания, соблюдал гигиену кожи. Прививки не должны проводиться натошак. Во время проведения антирабических прививок пострадавшему нельзя употреблять алкоголь, и в течение 6-ти месяцев с момента их окончания категорически запрещается проведение других профилактических прививок.

Вывод. В ходе доклада, мы выяснили, что бешенство – очень опасное инфекционное заболевание, которое может привести к летальному исходу, как пострадавшего, так и зараженного. Необходимо действовать быстро, чтобы сохранить жизнь человеку или животному. Не рекомендуется затягивать поход к врачу, т.к. отказ от прививок от бешенства может привести к смертельному исходу.

В нашем регионе бешенство не исчезло, поэтому каждый человек обязан соблюдать правила безопасности, чтобы снизить риски заболевания столь опасной болезнью.

Шевяков Д.А.

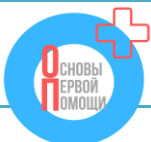
ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ПИЩЕЙ, ГРИБАМИ И ЯГОДАМИ

Научный руководитель: *Курилин В.А.*,

МОУ «Средняя школа №72 города Макеевки», г. Макеевка, ДНР

Актуальность. В нашей республике любят грибы и ягоды, по осени устраивают на них настоящую охоту. И периодически травятся и даже умирают. Но мало кто задумывается о том, что лесной деликатес может быть смертельно опасным. Также стоит отметить пищевую токсикоинфекцию (ПТИ), которая приносит дискомфорт и является довольно частым гостем в нашей жизни.

Причины возникновения состояния. Банальное отсутствие или недостаток знаний в области микологии и ботаники. Употребление продуктов,



которые вызывают отравление, а иногда заканчивается летальным исходом. Халатность людей к своему здоровью. Вызов Скорой помощи с существенным опозданием, которая может стоить жизни.

Алгоритм оказания первой помощи:

1. Вызов специализированной скорой помощи (обязательно).
2. Удаление ядов из желудочно-кишечного тракта, пока они ещё не успели всосаться в кровь.
3. Проведение оральной дегидратации для исключения обезвоживания.
4. Увеличение поступления кислорода, чтобы органам было проще бороться с ядом.

Описание оказания первой помощи.

1. Вызов «Скорой помощи». Транспортировка своими силами возможна лишь в том случае, если пострадавший находится слишком далеко от города, и медики меньше, чем за час, до вас не доберутся.
2. Привести пострадавшего в чувства, при необходимости – провести искусственное дыхание или массаж сердца.
3. Обеспечить пострадавшему безопасные условия.
4. Дать пострадавшему обволакивающие средства. Это необходимо для того чтобы токсины не всасывались через слизистую оболочку желудка.
5. Дать абсорбенты – активированный уголь, Энтеросгель, Лактофильтрум.
6. При обильной рвоте проводить дегидратацию.

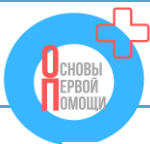
Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. В первые сутки рекомендуется свести к минимуму прием пищи и употреблять как можно больше жидкости. Пейте небольшими порциями каждый час. Объем не должен превышать 100мл, иначе можно спровоцировать приступ рвоты. Желательно употреблять воду. Она обязательно должна быть очищенной. Минеральная вода насытит организм недостающими микроэлементами.

Чтобы облегчит работу пищеварительной системы в меню необходимо включить отварные продукты или приготовленные на пару. Они должны употребляться протертыми и в виде пюре. Пищу следует тщательно пережевывать и проглатывать без спешки. Так питательные компоненты усвоятся лучше.

Во время диеты нужно употреблять теплую еду. Если же она будет слишком холодной или горячей, то может спровоцировать спазмы желудка, рвоту и повреждение эпителия желудочно-кишечного тракта.

Рецепты, предполагающие большое количество соли, лучше не использовать. Употребление поваренной соли ограничивается до 8г в сутки. Большее количество спровоцирует раздражение пищевода.

Специальная диета соблюдается в период от 4 до 7 дней. Привычные продукты питания после отравления нужно вводить в рацион постепенно.



Диета призвана возместить суточную потребность организма в белках – 80г, жирах – 80г, углеводах – 200г. Эти показатели составляют нижнюю границу необходимой нормы. Благодаря подобному ограничению суточная калорийность колеблется в районе 1900-2000 килокалорий.

Вывод. В современном мире особенно остро стоит проблема отравления, ведь происходит повсеместное загрязнение окружающей среды и растения, которые впитывают все эти испарения, становятся непригодными для употребления, но их всё также собирают и уплетают за обе щеки. Особенно это касается грибов, они впитывают множество вредных веществ из окружающей среды. Поэтому необходимо знать, как действовать при отравлении.

Александренко Я.Р., Худович В.С.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

Научный руководитель: *Дмитренко С.В.*,

МОУ «Лицей №85 «Гармония», г. Горловка, ДНР

Актуальность. В последние годы наблюдается рост острых аллергических реакций и состояний, нередко угрожающих жизни больного и требующих неотложной помощи. Аллергическая патология входит в шестерку наиболее частых заболеваний человека. Выбор темы обусловлен ее актуальностью для повышения качества лечебно-диагностической деятельности.

Причины возникновения неотложного состояния:

1. Лекарства (вакцины, гормоны, антибиотики, контрастные вещества).
2. Пища (цитрусовые, шоколад, молочные продукты, пищевые добавки).
3. Животные (насекомые, домашние питомцы).
4. Растения (хвойные деревья, разнотравья).

Алгоритм оказания первой помощи:

1. Вызвать скорую помощь или самостоятельно транспортировать больного в ближайшую больницу.
2. Уложить больного на ровную поверхность, приподнять ноги.
3. Повернуть голову набок для препятствия выводу рвотных масс.
4. Обеспечить приток свежего воздуха в комнату (открыть окно, дверь);
5. Провести мероприятия по прекращению поступления аллергена в организм пострадавшего.
6. Прощупать пульс у больного. Если пульса нет, начинать проводить непрямой массаж сердца.
7. Проверить наличие у пациента дыхания. Если дыхание отсутствует, рекомендуется начинать искусственное дыхание.

Описание оказания первой помощи.



При анафилактическом шоке первая помощь до прибытия врача должна производиться незамедлительно. Для начала следует расположить пациента на ровной поверхности. Конечности пострадавшего нужно поднять, подложить под них, к примеру, свернутое покрывало. Далее нужно повернуть голову на бок, чтобы рвотные массы не задушили пострадавшего. Если инцидент произошел в помещении, то открываются все двери и окна для поступления воздуха.

Требуется устранить поступление аллергена. Так, при укусе насекомого из ранки вытягивают жало, прикладывают к месту укуса пакет со льдом и накладывают давящую повязку выше места повреждения.

После нужно нащупать и измерить пульс на руке, на сонной либо бедренной артерии. Если не прощупывается пульс, тогда следует выполнить непрямой массаж сердца. Нужно узнать, дышит ли человек. Если признаков дыхания нет, то следует начать искусственно запускать лёгкие.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Все случаи анафилактического шока требуют госпитализации в отделение реанимации.

Также рекомендуется до 20 дней находиться под наблюдением у врача для избегания последующих осложнений.

Вывод. Анафилактический шок – это неотложное состояние, которое требует незамедлительного принятия решений. Зная алгоритм действий, перечисленный выше, можно спасти и сохранить человеческую жизнь.

Размыслова Е.Д.

ПИЩЕВОЕ ОТРАВЛЕНИЕ

Научный руководитель: *Тарасенко У.А.*,

МОУ «Школа № 20 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Любой человек может пострадать от пищевого отравления. Отравиться можно в гостях, в заведениях питания, на пикнике. Причиной могут стать некачественные или испорченные продукты, блюда, которые готовили или хранили с нарушением санитарных норм.

Причины возникновения неотложного состояния. Причиной пищевого отравления могут быть: отравление ягодами или грибами; отравление продуктами, которые содержат большое количество бактерий токсичного происхождения; отравление пищей или водой, в которой содержатся вредоносные микроорганизмы, а также несоблюдение правил гигиены.

Алгоритм оказания первой помощи.

1. Промывание желудка.
2. Принятие адсорбента.
3. Очистить кишечник.
4. Согреть пострадавшего.



5. Восполнить потерю жидкости.

Описание оказания первой помощи. Пищевые отравления – это болезни, которые возникают при употреблении пищи и напитков, содержащих токсичные вещества (отравление грибами и т. п.) или патогенные микроорганизмы (в частности, ботулизм).

Чаще всего пищевые отравления легкой формы лечатся в домашних условиях. При осложненных формах заболевания следует как можно быстрее обратиться за медицинской помощью. При обнаружении первых симптомов пищевого отравления следует промыть желудок, чтобы вывести вредные токсичные вещества, которые еще не всосались в стенки желудка. Для этого нужно выпить большое количество воды и после этого вызвать рвоту. Если вредные вещества всосались, то для их удаления используют сорбенты (Активированный уголь, Смекта и т.п.). Согреть пострадавшего – уложить, укутать одеялом, дать теплый чай, можно к ногам приложить грелку. Чтобы избежать обезвоживания советуют обильное питье. При отравлении следует безотлагательно вызвать «скорую помощь», если у больного уже случился обморок, вздулся живот, и обнаружилась на коже сыпь.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Первые сутки лучше воздерживаться от еды, на второй день можно вводить бульон, протертые овощные супы с рисом, слизистые отвары, постепенно расширяя меню. До полного выздоровления надо избегать маринованных, острых, соленых и копченых продуктов, которые раздражают слизистую оболочку желудка. Больному рекомендуется пить кипяченую воду, некрепкий сладкий чай, ягодные морсы, кисели. Газированные напитки запрещены.

Вывод. Правильно предоставленная своевременная помощь позволит предотвратить опасные последствия пищевого отравления. Однако симптомы интоксикации крайне неприятны, а во время лечения человек не может вести привычный образ жизни. Избежать патологических проявлений интоксикации несложно. Для этого нужно соблюдать простые меры предосторожности хранения и использования продуктов питания, а также соблюдать элементарные правила гигиены.

Швец О.И.

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛОЖНОМ КРУПЕ

Научный руководитель: *Мороз Ю.Б.*,

Донецкий медицинский общеобразовательный лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Данная патология является опасной потому, как острая симптоматика развивается достаточно быстро, потому во избежание летального исхода, меры оказания первой помощи следует предпринимать как можно



скорее. В группе риска находятся в большинстве своем дети в возрасте от 1 до 4 лет, однако заболевание может проявиться и у детей старшего возраста. Ложный круп является одной из основных причин смертности детей в возрасте до года. Предрасположенность к крупу имеют также дети, страдающие аллергией и экссудативным диатезом.

Причины возникновения неотложного состояния. Ложный круп – это процесс, при котором происходит острое воспаление гортани, последствием которого является стеноз (резкое сужение) гортани и обструкция верхних дыхательных путей.

Первое, указанный патологический обусловлен специфическими патогенетическими механизмами: ярко-выраженное отекающее пространство под голосовыми связками, что в итоге приводит к сильному сужению просвета гортани; рефлекторный спазм мышц, которые лишь усиливает эффект стеноза. Помимо этого, повышается секреторная активность желез слизистой гортани, что влечет за собой образование густой мокроты (а она и некротические наложения, в свою очередь, заполняют суженный просвет гортани и делают дыхание затруднительным или вовсе невозможным).

Развивается обструктивный синдром (прекращение или нарушение попадания воздуха через дыхательные пути в легкие). Как известно, при нарушенном и недостаточном поступлении кислорода в организм развивается гипоксия, приводящая к нестабильной работе ЦНС, сердечно-сосудистой, прекращению питания органов и тканей. Чаще всего причиной возникновения данного неотложного состояния является вирусная инфекция. Наиболее частыми предвестниками крупа являются вирусы гриппа, парагриппа и аденовирусы.

Ложный круп может представлять собой осложнение острого ринита, фарингита, аденоидита, хронического тонзиллита и др. Также заболеванию может способствовать ослабленное ребенка в следствие родовой травмы, перенесенной при родах гипоксии плода, рахита и диатеза, а также авитаминоз или слабый иммунитет.

Алгоритм оказания первой помощи. При наблюдении выраженных симптомов ложно крупа необходимо немедленно вызывать «скорую». Существует несколько несложных, но необходимых манипуляций, которые следует выполнить до приезда скорой помощи.

1. Успокоить больного.
2. Обильное теплое щелочное питье.
3. Обеспечение свежим воздухом, температура которого входит в диапазон от 18 до 20 градусов. При наличии увлажнителя воздуха следует воспользоваться им, так как прохладный и влажный воздух снижает отек гортани, однако не стоит допускать резкого перепада температуры, так как в этом случае можно вызвать спазм мышц гортани.



4. Применение противоаллергических препаратов, которые действуют на отек, способствуя его уменьшению и ограничивая зону распространения.
5. В нос стоит применить сосудосуживающие капли.
6. При наличии ингалятора или небулайзера обеспечить ингаляцию с глюкокортикостероидами.

Вывод. При своевременном выполнении вышеуказанных манипуляций, соблюдении осторожности можно не только облегчить симптомы ложного крупа, но и спасти жизнь.

СЕКЦИЯ "ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ"





Андреев Р.Н.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ЧЕЛОВЕКА В КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ДОНБАССА

Научный руководитель: *Выхованец Ю.Г.*,
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, ДНР

Актуальность. В результате изменения климатических условий на планете, а также интенсивного антропогенного загрязнения окружающей природной среды, произошли существенные сдвиги в характере воздействия различных факторов внешней среды на организм человека. Значительные колебания температуры воздуха, атмосферного давления, влажности, наличия электромагнитных излучений разной природы и интенсивности в течение короткого промежутка времени, особенно в переходные периоды года, могут оказывать не только неблагоприятное влияние на функциональное состояние отдельных органов и систем организма человека, но и приводить к нарушению и даже срыву процесса адаптации, бессоннице, депрессивным состояниям, а в дальнейшем – к возникновению различных заболеваний – к примеру, таких как артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт. Эта проблема очень актуальна для жителей Донбасса.

Причины возникновения функциональных нарушений организма и здоровья человека. Климат на территории Донбасса характеризуется значительными суточными, годовыми и абсолютными колебаниями температуры воздуха, резкими похолоданиями и оттепелями, частыми туманами, засушливо-суховежными атмосферными явлениями, гололедными образованиями. Наличие Донецкого кряжа и Приазовской возвышенности существенно влияет на формирование климата Донбасса. Данный процесс выражается понижением средней годовой температуры воздуха, увеличением продолжительности периода с морозами, повышением устойчивости снежного покрова, усилением процессов конденсации влаги. Все вышеперечисленные климатические особенности проживания могут отрицательно сказываться на состоянии здоровья жителей Донбасса. В этих условиях актуальной задачей является разработка эффективных мер профилактики функциональных нарушений и заболеваний возникающих при воздействии климатических факторов.

Профилактика. В профилактике таких нарушений важное место занимает правильно организованное питание человека. Необходимо отметить, что питание должно осуществляться дифференцированно в зависимости от типа реакции организма на воздействие климатических факторов. В течении неблагоприятных погодных дней в клетках человека образуется избыток свободных радикалов – «обломков» органических молекул с повышенной биологической активностью. Противостоят этому – вещества, препятствующие



окислению – природные антиоксиданты. Они содержатся в проросшем овсе, свежем растительном масле, фруктах и овощах, витаминах С, Е, А, бета-каротине и в незаменимом микроэлементе селене, содержащегося в морепродуктах, почках, печени. Сюда же отнесем – коэнзим Q 10, содержащийся в рыбе, орехах, постном мясе и растительном масле. Метеочувствительные лица в период колебаний метеорологических факторов должны исключить из питания жирную, жареную, копченую и острую пищу. Например, в этот период лучше использовать молочно-растительную диету. Она исключает из употребления сахар и соль даже в минимальных количествах. В течение дня можно есть бульон из овощей без жира, соли и специй, отварной картофель. Необходимо употреблять овощи, как отварные, так и свежие. В эти дни показано есть ягоды и фрукты, в частности, груши, яблоки и землянику. Из напитков желательно пить чай с лимоном, кофе натурального происхождения, диабетический компот. Жидкости необходимо употреблять не более 2 литров в день.

Вывод. В период резкого снижения температуры атмосферного воздуха рекомендуется употребление капусты. Она легко усваивается, не перегружает печень и пищеварительную систему, при минимуме калорий содержит максимум полезных веществ – незаменимых аминокислот, белков, жиров, витаминов, ферментов, минеральных солей, а также бактерицидное вещество лизоцим, тартроновую кислоту и пентоновые соединения, обезвреживающие конечные продукты обмена и способствующие выведению холестерина. А благодаря особым кислотам – винно-каменной, тормозящей образование жиров из углеводов, и фолиевой – она нормализует расшатанный сезонными переменами обмен веществ. Если нарушается сон, за час до сна можно выпить по полстакана свежего капустного сока. Очень эффективной в дни резких колебаний метеофакторов является рыбная диета. Употребление рыбы ведет к снижению содержания триглицеридов в крови, повышению количества липопротеидов высокой плотности, при этом уменьшается вероятность образования тромбов и атеросклеротических бляшек на стенках сосудов. Полезно проведение яблочно-морковных разгрузочных дней. Эта диета будет способствовать снижению уровня холестерина в крови, нормализации ее свертывание, предупреждению инфарктов и инсультов, риск развития которых весьма высок в дни климатических и гелиогеофизических возмущений.



Шарака Е.И.

ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ. ПЕРЕЕДАНИЯ

Научный руководитель: *Асатрян Л.И.*,

МОУ «Специализированная физико-математическая школа № 35 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. В 21 веке многие сталкиваются с перееданиями. Смеею предположить, что практически каждый человек, на планете Земля, хоть раз в своей жизни, но переедал. На первый взгляд может показаться, что эта тема абсурдна, но это не так. Переедания - далеко не невинная слабость. Вред переедания такой же ощутимый, как и вред голодания: страдают все органы, участвующие в процессе пищеварения.

1. Самое явное заметное последствие переедания – проблемы с лишним весом.

2. При переедании нарушается жировой и углеводный обмен в вашем организме, на все органы возлагается огромная нагрузка. Последствия переедания первыми бьют по сердцу. Органы при переедании увеличиваются и сердце вынуждено обогащать кровью большее пространство. Увеличивается количество работы — увеличиваются мышечные стенки сердца, усиливаются сокращения.

3. Гормональный сбой.

4. Нарушение сна. После переедания организму сложно заснуть, ведь пищеварительные процессы продолжаются.

5. Дистрофические изменения хрящевой ткани. Из-за усиленных нагрузок при имеющемся лишнем весе стирается хрящевая ткань позвоночника, разрушаются и воспаляются суставы. Чем раньше получится решить проблему с перееданием, тем быстрее вы избавите свои суставы от преждевременного износа.

6. Психическое состояние также подвергается определенному давлению.

Цели и задачи работы. Объяснить, что такое на самом деле переедания. Причины и способы борьбы с ними.

Исследование проблемы. Переедания по количеству съеденного сверх нормы бывают:

Безопасные. Вы просто съели немного больше. Например, ели пачку мармелада, осталось 5 штук, а вы уже сыты: «Ну а куда их деть? Да и они очень вкусные». Доели. Данный тип перееданий по тем или иным причинам встречается у всех людей. Это не угроза, но над этим стоит поработать.

Опасные. Вы не можете остановиться. Съели и 5 оставшихся мармеладок, и новую пачку, и все, что только было доступно. Физически вы уже не хотите есть, но все ещё продолжаете это делать, вам очень трудно перестать. Это НЕ нормально. Этот тип перееданий опасен как для физического, так и для психологического здоровья. Вы нагружаете организм лишней едой, ему трудно



все это переваривать, энергия лишняя, вам тяжело. Плюс ко всему вы корите себя за съеденное, вам морально некомфортно.

По причинам возникновения переедания бывают:

1. Вызванные ограничениями.
2. Вызванные эмоциями.
3. Вызванные внешними факторами.

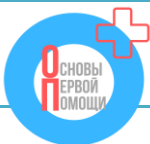
С точки зрения того, что происходит на психологическом уровне – вы убеждаете себя в том, что вам ещё нужна еда. Функция пищеварительной системы заключается в превращении еды в полезные для организма вещества. Какие-то вещества организм сжигает, другие – использует для роста, третьи – накапливает на будущее. Этот процесс начинается еще во рту. После того, как пища прошла через желудок, она поступает в тонкую кишку, где продолжается процесс пищеварения. Здесь расщепленные питательные вещества всасываются в кровоток. Тонкая кишка соединяется с двухметровой толстой кишкой. В толстой кишке большая часть воды всасывается в кровоток, а оставшиеся отходы превращаются уже в то, что обычно является итоговым продуктом жизнедеятельности человека.

После переедания еда движется в двух направлениях: вперед – когда она спускается ниже по пищеварительной системе, и назад – когда она выходит в форме рвоты, а такое бывает при сильных перееданиях. Переедание вызывает расстройство желудка, потому что желудочная кислота продолжает поступать в пищевод. У пищевода эта кислота вызывает реакцию, которая проявляется изжогой. Затем все эти массы еды движутся по тому пути, что я описала выше, надолго нагружая ваш организм, ведь объем съеденного превышает то количество еды, на которое рассчитывалось. Плюс ко всему организм направляет значительную часть энергии на переваривание полученной пищи, вызывая тем самым чувство усталости и сонливости.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

1. Ешьте по потребностям.
2. Ешьте без телефона и не погружайтесь с головой в разговоры.
3. Уделяйте внимание вкусу, консистенции еды. Наслаждайтесь.
4. Не доедайте из-за того, что вы заплатили.

Выводы и предложения. Вся еда есть в свободном доступе в любое время, зачем заталкивать её в себя сейчас, если вы этого не хотите, если ваш организм этого не хочет, если вам, в конце концов, будет плохо от этого? НЕЗАЧЕМ. Организм – не мусорная корзина!



Мирошниченко О.А.

САХАР: ПОЛЬЗА ИЛИ «БЕЛАЯ СМЕРТЬ»?

Научный руководитель: *Голина О.Н.*,

МОУ «Учебно-воспитательный комплекс «Гармония» города Донецка»,
г. Донецк, ДНР

Актуальность. В последние десятилетия проблема избыточного потребления сахара становится актуальней. С каждым днём сахаросодержащие продукты окружают нас всё больше и больше. Большинство из нас не могут представить свою жизнь без них. Учёные уже долгое время ведут серьёзные дискуссии на счёт пользы и вреда сахара. На биохимическом уровне механизм воздействия сахара на организм современные диетологи сравнивают с наркотической зависимостью. При этом именно те, кто жестко ограничивает свой рацион безуглеводными диетами, чаще всего «срываются» и постоянно проигрывают в этой борьбе. Почему? Ответ прост: сахара жизненно необходимы для функционирования нашего тела и мозга – нужно лишь помнить о том, в какой форме можно их потреблять и в каких количествах.

Сахар в организме. Попадая в организм, он разлагается на глюкозу и фруктозу. Обе они направляются в печень. Глюкоза немедленно даёт нам энергию или пополняет запасы наших «батареек». Однако регулировать поступление фруктозы печень не способна, ведь в природе её очень мало, так что она сразу попадает в кровь, и, если в этот момент нам не нужна энергия, превращается в жир. Часть остаётся в печени, что повышает риск появления резистентности к инсулину и диабет. Остальное по сосудам разносится по организму в виде триглицеридов, что приводит к увеличению веса, блокировке сосудов и сердечным заболеваниям. Когда мы едим что-то сладкое или другую пищу, содержащую углеводы, например, хлеб или макароны, печень синтезирует гормон инсулин. Благодаря ему, наши клетки способны поглощать глюкозу и перерабатывать её в энергию. Чем больше глюкозы, тем больше вырабатывается инсулина. Но, что самое главное, пока инсулин в крови, жировые клетки удерживают жир, т.е. процесс его сжигания отключается.

Что же в это время происходит с нашим мозгом? Чем быстрее увеличивается количество сахара в крови, тем больше вырабатывается инсулина. В результате этого уровень глюкозы также быстро падает. При низком уровне сахара наш мозг уже не счастлив, поэтому он выбрасывает гормоны стресса, например, адреналин. Нам снова хочется съесть что-то сладкое, и, когда мы это делаем, количество глюкозы возрастает, инсулин перерабатывает её в энергию, и уровень опять падает, высвобождая адреналин. И весь этот процесс повторяется, в результате чего у нас появляются резкие перепады настроения и активности, тревога и панические атаки.

Сахароза, фруктоза, лактоза, мальтоза и пр. – семейство «простых сахаров» обширно, и именно их опасно употреблять в больших количествах



и/или в чистом виде. Экстренный допинг в виде большой ложки меда, конфеты или кружки сладкого чая оправдан лишь, когда резерв глюкозы в крови полностью истощен: сил нет, в глазах темнеет, кружится голова, руки и ноги холодеют и дрожат. Такая «скорая помощь» позволит прийти в себя, например, если вы работаете на износ и совсем забыли о еде – но форс-мажор не грозит, если в рационе будет достаточно «сложных» или «медленных» углеводов.

Цельнозерновой хлеб, рис, паста и другие блюда из цельных зерен, соя и разные виды бобовых, свежие овощи, фрукты и молочные продукты – все они содержат «медленные» углеводы, которые организм может использовать на протяжении долгого времени, постепенно и равномерно используя их энергетический потенциал. В результате необходимый уровень глюкозы в крови остается стабильным, а организм ощущает себя спокойными полным сил.

Итак, вот примерный **список заболеваний**, которые способен вызвать избыток сахара в организме:

- ожирение;
- сахарный диабет I и II типа;
- цирроз печени;
- заболевания сердечно-сосудистой системы, такие как жировая эмболия, тромбоз, ишемия и стенокардия;
- панические атаки и психологическая нестабильность;
- гиперактивность у детей;
- кариес и прочие повреждения зубов.

В то же время, недостаток глюкозы также неизбежно ведёт к серьёзным нарушениям деятельности организма, таким как состояние необъяснимой тревоги, чувство голода и тошнота, онемение губ, кончиков пальцев, спад настроения, нарушения психической деятельности, раздражительность, невозможность сконцентрироваться, головные боли, проблемы со зрением, нарушение моторной координации (затруднения в ходьбе и разговоре), а также, при тяжёлой форме, потеря сознания, судороги, длительная кома, проблемы с сердцем и сосудами, мозговые поражения.

Вывод. Таким образом, проанализировав данную информацию, можно сказать, что сахар важен для нашего организма. Он нормализует некоторые процессы в нашем организме. Он, безусловно, необходим, но, как и многие другие продукты, употреблять его следует в меру. Рекомендованная ВОЗ норма – 50 г, т.е. 12 чайных ложек. Избегайте фанатизма: как известно, самым сладким кажется именно запретный плод – поэтому время от времени позвольте себе съесть любимую шоколадку. Жесткие ограничения (и чувство вины, когда мы их нарушаем) всегда вызывают стресс – и попытки поднять себе настроение с помощью «вредных» продуктов. Кроме того, есть масса других удовольствий, которыми можно «подсластить» жизнь.



Артеменко Е.Ю.

ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

Научный руководитель: *Кравченко Т.Г.*,

МОУ «Гимназия №92 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Правильное питание - это крепкое здоровье, хорошее самочувствие и отсутствие проблем с внешностью. Вы наверняка не раз слышали выражение: «Мы – это то, что мы едим». Правильное питание не требует строгого ограничения употребляемых продуктов. Оно включает в себя разнообразный выбор здоровой пищи, её правильное приготовление, приблизительный подсчет калорийности продуктов. Подсчет количества калорий, учитывает: пол, возраст и род деятельности человека. Подсчитать его можно с помощью специальных калькуляторов.

Многочисленные научные исследования доказывают большое влияние питания на наше здоровье. Например, китайское исследование убедительно показывает, как мы можем улучшить наше обычное питание, чтобы избежать болезней цивилизации.

Непищевые расстройства являются проблемой, а количество неправильно питающихся людей. Большинству людей не хватает информации, образования.

Правильное питание должно стать образом жизни. Соблюдая правильное питание можно не только поддерживать свою фигуру в форме, но и поправить свое здоровье и сделать свою жизнь более гармоничной.

Завтрак. Утром, сразу после сна, полезно выпить стакан теплой воды. Вода запускает в работу все органы нашего организма. Желательно пить воду с лимоном. Лимон очищает кровеносные сосуды и артерии, улучшает работу печени и кишечника, состояние кожи. Каждое утро нужно съедать полноценный завтрак. Перекусы наносят вред фигуре, пищеварительному тракту и самочувствию. Калорийные блюда следует съедать утром, так как в течение дня организм успеет потратить набравшиеся калории.

Завтрак должен включать в себя белки и углеводы, так как эти вещества наполняют нас энергией в первой половине дня. Это может быть: гречка, рис, блинчики, манка, сладости, ячневая крупа, хлеб грубого помола.

Правильный завтрак подойдет каждому человеку, поэтому его можно готовить для всей семьи.

Обед. Обед является основным приёмом пищи. Он должен быть сытным. В промежуток с 12 до 15 часов дня в организме вырабатывается максимальное количество ферментов для расщепления и усваивания пищи. Так что желательно обедать именно в этом промежутке времени. Полноценный обед должен включать в себя суп, второе блюдо и десерт. При соблюдении правильного питания стоит отказаться от жаренного, острого, сильно солёного и приторных продуктов, сладких напитков.



Суп очень полезен для пищеварения. Второе блюдо наполняет организм витаминами и микроэлементами, которые так нам необходимы. В обед полезно съедать рыбные и мясные блюда, без обжаривания. Гарнир может включать овощи и крупы. К нему полезно добавлять салаты без жирных заправок. Майонез лучше заменить растительным маслом. В качестве десерта-компоты, чай с лимоном или медом, какао, творожные запеканки, мармелад, черный горький шоколад.

Порции не должны быть большими. Переедание может привести к тяжести в животе и сонливости.

Ужин. На ужин должно быть минимум калорий, но максимум пользы. Употреблять перед сном каши не рекомендуется, так как они содержат углеводы, расщепление которых происходит очень долго. На ужин полезно есть продукты, в которых мало жиров и углеводов. Можно приготовить тушеные овощи, овощные смузи, морепродукты, нежирную рыбу в отварном или запеченном виде, белковый омлет, творог.

Ужин за 2-3 часа до сна – самый подходящий вариант. При появлении чувства голода можно пить кефир, бифидок, йогурты. Если не удалось удержаться перед сладким, можно заменить его медом (чайная ложка). Положить мед в рот и рассасывать, глотать сразу не желательно. Запить можно стаканом воды или отваром мяты. После меда у человека исчезает чувство голода. Мед также способствует улучшению сна.

Также не следует забывать о воде! Вода – это жизнь и основа хорошего самочувствия. Воды нужно пить столько, сколько хочется, руководствуясь чувством жажды и цветом мочи. У детей и пожилых чувство жажды может быть притуплено, им нужно предлагать пить больше.

Вывод. Переход на правильное питание может вызвать сложности, но крепкое здоровье стоит этих усилий над собой. Отсутствие проблем с пищеварением, крепкое здоровье, хорошие показатели анализа крови, красивая кожа – это часть плюсов, которые может получить человек при правильном питании. К тому же доказано, что соль, перец, сахар, напитки, алкоголь, усиливают аппетит! Понятие о правильном питании у каждого свое, но фундамент один: ешьте как можно больше полезных продуктов, овощей, не переедайте, не ешьте на ночь и занимайтесь спортом.

СЕКЦИЯ

"ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ"





Алиев Ф.Ф.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D

Научный руководитель: *Кравченко Т.Г.*,

МОУ «Гимназия №92 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Дефицит витамина D в XXI веке является распространенной проблемой, которая требует немедленного лечения, так как это может привести к серьезным заболеваниям. В данной работе мы рассмотрели роль витамина D в организме человека, составили статистику страдающих гиповитаминозом, определили болезни, вызванные дефицитом витамина D и какие меры нужно применять в данном случае.

Цели и задачи работы. Обосновать глобальность недостатка витамина D среди населения, выявить, к каким последствиям может привести недостаток в организме витамина D и какие меры следует предпринять.

Исследование проблемы. Витамин D (Кальциферол) - это витамин, который долгое время находится в организме человека. Его источником является солнце, потому что определенное количество данного витамина синтезируется именно под его лучами. Дефицит витамина D может появиться при долгом его неупотреблении. В целом витамин D напрямую связан с кальцием и фосфором, так как регулирует их обмен в крови. Например, нехватка кальциферола, особенно у детей, приводит к рахиту, и деформации скелета. А это проявляется тем, что в организме есть нехватка кальция. У пожилых людей наблюдается повышенный риск проявления дефицита, так как их кожа со временем не активно синтезирует витамин D.

Современные исследования, которые были проведены в различных странах, показывают, что большая часть населения, разной национальности, страдают дефицитом витамина D. Например, исследования, которые были проведены в северных и южных частях Индии показывают, что 75-85% исследованных страдают нехваткой витамина D. Категории людей, подверженные к дефициту витамина D:

- грудные младенцы;
- пожилые люди;
- люди с ограниченным пребыванием под солнцем;
- люди с темной кожей;
- люди с нарушением всасывания жиров;
- люди, страдающие ожирением.

Симптомы дефицита витамина D:

- потеря аппетита,
- бессонница,
- жжение во рту и в горле,
- снижение веса,



- ухудшение зрения,
- резкие боли в суставах,
- головные и мышечные боли,
- лихорадка,
- повышение артериального давления,
- судороги,
- замедление пульса,
- затруднение дыхания,
- развитие остеопороза.

Болезни, вызванные дефицитом витамина D.

Рахит. Проявляется у детей, характеризуется недостаточностью минерализации костной ткани, в результате которого формируются мягкие кости и деформации скелета.

Остеомаляция. Обычно проявляется у взрослых. Заболевание, которое основано на отложениях соли кальция в костной ткани, что приводит к снижению эффективной работы костей.

Болезни, которые усугубляются дефицитом витамина D: аутизм, рак, болезнь Альцгеймера, цистический фиброз, деменция, диабет (1 и 2 типа), остеопороз, астма, гипертензия, бесплодие, сердечные заболевания, болезнь Крона, шизофрения.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

1. При возможности находиться большепод солнечными лучами.
2. Употреблять продукты, содержащие витамин D: сельдь, сметану, лосось, говяжью и свиную печень, сливочное масло, молоко средней жирности.
3. Нужно своевременно отлучать от груди ребенка, так грудное молоко содержит в малом количестве витамин D.
4. Обязательная консультация с врачом, не занимайтесь самолечением!

Витамин D является одним из важнейших компонентов нашего организма, недостаток которого может привести к дисбалансу и серьезным заболеваниям. Следите за своим здоровьем.

Томозлакар Я.А.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Научный руководитель: *Шентефрац И.С.*,

ГОУ «Бендерский медицинский колледж», г. Бендеры, Приднестровская Молдавская Республика

Актуальность и постановка проблемы. «Как смешны требования людей курящих, пьющих, объедающихся, неработающих, и превращающих ночь в



день, о том, чтобы доктор сделал их здоровыми, несмотря на их нездоровый образ жизни» – Л.Н. Толстой.

В 21 веке нагрузки на организм человека становятся все больше, скорости жизни во всех областях увеличиваются – соответственно жизнь общества меняется огромными темпами, и далеко не всегда отдельно взятый современный человек может быть конгруэнтным, т.е. успевать соответствовать быстро меняющейся окружающей действительности, и всей цивилизации.

Медики, психологи, ученые свидетельствуют о том, что человек подвергается все большему риску техногенного, экологического, психологического, политического и военного характера, что вероятнее всего может спровоцировать негативные сдвиги в состоянии здоровья человека.

Цели и задачи работы. Продемонстрировать все преимущества здорового образа жизни (ЗОЖ). Показать и доказать на примерах, как и по какой причине ЗОЖ является фундаментом для здоровья человека, а значит для его успешной, продуктивной, счастливой жизни. Рассказать о понятии здорового образа жизни. Изучить влияние вредных факторов на здоровье человека. Поддержать пропаганду и формирование навыков здорового образа жизни у нынешнего поколения.

Исследование проблемы. Здоровье – это бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества. Здоровье – это основное условие полноценной и счастливой жизни. Оно помогает нам выполнять наши задуманные планы, успешно выполнять основные жизненные задачи и справляться с трудностями.

1. Здоровье складывается из следующих факторов:
2. Состояние внутренних органов и систем.
3. Физического состояния организма.
4. Психического состояния.
5. Системы нравственных ценностей.

В течение жизни здоровье необходимо укреплять и сохранять. При соблюдении несложных правил человек чувствует себя бодро. Однако не все люди придерживаются норм здорового образа жизни. Одни – не соблюдают рацион питания, другие – малоподвижны и не соблюдают режим труда и отдыха.

Существует несколько определяющих моментов здорового образа жизни:

1. Одним из них является режим и рацион питания. Полноценный приём пищи способствует правильному росту организма, хорошему самочувствию, высокой работоспособности и продлению жизни.
2. Следующим важнейшим условием здорового образа жизни является двигательный режим. Его основу составляют систематические занятия спортом.
3. Полноценный сон
4. Соблюдение гигиены
5. Закаливание



б. Соблюдение режима труда и отдыха

Среди факторов, характеризующих здоровый образ жизни надо выделить следующие:

- уровень стрессовой нагрузки;
- социально-опасные инфекционно-венерические заболевания;
- присутствие вредных привычек: курение – приводит к различным заболеваниям, а также к снижению восприятия учебного материала; при потреблении алкоголя нарушается функция внутренних органов, а также работа центральной и периферической нервной системы; употребление наркотиков.

Выводы и предложения. Исходя из всего выше сказанного, можно сформулировать следующие правила ЗОЖ:

1. Пейте больше воды. В течении дня надо выпивать хотя бы литр чистой воды.
2. Скорректировать пищевой рацион.
3. Сон, должен составлять 6-8 часов.
4. Вести активный образ жизни.
5. Полностью отказаться от вредных привычек.

Соблюдая правила здорового образа жизни, становится легко полноценно выполнять личные и семейные функции, профессиональные и социальные задачи.

Формирование здорового образа жизни должно начинаться с детства, продолжаясь в молодости и зрелом возрасте. Если вы физически активны, правильно питаетесь и придерживаетесь правильного режима дня, то многие проблемы отпадают сами собой.

Кузнецова А.В.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Научный руководитель: *Ризун Н.И.*,

ГОУ «Бендерский медицинский колледж», г. Бендеры, Приднестровская Молдавская Республика

Актуальность и постановка проблемы. Здоровый образ жизни (ЗОЖ), как главная составляющая качества жизни человека в целом, не занимает пока должного места в иерархии потребностей и ценностей молодого поколения. Но если мы, специалисты среднего медицинского звена научим их ценить, беречь и укреплять свое здоровье, если мы будем личным примером демонстрировать ЗОЖ, то только в этом случае можно надеяться, что будущие поколения будут более здоровы и развиты.

Нужно понимать, что здоровье нельзя купить, его нужно сохранять, развивать и совершенствовать. Проблема повышения качества жизни и



сохранения здоровья с раннего возраста становится все более актуальной и значимой.

Исследование проблемы. Состояние здоровья подрастающего поколения – важнейший показатель благополучия общества и Республики, отражающий не только современную действительность, но и дающий точный прогноз на будущее. Трудовые ресурсы Республики, ее безопасность, политическая стабильность, экономическое благополучие и морально- нравственный уровень населения непосредственно зависят от состояния здоровья населения.

Важно подчеркнуть, что до последнего времени здравоохранение уделяло внимание только населению, которое нуждалось в восстановлении после лечения. Для нового этапа развития здравоохранения нашей Республики, когда поэтапно внедряется ежегодная диспансеризация всего населения, характерны не только охрана здоровья, но и его укрепление. Приоритетным направлением здравоохранения становится первичная профилактика, поэтому наряду с глубоким изучением факторов болезни и больного человека, возникла новая проблема – всестороннего изучения факторов ЗОЖ.

В настоящее время насчитывается более 60 определений понятия ЗОЖ. Ни одно из них не может раскрыть его в полном объеме. Таким образом, здоровье человека – это не только отсутствие болезней и благополучие, это в меньшей степени наличие гигиенического мировоззрения и гигиенической культуры. Можно без преувеличения сказать, что культура человека начинается, прежде всего, с поддержания чистоты своего тела, духа и жилища. На самом же деле, многие люди не соблюдают самых простейших, обоснованных наукой норм ЗОЖ. Одни становятся жертвами малоподвижности, вызывающей преждевременное старение, другие увлекаются фаст-фудом, который, приводит к развитию ожирения, склероза сосудов, третьи являются трудоголиками и не умеют отдыхать, всегда беспокойны, нервны, что в конечном итоге приводит к многочисленным заболеваниям.

Слово «здоровье» первоначально означало «целостность» и предполагает физическое, психическое, эмоциональное и духовное здоровье. Здоровье духовное и психологическое – составные части индивидуального здоровья человека. Духовное здоровье человека зависит от чистоты его мыслей, отношения к людям, событиям, ситуациям. Психическое и духовное здоровье находятся в гармоничном единстве и постоянно взаимно влияют друг на друга.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Исходя из этого, сформулируем основные требования и рекомендации, которые должны быть, положены в основу здорового образа жизни:

- соблюдение режима дня-труда, отдыха, сна;
- включение различной двигательной активности;
- приобщение к снятию нервного напряжения;
- использование различных методов закаливания;



– рациональное питание.

Существенным моментом здорового образа жизни является комплексное использование этих методов, что позволит обеспечить физическое, эмоциональное, духовное, интеллектуальное здоровье.

Выводы и предложения. Проблема укрепления здоровья молодого поколения становится приоритетным направлением работы с молодежью и входит в число приоритетных задач социального и экономического развития нашей Республики, главным направлением профилактической работы в деятельности медицинских работников, что обеспечит теоретическую и практическую разработку правил ЗОЖ. Современный человек знает о здоровье достаточно много, как и о том, что надо делать для его поддержания и достижения. Но этого недостаточно, нужно не только знать, но и хотеть исправить ситуацию. Важно, чтобы и взрослые и дети накапливали знания о способах и средствах, укрепляющих здоровье, обладали привычкой постоянно осуществлять меры, направленные на его сохранение.

Данелия Д.М.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Научный руководитель: *Баландина К.В.*,

МОУ «Специализированная школа №17 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность здорового образа жизни обусловлена увеличением и изменением характера стрессов на теле человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением экологических, психологических, политических и военных рисков, которые вызывают негативные изменения на здоровье человека.

Главными бедами современного человека являются большое количество стрессов, физической нагрузкой, неправильное питание, вредные привычки (курение, алкоголь), пассивный образ жизни, плохой режим сна и пренебрежение здоровьем – все это приводит к серьезным заболеваниям. Поэтому данная тема является очень актуальной и заслуживающей детального исследования.

Цель данной работы: исследовать теоретические основы здорового образа жизни и основы правильного питания.

Здоровый образ жизни: понятие и структура.

Понятие «здоровье» с давних лет не имело конкретного определения. И в настоящее время существует много определений и все довольно правильные. Здоровый образ жизни – система привычек и поведения человека, направленных на обеспечение определенного уровня здоровья. Если вы спросите нормального человека о здоровом образе жизни, он ответит, что это физические упражнения. Второе определение можно рассмотреть так, что здоровый образ жизни – это



активная деятельность людей, направленная на поддержание и укрепление здоровья, возникновение и развитие заболеваний, оптимальное использование для защиты и улучшения здоровья, социальных и экологических условий.

Основные компоненты ЗОЖ:

1. Нормальное и сбалансированное питание, гарантирующий полный запас микроэлементов в организм.
2. Соблюдение личной гигиены, причём это должно относиться не только к личной гигиене, но и к окружающим.
3. Отказ от вредных привычек (алкоголь, табак).
4. Правильно установленный режим работы и отдыха.
5. Соответствующая физическая активность (спорт, активный отдых).
6. Здоровая эмоциональность – нет лучшего психолога для человека, чем он сам, осознающий свои эмоции и действия.
7. Позитивное восприятие окружающего мира. Здоровая окружающая среда принесет пользу вашему телу и разуму.

Основы правильного питания.

С древних времен человек использовал питание как одно из важнейших средств укрепления здоровья. Недаром древнегреческие мудрецы говорили: человек есть то, что он ест. Из шести основных типов питательных веществ три группы соединений (углеводы, жиры и белки) обеспечивают организм энергией, а остальные три группы (витамины, минералы и вода) не содержат калорий.

Основным источником энергии являются углеводы и жиры (липиды). Нельзя допускать переедания: оно ведет к ожирению, что пагубно скажется на здоровье человека.

Белки, или протеин, являются наиболее важными для жизни организма. Они являются структурной основой всех клеток организма, гарантирующих их активность.

Жиры являются органическим веществом или источником энергии. В то же время они выполняют другие важные функции в организме: они защищают организм от переохлаждения, служат естественными источниками витаминов А, Е, D.

Углеводы считаются основным источником энергии для организма. Кроме того, они необходимы для нормального функционирования нервной системы, они также играют важную роль в метаболизме белков, в окислении жиров, но их избыток в организме создает жировые отложения. Они могут поступать с пищей в виде моносахаридов (фруктоза, галактоза), дисахаридов (сахароза, лактоза) и полисахаридов (крахмал, гликоген, пектин), превращаясь в глюкозу. Главное не забывать, что здоровье человека зависит от массы тела и врачи рекомендуют ограничить потребление калорий. Необходимо использовать продукты с повышенной биологической ценности: овощи, фрукты и т. д. Именно эти продукты содержат в себе много ценных витаминов и



минеральных веществ.

Вывод. Здоровый образ жизни укрепляет организм человека как физически, так и духовно. Ожидаемая продолжительность жизни увеличивается, и жизнь становится намного приятнее. Итальянский физиолог Анджело Моссо сказал: «Физические упражнения могут заменить многие лекарства, но никакое лекарство в мире не может заменить физические упражнения». Жизнь не стоит на месте, она требует движения, и нам желательно не отставать от нее.

Ланцер Р.В.

ЗДОРОВЬЕ – ЭТО ОСНОВНОЕ БОГАТСТВО ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель: *Бородкина Е.Ю.*,

МОУ «Образовательная школа №3 города Енакиево», г. Енакиево, ДНР

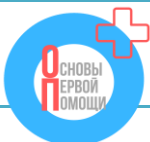
Актуальность и постановка проблемы. Актуальность выбранной темы состоит в необходимости прививать навыки ЗОЖ для снижения заболеваемости у школьников, т.к. самая большая ценность, которую человек получает от природы - это здоровье. Здоровье человека и нации является одним из показателей культуры общества и сильного государства. Сейчас в мире наметилась тенденция к ухудшению здоровья среди подрастающего поколения. Проблемы сохранения здоровья школьников и привития им навыков здорового образа жизни сегодня очень актуальны в связи с резким снижением процента здоровых детей, увеличением числа имеющих хронические заболевания, неврозы. Причины такого состояния – нарушения экологии, гиподинамия, нервно-психические нагрузки, незнание своего организма, состояние социальной среды, в результате чего происходит снижение уровня жизни.

Цель. Исследовать состояние заболеваемости учащихся класса, предложить пути их профилактики.

Задачи:

- проанализировать пропуски учащихся класса по состоянию здоровья;
- провести анкетирование среди одноклассников с целью изучения влияния спорта на здоровье;
- установить взаимосвязь заболевания со здоровым образом жизни;
- пропагандировать среди школьников сознательную потребность в ведении здорового образа жизни.

Исследование проблемы. Я провел социологический анализ учащихся своей школы и выяснил, что налицо снижение уровня жизни. Из 126 человек у 91 (72%) существуют объективные причины нарушения социального благополучия (табл.1). По результатам ежегодных медосмотров детей врачами оценивается состояние их здоровья с целью выявления и предупреждения



болезней. Анализ этих результатов показывает, что у учащихся 1-9 классов основная группа по физкультуре -103 чел., подготовительная-18, специальная-5.

Проанализировав пропуски учащихся за 1 полугодие, выяснил, что из 200 пропусков 173(87%) по болезни, в основном ОРВИ. Школьники мало знают о способах поддержания здоровья. Чаще всего под здоровым образом жизни понимают отсутствие вредных привычек. В ходе анкетирования учащихся 5-9 классов по выявлению отношения к вредным привычкам был получен такой результат: из 79 опрошенных 48 (61%) не считают опасным для людей курение сигарет.

Мною было проанализировано участие учащихся школы в кружках и получен следующий результат: 101 человек посещает кружки, но спортивнонаправления только 24 человека (24%) (табл.2). Значит, у ребят развивается гиподинамия.

На примере своего класса (13-14 лет) провел подсчет ИМТ- величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста и тем самым оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной. На основании полученных данных убедился, что среди исследуемых у 1чел.(1%) из 13 избыточный вес (табл.3). В спортивных кружках занимаются только 2(15%) человека, которые не пропускали уроки по болезни, процент же пропусков по болезни у всего класса равен 76%. Утреннюю зарядку делает 1 человек из 13. Сделал вывод, что ребята не обладают избыточным весом из-за нарушения социального благополучия, а пропуски занятий по болезни можно частично объяснить низким процентом занятости в спортивных кружках, нарушении режима дня и гиподинамией.

Выводы. Анализ литературных источников и практическая работа послужили мне важным фактором совершенствования знаний про здоровый образ жизни. В результате проделанной работы я сделал выводы:

1. Никто - ни медики, ни учителя не смогут сделать ребенка здоровым, если он не получит навыки ЗОЖ в семье с раннего возраста.

2. Здоровый образ жизни предполагает правильное питание, физическую нагрузку, оптимальный режим труда и отдыха, личную гигиену, закаливание, достаточную двигательную активность, отрицательное отношение к вредным привычкам.

3. Причинами нарушения здоровья могут быть умственное и физическое перенапряжение, недостаточный сон, избыточное или недостаточное питание, плохая экология, вредные привычки.

4. Высокая работоспособность зависит от двигательной активности, закаливания организма, оптимального сочетания физического и умственного труда.

5. Долголетие и здоровья обретают те люди, которые всегда придерживаются ЗОЖ.



Предложения:

- перед началом уроков в школах и детсадах проводить зарядку 15мин.;
- ввести в школьную программу уроки физкультуры по плаванию и самообороне;
- открыть в городах ДНР тире по стрельбе;
- внедрение спортивного комплекса ГТО;
- осуществить общедоступность спортивных залов для подростков;
- продолжить проведение спортивных соревнований, турниров поЗОЖ.

Таблица №1 Социологический паспорт учащихся школы

№ п/п	Дети из семей:	Количество детей
1	Многодетных	24
2	Неполных	63
3	Одиноких матери	42
4	Родителей инвалидов	2
5	Под опекой и попечительством	4
6	Безработных родителей	51
7	С детьми инвалидами	3
8	Неблагополучных	5
9	Малообеспеченных	5

Таблица №2. Посещение кружков и спортивных заведений

№ п/п	Название организации	Количество детей
1	Фитнес-клуб «Олимп»	7
2	КДЦДК «ДК 40-летияпобеды»	4
3	ЕМТ	4
4	Спорткомплекс «Шахтер»	6
5	ЦДЮТ	7
6	Кружок «Умелые руки» ОШ №3	12
7	ЕНЦУМ	7
8	ПДош№3	8
9	ЮИДош№3	8
10	МОДОЦТК ош№3краеведение	54
11	Школа искусств	11



Таблица №3 Результаты индекса массы тела учащихся 8 класса

Имя	Рост	Вес	ИМТ	Результат
Вика 1	164	51	23	Норм.
Вика 2	143	44	22	Норм.
Надя	120	35	24	Норм.
Лера	157	40	19	Норм.
Данил	160	60	23	Норм.
Денис	170	53	18	Норм.
Саша1	167	56	20	Норм.
Никита	146	50	23	Норм.
Иван	165	56	23	Норм.
Саша 2	144	50	24	Норм.
Роман	165	60	22	Норм.
Дима	162	53	20	Норм.
Юрий	163	70	26	Легкая полнота

Крат С.Е.

ОСНОВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Научный руководитель: *Павленко Л.С.*,

ГПОУ «Енакиевский политехнический техникум», г. Енакиево, ДНР

Актуальность. Понятие здоровый образ жизни (ЗОЖ) включает в себя целый комплекс составляющих компонентов. Это не просто какая-то диета или занятия спортом. ЗОЖ – стиль жизни, направленный на омоложение и оздоровление всего организма, отказ от вредных привычек, создание режима дня, в котором есть место для полноценного отдыха, продуктивной работы и физической активности. ЗОЖ делает возможным воплощение в жизнь многих планов и идей, а придерживающиеся его люди полны бодрости, здоровья, сил и энергии. Крепкое здоровье и хороший иммунитет, полученные при соблюдении принципов ЗОЖ позволят долгие годы наслаждаться жизнью и получать от неё максимальное удовольствие.

Здоровый образ жизни, как правило, включает полноценное питание, занятия физическими упражнениями и соблюдение правил безопасности, которые вошли в обычай. Мы не раз слышали различные советы, как сохранить собственное здоровье. Что нам действительно необходимо сделать – это начать действовать.



Забота о собственном организме. Если вы позаботитесь о своем здоровье уже сейчас, в будущем вы от этого только выиграете. Обычные ежедневные действия: прием пищи, занятия физическими упражнениями, отдых, работа и сон являются основными компонентами здорового образа жизни. И только от вас зависит воплотить это в жизнь.

Питание. Здоровый образ жизни начинается со здорового питания. Правильная диета представляет собой сбалансированное питание, которое обеспечивает функционирование, рост, развитие и восстановление организма человека. Мы всегда чувствуем себя комфортнее и счастливее, если правильно питаемся и здоровы. Отказ от обычного рациона проходит не обязательно трудно. Главная цель – употреблять в пищу меньше соли, жиров и холестерина. Поддержание правильного веса тела положительно сказывается на здоровье и на состоянии в целом.

Физические упражнения. Исследования показали, что физические упражнения благотворно влияют на сердце, легкие, кровеносные сосуды и мышечную систему и способствуют профилактике развития сердечно-сосудистых заболеваний и многих форм рака. Физические упражнения также помогают нам чувствовать себя активнее и энергичнее, мы больше нравимся сами себе.

Контроль за стрессом. Каждый человек переживает стрессовые ситуации, что естественно. Умение справляться со стрессами важно для предотвращения заболеваний и сохранения здоровья. Одним из лучших способов избежать стресса или снизить его – это обрести новые привычки или переключить внимание на другой вид деятельности.

Отказ от вредных привычек. Курение. За последние несколько десятилетий опасность курения стала общеизвестной. Курение запрещено или ограничено во многих учреждениях, на авиалиниях и в общественных местах. Курение является одним из наиболее легко предупреждаемых факторов возникновения сердечных, легочных заболеваний, рака. Человек, который никогда не курил или прекратил курить, защищает себя от многих потенциальных заболеваний.

Злоупотребление алкоголем. Алкоголь употребляется в обществе очень широко. Существует опасная прямая связь между употреблением алкоголя и аварийностью на дорогах. Независимо от ситуации, самым важным является ответственное и сознательное отношение к употреблению алкоголя.

Мероприятия по охране здоровья. Каждый человек должен регулярно проходить медицинские обследования, проверку зрения и состояния зубов. Профилактика заболевания эффективнее, чем его последующее лечение.

Безопасность дома и на работе. Миллионы случаев травматизма возникают ежегодно в домашних условиях или на работе. Разумные правила безопасности помогут избежать большинству несчастных случаев. Для обеспечения безопасности на рабочем месте нужно ознакомиться с планом



эвакуации на случай пожара, узнать, где находится ближайший огнетушитель и аптечка первой помощи, соблюдать правила техники безопасности при работе с оборудованием и инструментами.

Безопасность при занятиях спортом. При занятиях спортом и другими видами активного отдыха, нужно соблюдать меры предосторожности и использовать соответствующие защитные средства.

Выводы. Помните, необходимо не только знать, что включает в себя понятие здоровый образ жизни, но и выполнять основные принципы этой системы. Причём все действия должны быть в радость и не приносить дискомфорта. Здоровый образ жизни сложен только на первых порах, но потом он приносит лёгкость, хорошее самочувствие и настроение. Вы заметите, что стали меньше болеть, чувствуете себя лучше и спокойнее, смогли достичь целей, которые казались раньше недостижимыми.

Если вы не знаете, с чего начать здоровый образ жизни, то пересмотрите в первую очередь своё питание и двигательную активность. Именно эти составляющие принесут первые весомые плоды по оздоровлению и улучшению самочувствия.

Болотова Д.В.

АРОМАТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ОРВИ И ГРИППА

Научный руководитель: *Чурсина Т.А.*,

МОУ «Школа №39 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. В осенне-зимний период среди обучающихся наблюдается подъем заболеваемости гриппом и респираторно-вирусными инфекциями. Профилактические меры при этих заболеваниях изучены достаточно полно. Это и полноценное питание, использование натуральных источников витаминов, проведение процедуры закаливания и т.д., но число заболевших при этом не уменьшается. Рост числа заболевших обучающихся и недостаточная эффективность системы профилактических мер делают данную проблему актуальной.

Цели и задачи работы. Целью работы было изучение использования ароматерапии как средства профилактики ОРВИ и гриппа в условиях общеобразовательного учреждения. Для достижения цели были поставлены задачи: изучение теоретического материала по вопросам ароматерапии, исследование отношения обучающихся к применению ароматерапии с помощью анкетирования, составление списка эфирных масел, рекомендуемых для профилактики гриппа, ОРВИ, внедрение системы профилактических мер с использованием ароматерапии в отдельно взятом классном коллективе.



Перед применением ароматерапии родители обучающихся были проинформированы об этом и подтвердили, что у их детей нет непереносимости эфирных масел.

Исследование проблемы. По итогам анкетирования практически все обучающиеся (87%) знают, что такое ароматерапия. Но не считают этот метод серьезным в профилактике заболеваний (61%) и не используют его (93%).

Наиболее эффективными практическими методами ароматерапии оказались: ингаляции с помощью аромалампы, ароматическое увлажнение воздуха, дезинфекция при влажной уборке. Использование этих методов с 3 октября по 29 января с обучающимися 9 класса свидетельствует об их эффективности (до 15% уменьшения пропусков занятий по причине респираторно-вирусных инфекций и гриппа).

Также разработаны памятки для обучающихся «Эфирные масла, рекомендуемые для профилактики гриппа, ОРВИ и их действие на организм», в которых обобщены данные научно-популярных источников».

Выводы и предложения. Таким образом, при правильном применении ароматерапия является совершенно безвредным недорогостоящим методом профилактики респираторно-вирусных заболеваний и гриппа. Химический состав и токсикология эфирных масел хорошо изучены, поэтому их можно применять с максимальной степенью безопасности для организма. Масла полезны для оказания первой доврачебной медицинской помощи, а также для лечения и оздоровления. При использовании ароматерапии в условиях общеобразовательного учреждения многие подростки обратили внимание на свое здоровье и осознали ценности здорового образа жизни.

Мы рекомендуем рассмотреть возможность использования ароматерапии в общеобразовательных учреждениях Донецкой Народной Республики для профилактики заболеваемости гриппом и респираторно-вирусными инфекциями.

Кушнирев Д.А.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Научный руководитель: *Кравченко Т.Г.*,

МОУ «Гимназия №92 города Донецка», г. Донецк, ДНР

ЗОЖ – здоровый образ жизни, для некоторых людей – это уже стиль жизни. Образ жизни человека, направленный на сохранение здоровья, профилактику болезней и укрепление человеческого организма в целом.

Ключевые моменты такого стиля жизни:

- отказ от алкоголя;
- отказ от курения, а также употребления наркотических веществ.



Активная жизненная позиция, то есть занятия йогой, плаванием, бегом, велоспортом и любым видом спорта, которые включают в себя активные физические упражнения.

Актуальность. На данный момент, тема ЗОЖ, как никогда актуальна. Ведь сейчас везде пропаганда насилия, курения, алкоголизма. Самое ужасное, что в данный момент наркотические вещества заходят в тренд молодежной жизни. Ведь любимые артисты детей в каждой песне говорят о том, что наркотики - это не так уж и плохо, как им кажется.

И с этого момента у детей появляются сомнения о том, что им говорили родители с самого детства.

Анализируя источники, которыми пользуется молодежь XXI века, я прихожу к выводу, что пропаганда таких вещей как:

- курение;
- алкоголизм;
- наркотическая зависимость;
- насилие на улице

имеется почти в каждом 3-ем произведении нынешних кумиров молодежи.

Возьмем, например, очень известного исполнителя под псевдонимом «GONE.Fludd». В одной из известных песен «ДРИПСЭТ» имеется строка «я курю лесную дурь». Автор показывает, как бы свое превосходство, что он может себе позволить купить наркотики и веселиться, а обычные люди нет. На данном примере пропаганды я хотел бы отметить, что люди слушают это и не задумываются о том, что их мысленно уже приучили к неправильному восприятию жизни. Еще пару десятков лет и люди вовсе забудут о нормах жизни.

С этим можно и надо бороться! Я считаю, что, если люди наконец-то начнут замечать пропаганду, которая встречается в:

- фильмах;
- музыкальных произведениях;
- радиопередачах;
- журналах;
- интернет-ресурсах примут жесткие меры контроля деятельности своих детей, такие как: родительский контроль интернет-ресурсов; софты для Android/iOs; настройки браузера и др.

Вывод. Подводя итог, я хочу заметить, что в данной проблеме виноваты цензоры, которые пропускают данный материал в общий доступ. Но также виноваты и родители, которые не уделяют время своим детям, и вместо того, чтобы приобщить своих детей к социуму и развитию их физически и духовно, разрешают смотреть ролик из ютуба, и этим забирают прекрасные детские годы. В заключении, отмечу, что родители должны не забывать о физическом



развитии своих детей, но также и о духовном и умственном. Контролируйте своих детей и прививайте им полезные привычки с самого детства!

Тахмазов Т.О. оглы

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ. ЖИЗНЬ БЕЗ АЛКОГОЛЯ

Научный руководитель: *Кравченко Т.Г.*

МОУ «Гимназия №92 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность обращения к этой теме заключается в том, что от алкоголизма в настоящее время страдают миллионы людей. Алкоголизм - огромное социальное зло, наносит огромный урон обществу. Большинство людей умирает от алкоголя. Необходимо вести здоровый образ жизни.

Цели и задачи работы. Задачи этой работы: найти подходы к оздоровлению общества. Воспитание негативного отношения к алкоголю, пропаганда здорового образа жизни.

Сначала нужно разобраться, что такое алкоголизм? Алкоголизм - заболевание, которое зависит от приема внутрь организма этиловый спирт или напитки, содержащие его. Заболеваемость среди пьющих людей в 2-3 раза выше, чем у непьющих. Под воздействием этилового спирта у человека меняется отношение к окружающему миру. Как говорится, «алкоголь расширяет сосуды и круг общения». На самом деле, алкоголь не помогает человеку успокоиться, как часто утверждает сам пьющий. Расслабиться и успокоиться можно и без алкоголя, выйти на улицу, подышать свежим воздухом, пойти поплавать в речке, в море, в бассейне. Причина в том, что алкоголь - это наркотик. Он влияет на мышление и эмоции, и при регулярном употреблении вызывает привыкание. Также употребление алкоголя влияет на самоконтроль. Человек перестает себя контролировать. Можно сказать, что алкоголизм - временное помешательство. Одни говорят: «Пить нельзя», - а другие убеждают: «Да что случится от пары рюмок?»

Вред алкоголя на организм человека.

1. Вред психологический. Алкоголь наносит вред психическому здоровью человека. У пьющих людей, как правило, наблюдается плохой сон с кошмарами, нарушается память, появляются галлюцинации, тремор (т.е. дрожание) пальцев, век, головы, языка, потливость, сердцебиение, слабость, тоска, истеричность и злоба, эгоизм, агрессивность, безответственность.

2. Вред социальный. В семьях, где дают «добро» алкогольным напиткам, очень часто возникают проблемы. Возникают проблемы на работе, часто этих людей увольняют за прогулы.

3. Вред духовный. Алкоголь вызывает привыкание и зависимость. Пьющий человек морально неустойчив, постепенно деградирует. Теряет такие



качества, как умение любить, дружить и нормально общаться с людьми, зарабатывать деньги, желание иметь детей.

Вывод. Нужно вести здоровый образ жизни. Радоваться каждому дню, а не пропивать жизнь понапрасну. Алкоголизм, как правило, приводит к социальной изоляции больного. Хочу еще немного дать советов.

1. Хорошее самочувствие – добрых мыслей присутствие.
2. Довольствуйся малым, а не успехом небывалым.
3. Здоровая душа и для тела хороша.
4. Чем больше движений, тем больше справишь дней рождений.
5. Пешком ходить – долго жить.

Баркаръ Д.В.

РОЛЬ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Научный руководитель: *Чебан В.Д.*,

ГОУ «Бендерский медицинский колледж», г. Бендеры, Приднестровская Молдавская Республика

Счастье, томительное ожидание, предвкушение и даже страх – все эти чувства неизбежно сопровождают беременных женщин. И очень важно в этот период не отдаться эмоциям, а помнить о той ответственности, которая является неотъемлемой частью этого времени. Именно в этот период важно соблюдать основы здорового образа жизни с учетом требований, предъявляемых беременностью.

В настоящее время доказано, что основное условие нормального развития плода, а также здоровье малыша и молодой мамы – это правильное питание во время беременности. Здоровье новорожденного в значительной мере зависит от питания беременной женщины, его разнообразия и регулярности. Хотя не стоит забывать, что недостаточное и неполноценное питание может принести будущей матери такой вред как, например, отеки, лишние килограммы, проблемы с пищеварительным трактом.

Актуальность и постановка проблемы заключается в том, что важную роль в течение беременности и исходе родов играет фактор питания. От полноценного, рационального и сбалансированного питания матери во время беременности зависит нормальное течение процессов роста и развития внутриутробного плода, течение беременности и родов.

Цели и задачи работы. Целью работы является оптимизация методов рационального питания с целью профилактики осложнений беременности.

Исходя из поставленной цели, определены **задачи исследования:**

– изучить основные принципы рационального питания беременных женщин;



- определить рацион правильного питания беременной женщины;
- определить последствия неправильного питания.

Исследование проблемы. В рамках данной работы нами был проведен статистический анализ последствий неправильного питания беременных женщин по статистической отчетности ГУ «Бендерский центр матери и ребенка», проведено социальное анкетирование беременных женщин, а также разработаны образцы еженедельного фактического рациона питания по триместрам беременности, обеспечивающие необходимую калорийность, содержание белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ. Согласно данных статистической отчетности ГУ «Бендерский центр матери и ребенка» за 2018 год был проведен анализ осложнений, полученных в результате неправильного питания при беременности.

По данным видно, что будущие мамы, не соблюдавшие принципы и правила рационального питания из-за многих факторов, таких как финансовое, семейное положение, токсикоз в период беременности, получили осложнения в виде анемии – 49,7%, слабой родовой деятельности – 1,5%, гестоза – 0,8%. В результате неправильного питания беременной женщины, возникли осложнения у ребенка в виде задержки внутриутробного развития – 5%, энцефалопатии у ребенка – 2%, пониженной сопротивляемости инфекциям внутриутробно – 0,50%, малый вес при рождении – 5%.

Также был проведен социальный опрос беременных женщин, в женской консультации ГУ «Бендерский центр матери и ребенка». Данная анкета включала в себя 11 вопросов о повседневном питании беременных женщин, на которые необходимо было ответить «да» или «нет». Всего было опрошено 25 беременных женщин, в возрасте от 19 до 36 лет. Результаты анкетирования представлены на рисунке 3. По результатам опроса, выяснили, что все беременные женщины знают о правильном, рациональном питании во время беременности. 75 % придерживаются правильного питания, соблюдают рацион питания и считают, что именно от потребляемых продуктов питания, зависит полноценное развитие ребенка во время беременности.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Рацион питания беременной женщины должен быть максимально разнообразным, т.е. в питание будущей мамы должны быть включены все группы продуктов. На основе проведенного социального анкетирования, мы выявили наиболее частые ошибки, совершаемые «молодыми мамами». И, исходя из них, составили несколько простых правил питания беременных женщин.

Правило 1: Не нужно переедать. Избыточное питание матери является серьезной угрозой для развития малыша.

Правило 2: Стараться соблюдать режим в употреблении пищи. Нормальный приемлемый интервал между приемами пищи 4-5 часов.

Правило 3: Включать в свой суточный рацион как можно больше овощей, фруктов, ягод в натуральном виде.



Правило 4: Ограничивать в своем рационе количество рафинированной пищи, консервов и продуктов, содержащих красители.

Правило 5: Желательно исключить из питания жаренную, соленую и сладкую пищу.

Выводы и предложения. При соблюдении всего вышесказанного, а также рационального подхода к питанию беременной женщины, можно избежать многих осложнений и патологий. Данная тема является актуальной, в ней были изучены принципы и правила рационального питания, составлен рацион питания по триместрам беременности, а также определены последствия неправильного питания.

Куприй К.А.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ КОМПЕТЕНЦИЙ БУДУЩИХ ПЕДАГОГОВ В ХОДЕ ИЗУЧЕНИЯ КУРСА «МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА»

Научный руководитель: *Кулик О.В.*,

ГПОУ «Донецкий педагогический колледж», г. Донецк, ДНР

Ученый И.П.Павлов утверждал: «Здоровье – это бесценный дар природы, оно дается, увы, не навечно, его надо беречь». Учитывая актуальность проблемы здоровья, в рамках Концепции формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний в Донецкой Народной Республике на период до 2025 г., основной задачей на ближайшие годы является создание необходимых условий для формирования стимула здорового образа жизни, усовершенствование гигиенического воспитания и обучения населения, особенно среди детей и молодежи, усиление борьбы с вредными привычками, развитие физической культуры и спорта.

Эти задачи нашли отражение в Законах Донецкой Народной Республики «Об образовании», «О здравоохранении», «О физической культуре и спорте». Таким образом, перед педагогами встает приоритетная задача – воспитать в ребенке ответственное отношение к собственному здоровью как к наивысшей индивидуальной и общественной ценности. Эта задача решается благодаря валеологическому образованию во всех учебных заведениях.

Вопрос воспитания здорового ребёнка волновал умы многих учёных, философов, педагогов. Как показывают современные исследования и анализ педагогической практики, воспитание здорового ребёнка в процессе обучения является важнейшим условием формирования личности и её становления в обществе.

Особое внимание заслуживает педагогическое наследие великого педагога, ученого В.А. Сухомлинского. Под его руководством была создана



педагогическая система валеологического воспитания учащихся. На основе результатов исследований, проведенных под руководством В.А. Сухомлинского, были сделаны неутешительные выводы: «Опыт убедил нас в том, что примерно у 85 % всех неуспевающих учеников главная причина отставания в учебе – плохое состояние здоровья, какое-нибудь недомогание или заболевание, чаще всего совершенно незаметное и такое, которое можно вылечить только совместными усилиями матери, отца, врача и учителя». В гармоничном развитии ребенка все взаимосвязано, но медицинские аспекты формирования, укрепления или сохранения здоровья не являются определяющими. В.А. Сухомлинский подчеркивал: «Забота о человеческом здоровье, тем более о здоровье ребенка – это не просто комплекс санитарно-гигиенических норм и правил, не перечень требований к режиму, питанию, труду, отдыху. Это, прежде всего забота о гармоничной полноте всех физических и духовных сил, и венцом этой гармонии является радость творчества».

Следовательно, педагог был убежден, что здоровье человека – это индивидуально достаточный и максимально возможный для каждой личности уровень гармоничного развития духовных, психических и физических сил, что обеспечивает ей эффективное и полноценное выполнение всех социальных, профессиональных и других функций.

Здоровье – самое большое богатство человека и поэтому охрана здоровья детей является важной задачей родителей и педагогов. В процессе обучения дети не только взрослеют психологически, но и физически.

Основная цель всех биологических, медицинских, педагогических наук, – воспитать физически, морально и духовно здорового человека. Человек всегда стремился к укреплению своего здоровья. О здоровье много пишут, говорят, но мало кто заботится о нем всерьез. Здоровье не существует само по себе, оно не дается на всю жизнь, не является постоянным и неизменным. Оно нуждается в заботе на протяжении всей жизни человека.

Основным и отвечающим цели образования о здоровье, считается определение Всемирной организации здравоохранения: «Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических недостатков». Здоровье – это качество жизни, что включает в себя социальные, психические, моральные, эмоциональные и физические параметры.

Важной составляющей образования является формирование мотивации к сохранению и укреплению здоровья. Именно для достижения этой цели направлены курсы: «Медико-биологические и социальные основы здоровья детей дошкольного возраста», «Начальная военная и медико-санитарная подготовка», «Безопасность жизнедеятельности».

Программы образования направлены на то, чтобы помочь каждому определить свой личный образ жизни; найти рациональные способы решения



проблем. Именно поэтому содержание оздоровительного образования рассматривает альтернативные способы выхода из сложных жизненных ситуаций, учит, как подобрать соответствующую личным потребностям и возможностям систему питания, физических и умственных нагрузок, стиля жизни. Цель оздоровительного образования состоит в том, чтобы предоставить студентам возможность получить формальный и неформальный опыт, и на его основе сформировать собственную позицию и схему поведения, что будет положительно влиять на их здоровье.

Введение курса «Медико-биологические и социальные основы здоровья детей дошкольного возраста» обусловлено требованиями современного общества, так как при его изучении студенты овладевают комплексно-теоретическими и практическими знаниями в области воспитания здорового поколения как физически, так и психически. Это является основой для подготовки педагога.

Изучаемый курс интегрирует данные таких наук как, педиатрия, гигиена, валеология, педагогика, психология и целого ряда других медицинских, и педагогических наук и направлен на освоение профессиональных компетенций, т.е. способностей успешно действовать на основе умений, знаний и практического опыта при решении задач профессиональной деятельности в образовательной области «Здоровье». Следовательно, педагог должен овладеть здоровьесберегающими технологиями.

Важная задача курса «Медико-биологические и социальные основы здоровья детей дошкольного возраста» – профилактика заболеваний в дошкольных учреждениях. Чтобы успешно осуществлять эту задачу, студентам необходимо хорошо знать причины возникновения болезней у детей, способы их передачи, симптомы, по которым можно их распознать.

Овладение курсом «Медико-биологические и социальные основы здоровья детей дошкольного возраста» дает возможность студенту углубить профессиональный уровень, овладеть техникой некоторых манипуляций, связанных по уходу за ребенком, без знания которых невозможно обеспечить оптимальное развитие и состояние здоровья ребенка.

Перечень хронических болезней детей дошкольных учреждений разнообразен. Лишь один из десяти дошкольников сегодня не имеет патологии. Результаты научных исследований показывают, что за последние годы тенденция к ухудшению состояния здоровья детей приобрела устойчивый характер. Отмечается значительное омоложение «болезней пожилого возраста», в частности, онкозаболеваний. Наряду с числом хронических заболеваний детей наблюдается высокий уровень детского травматизма (до 500 тыс. на год). Относительно инфекционных болезней: повышенная заболеваемость на грипп, кишечные инфекции, тяжелые формы сальмонеллеза, дизентерии. Неуклонно растет количество детей-инвалидов. Среди причин инвалидности – болезни



нервной системы (ДЦП, психические расстройства, врожденные аномалии, болезни эндокринной системы, травмы, и прочее).

Статистические данные свидетельствуют, что каждый десятый педагог в течение года должен был оказать ребенку первую помощь на месте происшествия.

Все эти вопросы выделены не случайно, потому что при многих заболеваниях и травмах могут возникать неотложные состояния, угрожающие жизни и здоровью. В таких случаях педагог должен уметь оперативно оценить состояние больного ребенка, определить необходимый объем медицинской помощи и, не мешкая, оказать доврачебную помощь. Поэтому минимально необходимая медицинская подготовка педагога является обязательным элементом его профессиональной компетентности.

Недогибченко Д.Г.

ПОЧЕМУ НЕОБХОДИМА МОТИВАЦИЯ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ?

Научный руководитель: *Пащенко В.В.*,

МОУ «Школа № 2 имени Героя Советского Союза Ю. М. Двужильного города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Современная жизнь такова, что мы привыкли передвигаться на автомобиле или общественном транспорте, питаться «быстрой» вредной пищей, проводить много времени, сидя за компьютером, а спорт нам интересен только когда мы сидим на диване у телевизора. При таком пассивном образе жизни и массовом потребительстве трудно начать относиться к своему здоровью должным образом. Преобладание среди молодежи такого времяпровождения является причиной развития болезней малоподвижного образа жизни, таких как ожирение различной степени, артриты, артрозы, снижение работоспособности, постоянная сонливость и усталость, бессонница, частые ночные кошмары. Также повышается и риск возникновения более серьезных заболеваний – рак, диабет, рассеянный склероз и т.д. И только после уже полученного диагноза человек обращает внимание на свое здоровье и начинает ценить его.

Кто-то осознает необходимость быть здоровым самостоятельно, но, к сожалению, таких среди молодежи немного. Молодые годы – ключевая ступень развития в жизни человека, в которой завершается формирование человека как личности, где он выбирает свой путь, расставляет приоритеты, поэтому важно заложить стремление к ведению здорового образа жизни именно в этот период. И так как современное общество предлагает много соблазнов, которые часто плохо влияют на качество жизни человека, то особенно актуальным является ведение пропаганды здорового образа жизни.



Потребность человека в движении – основополагающий мотив к занятиям физической культурой и спортом, является необходимым фактором для полноценного развития и жизнедеятельности человека, его физического самосовершенствования, коррекции фигуры и осанки, самоутверждения в социальной среде. На фоне этого формируется потребность в систематической физической нагрузке, приобщение к здоровому образу жизни, воспитание морально-волевых качеств, повышение уровня функционального состояния организма.

Занятия физической культурой в режиме учебного дня школьника помогают укрепить здоровье, повысить умственную и физическую работоспособность, снять утомление. В процессе занятий физическими упражнениями в организме человека происходят изменения деятельности всех систем, в первую очередь сердечнососудистой и дыхательной. Определенные виды физических упражнений являются незаменимым средством разрядки и снятия отрицательных эмоций.

В современных условиях среди подростков часто встречается эстетическая мотивация. Суть ее заключается в следовании моде на здоровье, здоровый образ жизни, здоровое питание, красивое спортивное телосложение. Стремление к общению, приобретение новых знакомств, поиск друзей также являются мотивацией к занятиям физической культурой и спортом. Тренировочные занятия в секциях и кружках являются важным фактором поддержания и укрепления здоровья, а также возможностью интересно провести время в кругу друзей.

Стремление познать свой организм, свои возможности – эта мотивация во многом близка спортивной, но основывается не на победе над соперниками, а на желании победить себя, свою лень. Человек всегда стремился познать свой организм, свои возможности, а затем и улучшить их. Данная мотивация заключается в желании максимально использовать физические возможности своего организма, улучшить свое физическое состояние, повысить физическую подготовленность.

Физическая культура и спорт являются прекрасным средством для укрепления и сплочения класса, формирования положительного морально-психологического климата в коллективе.

Модель здорового стиля жизни необходимо прививать учащимся с раннего возраста, при тесном взаимодействии образовательных учреждений и семьи. Немаловажное значение для здоровья и успешности учащихся имеет семейное воспитание, климат семьи, степень социального и психического благополучия. Здоровый образ жизни включает в себя не только режим дня, сбалансированное питание, двигательную активность, но и санитарно-гигиенические нормы и зависит от социально-экономических факторов, конкретных условий жизнедеятельности.



Вывод. Здоровый образ жизни подростков не просто слова. Он помогает человеку не только чувствовать себя полноценно, но еще и является своеобразным выбором жизненной позиции.

Васильева Ю.С.

ВЛИЯНИЕ РЕЖИМА СНА И ХРОНОТИПА ОБУЧАЮЩИХСЯ 10 КЛАССА НА УРОВЕНЬ ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ

Научный руководитель: *Алиакбарова Т.В.*,

ГОУ ЛНР «Алчевская социально-экономическая гимназия», г. Алчевск, ЛНР

Актуальность. Соблюдение принципов здорового образа жизни и режима дня современного подростка одна из важных проблем для поддержания физического здоровья и психоэмоционального состояния школьников. Значительное увеличение учебных нагрузок, широкое использование компьютерных технологий приводят к ухудшению здоровья. В настоящее время недостаточно изучено влияние хронотипа на состояние здоровья и работоспособность. Кроме того, большое значение имеет соблюдение школьниками норм режима дня и продолжительности сна. Цель нашей работы – определить принадлежность школьников к тому или иному хронотипу, выявить его влияние на здоровье и психоэмоциональное состояние.

Хронотип – индивидуальная особенность суточного ритма организма человека. Хронотип определяет организацию физиологических функций организма и его способность адаптироваться, может использоваться как критерий функционального состояния организма.

Существуют различные классификации, из которых выделяют таких людей как: «жаворонки» (с высокой работоспособностью в первой половине дня), «совы» (активная работоспособность в вечернее время), «голуби» (с невыраженной периодизацией).

В ходе работы было исследовано 34 школьника 10 класса. Для исследования использованы следующие методики:

- анкетирование, включающее 6 вопросов о различных важных режимных моментах;
- тест Хорна Отсберга в модификации Степановой, включающий 23 вопроса о хронотипе обучающихся;
- метод определения уровня тревожности с помощью шкалы Дж. Тейлора, включающий 50 вопросов для краткого ответа;
- методика диагностики уровня школьной тревожности Филлипса, включающая 58 вопросов с кратким ответом;



– уровень физического здоровья оценивали по показателям антропометрических измерений – рост, вес, частота сердечных сокращений, артериальное давление.

Результаты анкетирования показали, что лишь 22% обучающихся соблюдают нормы продолжительности сна и гигиенические нормы режима сна; 54% имеют незначительные нарушения норм режима сна; грубые нарушения наблюдаются у 24% подростков.

По результатам теста Хорна Остберга 32% принадлежит к суточному хронотипу «жаворонки», «совы» – 36%, «голуби» – 32%.

Среди школьников, имеющих грубые нарушения режима сна, чаще выявлялись представители «сов». Среди «жаворонков» – 16% и 10% среди «голубей». Среди школьников, соблюдающих режим сна, большинство составили «жаворонки».

Несоблюдение режима сна отрицательно влияет на психоэмоциональное состояние подростков. На это указывают такие результаты: преобладание почти в 3 раза высокого уровня тревожности в группе с грубым нарушением режима сна по сравнению с группой учащихся, следующих гигиеническим требованиям. Влияние хронотипа на уровень тревожности проявляется в том, что низкий уровень тревожности в 4 раза чаще диагностирован у «жаворонков» по сравнению с «совами».

Анализ физического здоровья показал, среди исследуемых со средним уровнем здоровья больше всего «сов» – 50%. Обучающиеся с уровнем здоровья «выше среднего» преобладают среди голубей – 45%. Среди учеников с высоким уровнем здоровья больше жаворонков – 62%.

Таким образом, результаты исследования говорят о том, что режим сна и хронотип оказывают влияние на уровень здоровья и психоэмоциональное состояние обучающихся. При этом школьники с хронотипом «совы» чаще имеют неблагоприятные показатели уровня здоровья.

Результаты исследования показывают, что целесообразно комплектовать классы с учетом хронотипов школьников с целью оптимизации расписания занятий. Также следует активизировать разъяснительную работу среди подростков по соблюдению режима дня и сна, в частности.

Вывод. В дальнейшем мы планируем продолжить исследования – увеличить количество испытуемых; изучить влияние режима сна и хронотипа на их внимание и память.



Матвиенко Е.Д.

ЗАВИСИМОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАДЖЕТОВ

Научный руководитель: *Баландина К.В.*,

МОУ «Специализированная физико-математическая школа № 17 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Значение гаджетов в современном мире трудно переоценить, так как они уже давно стали важной частью нашей жизни. Увлечение современными электронными приспособлениями прослеживается в любом возрасте. Многочисленные научные исследования и статистические показатели демонстрируют, что мы глубоко ошибаемся, думая, что гаджеты довольно безобидны, как это может показаться на первый взгляд. Наиболее пагубное влияние они оказывают на молодой растущий организм. В первую очередь это оказывает влияние на психику детей, так как изменяются их поведение, качество общения, мотивы, жизненные цели, снижается уровень эмпатии, ухудшаются когнитивные процессы.

Цели и задачи работы. Подтвердить гипотезу о том, что чрезмерное увлечение гаджетами ведет к ухудшению эмоционального и физического здоровья подрастающего поколения. Задачами работы являются изучение и анализ различных источников в данном направлении и составление рекомендаций по решению этой проблемы.

Исследование проблемы. Исследование проблемы показало, что за последнее время количество травм опорно-двигательного аппарата, связанные с излишним использованием гаджетов, резко увеличилось. Уже проведено множество опытов, подтверждающих негативное воздействие гаджетов на осанку, возникновение ощущения усталости и боли. Часто повторяющиеся однотипные движения вызывают такие симптомы как онемение, воспаления в суставах большого пальца руки. Помимо этого, происходит чрезмерное напряжение органов зрения. Это особенно опасно в период формирования этих органов, так как приводит к их функциональным нарушениям, таким как: спазм аккомодации или ложная близорукость. По статистике каждый шестой школьник имеет спазм аккомодации. Не стоит забывать и о пересыхании слизистой оболочки глаз в результате многочасового сидения перед экранами гаджетов. Многие ученые также говорят о том, что использование гаджетов оказывает пагубное влияние на сон ребенка из-за нарушения выработки мелатонина. Именно этот гормон готовит организм к переходу к ночному сну, но свет от цифровых приспособлений приводит организм к беспокойству, подавляя чувство сонливости. Это может привести к таким заболеваниям, как диабет, ожирение и даже рак. Способности концентрироваться, сосредотачиваться, общаться, привлекать внимание переживают сильнейший урон при постоянном использовании гаджетов. Мозг школьника очень



адаптируем, поэтому, когда ребенок быстро переключается от одного вида деятельности другому, то отрицательное воздействие сказывается на работе в передней коре головного мозга. Именно эта часть мозга отвечает за эмоциональную обработку информации. Торможение этого участка головного мозга может привести к высокой депрессивности и принятию наркотических препаратов.

Выводы и предложения. Все вышперечисленное, конечно, не призывает к полному отказу от электронных приспособлений и им подобных устройств. Однако, здесь, как и во всем, нужно знать меру и ограничивать время, проведенное за гаджетами, а также соблюдать некоторые правила пользования, чтобы максимально защитить себя от негативного влияния. Офтальмологи рекомендуют регулярно проверять остроту зрения, при использовании гаджетов регулярно делать перерывы и тренировать глаза, которые помогут детям снизить риск возникновения различных заболеваний и обеспечит их профилактику.

Покровский Г.С.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Научный руководитель: *Ахкозова О.В.*,

МОУ «Гимназия №70 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Содержание работы: данная работа состоит из двух частей – теоретической и практической. Работа основана на идее раскрытия основных исследований физиологии человека в соответствии с целью работы, а также описание всей тяжести данной проблемы. Основной акцент сделан на подрастающее поколение.

Цель работы: Пропаганда здорового образа жизни.

Актуальность темы. Наш мир развивается, и мы вместе с ним, новые технологии, современная техника. Все это создано с целью облегчения жизни людям, но многие не понимают какой вред несет такой образ жизни. Я считаю, сейчас, когда можно заказать еду, не выходя из дома, или общаться в сети, данная тема как нельзя актуальна.

Выводы проведенной работы: в работе изучены некоторые статистические данные, агитирован здоровый образ жизни.

Задачи работы:

1. Пропаганда здорового образа жизни.
2. Исследовать отношение детей к здоровому образу жизни.
3. Привести некоторые примеры из жизни.
4. Сделать вывод.

Когда речь заходит про нездоровый образ жизни, многие люди просто уходят от данной темы, считают, что это не важно. Некоторые считают, что



если они не курят и не употребляют алкоголь, то они ведут здоровый образ жизни. Но это совсем не так. Здоровый образ жизни - это когда мы принимаем полезную пищу, закаляемся, занимаемся спортом. Даже не обязательно спортом! Обычная зарядка - уже достаточная нагрузка на тело, что бы оно оставалось в норме. Лично я всегда летом по вторникам люблю кататься на велосипеде. Многие думают, что риск заболеть не так велик, но это лишь иллюзия. Многие не знают, но по последним исследованиям, около 70% процентов смертей приходится на нездоровый образ жизни. Я считаю, что поддержание двигательного режима, придерживаться определенного рациона - это прекрасный способ продлить свою жизнь и держать себя в форме.

Я решил проверить, что считают другие по этому поводу, и посчитал нужным провести анкетирование среди 9-х классов, своей параллели и одного 4-го класса. Вместе с куратором, мы составили необходимый список вопросов и провели это самое анкетирование. Результаты вы можете видеть ниже:

4 КЛАСС (в опросе принимали дети в возрасте от 9-10 лет):

68% детей делают зарядку дома

40% детей едят чипсы и прочие вредные продукты

54% детей занимаются в спортивных кружках

86% детей соблюдают режим дня

9-е КЛАССЫ (13-14 лет)

46% детей делают зарядку дома

79% детей едят чипсы и вредные продукты

34% детей занимаются в спортивных кружках

51% детей соблюдают режим дня

Если внимательно проанализировать данные анкеты, то можно обнаружить, что более взрослые дети ведут менее полезный образ жизни. По моему мнению, это связано с переходным возрастом. Данная анкета в очередной раз подтверждает актуальность данной темы. Мне кажется, что решение данной дилеммы в том, чтобы донести до подростков то, что жить здорово - это модно.

Именно этот принцип, по моему мнению, может перевесить чашу весов в лучшую сторону. С другой стороны, жить только ради моды - не совсем правильно. Но я все же сторонник первой теории. Также необходимо донести все это до родителей тех самых детей, ведь характер, манера поведения и склад ума формируется именно в семье.

И в качестве примера я хочу привести собственные ответы на эту самую анкету:

- я делаю по утрам зарядку;
- я не употребляю чипсы и прочие вредные продукты;
- я не занимаюсь в спортивной кружке;
- я соблюдаю собственно придуманный режим дня.



Я не считаю, что это отличный результат, но мне кажется, что необходимо совершенствовать себя. Ведь мы - будущее поколение, именно поэтому здоровому поколению нужно здоровое продвижение!

Дёмкина А.А.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Научный руководитель: *Белецкая Н.Е.*,

МОУ «Старомихайловская школа Марьинского района», пгт. Старомихайловка, ДНР

Здоровый образ жизни – это образ жизни, в который входят все сферы человеческого существования с целью профилактики заболеваний и сохранения здоровья. Владеть способностью вести здоровый образ жизни – это значит уметь владеть собой и иметь специальные знания о том, что является полезным, а что нет. ЗОЖ- это умение дисциплинировать себя.

С помощью здорового образа жизни человек изменяет, все свои привычки и развивается как полная сил личность, достигая новых целей. Здоровый образ жизни набирает актуальность в связи с усложнением социальной и экологической структуры.

В современном мире очень важно оберегать и следить за своим здоровьем, потому что на людей влияют очень много негативных факторов, которые могут разрушить психологическое и физическое здоровье.

Чтобы предотвратить все влияния и факторы нужно изменить часть своих негативных привычек и действий. ЗОЖ важен и может пригодиться для: развития сильной личности в взрослом человеке и в воспитании подрастающего поколения; долголетия. Важной составляющей здоровья является режим дня.

Режим дня – планирование времени с целью его рационального распределения. Распорядок имеет большое значение для организованности в работе, построении правильного питания и тренировок.

Суть такого режима заключается в том, чтобы питаться, заниматься спортом, работать, отдыхать и ложиться спать примерно в одно и то же время. Разумеется, не всегда это удаётся, и далеко не всегда такая предсказуемость будет приятна, из-за чего придерживаться режима дня крайне трудно.

Но правда заключается в том, что нашему организму так проще. Если он привыкнет к питанию в определённое время, то сможет лучше усваивать пищу и извлекать из этого процесса больше пользы. Если ложиться спать в одно время (причём до полуночи), то засыпать будет проще. Важно сохранять баланс между отдыхом и активной деятельностью и спать от 7 до 8 часов.

Пища – это то, без чего, жизнедеятельность человека невозможна, а здоровье напрямую зависит от питания. Правильное питание – это



сбалансированный рацион из натуральных и качественных продуктов, которые удовлетворяют все нужды организма и идут ему на пользу.

Рекомендации:

1. Еда – это основа для жизнедеятельности, и только потом – ритуал и удовольствие.

2. Нет компромиссам! От газировки, чипсов, майонеза и других вредных продуктов нужно отказаться. Употреблять сладкое можно и даже нужно, но не постоянно и не всё подряд.

3. Запечённая, тушеная и вареная еда полезнее, чем жареная и копченая.

4. Переход на дробное питание и исключение позднего ужина.

5. Исключение алкоголя и курения, ограничение кофе и крепкого чая.

6. Питьевой режим является важным элементом здорового образа жизни.

Здоровый образ жизни обязательно включает в себя пункты, касающиеся физической активности. Достижение науки и техники значительно облегчили жизнь человека, но при этом существенно сократили его двигательную активность.

Однако для сохранения функционального статуса организма движение необходимо. Даже десятиминутная разминка способна принести заметную пользу организму человека. А если уделять на занятие спортом и прогулки на свежем воздухе 30-60 минут в день, то результат будет прекрасен.

Только тут важно не навредить организму чрезмерными нагрузками, а также не навредить неправильным выполнением упражнений. Необходимо найти занятие, связанное с физической активностью и приносящее вам удовольствие.

Это могут быть:

1) Занятие в тренажерном зале или дома;

2) Спортивная ходьба или бег;

3) Занятие в бассейне;

4) Велосипедные прогулки;

5) Занятие гимнастикой и йогой.

Регулярное выполнение упражнений дисциплинирует, помогает держать себя в тонусе, быть здоровым и избегать многих заболеваний.

Польза от занятий спортом:

1. Люди, занимающиеся физической культурой, более активны и медленнее утомляются в течение дня.

2. Укрепляется сердечнососудистая система.

3. Регулярные занятия и тренировки способствуют глубокому, спокойному сну.

4. Спорт тонизирует мышцы.

5. Спорт повышает самооценку и укрепляет веру в собственные силы.

6. Нагрузки стимулируют обмен веществ.



7. Хорошая физическая подготовка помогает человеку быстрее восстановиться после перенесенных болезней, травм, а женщинам – после родов.

Вывод. Помните, главное – побороть свою лень и сделать первый шаг: приступить к тренировкам. После того как физическая активность войдет в привычный ритм жизни, она не будет казаться чем-то сложным.

Емельян Е.А., Короневская А.С.

РЕГУЛЯЦИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ ЧЕЛОВЕКА И ИССЛЕДОВАНИЕ ИХ ВЛИЯНИЯ НА РАБОТОСПОБНОСТЬ

Научный руководитель: *Саросек В.Г.*,

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Белоруссия

Актуальность и постановка проблемы. Человеческий организм подчиняется ритмам, заложенным природой, и эти ритмы оказывают влияние на все процессы, происходящие в организме, а учет этих ритмов и правильное отношение к ним – основа человеческого здоровья. В настоящее время во всем мире отмечается повышенный интерес к изучению ритмической организации процессов в организме, как в условиях нормы, так и патологии.

Изучением ритмов активности и пассивности, протекающих в нашем организме, занимается наука – биоритмология. Согласно этой науке, большинство процессов, происходящих в нашем организме, синхронизированы с периодическими солнечно-лунно-земными, а также космическими влияниями.

Поэтому человеку важно учитывать свои индивидуальные биоритмы при разработке и обосновании различных режимов деятельности, так как обнаружено, что они могут влиять на работоспособность. Только при исправности этого механизма возможны полноценная жизнь, сохранение здоровья и продление жизни.

Цель и задачи работы – изучить особенности индивидуальных биоритмов для оптимизации работоспособности.

Исследование проблемы. Материалом исследования явились респонденты от 17-20 лет. В данной работе использовался сокращенный (8 вопросов) тест Хорна-Остберга, по определению индивидуального хронотипа. Проведен обзор литературы по данной теме. Проведено анонимное тестирование респондентов на определение биологических ритмов, анализ результатов.

При оценке теста Хорна-Остберга у респондентов были получены следующие результаты на лечебном факультете: 7,4% – «совы», 7,4% – «жаворонки», 85,2% – «голуби».

Анализируя тест Хорна-Остберга у респондентов педиатрического



факультета, были получены соответствующие данные: 6,0% – «совы», 15,5% – «жаворонки», 78,8% – «голуби».

На вопрос: «Сколько часов в сутки вы спите?» и «Высыпаетесь ли вы?» были получены следующие результаты: «голуби» – большинство респондентов спят 5-6 часов – 36,72% и как правило они не высыпаются, им этого времени не хватает для восстановления сил – 53,04%. «Совы», в большинстве спят только 5 часов и 100% респондентов этого времени не хватает для полноценного отдыха. У респондентов «жаворонки» в основном 5-6 часов сна (37,5%) вполне достаточно для того, чтобы выспаться (74,44%).

Выводы и предложения. Прислушиваясь к своим «биологическим часам», можно так организовать трудовой режим, чтобы нагрузки (наиболее сложные и ответственные задания) приходились на естественные всплески работоспособности, а время спада использовалось для менее важной работы. С одной стороны, это способствует сохранению здоровья и долголетия, а с другой - достичь лучших результатов с наименьшими затратами.

Демченко Д.М.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЕГО КОМПОНЕНТЫ

Научный руководитель: *Фатеева Г.Н.*,

УДО «Донецкий Республиканский центр туризма и краеведения учащейся молодежи», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – остается на данный момент одной из самых актуальных в современном мире.

Сегодня мы можем говорить о недостаточном уровне культуры здорового образа жизни. Об этом говорит статистика роста алкоголизма и наркомании, употребления снюса, энергетиков. Вредные привычки отравляют, разрушают здоровье и уносят жизни. И самое обидное во всем этом то, что человек сам разрушает и убивает себя, надобровольных началах. Еще один негативный фактор не в пользу ЗОЖ – появление гаджетов, которыми молодежь стала заменять занятия спортом. К тому же молодые люди практически утратили интерес к общению с друг другом вне социальных сетей, катастрофически сократилось их время проведения на улице. Да и распорядок дня очень часто отсутствует, напоминая хаотичный образ жизни.

Также немало и тех, кто страдает обжорством, вообще не задумываясь о том, что они едят, сколько они едят, когда и как часто. А ведь все эти факторы влияют на работоспособность нашего организма, его утомляемость, правильную выработку различных веществ в организме.

Цели и задачи работы. Поэтому целью работы является развитие интереса к здоровому образу жизни, пропаганда здорового образа жизни среди молодежи.



Задачи работы: показать нормы здорового образа жизни; убедить одноклассников в преимуществах занятий спортом; рассмотреть основные компоненты здорового образа жизни; провести активную пропаганду здорового образа жизни.

Исследование проблемы. Само понятие здорового образа жизни можно определить как некую концепцию, согласно которой человек занимается некой спортивной деятельностью, отказавшись от вредных привычек и правильно питается. Спорт и здоровый образ жизни неразрывно связаны друг с другом. Положительное влияние спорта на здоровье и характер человека уже давно научно доказано и не подлежит сомнению. Как правило, спортсмены – решительные и целеустремленные люди, постоянно идущие вперед. Однако это будет не полное определение понятия, необходимо учитывать не только физическое состояние, а и поведение, то есть психологическое состояние.

Рассмотрим основные компоненты здорового образа жизни, который зависит целиком от самого человека. Он состоит из: правильного питания; спорта; личной гигиены; разных видов закаливания; отказа от вредных привычек.

Правильное питание: употреблять продукты, которые обеспечивают организм витаминами и минералами, которые позволяют организму нормально функционировать и безусловно - это отказ от фастфудов, перекусов на бегу. Кроме того, нужно пить не менее 1,5-2 литров воды в день.

От занятий спортом мы получаем: улучшение осанки, что способствует правильному расположению всех органов, кости и связки становятся прочнее; сердце становится более выносливым; улучшается кровообращение. Спорт и здоровый образ жизни помогают выглядеть лучше, обеспечивают красивую подтянутую фигуру; физические нагрузки снимают стресс, улучшают настроение и повышают работоспособность.

Выполнение гигиенических требований неотъемлемая часть ЗОЖ.

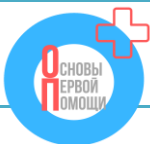
Это касается кожных покровов, волос и всех частей тела, которые контактируют с внешней средой.

Закаливание является одним из элементов здорового образа жизни, включая в себя: принятие воздушных, солнечных ванн, но при этом нужно избегать прямых солнечных лучей; контрастный душ; моржевание.

Выводы и предложения. На мой взгляд, нашей стране просто необходимо здоровое поколение, и я рад, что на данный момент данное направление получает все большее распространение. В заключение хочется привести высказывание Л.Н. Толстого: «Смешны требования людей курящих, пьющих, объедающихся, неработающих и превращающих ночь в день о том, чтобы доктор сделал их здоровыми, несмотря на их нездоровый образ жизни». Спустя сто лет эта фраза не утратила актуальности. Жизнь и здоровье людей должны стать приоритетными ценностями в сознании общества.

СЕКЦИЯ
"ФАРМАЦИЯ И
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ"





Авдеева А.Ю.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ДОНБАССА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЮНОШЕСКОЙ УГРЕВОЙ СЫПИ

Научный руководитель: *Быкова О.А.*

МОУ «Школа № 89 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Юношество – это самая прекрасная пора нашей жизни, но к несчастью, часто её омрачают юношеские прыщи. По статистике, только 10 из 100% молодых людей не страдают от кожных воспалений. Обычно акне возникают в юности и самопроизвольно проходят к 25-30 годам. Но в этот период они доставляют физические, и что намного важнее, моральные неудобства.

Несмотря на бурное развитие химической, в частности фармацевтической промышленности, использование лекарственных растений в народной и официальной медицине имеет многовековую историю и традиции. Они издавна пользуются большой популярностью среди населения.

Цели и задачи работы. Цель работы – изучить причины возникновения угревой сыпи, факторы усиливающие и ослабляющие это заболевание, и лекарственные растения, с помощью которых можно её вылечить.

Задачи работы – изучить литературу по лекарственным растениям Донбасса, используемые для лечения акне.

Исследование проблемы. Угревая сыпь это не только заболевание кожи. Оно возникает, когда у человека нарушается выработка гормонов, пищеварение и обмен веществ. То есть кожные нарушения – это следствие более глубоких проблем.

Факторы вызывающие угревую сыпь:

- гормональная перестройка организма (половое созревание);
- проблемы с пищеварением;
- паразитарные заболевания;
- стрессовые ситуации;
- неправильный обмен веществ;
- вредные привычки;

Многие факторы появления акне усиливают друг друга.

Так как акне – заболевание комплексное, то и лечение должно быть комплексным, иначе эффект будет не полным.

Лечение кожи. Для уменьшения воспалительного процесса, идущего в клетках кожи, нужно использовать растения, которые обладают противовоспалительным, антибактериальным действием, например зверобой, календула, ромашка аптечная, череда. Из календулы, ромашки, зверобоя удобно готовить лосьоны. Для этого две столовые ложки цветов залить стаканом



кипятка. Настаивать 2 часа, процедить, добавить 50 мл. спирта. Данным лосьоном протирать лицо утром и вечером.

Примочки из череды. 1 столовую ложку сухой травы залить стаканом кипятка, настаивать в термосе один час. Полученным отваром смочить полотняную ткань и подержать на лице 15-20 минут.

Орех грецкий (листья). Применяют в виде отвара для обмывания для лица. 200 г листьев заливают 1 л. воды, нагревают на водяной бане 30 мин, настаивают 10 мин., процеживают.

Зверобой (трава). Хорошо использовать в качестве «паровой бани».

Чистотел (трава). Из чистотела можно приготовить маску. Для этого в 1 ч.л. оливкового масла добавить один желток и 10 капель сока чистотела, перемешать, нанести на воспаленное место.

Так как акне – заболевание комплексное, то вылечить угревую сыпь только масками, примочками, умываниями не получится. Для излечения нужно принимать травы внутрь в виде настоев и отваров.

Лечение желудочно-кишечного тракта. При проблемах с кожей помогут травы усиливающие пищеварение, отток желчи и изгоняющие паразитов.

В.И.Иванов рекомендует при обширных высыпаниях на фоне нарушения функции желудочно-кишечного тракта сбор:

Золототысячник зонтичный (трава) 1 часть

Зверобой продырявленный (трава) 1 часть

Мята перечная (листья) 1 часть

Аир обыкновенный 1 часть

Подорожник большой 1 часть

Для приготовления настоя берут 1 столовую ложку сбора и заливают 1 стаканом кипятка, настаивают 1 час, процеживают. Принимают в виде настоя по ½ стакана 3 раза в день за 30 мин до еды.

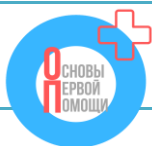
Выводы и рекомендации. Для скорейшего излечения от угревой сыпи:

1. Больше двигайтесь, правильное движение улучшает пищеварение и здоровье в целом, снимает стресс и нормализует уровень гормонов.

2. Питайтесь правильно, пейте достаточное количество воды.

3. Проводите ежедневные гигиенические мероприятия.

4. Не занимайтесь самолечением, только квалифицированный врач может назначить правильное лечение, применяя, в том числе, и лекарственные травы.



Чекал Е.В.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ

Научный руководитель: *Воробьева Л.В.*

г. Донецк, ДНР. ГПОУ «Донецкий лицей профессионально-технического образования».

Аннотация. В докладе рассматривается проблема использования лекарственных растений в жизни человека. Правильное применение лекарственных трав способствует излечению многих болезней. Для лечения некоторых болезней лучше применять натуральные растительные средства, потому что, таблетки имеют побочные эффекты. Поэтому, людям полезно знать о применении лекарственных трав, особенно таких растений, которые растут в их местности, научиться применять. Разработка темы работы «Лекарственные растения» актуальна для того, чтобы не произошла утрата проверенных временем народных способов лечения с использованием натуральных природных средств. В процессе работы над темой происходит приобщение к традициям народа, бережное отношение к природе, связь поколений.

Актуальность. Я живу в донецкой местности. Это красивое место, где протекает река Кальмиус. По берегам реки растут разные растения, многие из которых имеют лекарственные свойства. Это черемуха, боярышник, шиповник и др. Я выбрала эту тему так, как одной из актуальных проблем на сегодняшний день является сохранение здоровья человека. Для лечения некоторых болезней лучше применять натуральные растительные средства, потому что, таблетки имеют побочные эффекты. Кроме этого, лекарства стоят дорого. Поэтому, людям полезно знать о применении лекарственных трав. Я хочу узнать о таких растениях, произрастающих в нашей местности, научиться их применять.

Цель: изучить лекарственные растения своей местности.

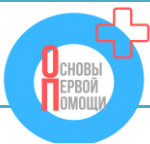
Проблема использования лекарственных препаратов в современной медицине и благотворное значение применения лекарственных растений. Несмотря на успехи химии в синтезе лекарств и на достижения в лечении антибиотиками, около 70% препаратов изготавливаются из растений, свойства которых нужно знать и правильно применять

Доклад может быть полезен студентам, их родителям, преподавателям и всем, кто интересуется данной темой.

Объект и предмет исследования: лекарственные растения Донбасского региона.

Цель и задачи исследования: изучение разнообразия лекарственных растений Донбасского региона.

Нас повсюду окружают растения: цветы, травы, деревья и кустарники. Без растений не было бы жизни на земле. Растения помогают нам дышать. А



еще с их помощью можно вылечить некоторые болезни. Просто нужно знать, какие растения являются лекарственными и правильно их использовать.

Каждое растение создано природой во благо. Люди изучали растения, передавали другому поколению свои знания о лечебных свойствах растений, составляли «Травники».

У нас аптека находится практически под ногами. Мы должны увидеть красоту окружающей природы, понять пользу растений, цветов и трав. Мы ходим на экскурсии, в парк, лес, в поле, знакомим их с нашей матушкой-природой. Весной и летом можно очень много гулять и наблюдать за растениями, птицами, насекомыми.

Когда человек здоров, у него хорошее настроение, высокая работоспособность. Здоровый человек полон сил, молодости и радости жизни. В современной научной медицине большое значение имеют лекарственные растения.

Крапива. Слово произошло от древнерусского слова «копрена» — шелк. Из крапивы получали волокно и изготавливали ткани. Раньше крапиву считали средством для изгнания нечистой силы. В трудные годы крапива очень выручала людей. Ее употребляли в пищу, готовили супы, салаты. Как лекарственное растение известна давно. Народная мудрость гласит: «Одна крапива заменит семерых врачей». Применяют крапиву при воспалении легких, кровотечениях, полощут горло, используют для укрепления волос. Стебли и листья крапивы покрыты жгучими волосками.

Ромашка. Название произошло от латинского «*romana*» — римская, заимствована из польского языка. В литературе ее образ ассоциируется с образом скромной красоты и доброты.

Описание ромашки.

Ромашка аптечная — однолетнее травянистое растение из семейства сложноцветных. Цветки собраны в корзинку, которая состоит из белых языковидных лепестков и желтых трубчатых цветков. Ромашка цветет с мая до сентября. Растет повсюду: на полях, у дорог, возле жилища человека.

Лекарственные свойства ромашки.

Применяют как успокаивающее, противовоспалительное, мочегонное средство.

Отваром ромашки полощут горло, используют как противовоспалительное средство при желудочно-кишечных заболеваниях. Применяют как косметическое средство, отвар ромашки придает светлым волосам золотистый оттенок.

Как заготавливают ромашку?

Собирают цветы в сухую погоду, сушат в хорошо прогреваемом солнцем помещении, рассыпав тонким слоем на ткани или бумаге.

Одуванчик лекарственный. Это растение знакомо детям с детства. Кто не любит собирать желтые одуванчики, плести из них венки? Это многолетнее



растение семейства сложноцветных. Цветут долго, образуя за сезон много семян. Когда цветут одуванчики, кажется, что дети солнышка спустились на землю и покрыли ее красивым ковром. Одуванчик очень похож на солнышко.

Подорожник. Растет у дорог. Его русские названия «подорожник», «попутчик». Еще его называют «порезник», «ранник» – за ранозаживляющие свойства.

В медицине применяются листья для заживления ран, порезов. Также используют при укусах пчел, ос и даже змей. Свежеистолченная масса из листьев подорожника предупреждает появление отека. Используют подорожник при заболеваниях верхних дыхательных путей, при гастрите, заболеваниях желудка. Семена у подорожника липкие, прилипают к обуви человека, к лапам животных и разносятся на большие расстояния.

Мята. Добавляют ее в чай. В мяте много полезных свойств. Приятный аромат, охлаждающий вкус. Настойки из мяты успокаивают.

Ландыш. Занесен в Красную книгу. Хрупкий, красивый и ароматный цветок. Но будьте осторожны. Ландыш – ядовит.

Ландыш – весьма полезное растение. Из него готовят сердечные и успокоительные капли. В народной медицине ландыш применяют, но нужно советоваться с врачом, потому что он небезопасен.

Шалфей лекарственный – трава благополучия и здоровья. Шалфей лекарственный много столетий используется в домашних условиях для лечения простудных заболеваний. Это интереснейшее лекарственное растение, которое древние врачеватели называли травой бессмертия, травой благополучия и здоровья. В переводе на русский язык слово означает «способствующий здоровью».

Значимость шалфея лекарственного как источника веществ и соединений, полезных для здоровья людей, отмечена официальной фармакопеей. В этой статье читайте о лекарственных свойствах шалфея лекарственного, его заготовке и сушке, а также — об использовании шалфейного масла.

Вывод:

1. Некоторые травы используют при лечении заболеваний.
2. Из лекарственных растений делают нужные лекарства.
3. Все лекарственные травы нельзя применять бесконтрольно.



Кононенко К.В.

ФАЛЬСИФИКАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ: РЫЧАГИ РЕГУЛИРОВАНИЯ

Научный руководитель: *Измайлова Д.И.*,

ГО ВПО «Донецкий национальный университет экономики и торговли имени Михаила Туган-Барановского», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Первые факты о фальсифицированных препаратах встречаются в манускриптах, датированных IV веком до нашей эры. Проблема фальсификации лекарств актуальна и в наши дни. По оценкам ВОЗ 28% лекарственных средств на мировом рынке либо фальсифицированы, либо не соответствуют стандартам. Эта статистика отражает лишь незначительную часть проблемы фальсификации лекарств, распространенной во всем мире.

Цели и задачи работы. Целью данной работы является изучение проблемы фальсификации лекарственных средств и её виды; выявление возможных причины их распространения; выявление мер по борьбе с фальсификатами. Для достижения поставленной цели автором реализован ряд задач:

- определено понятие «фальсификат»;
- выявлены группы фальсификатов, распространённые на территории РФ;
- проанализированы основные способы контроля и борьбы с производством и распространением фальсификатов.

Исследование проблемы. Существует множество коннотаций и определений термина «подделка» применительно к лекарственным препаратам. Наиболее удачное по мнению автора определение подделки было сформулировано ВОЗ и звучит так: «Фальсифицированным считается любой фармацевтический препарат, информация о котором, изложенная на этикетке, является умышленно вводящей в заблуждение относительно идентификации или происхождения препарата. К фальсифицированным могут относиться препараты с правильным и неправильным составом, без активного ингредиента, с недостаточным количеством активного ингредиента или с фальшивой упаковкой».

Поддельные медикаменты, реализуемые на рынке РФ и ДНР, разделяют на 4 группы.

Первая – препараты, в которых отсутствуют все компоненты зарегистрированного препарата, или «плацебо» (пустышки, муляжи), которые вообще не содержат действующих веществ. Этим способом подделываются таблетки, а также мази и гели.



Вторая – препараты, содержащие компоненты, не указанные на упаковке. Это препараты-имитаторы. В них действующее вещество заменяется на более дешевое и менее эффективное. Эта группа подделок наиболее опасна из-за совершенно отличного от ожидаемого терапевтического эффекта.

Третья группа – лекарства, содержащие компоненты, происхождение которых отличается от обозначенного на упаковке. Они содержат то же самое действующее вещество, только в больших или меньших количествах. При проверке состав лекарства будет полностью соответствовать указанному, однако вместо аспирина немецкого концерна Bayer в упаковку будет вложен шипучий аспирин местного производителя.

Четвертая группа – это наиболее распространенная и самая качественная группа подделок, так называемые препараты-копии, известные как дженерики. В них содержится то же действующее вещество и в тех же количествах.

Последние два варианта подделок характерны для легальных фармацевтических производств, от небольших до крупных.

По результатам анализа исследований различных авторов выделены основные факторы распространения фальсифицированных лекарственных средств:

- недостатки юридического регулирования системы фармацевтической дистрибуции;
- невыполнение действующего законодательства;
- низкий уровень контроля качества препаратов, предназначенных для экспорта.

Выводы. Каким же может быть выход из ситуации? Логичным шагом является усиление юридической ответственности именно за изготовление фальсификата, а не за распространение такой продукции. Немаловажны и вопросы ответственного отношения самих потребителей к данной проблеме, их культуры лечения (и самолечения!!!).

Увы, но большинство граждан упорно продолжают заниматься самолечением, а при покупке лекарств ориентируются, в первую очередь, только на его стоимость. В борьбе с фальсификатом нужно использовать специальные методы защиты оригинальных упаковок лекарств. Речь идет о применении микронаклеек, радиометок, голограмм и др.



Безуглая М.С.

ЯДОВИТЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ ДОНБАССА

Научный руководитель: Богданова И.М.,

МОУ «Профильная гимназия №122 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Несмотря на стремительное развитие химико-фармацевтической промышленности фитотерапия является важным и популярным направлением в современной медицине. Возрастание интереса к лекарственным растениям объясняется тем, что растительные препараты по сравнению с синтетическими менее опасны. Лечение травами ценят за его простоту, мягкость воздействия и минимизацию вредных побочных эффектов. Во флоре Донбасса, на территории которого произрастает более 2070 видов, 685 родов и 144 семейства дикорастущих растений, около 250 видов являются лекарственными [Остапко В.М., Бойко А.В., Мосякин С.Л. Сосудистые растения юго-востока Украины]. Необходимо помнить, что даже лекарственные растения могут быть ядовитыми и нести опасность для жизни и здоровья.

Анализ литературных источников. По степени токсичности выделяют три категории растений: ядовитые, очень ядовитые и смертельно ядовитые. Среди ядовитых лекарственных растений флоры нашего региона следует назвать следующие: робиния ложноакация *Robinia pseudoacacia* L. (древесное растение, произрастает повсеместно на территории Донбасса, ядовитыми являются семена и корни); адонис весенний *Chrysocyathus vernalis* (L.) Holub, адонис волжский *C. wolgensis* (Steven) Holub (произрастают на степных участках небольшими популяциями, занесены в Красную книгу Донецкой области [Червона книга Донецької області: рослинний світ (рослини, що підлягають охороні в Донецькій області) / Під загальною ред. В. М. Остапка.], ядовиты все части растения); бирючина обыкновенная *Ligustrum vulgare* L. (произрастает повсеместно, ядовиты плоды и листья); ландыш майский *Convallaria majalis* L. (охраняемый красивоцветущий вид, произрастает в лесах, широко культивируется, ядовитыми являются плоды). К категории очень ядовитых лекарственных растений относятся паслен сладко-горький *Solanum dulcamara* L. (сорный, широко распространенный вид, ядовиты все части, особенно плоды), бересклет европейский *Euonymus europaeus* L. (растет в посадках, лесах, ядовиты плоды). К группе смертельно ядовитых относятся дурман обыкновенный *Datura stramonium* L., белена черная *Hyoscyamus niger* L., болиголов пятнистый *Conium maculatum* L. (сорные, широко распространенные виды, ядовиты все части). Все указанные выше лекарственные ядовитые растения широко распространены на территории Донбасса, применяются в народной медицине [Губергриц А.Я., Соломченко Н.И. Лекарственные растения Донбасса, Шпилева Н.В. Рациональное использование



лекарственных растений в Донецком регионе], имеют привлекательный внешний вид.

Цели и задачи работы. Актуальность изучения ядовитых лекарственных растений нашего региона состоит не только в исследовании их свойств и действия, поиска в природе и выращивания в культуре, а также в популяризации знаний среди населения. Особенно среди детей и подростков, которых зачастую привлекает красивый и яркий вид многих ягод и растений. Отсутствие необходимых ботанических знаний у людей, использующих растения в качестве лекарства, может привести к необратимым последствиям. Поэтому важно знать какие ядовитые растения растут в нашем регионе, их внешний вид, ядовитые органы, названия и механизмы действия токсина, первые клинические признаки отравления и принципы оказания первой помощи.

Исследование проблемы. Важными симптомами при отравлении ядовитыми растениями являются психоневрологический, синдром нарушения дыхания, сердечно-сосудистый, поражения пищеварительного тракта, печени, почек. Рекомендуются вызвать рвоту (после большого количества выпитой воды) раздражением задней стенки глотки и корня языка. При наличии используют активированный уголь вовнутрь, вызывать скорую помощь или доставить пострадавшего в медицинское учреждение самостоятельно.

Выводы и предложения.

1. Несмотря на токсичные свойства некоторых растений, их лекарственное действие является первоочередным.
2. При неграмотном и бесконтрольном употреблении практически все растения, применяемые в народной медицине, способны навредить.
3. Для профилактики и исключения отравления ядами растений необходимо просветительскую деятельность среди обучающихся общеобразовательных учреждений.

Миляева С.Д.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ И ЗДОРОВЬЕ

Научный руководитель: *Першина Л.П.*,

РОУ «Школа №4 – Кадетский корпус имени А.В. Захарченко», г. Донецк, ДНР

Актуальность. На данный момент, люди слишком зависимы от лекарственных препаратов. Большинство уже не помнит, как можно лечиться с помощью лекарственных растений. Однако лекарственные травы являются хорошей альтернативой химическим препаратам. Мы считаем, что в домашней аптечке должны использоваться не только лекарства, но и травы. У них меньше побочных эффектов и они действуют комплексно. А также многие отвары удобней использовать в пути.



В последнее время фитотерапия набирает популярность в связи с тем, что при достаточном уровне знаний возможно самим собирать и приготавливать лекарства.

Цель работы. Познакомится с лекарственными растениями и их влиянием на организм человека.

Задачи:

- 1) изучить и систематизировать литературу по теме;
- 2) освоить методику изготовления отваров;
- 3) изучить полезные и негативные воздействия.

Заготовка трав и отваров.

Все лекарственные растения собирают в сухую погоду. Собранные части тщательно сортируют, удаляя посторонние примеси, а также не лекарственные растения, от корней и стеблей отделяют омертвевшие, загнившие части и др.

При заготовке лекарственного сырья необходимо учитывать правила сбора и биологические особенности растений.

С давних времен было принято делать отвары из трав и применять ввнутрь. Выделяют несколько способов приготовления:

1. Горячий способ. Измельченное сырье помещают в эмалированную посуду и заливают кипятком, обычно 1:10, закрывают крышкой, помещают на водяную баню на 15-20, охлаждают при комнатной температуре и процеживают.

2. Холодный способ. Сырье заливают остуженной кипяченой водой, настаивают 4-12 часов, затем процеживают. Сырье, содержащее дубильные вещества процеживают немедленно, так как они хорошо растворимы в воде.

В медицине данные вещества используют как вяжущее, противовоспалительное, кровоостанавливающее и бактерицидное действие. Внутрь его применяют в основном при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и отравлениях солями металлов, а также могут использоваться для выведения радиации.

Растительные отвары применяются при многих болезнях и как не посредственно лекарства, и как вспомогательные средства в виде диеты. В наши дни все еще остается актуальной проблема лишнего веса. Довольно часто данная проблема обусловлена нарушением обмена веществ. Ожирение, атеросклероз и сахарный диабет- все молодеет. Правильное питание, а также включение в рацион продуктов растительного происхождения может облегчить течение этих болезней.

Так, при сахарном диабете необходимо не только медикаментозное лечение, но так же и диетическое питание, где заметное место следует отвести сахароснижающим растениям (черника обыкновенная(отвар листьев и ягод), также применяют землянику лесную и бруснику, жидкий экстракт из стручков фасоли, настой листьев грецкого ореха, отвар измельченного



корнялопуха большого).Сборы заливаем кипятком и оставляем отстояться.Применяют за 30 минут до еды.

Однако, сахарный диабет не единственная серьезная проблема в современном мире. На данный момент идет большая психологическая и умственная нагрузка. Соответственно идет увеличение потребности в витамине В1. При его недостатке нарушается деятельность нервной и сердечно-сосудистой системы.

Наиболее богаты данным витамином клубни картофеля, кочаны капусты и корнеплод моркови.

При нервном истощении уже давно используют валериану. Данное растение применяется, как седативное средство. Терапевтическое действие валерианы обусловлено комплексом содержащихся в ней веществ и, прежде всего,эфирным маслом и алкалоидами. В корневищах и корнях количество эфирного масла достигает 2%.

Вывод. Лекарственные травы во многом превосходят обычные лекарства, однако они могут приносить не только пользу, но и серьезный вред здоровью. Без определенных знаний самолечение недопустимо.

Чтобы правильно использовать растения, необходимо уметь не только правильно определять их. Надо знать, в каких частях растений находятся действующие лекарственные вещества, и время, когда количество этих веществ максимально.

Арзуманян К.Г.

БАДЫ – ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ ОЗДОРОВЛЕНИЕ?

Научный руководитель: *Столбцова Н.В.*,

МОО «Харцызскаясредняяшколас углубленным изучением отдельных предметов № 25», г. Харцызск, ДНР

Актуальность и постановка проблемы.В настоящее время БАДы определяются как «природные (идентичные природным) биологически активные вещества, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевых продуктов».

Значительная часть БАДов реализуется через фармацевтический рынок. В последние годы наблюдается активный рост ассортимента БАДов и объёмов их продаж. В условиях постоянного удорожания фармацевтической помощи, учитывая специфичность ассортимента и нестабильность реализации, понижение платежеспособности населения, проведение исследования рынка, БАД приобретает особую актуальность.

Цель и задачи работы. Изучение и анализ ассортимента биологически активных добавок на фармацевтическом рынке Донецкой Народной



Республики. Поставленная цель реализуется в следующих исследовательских задачах:

1. Ознакомиться с историей возникновения БАДов и их классификацией.
2. Провести аналитические исследования по данному вопросу.

Исследование проблемы. Было исследовано некоторое количество источников, в которых рассматривались те или иные вопросы о БАД. В данной работе обоснованы роль и место БАД в общей системе сбалансированного питания.

Имеется множество научных публикаций, посвященных этой проблеме, методики проведения качественного и количественного анализа БАД недостаточно разработаны. Для получения объективных качественных и количественных характеристик БАД необходимы научно обоснованные методы их анализа.

В ходе исследования было проведено анкетирование среди обучающихся 9-11 классов Харцызской СШ №25, интервью с фармацевтами аптек г. Харцызска и социологический опрос.

Вопросы для анкетирования:

1. Знаете ли вы что такое БАДы?
2. Употребляли ли вы в своей жизни БАДы?
3. Употребляли ли БАДы члены вашей семьи?
4. Слышали ли вы о каких-либо препаратах, которые относятся БАДам?
5. Перечислите препараты, о которых вы слышали

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

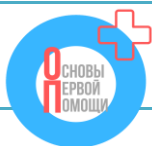
БАДы применяются для профилактики многих заболеваний и повышения эффективности их лечения. Их отличительная особенность - это природное происхождение компонентов.

Применение БАДов позволит:

- восстановить недостаток витаминов и микроэлементов;
- регулируя калорийность продуктов, предотвратить увеличение массы тела;
- поддерживать микрофлору кишечника и обеспечивать его активность;
- уменьшить риск появления аллергических реакций.

Существуют общие принципы применения БАДов:

- БАДы принимаются целенаправленно и системно (имеется прямая связь питания с работой всех систем организма человека);
- прежде, чем применять БАД, необходимо четко понимать терапевтическое действие каждого компонента.
- подбор БАДов нужно осуществлять строго индивидуально в соответствии с сочетанием симптомов заболевания;



– БАДы или комбинируют с пищей (при условии, что человек практически здоров), или сочетают с другими лекарственными средствами и методикой лечения.

Таблица 1.

№ вопроса	Класс	Общее кол-во человек	Количество человек		% соотношение ответов к общему числу человек «да» \ «нет»	
			«знают», да	«не знают», нет		
1	9-А	14	3	11	21,4	78,6
	9-П	20	7	13	35	65
	9-Л	21	6	15	28,5	71,5
	10-Л	15	7	8	46,6	53,4
	10-П	9	9	0	100	0
	11-Л	13	9	4	69,2	30,8
2	9-А	14	1	13	7,2	92,8
	9-П	20	0	20	0	100
	9-Л	21	0	21	0	100
	10-Л	15	1	14	6,7	93,3
	10-П	9	5	4	55,5	44,5
	11-Л	13	9	4	69,2	30,8
3	9-А	14	1	13	7,2	92,8
	9-П	20	1	19	5	95
	9-Л	21	1	20	4,8	95,2
	10-Л	15	2	13	13,4	86,6
	10-П	9	3	6	33,4	66,6
	11-Л	13	10	3	76,9	23,1
4	9-А	14	4	10	28,5	71,5
	9-П	20	3	17	15	85
	9-Л	21	3	18	14,2	85,8
	10-Л	15	7	8	46,6	53,4
	10-П	9	1	8	11,1	88,8
	11-Л	13	9	4	69,2	30,8

Выводы и предложения. БАД являются средством оздоровления организма, снижения заболеваемости, повышения эффективности лекарственной терапии, продления активного долголетия. В то же время отсутствие общедоступной информации о свойствах БАД, условиях их применения и, зачастую, недобросовестная реклама затрудняют, а иногда и мешают медицинским работникам и населению сделать правильный выбор в лечении.

1. БАД – это дополнение к пищевому рациону, и эффективность оздоровления зависит от этого сочетания.

2. Когда БАДы применяются без контроля клинических и лабораторных показателей, они могут принести вред.

3. Из анализа анкет обучающихся видно, что необходимо расширять информационное поле по данному вопросу среди населения, в частности молодёжи (таблица №1)

4. Ассортимент аптек позволяет населению сделать соответствующий выбор при покупке БАД.



Сердюк К.Е.

ОЦЕНКА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ТИМЬЯНА (*THYMUSL.*)

Научный руководитель: *Андрющенко А.И.*,

МОУ «Школа №132 им. Н.В. Поповой города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Задачей современной фармацевтической науки является поиск эффективных лекарственных средств на основе природных соединений. Важное значение в данном вопросе придается изучению дикорастущих лекарственных растений и использованию их как в виде лекарственного растительного сырья, так и для получения лекарственных препаратов.

На сегодняшний день запасы лекарственного растительного сырья сокращаются, что приводит к необходимости расширения сырьевой базы официальных лекарственных растений за счет дополнительных растительных источников и комплексного их использования.

С этой точки зрения несомненный интерес представляют растения рода тимьян (*ThymusL.*) семейства яснотковые (*Lamiaceae*).

На территории Донбасса наиболее распространенными представителями из рода тимьян являются два вида: тимьян ползучий (чабрец) *Thymus serpyllum L.* и тимьян обыкновенный *Thymus vulgaris L.*

Цели и задачи работы. Целью исследования явилось фармакогностическое изучение растений рода тимьян, с целью экспериментально-теоретического обоснования их использования для получения фитопрепаратов.

Для решения поставленных целей были обозначены следующие задачи:

1. Изучение химического состава тимьяна.
2. Исследовать способы применения в народной и современной медицине.

Исследование проблемы. При изучении фармакологических свойств тимьяна важно знать химический состав растения.

Изучая литературные данные по этому вопросу, мы выяснили, что, тимьян содержит более 1% эфирного масла, состоящего из фенолов – камфена, β-мирцена, 1,8-цинеола, камфоры, β-кариофиллена, кариофиллен оксида, тимола, корвакрола, р-цинена, борнеола, сабинена, γ-терпинена. Состав эфирного масла изменяется в зависимости от места произрастания. В траве определены также дубильные вещества, горечи, смолы, органические кислоты, флаваноиды, соли Fe, Se, K, Mo.

Так же нами были рассмотрены лекарственные качества чабреца, которые ему приписывает народная и современная медицина.

В народной медицине Азии чай из травы чабреца пьют при кишечных коликах, а также, как глистогонное и противосудорожное средство. Наружно, отвары травы применяют как обезболивающее и ранозаживляющее средство.



В русской народной медицине настои, отвары травы чабреца применяют при бессоннице, как отхаркивающее средство при бронхитах, туберкулезе, как мочегонное средство.

В монгольской и тибетской народной медицине чабрец используют как противодиарейное, противокашлевое средство, при детских инфекциях, сибирской язве и при лечении ожогов.

В современной научной медицине лечебные свойства чабреца связывают с содержащим в составе его эфирного масла тимолом. Тимол, в современной медицине применяют как дезинфицирующее средство. Экстракты растения оказывают выраженное антибактериальное воздействие. Он также убивает ленточных глистов. Эфирное масло чабреца обладает выраженными противогрибковыми свойствами, эффективно при лечении кандидозов.

Выводы. В результате проведенных исследований нами были сформулированы следующие выводы:

1. Определены химические компоненты, входящие в состав тимьяна. Выявили, что в его состав входит более 1% эфирного масла, состоящего из фенолов.

2. Рассмотрены рекомендации по применению тимьяна в народной и современной медицине. Выявлено что лечебные свойства чабреца связывают с содержащим в составе его эфирного масла тимолом. Чабрец обладает антибактериальными и противогрибковыми свойствами, оказывают выраженное антиоксидантное действие.

Краснянская Е.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ В НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЕ

Научный руководитель: *Панютова С.А.*,

МОУ «Школа №45 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Лекарственные растения – это группа растений, органы которых служат сырьем для изготовления лекарственных препаратов, применяемых в медицинской, народной или ветеринарной практике.

По данным Международного союза охраны природы в настоящее время в медицине используется около 21000 лекарственных растений. Их свойства обусловлены наличием комплекса биологически активных веществ, таких как: алкалоидов, сапонинов, гликозидов, фитонцидов, витаминов и других, а также балластных – неактивных веществ.

Мы встречаем лекарственные растения часто в лесу, на лугу. А многие мы сеем на полях и огородах, даже и, не задумываясь, что у нас под ногами настоящие сокровища.



Исследование проблемы. Еще издавна люди научились лечить различные болезни травами. Они искренне верили, что растения обладают целебными свойствами. Поэтому и названия давали им громкие и выразительные - девясил, зверобой, чистотел, подорожник. Чтобы пользоваться лекарственными травами с пользой, а не наносить вред здоровью, надо хорошо знать их свойства.

Цели и задачи работы. Основная цель – выяснить роль лекарственных растений в лечении заболеваний на примере ромашки лекарственной, чистотела, зверобоя.

Задачи:

1. Проанализировать литературные источники.
2. Выяснить значение вышеприведенных растений в лечении и профилактике заболеваний.

Ромашка лекарственная. Ромашка – полезное лекарственное растение. Ромашка лекарственная лечит простуду. Отвар цветков используют для полоскания горла, кашля, от зубной боли, простудных заболеваний, нервного возбуждения, для промывания ран, при желудочных и кишечных заболеваниях, болезнях глаз, для мытья волос, купания младенцев.

Ромашку лекарственную применяют при ожогах и язвах. Она обладает противовоспалительным, кровоостанавливающим действием, возбуждает аппетит, снимает спазмы мышц, обладает успокаивающими свойствами. Для изготовления лекарств используют высушенные цветочные корзинки, которые собирают во время цветения.

Ромашка лекарственная используется как для внутреннего приёма в виде настоя соцветий, так и для наружного применения в виде компрессов, примочек, обмывания, полоскания. Ромашка - одно из популярнейших средств, находящихся широкое применение в домашней и официальной косметике.

Чистотел. Чистотел – это чудесное растение с говорящим названием. Встречается практически повсеместно, и все знают или, хотя бы, догадываются о том, что это целебное растение.

Чистотелом пользуются с давних времен. Известно, что некоторые врачи в Древней Греции и Риме назначали чистотел при подагре, золотухе, кожных болезнях и др. Чистотел и называется так потому, что заживляет раны, в его отваре купают младенцев.

Чистотелом лечат болезни кожи: выводят бородавки, остроконечные кондиломы, мозоли, красный волчий лишай, чесотку, экзему, псориаз, туберкулез кожи. Свежим соком чистотела лечат помутнение роговицы глаз и пятна на ней. Настояем чистотела лечат болезни ротовой полости. Это растение регулирует учащенный пульс, умеренно снижает давление крови, стимулирует функцию печени. Свежую траву чистотела, и препараты из неё, прописывают при печеночных и желчных заболеваниях, ухудшении пищеварения.



Иногда чистотел пьют в небольшом количестве, чтобы очистить кровь. Но делать это следует очень осторожно, потому что, хотя это и лекарственное растение, оно одновременно является и ядовитым.

Зверобой. Это трава от 99 болезней. Применяют зверобой против ангины, ревматизма, гриппа, воспаления печени и почек, головной боли.

В медицине используют цветущие верхушки побегов как вяжущее, противовоспалительное и тонизирующее средство при кровохарканье, кашле, поносах, колитах, болезнях печени, для укрепления десен. Успокаивает слизистую ротовой полости, желудка и кишечника. Прописывают зверобой еще и при камнях в мочевом и желчном пузыре, ранах после ожогов.

Выводы и предложения. Лекарственные растения - это бесценный дар окружающей нас живой природы, один из мощнейших факторов оздоровления человека. Воздействие на организм зависит от времени сбора, сушки, хранения и применения лекарственных растений.

Использование лекарственных растений более эффективно влияет на здоровье человека, имеет меньше побочных эффектов, нежели синтезированные лекарственные средства. Однако необходимо всегда учитывать следующее условие – перед употреблением лекарственного растения в виде отваров, настоек, примочек обязательно проконсультироваться с врачом-специалистом.

Дрогальцева Н.О.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ – АЛЬТЕРНАТИВА СОВРЕМЕННЫМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ

Научный руководитель: *Юрьева Ю.Е.*,

г. Макеевка, ДНР. МОУ «Лицей №2 «Престиж» города Макеевки».

Актуальность и постановка проблемы. Растительный мир подарил человеку замечательное богатство – лекарственные растения, которые всегда были источником жизни, пищи и здоровья для человека. Зачастую вылечить себя и своих близких помогают не только лекарственные препараты, но и лекарственные растения.

Актуальность работы - установление наиболее безопасного и дешевого средства для лечения частых и неприятных недугов на основе проводимых исследований.

В качестве объектов исследования определены фиторастения и фармакологические препараты, которые наиболее популярны для лечения таких заболеваний как насморк, боль в горле, головная боль, бессонница.

Цели и задачи работы. Изучение свойств фармацевтических препаратов, (как полезных, так и отрицательно воздействующих) и сравнение их с лечебными средствами народной медицины, прорастающими на территории



Донбасса, как альтернативные фармацевтические средства с целью дальнейшего использования фитопрепаратов вместо препаратов фармакологии, имеющих одинаковую или большую степень эффективности.

Основная задача - изучить возможность безопасного применения народных средств и лекарственных растений как альтернативы фармацевтическим препаратам.

Для достижения цели данного исследования был выполнен ряд задач:

- изучены литературные источники на предмет качества исследуемых фармакологических препаратов, средств фитотерапии;
- опытным путем исследовано влияние лечебных средств на ткани животного происхождения, поставлены соответствующие эксперименты;
- проведены качественные реакции на наличие в исследуемом препарате свободного фенольного гидроксила и формальдегида;
- сделаны соответствующие выводы по итогам исследования.

Исследование проблемы. Для достижения основной цели в эксперименте использовались следующие комплексные растительные препараты:

- настой от бессонницы, приготовленный на основе трав зверобоя, пустырника, мяты, корня валерианы и шалфея;
- отвар от боли в горле, приготовленные из цветков ноготков, листьев эвкалипта и шалфея.

А также использовались такие фитотерапевтические средства, как отвар мяты и алоэ веры.

Альтернативными фармакологическими препаратами, используемыми в работе, были выбраны следующие:

- сосудосуживающий препарат, используемый для местного применения при лечении верхних дыхательных путей – «Риностоп»;
- антисептический препарат «Хлорофилипт»;
- обезболивающее средство «Парацетамол»;
- препарат «Корвалол», обладающий седативным и спазмолитическим эффектом.

В качестве химического материала для проведения эксперимента выступили раствор соли хлорид железа (III) и раствор гидроксид меди (II).

Исследуемый животный материал – мясо свиньи.

Основное оборудование и химическая посуда для проведения эксперимента – пробирки, пробиркодержатель, пипетки, колбы, пнагревательный прибор (сухое горючее), спички.

При проведении экспериментальных исследований использованы 2 метода:

1. Метод визуального определения влияния на животные ткани (в эксперименте – свинина) фитосредств и препаратов фармакологии.
2. Метод проведения химических качественных реакций:



- качественное определение фенола в исследуемых препаратах фито- и фарма-происхождения;
- качественное определение формальдегида в лекарственных средствах.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Определено, что фитопрепараты при лечении недугов более приемлемо, в отличие от фармакологических средств. Проведенные экспериментальные исследования доказывают отсутствие негативных последствий при воздействии средств растительного происхождения на животные ткани. Отвары и настои растений не вызывают изменений цвета и нарушение целостности в структуре тканей.

Выводы и предложения. По результатам экспериментальных исследований были сделаны следующие выводы:

При проведении первого опыта, а именно – при взаимодействии животной ткани со всеми фармакологическими препаратами наблюдались изменения в цвете и структуре животной ткани, в то время как, при взаимодействии с лекарствами природного происхождения изменений не наблюдались, структура ткани осталась целостной.

Во время проведения второго эксперимента – исследование наличия фенолов и формальдегида в препаратах растительного происхождения и фармакологических средствах, было обнаружено следующее:

- при взаимодействии «Риностопа», «Хлорофиллипта», сока алоэ веры, настойки от боли в горле, настоя от бессоницы и мятного отвара с раствором гидроксида меди (II) наличие в препаратах фенола и формальдегида не выявлено;

- при взаимодействии «Парацетамола» с раствором гидроксида меди (II) образовался двухслойный раствор. Опытным путем доказано наличие в растворе парацетамола фенольного гидроксила, находящегося в свободном состоянии.

Наличие формальдегида в растительных и фармакологических средствах не обнаружено, о чем свидетельствуют результаты опытных исследований.

Тарасенко А.А.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ ДОНЕЦКОГО КРАЯ

Научный руководитель: *Кузина А.О.*,

МОУ «Школа № 80 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Среди многих средств, используемых научной и народной медициной, наибольшее значение имеют лекарства, изготовляемые из различных растений. Недаром в ранней медицине существовало изречение: «Три орудия есть у врача: слово, растение и нож». Несмотря на значительный прогресс современной медицины, на ежегодное



обогащение ее все новыми методами медицинской помощи, мало какое лечение обходится без лекарств растительного происхождения. Ежегодно мы сталкиваемся с сезонными заболеваниями. Поэтому изучение лекарственных растений родного края, применяемых при простудных заболеваниях, является актуальным.

Цели и задачи работы. Изучить разнообразие лекарственных растений Донецкого края и определить правила их сбора; выявить лекарственные растения Донбасса, которые применяются при простудных заболеваниях и их симптомах.

Исследование проблемы. Лекарственные растения используют в медицинской практике в свежем или высушенном виде. Из свежих растений готовят соки, настойки и отвары. Плоды сушат и замораживают. Свежие растения обладают более сильным лечебным действием. Чтобы собранные растения не изменили свойства и не потеряли лекарственного значения, нужно знать правила сбора, сушки, подготовки и сохранения растений:

Собирать можно только те растения, которые не относятся к числу охраняемых видов.

Почки деревьев заготавливают ранней весной в момент их набухания.

Кору деревьев и кустарников собирают весной перед самым началом сокодвижения. Снимать бересту лучше с деревьев, возраст которых не превышает 3-4 лет.

Цветки и соцветия, листья и стебли заготавливают в период цветения, так как именно в этот момент в них больше всего целительных веществ.

Семена и плоды заготавливают после их полного созревания.

Корневища и корни заготавливают ранней весной или осенью. В это время в них концентрируются самые полезные вещества.

Собирать лекарственные растения следует только в ясный солнечный день и желательно в утренние часы.

После того как растения будут собраны, их необходимо внимательно перебрать, очистить от комочков земли, удалить растения, потерявшие свой цвет, загнившие или увядшие, а также случайно попавшие посторонние травы.

При сушке растения раскладывают свободно, чтобы они не слеживались и переворачивают несколько раз в день.

Высушенные травы можно хранить в картонных коробках, бумажных пакетах, льняных мешочках или стеклянных банках в сухом темном месте.

Ежевика сизая – обладает жаропонижающим, болеутоляющим, противовоспалительным, антисептическим действием. Экстракт листьев обладает сильным противовирусным действием. Свежие плоды или сок являются отличным поливитаминным общеукрепляющим средством.

Крапива двудомная. В медицине используются листья, а в народной медицине – сок, цветы, семена и корневища. Препараты крапивы оказывают



противовоспалительное, тонизирующее, общеукрепляющее, отхаркивающее действие, а также повышает устойчивость организма к разным заболеваниям.

Мать-и-мачеха. Настой листьев оказывает отхаркивающее, дезинфицирующее, противовоспалительное, бронхолитическое, антисептическое, жаропонижающее действие. В медицине применяется при острых и хронических заболеваниях дыхания и ОРВИ (ОРЗ).

Пырей ползучий. Настой и отвар корневища обладают отхаркивающим, противовоспалительным, обезболивающим свойством, а также улучшающим обмен веществ.

Татарник колючий – используются верхушки травы с листьями и соцветиями, реже корни. Применяется при длительном кашле, при воспалении верхних дыхательных путей, простуде.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Как общеукрепляющее средство можно использовать неразбавленный сок из плодов облепихи или сироп: 1-3 столовые ложки в день, разводить в стакане воды.

Выводы и предложения. Лекарственные растения популярны в профилактике и лечении не только простудных заболеваний, но и сердца, желудка и других органов человека. А еще масла и экстракты растений входят в состав косметических средств.

Лекарственные травы растут у нас буквально под ногами, а мы часто не задумываемся об их ценности! Они менее опасны, но при их применении всё же нужно проконсультироваться с врачом и узнать о противопоказаниях.

Корниенко Н.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСТЕНИЙ-ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ С ЦЕЛЬЮ УКРЕПЛЕНИЯ ИММУНИТЕТА

Научный руководитель: *Котова А.Б., Шестакова И.И.,*

МОУ города Горловки «Гимназия «Интеллект», г. Горловка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Природа бережно заботится о нашем организме, защищая его от агрессии окружающей среды с помощью иммунной системы. В идеале атака чужеродных клеток должна надежно блокироваться силами организма.

Ослабляющих человека факторов становится все больше - стрессы, загрязнение воздуха, вредные привычки, обилие инфекций и бесконтрольный прием доступных антибиотиков. Под их воздействием сопротивление инфекциям и вирусам постепенно уменьшается, что проявляется бесконечными ОРВИ, излишней утомляемостью, бессонницей.

Иммунная система нуждается в поддержке и укреплении, и сделать это при желании достаточно просто.



Цели и задачи работы. Главной целью работы является исследование влияния растительных иммуномодуляторов на укрепление защитных свойств организма.

Оказание помощи в выборе лекарственного сырья растительного происхождения для безопасного употребления его в качестве стимуляторов и регуляторов иммунной системы.

Исследование проблемы. Правда ли, что лучше всегда выбирать натуральные иммуномодуляторы? Давайте разберемся.

Имуномодуляторы – это лекарственные препараты, которые в терапевтических дозах восстанавливают функции иммунной системы. Эффект от применения этих препаратов напрямую зависит от исходного состояния иммунитета больного. В настоящее время специалисты выделяют несколько групп лекарственных препаратов.

Рассмотрим иммуностимулирующие свойства растений, произрастающих на территории Донбасса, как в природе, так и на приусадебных участках.

Чеснок – природный антибиотик. Он содержит вещество аллицин, которое обладает сильным бактерицидным действием.

Эхинацея. Растение, повышающее количество фагоцитов в крови и тем самым помогающее избавиться от умирающих клеток и бактерий. Эхинацея останавливает размножение вирусов гриппа и герпеса, стрептококков и стафилококков, кишечной палочки.

Родиола розовая. В составе растения антиоксиданты, стимуляторы иммунной и нервной систем, усиливающие синтез коллагена вещества. Она помогает успешно справиться с последствиями приема антибиотиков, хронической усталостью.

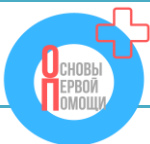
Шиповник – лидер по содержанию аскорбиновой кислоты. Его настой, насыщенный микроэлементами и витаминами, рекомендован для повышения иммунитета и для укрепления стенок сосудов при язве, гастрите.

Имбирь – настоящая кладовая полезных составляющих. Антиоксиданты, витамины, эфирные масла, минералы надежно избавляют от множества недугов и укрепляют иммунную систему.

Перегородки грецкого ореха. Тонкие перепонки содержат огромное количество аскорбиновой кислоты и йод, глюкозиды, органические кислоты и алкалоиды. Они обладают противомикробными, антибактериальными и укрепляющими свойствами.

Однако, применяя лекарственные травы необходимо помнить, что у некоторых лиц возможна непереносимость веществ, входящих в состав растения. Так же существует ряд противопоказаний к применению по состоянию здоровья. Поэтому перед употреблением даже натурального растительного сырья необходимо посоветоваться с врачом.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Необходимо строго соблюдать дозировку и правильно употреблять целебные растения. Они



используются в различных формах: отвары, настои и добавление небольшого количества травы в чай.

Выводы и предложения.

1. В периоды обострения аденовирусных инфекций желательны меры по укреплению и стимуляции иммунной системы.
2. В качестве иммуномодулирующих средств целесообразно использовать растительное сырьё.
3. Выбор растений и формы их использования – индивидуально.
4. Перед употреблением растительных препаратов необходимо посоветоваться с врачом.

Федотова А.С.

ФАРМАЦИЯ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ

Научный руководитель: *Кравченко Т.Г.*,

МОУ «Гимназия №92 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Многие из нас часто болеют. И, вероятно, это не открытие, что зачастую не только лекарства, но и травы помогают исцелить своих близких и себя. Мы часто покупаем эти травы в аптеке, но оказывается, что они растут рядом с нами, а мы просто ничего о них не знаем.

Лекарственные растения имеют большое значение в современной научной медицине. Приблизительно 70% препаратов поступают из растений. Большое количество лекарственных растений, которые содержатся в медицинских рецептах, используется в повседневной жизни: например, шалфей - для полоскания горла, липовый чай – при простудных заболеваниях, валериана - при бессоннице.

Анализ литературных источников. Фармация – это научно-практическая отрасль, которая занимается вопросами поиска, исследования, хранения, производства и отпуска лекарственных средств.

Совсем недавно, в сознании наших современников, лекарственные растения были связаны с реликвией античности. Действительно, трудно объединить наш век научно-технической революции с пучком сушеных трав, от которого человечество в прошлом со слепой верой ожидало чудесных исцелений. Лекарственные растения – это виды растений, в основе лечебных свойств которых лежат активные вещества – ферменты, витамины, гормоны.

Цели задачи работы. Исследовать назначение лекарственных растений, ведь превосходство лекарственных растительных материалов заключается в отсутствии побочных эффектов на организм человека. Каждое растение представляет собой целую копилку различных активных веществ: жирных и эфирных масел, витаминов и минералов, алкалоидов, органических кислот и



многих других. Благодаря такому разнообразию лечебный эффект является универсальным.

Исследование проблемы. Традиционная медицина является предшественником научной медицины и питает ее своим опытом и наблюдениями. В народной медицине широко используются такие средства, как алтейный корень, корень аира, арника, бузина, валериана, горечавка, кора дуба, клевер, змеевик, клюква, калина, кориандр, крушина, лаванда, ландыш, липовый цвет, льняное семя, малина, мать-и-мачеха, миндаль, ревен, ромашка и др.

Лекарственные растения являются источником лекарственного сырья. В качестве лекарственного сырья используются высушенные и редко - собранные части (листья, трава, цветки, плоды, семена, кора, корневище, корни) лекарственных растений.

Лекарственные растения обладают определенными фармакологическими свойствами. Они обусловлены наличием в них определенных химических соединений (например, алкалоидов, гликозидов, сапонинов, флавоноидов, кумаринов, витаминов, полисахаридов), которые определяют основной эффект растений.

Исследование лекарственных растений и получаемого из них медицинского сырья является одной из основных задач фармакогнозии.

Следует отметить, что витамины и другие биологически активные вещества присутствуют в определенных пропорциях у растений, которые возникли в ходе эволюции при взаимодействии организма с окружающей средой. Очевидно, что это является преимуществом растительных препаратов по сравнению с лекарственными средствами, полученными синтезом или выделенными, и используемыми отдельно от других веществ этого растения, которые их сопровождают.

Растения представляют собой биогенетически разработанный комплекс, состоящий из активных веществ и других (вторичных) элементов, в том числе:

- метаболиты,
- протеины,
- различные эфирные масла,
- хлорофилл,
- микроэлементы,
- витамины разных групп,
- неорганические соли.

Из лекарственных растений делают: настои, отвары, настойки, порошки, мази, экстракты, сиропы.

В древнейших памятниках письменности много информации об использовании растений в лечебных целях.



Величайший древнегреческий врач Гиппократ дал научное обоснование использованию лекарственных растений, упомянув в своей работе 236 видов, которые впоследствии были использованы в медицине.

Гиппократ является основателем современной научной медицины. Он считал, что лекарственные вещества в сыром виде или в форме сока являются наиболее эффективными.

Растения содержат все вещества, которые нужны человеку, хотя бы потому, что они жизненно необходимы для самих растений.

Вывод. Исследуя вопрос необходимости изучения фармации более углубленно в учебных заведениях детьми раннего возраста, стоит обратить внимание, что не только родители или преподавательский состав должны принимать в этом участие. Работа по внедрению такой дисциплины, как фармация, должна проводиться на законодательном уровне.

Государство должно заботиться об общем образовании учащихся и в области практической медицины, куда входит изучение лекарственных растений, их свойств и применение в фармации в целом.

Майстерчук Ю.С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ДОНБАССА В ФАРМАКОЛОГИИ

Научный руководитель: *Жильцова О.А.*,
МОУ «Школа № 94 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. О лечебных свойствах растений люди знают уже давно. Еще в древности люди использовали растения для лечения болезней. В наши дни все чаще мы используем свойства лекарственных растений: изготовление лекарственных препаратов, лечебные отвары, лечебные настойки, использование в народной медицине, в быту, в косметологии и т.д. Люди предпочитают использовать лекарственные растения по причине их доступности сравнительно низкой ценой в сравнении с лекарственными препаратами, продаваемыми в аптеках. Главное, необходимо правильно их применять, чтобы не навредить здоровью.

Цель работы. В современном мире встречается мало людей, которые обладают глубокими медицинскими знаниями о растениях. Целью моей работы является: изучить и обобщить сведения о лекарственных растениях, произрастающих на территории Донбасса, а также правильном использовании их для лечения и профилактики различных заболеваний.

Задачи:

1. Изучить литературные источники о свойствах лекарственных растений Донбасса, правилах их сбора и хранения.
2. Проанализировать полученную информацию и сделать выводы.



Исследование проблемы.

Лекарственные растения, произрастающие на территории Донбасса и применяемые в фармакологии.

На территории Донбасса произрастает большое количество лекарственных растений. Их используют в официальной медицине, некоторые применяют в народной медицине, определенные виды растений заготавливают в плановом порядке. Ромашка лекарственная, подорожник большой, боярышник, душица обыкновенная, чистотел, пижма, календула лекарственная, чабрец, одуванчик лекарственный, шиповник коричный, боярышник, лекарственный донник, душица, спорыш, череда, мать-и-мачеха, тысячелистник обыкновенный и еще многие другие. Лекарственные растения в нашем регионе произрастают повсеместно: на лугах, в посадках, лесах, среди кустарников, в степи и даже вблизи наших домов. Особенно богаты лекарственными растениями Ясиноватский, Славянский, Добропольский, Краснолиманский, Артемовский, Амвросиевский районы Донецкой и Кременской, Новоайдарский районы Луганской областей. Собирать эти растения совсем не сложно, но необходимо хорошо знать их и соблюдать определенные правила сбора, сушки и хранения.

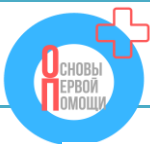
Приготовление простых лекарственных отваров, настоек и смесей в домашних условиях не очень сложный процесс. Более сложный процесс переработки лекарственных растений на лекарственные препараты происходит на заводах фармацевтической промышленности.

После необходимой обработки эти препараты поступают в аптеки, где могут продаваться по рецептам и без, в зависимости от состава. Также в аптеках продаются различные готовые сухие лекарственные травы и травяные смеси, из которых можно самостоятельно приготовить настои, отвары, спиртовые настойки, лечебные чаи, порошки, мази, компрессы, лосьоны, косметические маски и другое.

Фармакологические свойства некоторых лекарственных растений и их применение.

Одно из распространенных лекарственных растений на территории Донбасса – *птичий горец*, известен нам, как спорыш.

В народе ее еще называют травой-муравой, топтун-травой, куроедом. Это однолетнее растение семейства гречишных. Растет повсюду: во дворах, на полях, на огородах как сорняк. Цветет все лето до самой осени. Для заготовки лучше использовать спорыш, который вырос на песке. Содержит дубильные вещества, флавоноид авикулярин, кремневую кислоту, витамины С, К, каротин, смолы. Полезные свойства травы спорыш, исходя из химического состава, используются при лечении многих заболеваний: артрита, цистита, камней в почках, простудных заболеваний, доброкачественных опухолей и даже для борьбы с ожирением и лишним весом. В виде измельченной кашицы спорыш накладывают на больные суставы или места кожных воспалений.



Не рекомендуют применять при угрозе выкидыша, в период лактации. Душица обыкновенная еще одно распространенное лекарственное растение нашего региона. Широкоприменяется как в народной, так и в официальной медицине. Известны также и другие названия этой травы: материнка, ладанка, орегано, душица, мята лесная, синявка, костоломная травка. Это многолетнее травянистое растение, род Душица, семейство Яснотковые.

Душица известна своими бактерицидными свойствами, а лекарства на ее основе помогают при лечении нервной системы, системы ЖКТ, для устранения воспалительных процессов. Широко применяется в гинекологии. Экстракт душицы – один из основных компонентов мочегонного препарата «Уролесан».

Но применение душицы имеет и противопоказания. Эту траву не следует применять при беременности. С осторожностью следует применять при гипертонии, язвенной болезни желудка, патологии сердца и сосудов.

Вывод. Традиционная медицина не считает использование лекарственных растений (фитотерапию) полноценным методом лечения, но все же признает их эффективность и рекомендует их как дополнительные средства для лечения различных заболеваний.

Поэтому необходимо знакомить людей с правилами сбора, хранения и использования лекарственных растений. Но постоянно акцентировать внимание на том, что неправильное использование лекарственных растений может нанести вред здоровью, так как имеются противопоказания. Поэтому перед применением какого-либо растения (отвара, мази, настойки на основе этого растения) для лечения необходимо проконсультироваться с лечащим врачом.

Коробова А.И.

ЛЕКАРСВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В КОСМЕТОЛОГИИ

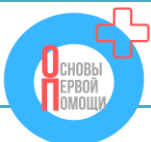
Научный руководитель: *Шебела С.Н.*,

МОУ «Школа №21 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. С давних времен люди стремились к достижению духовного и телесного здоровья, к созданию внутренней и внешней красоты. С целью противостоять разрушительному воздействию времени, сохранения красоты и привлекательности независимо от возраста появилось особое искусство – косметика.

В разные времена в различных видах это искусство проявлялось в особых формах, которые несомненно зависели от климатических и экономических условий, уровня духовного развития людей.

В данной статье мы рассмотрим проблему избавления от морщин. Морщины на коже в разном возрасте появляются по разным причинам. Чаще



всего морщины являются признаком возрастных изменений, реже стрессов. Одной из причин изменения состояния кожи лица является плохое здоровье или неправильный уход за кожей.

Целительный эффект трав.

Использование лекарственных трав в косметике оправдывается присутствием в них большого числа необходимых для полноценного функционирования тканей эпителия минералов, органических кислот и прочих элементов.

Ученые косметологи в результате проведенных исследований распределили травы по группам с учетом типа кожи и проблем кожного покрова. В народной медицине известно свыше 2 тысяч разновидностей лекарственных растений, а в домашней лечебной косметике используется всего 20 наименований.

Достоинства лечебной косметики. Рассмотрим основные факторы, которые способствуют омоложению кожи с помощью лекарственных растений:

- натуральность, экологичность компонентов растительного продукта;
- глубокое очищающее действие растительных масок и отваров;
- огромное разнообразие растений позволяет подобрать подходящий рецепт любому типу кожи;
- растительные препараты замедляют старение, интенсивно увлажняют, придать упругость, здоровый цвет коже, их можно использовать без опаски, за здоровье, избежав раздражений, воспалений;
- в отличие от косметических препаратов с химическими компонентами
- лекарственные травы усваиваются клетками на 100%.

Польза трав в борьбе с морщинами. Травы, которые практически находятся у нас под ногами можно использовать в лечебных целях. С их помощью можно восстановить упругость кожного покрова, сделать лицо более молодым. Хотим познакомить с фитопрепаратами, которые обладают омолаживающими свойствами:

- всем знакомое алоэ (который растет практически в каждом доме) увлажняет кожу и способствует регенерации клеток;
- солнечная календула (ноготки) – обладает антибактериальным эффектом, успокаивает раздражённую кожу, выравнивает морщины, обеспечивает увлажнение;
- специфическая лаванда – снимает раздражение кожи и восстанавливает здоровый цвет лица;
- нежная мать-и-мачеха – выравнивает морщинки, придает коже бархатистость;
- жгучая крапива помогает вернуть упругость, ускоряет протекание метаболизма в слоях кожи;



- знаменитая петрушка – питает, увлажняет, борется с морщинами и осветляет кожный покров;
- садовая мята перечная – оказывает тонизирующий и освежающий эффект.

Зная особенности лекарственного растения, его можно использовать в форме настоя, раствора для компресса или компонента косметических масок. В последнее время эффективно борется с морщинами косметический лед, который готовится из травяного отвара.

Чтобы провести эффективную косметическую процедуру фитосырье подбирают, учитывая типаж кожи и ее потребности.

Для обладателей жирной кожи, специалисты рекомендуют активно использовать полынь, зверобой продырявленный, лопух (репейник), крапиву, шалфей лекарственный, мать-и-мачеху, белокопытник и череду.

Положительный эффект ухода за сухой кожей покажет применение укропа (растения и семян), петрушки, одуванчика, тысячелистника обыкновенного, чабреца (тимьяна), ягод рябины, розмарина, мяты, лаванды, календулы (ноготков), ромашки, розовых лепестков и шишек хмеля.

Всегда требует особого ухода проблемная кожа. Такой уход обеспечит использование чистотела, алоэ, календулы, бессмертника, перечной мяты.

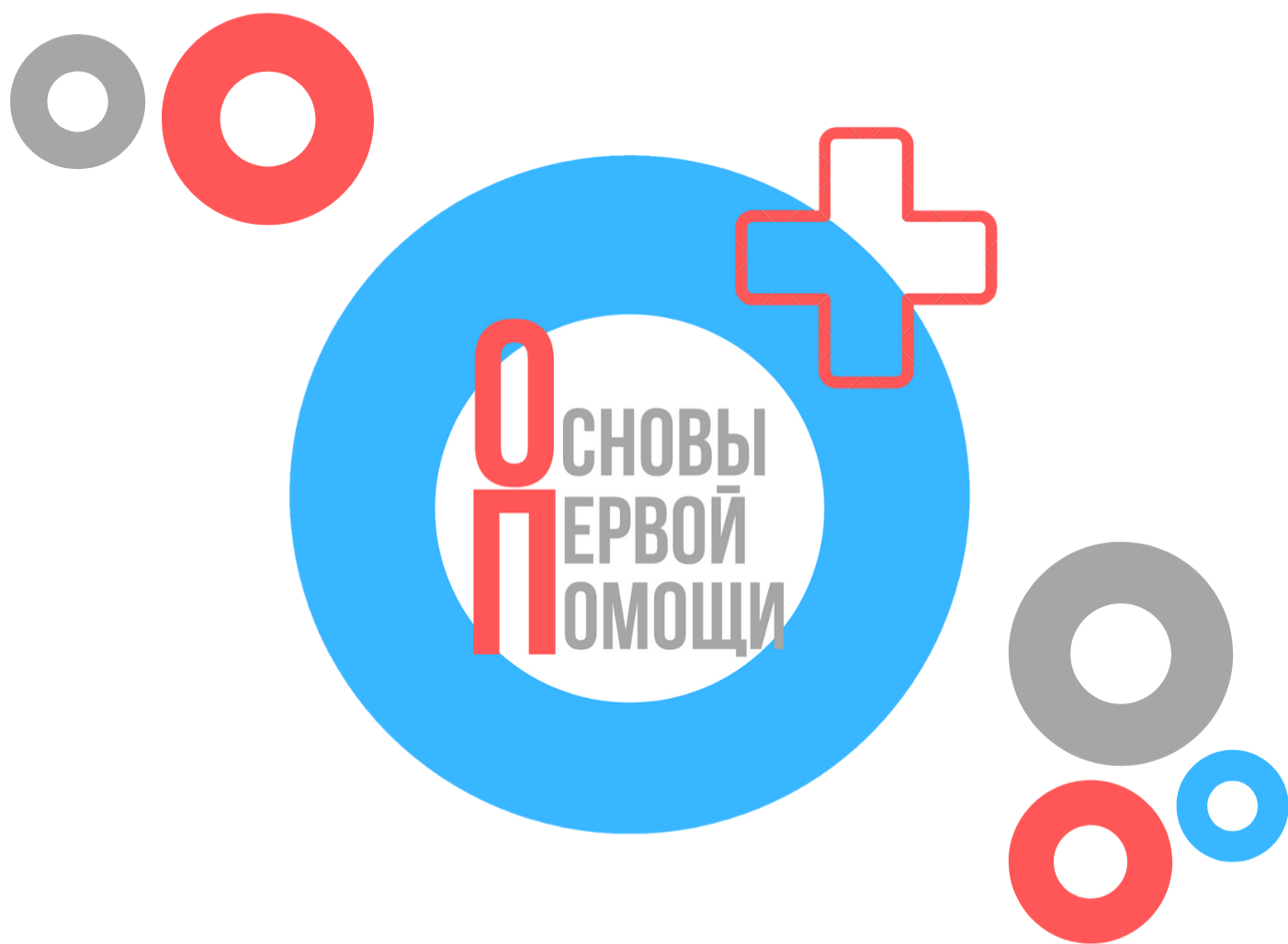
Все эти растения используются в косметологии как одиночно, так и в составе многокомпонентных фитопрепаратов. Для получения желаемого эффекта требуется соблюдение пропорций и правил использования лекарственных трав.

Выводы. В современном мире мы используем много косметологических препаратов приготовленных на основе химических и синтетических соединений. Особую опасность вызывают кремы, созданные на гормональной основе. Врачи-косметологи используют и процедуры непосредственно изменяющие физическое состояние покровов кожи (контурная пластика, лазерная чистка, озонотерапия, пиллинги).

Но пришло время обратиться к рецептам наших предков- бабушек и прабабушек, которые не знали прогрессивных методик и пользовались тем, что находилось рядом, под ногами, в огороде, на лугу. И от этого их лица всегда были свежими и подтянутыми.

СЕКЦИЯ

**"ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
И ГИГИЕНА"**





Сергеева Е.С.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА

Научный руководитель: *Дмитренко С.В.*,

МОУ «Лицей №85 «Гармония» г. Горловки», г. Горловка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Гигиена (от греч. *hygieinos* – приносящий здоровье, целебный; *Hygieia* – богиня здоровья у древних греков) – наука о здоровье.

Гигиена – профилактическая медицинская дисциплина, изучающая влияние факторов окружающей среды на здоровье человека, его работоспособность и продолжительность жизни, разрабатывающая нормативы, требования и санитарные мероприятия, направленные на оздоровление населенных мест, условий жизни и деятельности людей.

Обычно наряду с термином «гигиена» употребляется и другой термин «санитария». В настоящее время «санитария» обозначает практическое применение в жизни требований гигиены.

Как и вся медицина, гигиена покоится на основе фундаментальных теоретических наук: философии; физики, химии, математики; общей биологии, нормальной и патологической физиологии.

Гигиена включает ряд профилактических научных дисциплин: общую, коммунальную, радиационную, военную, военно-морскую, авиационно-космическую гигиену; гигиену труда, питания, детей и подростков, общественного здоровья.

Целью гигиены является сохранение и укрепление здоровья человека.

Предметом исследования – изучение закономерностей влияния факторов окружающей среды на здоровье населения.

Объектом исследования в гигиене являются человек, коллектив, человеческое общество, популяция людей.

Существует множество **методов исследования**:

1. Метод гигиенического наблюдения и обследования как основной в практической деятельности врачей-гигиенистов.

2. Инструментально-лабораторный метод. Используется арсенал физических, химических, физиологических, биохимических, микробиологических и других методик исследования организма человека и объектов окружающей среды.

3. Экспериментальный метод, используемый главным образом в научных исследованиях, проводимых в лабораторных и натуральных условиях.

4. Математико-статистический метод, дающий возможность исследовать влияние того или иного фактора на человека или коллектив, определять достоверность исследований, а также оценивать эффективность гигиенических рекомендаций.



5. Клинические методы. Находят широкое применение для определения не только выраженных клинических нарушений, но и иных состояний у практически здоровых людей.

6. Эпидемиологические методы изучают изменения здоровья населения под влиянием различных эндогенных (генетических, возрастных и др.) и экзогенных социальных и природных (химических, биологических, психогенных и др.) факторов.

Анализ литературных источников. Существует много цитат и высказываний великих людей и поэтов о гигиене. Многие знают детские сказки, в которых поднимается этот вопрос. Рассмотрим несколько высказываний о гигиене.

Карел Чапик говорил: «Лучшая гигиена – чистая совесть», Франсуа Мари Бурльер писала: «Разумная гигиена, соблюдаемая в зрелом возрасте, – это, по-видимому, наилучшее средство против ускоренного старения нашего организма». «Только тот, кто моет пол, знает, как надо вытирать ноги». – Антон Лигов. Дмитрий Пасарё подчёркивал: «Если возможна гигиена тела, то возможна также гигиена ума и характера». «Все в руках человека!.. Поэтому мойте их чаще». – Станислав Ежи Лец.

Все эти выражения очень разные, в них разные мысли и сравнения. Мы можем сделать разные, но правильные для себя выводы.

Цели и задачи работы. В первую очередь рассмотреть и понять термины Гигиены и Профилактической медицины. Рассмотреть актуальность и поставить перед собой проблемы. Проанализировать литературные источники. Провести исследование проблемы. Дать рекомендации режиму и дальнейшему лечению. Сделать выводы и свои предложения.

Исследование проблемы. Произошедшие в 90-е годы XX века глубокие политические преобразования в стране и переход к рыночной инфраструктуре, выполненные без учета национальных особенностей, без должных ориентиров на ключевые показатели, характеризующие состояние здоровья населения, привели к ряду негативных последствий. Эти процессы обусловили серьезное неблагополучие в демографии и показателях здоровья населения.

Многие отечественные ученые к числу негативных последствий реформ относят серьезные неблагоприятные изменения в здоровье россиян, ставшие одной из основных проблем безопасности страны.

Основные причины неблагополучия общественного здоровья населения России связано с высокой смертностью, низкой рождаемостью, высокой распространенностью социально значимой патологии (туберкулез, психические заболевания, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, алкоголизм, самоубийства, инфекционные заболевания, в том числе инфекции, передающиеся половым путем, токсико- и наркомания).

Большую тревогу, несмотря на уменьшение случаев детской и материнской смертности, вызывает состояние репродуктивного здоровья, что



отражается на генофонде россиян и здоровье будущих поколений. Влияние этих отрицательных факторов может быть нивелировано только за счет системы специальных социальных мероприятий по улучшению здоровья населения и профилактических мер.

Концептуальные основы профилактической стратегии в охране здоровья населения состоят в следующем:

1. Восстановление и соблюдение принципа Н.А. Семашко «Профилактика – общегосударственная забота, а не ведомственная».

2. Рациональность междисциплинарного подхода к профилактической медицине в рамках единой национальной системы профилактики заболеваний человека.

3. Должная организация подготовки и переподготовки специалистов разного профиля по социологии медицины, актуальным вопросам профилактической медицины и медицинской профилактики, вопросам экономики, менеджмента и аудита в медицине.

4. Этапность в мероприятиях медицинской профилактики (ведомственной) и специализированных профилактических служб (профилактическая кардиология, пульмонология, стоматология, репродуктология, артрология и др.).

5. Учет национальных особенностей (социально-экономических, демографических, культурно-этнических, географоклиматических и др.).

6. Внедрение в практику оценки эффективности расчетов по социальным, а не экономическим затратам.

Сравнительная оценка гигиенической и клинической диагностики

Показатели	Гигиеническая диагностика	Клиническая диагностика
Объект исследования	Здоровый человек/популяция	Больной человек
Факторы окружающей среды, их взаимосвязь		
Предмет исследования	Величина здоровья	Тяжесть болезни
Состояние человека	Донозология	Болезнь
Конечная цель	Установление уровня здоровья	Установление тяжести болезни
Значимые критерии	Выявление состояния адаптационных резервов организма. Возможно нарушение функции и структуры	Нарушение функции и структуры

– организация наблюдения, получение объективной, достоверной информации о состоянии здоровья и среды обитания человека, т.е. об основных составляющих санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

– системный анализ и оценка информации о санитарно-эпидемиологической обстановке;



- программное и инженерно-техническое оснащение СГМ на основе современных научных решений и эффективных электронно-вычислительных комплексов;
- обеспечение органов, предприятий, учреждений и организаций независимой от их подчиненности информацией;
- подготовка предложений по вопросам устранения или уменьшения факторов вредного влияния среды обитания человека на его здоровье для принятия решений органами государственной власти РФ, субъектов РФ и местного самоуправления.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Грязная кожа – благоприятные условия для микробов, вызывающих чесотку, фурункулы и гнойно-грибковые поражения. Человек должен ежедневно принимать водные процедуры с использованием очищающих средств (гель, мыло), подобранных по типу кожи, не забывать мыть руки после туалета и перед едой. Особой заботы в любом возрасте требует кожа лица. Не нужно выдавливать прыщи, поскольку это приводит к воспалению и формированию рубцов.

Грамотный уход за волосами стабилизирует деятельность сальных желез и улучшает кровоток. Вне зависимости от длины их нужно очищать по мере загрязненности. При этом нежелательно использовать слишком горячую воду, потому что они станут жирными. Чтобы сберечь цвет волос, придать им крепость и эластичность, необходимо использовать специальные средства. Профилактика и правила личной гигиены исключают применение чужих расчесок.

Регулярный гигиенический уход за ротовой полостью позволяет поддерживать здоровыми не только зубы, но и внутренние органы. Его проводят на протяжении всего дня. Зубы обязательно очищаются утром и вечером. После каждого приема пищи рот тщательно ополаскивается. Если изо рта исходит неприятный запах, следует немедленно обратиться к стоматологу. При отсутствии проблем этого врача необходимо посещать дважды в год.

Огромная роль в профилактике гигиены отводится чистоте одежды и обуви, защищающих человека от грязи, переохлаждения и механических повреждений. Они должны быть легкими, комфортными, не нарушать дыхание, не стеснять движений и соответствовать сезону. Одежду нужно регулярно стирать, а обувь мыть.

Выводы и предложения. Следует подчеркнуть, что гигиена - наука профилактическая. Именно в настоящее время мы находимся на том этапе развития медицинской науки, когда встает вопрос о пересмотре профилактического направления всего нашего здравоохранения и более глубокого его внедрения в медицинскую практику.

Поэтому в наши дни с особой актуальностью воспринимаются слова А.И.Нестерова: «Медицина профилактическая – это медицина этиологическая,



патогенетическая и социальная в одно и тоже время; – это медицина научного и активного многостороннего воздействия как на больного человека, так и на окружающую среду».

Во всех цивилизованных странах профилактическое направление медицины является общепризнанным и наиболее эффективным. Попытки внедрить у нас в стране систему диспансеризации населения как метод профилактики заметного эффекта не дали. В числе причин неудачи, наряду с отсутствием структур и механизмов, позволяющих развивать профилактику, следует отметить незаинтересованность в проведении этой работы практических врачей, плохую подготовку студентов в медицинских институтах по этому разделу работы.

Главной задачей профилактики в нынешних условиях следует считать не выявление ранних признаков заболеваний, а улучшение состояния здоровья обследуемых и применение таких методов воздействия на человека, которые предотвращают возникновение и развитие заболеваний.

Явная А.В.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА

Научный руководитель: *Ильина Н.А.*,

МОУ «Гимназия №92 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Гигиена – это направление профилактической медицины, изучающее влияние факторов окружающей среды на здоровье человека, его работоспособность и продолжительность жизни, а также разрабатывающая нормативы, требования и санитарные мероприятия, направленные на оздоровление населенных мест, условий жизни и деятельности людей. Основной целью гигиены является сохранение и укрепление здоровья человека.

Основные задачи гигиены:

1. Изучение природных и антропогенных факторов окружающей среды и социальных условий, влияющих на здоровье населения.
2. Прогнозирование санитарно-эпидемиологической ситуации на ближайшую и отдаленную перспективу.
3. Максимальное использование положительно влияющих на организм человека факторов окружающей среды.
4. Разработка и научное обоснование гигиенических нормативов, правил, рекомендаций и т.п.

Что такое профилактическая медицина и почему она так важна?

Профилактическая медицина – это наука, которая стремится предотвратить болезнь прежде, чем она появится.

Целью профилактической медицины является укрепление здоровья и благополучия, а также предотвращение болезней, инвалидности и смерти.



Профилактическая медицина - это междисциплинарная отрасль медицины, которая ориентирована на целого пациента и многие факторы, влияющие непосредственно на его здоровье.

Специалисты профилактической медицины - это лицензированные врачи, которые обладают опытом в очень широком спектре медицинских навыков, включая планирование и оценку медицинских услуг, управление медицинскими организациями, исследования и практика профилактики в клинических условиях. Они применяют свои знания и навыки в области медицины, социальных, экономических и поведенческих наук для улучшения здоровья и качества жизни отдельных лиц, семей, сообществ и населения посредством профилактики заболеваний и укрепления здоровья.

Из-за того, что хронические заболевания, например, сердечные заболевания или диабет, являются причиной 7 из 10 людских смертей, профилактическая медицина, а именно выявление болезней, является незаменимой и важной в современном мире.

Центры по контролю и профилактике заболеваний перечисляют пять основных причин смерти в мире: болезни сердца, рак, хронические заболевания нижних дыхательных путей, инсульт и непреднамеренные травмы. Это делает профилактическую медицину ещё более важной для предотвращения преждевременной смерти.

Гигиена и профилактическая медицина могут стать одним из шагов в будущее. Сегодня написано огромное количество книг, например, «Общая гигиена с основами экологии человека» или «Профилактика», предназначенные для медицинских ВУЗов и университетов.

Вывод. Сейчас наука многих стран в области медицины ушла далеко вперёд, поэтому она становится всё более и более доступной. Здоровые привычки важны так же, как правильное питание, физические упражнения, отказ от употребления табака и алкогольных напитков. Это помогает людям сохранить свое здоровье на многие годы, избегать болезней и минимизировать их последствия.

Хромых Е.Э.

ВЛИЯНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА ЗДОРОВУЮ КУЛЬТУРУ ЖИЗНИ

Научный руководитель: *Шентефрац И.С.*,

ГОУ «Бендерский медицинский колледж», г. Бендеры, Приднестровская Молдавская Республика

Актуальность и постановка проблемы. Качество здоровья современного общества зависит от соблюдения правил гигиены на всех



жизненных этапах. В современной медицине существуют практические трудности, которые препятствуют осуществлению профилактических мер.

Современная ментальность диктует свои законы – и пока, к сожалению, профилактическая медицина не очень популярна среди населения.

Актуальность профилактических мероприятий и гигиенических навыков состоит именно в том, что при соблюдении определённых правил и алгоритмов, население может сформировать такую культуру жизни, при которой здоровье станет зависеть от того, насколько люди придерживаются режима питания, сна, труда, отдыха. Гиппократ говорил: «Плох тот врач, который лечит только тело...»

Цели и задачи работы.

Основной задачей моей работы будет выяснение главных аспектов взаимодействия организма человека с окружающей средой, а также влияние на организм различных природных и социальных факторов. Выявить основные профилактические мероприятия, способствующие здоровому образу жизни населения.

Исследование проблемы. В процессе жизни, организм человека подвергается воздействию множества раздражителей. Между организмом и окружающей средой устанавливается подвижное равновесие, необходимое для здорового взаимодействия этих систем.

Нарушение этого балансного равновесия и приводит к различным заболеваниям. Например, если человек спал в течение суток только 2 часа, то его работоспособность и концентрация снижаются, а с ними внимания и другие реакции замедляются, мешая его полноценной жизнедеятельности.

В гигиенических нормативах есть минимальная и предельная величина показателя, которая характеризует отдельный физический, химический и биологический фактор, или сочетания факторов. В случае с режимом сна-здоровому человеку необходим сон от 6 до 8 часов в сутки, учитывая гендерные, возрастные и др. особенности.

В подобном случае – когда человек истощен тем, что нарушил эти нормы, и его организм стал работать на пределе своих возможностей, профилактическая медицина приходит на помощь со своими рекомендациями: –как избежать подобных ситуаций истощения- рекомендовать – спать от 6 до 8 часов – в сутки.

– как привести здоровье человека в балансное состояние – рекомендовать усиленное питание, обильное питье, находиться в хорошо проветренном помещении или на свежем воздухе. Тогда силы организма, его иммунная система и все другие системы придут в норму, а значит человек станет здоров. По этой же причине, важно медицинским работникам соблюдать режим их жизнедеятельности, как на рабочем месте, так и вне его. Являться для своих пациентов примером соблюдения и режима питания, сна, труда и отдыха.



Выводы и предложения. Соблюдение таких простых, но значимых правил, как соблюдение режима сна и отдыха, гигиена труда, рациональное питание и др., влечёт за собой полноценную и здоровую жизнь, способствуя профилактике различных заболеваний.

Самойлик А.С.

ПРОФИЛАКТИКА ЭНТЕРОБИОЗА

Научный руководитель: *Капустина А.В.*,

г. Горловка, ДНР. МОУ города Горловки «Школа № 13»

Глистные заболевания очень часто встречаются в детской практике. Каждый день участковые педиатры консультируют детей, которые попадают к ним на прием с этой проблемой. Возникает вопрос, как справиться с энтеробиозом.

Энтеробиоз (*enterobius vermicularis* от греч. *enteron* – кишечник, *bios* жизнь, *vermicularis* от лат. *vermis*, червь) – самый распространенный гельминтоз.

Гельминтозами называются болезни, вызываемые паразитическими червями или, иначе, гельминтами. Гельминты (более распространенное название – глисты) используют в качестве среды обитания больший по размерам организм (организм-хозяин) другого биологического вида (например, человека).

Возбудителями энтеробиоза являются мелкие тонкие гельминты белого цвета, яйцекладущие, обитающие в кишечнике и называемые острицами из-за заостренного хвостового конца самки.

Дети составляют основную группу зараженных энтеробиозом – чаще всего болезнь достигает их в возрасте от 3 до 10-14 лет. Максимальная пораженность отмечается в возрасте 4-6 лет.

Возбудитель энтеробиоза весьма устойчив к воздействиям факторов окружающей среды и дезинфицирующим средствам. В окружающей среде он может находиться в жизнеспособном состоянии до 25 суток. Наиболее часто яйца остриц обнаруживают на постельных принадлежностях, игрушках, коврах, в ваннных комнатах и туалетах.

Основные симптомы энтеробиоза:

- боли в животе;
- частая тошнота, рвота;
- воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта;
- утомляемость, раздражительность, тревожный сон, скрип во сне зубами;
- аллергические состояния;



- перианальный зуд;
- инфекции мочевыводящих путей;
- отставание в росте, весе.

Острицы легко передаются от человека к человеку в семье и коллективе. Необходимо провести также обследование на энтеробиоз тех людей, которые находятся рядом с зараженным человеком. Диагностические исследования проводятся в поликлинике.

Для лечения энтеробиоза наиболее эффективными и часто применяемыми препаратами являются Пирантел и Мебендазол. Препараты даются в возрастной дозировке, указанной в инструкции. Для восстановления нормальной микрофлоры кишечника после курса лечения необходимо использовать биопрепараты, содержащие полезные бактерии, например, Бифидумбактерин.

После лечения необходимо провести контрольное обследование. Обязательное повторное обследование проводят не ранее 2 недель после окончания курса лечения.

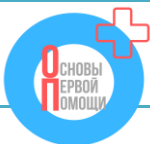
Последствия энтеробиоза:

- подавление иммунитета;
- снижение эффективности прививок;
- отставание в развитии.

Для профилактики заражения энтеробиозом следует выполнять следующие правила:

- необходимо строго соблюдать правила личной гигиены, часто мыть руки с мылом, намыливайте их два раза и делайте это как можно чаще;
- коротко стричь ногти;
- утром и вечером принимать душ, тщательно мыть гениталии;
- ежедневно менять нательное белье;
- часто менять постельное белье;
- проводить регулярную влажную уборку помещений (применять при уборке активные моющие вещества: моющие порошки, соду, горчицу, которые эффективно удаляют яйца гельминтов);
- в рацион питания должны входить морковь, земляника, гранатовый сок;
- грецкие орехи, чай из зверобоя, которые способствуют очищению организма от гельминтов.
- необходимо иметь отдельную постель и свое полотенце.

Вывод. Очень важно своевременно воспитать у детей потребность в гигиеническом поведении, так как это способствует не только профилактике энтеробиоза, но и других заболеваний.



Морозова М.Ю.

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИЙ

Научный руководитель: *Ахкозова О.В.*,

МОУ «Гимназия №70 г. Донецка», г. Донецк, ДНР

ВИЧ – Вирус иммунодефицита человека. Инфицирует клетки иммунной системы, нарушая ее функции. В результате приводит к синдрому приобретенного иммунодефицита (или СПИД).

Как показывает статистика, больше всего людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, находится в Африке и других регионах с неразвитой экономикой. Карта стран по уровню распространения СПИДа свидетельствует, что уровень заболевания среди людей напрямую зависит от уровня жизни в стране и развития медицины. В 2015 году в мире насчитывалось порядка 36,7 миллиона больных ВИЧ людей, 25% из которых не знают о своем статусе. По итогам 2017 года больных насчитывалось около 36.9 миллионов.

Основные пути передачи:

1. Половой: при незащищенном половом контакте.
2. Инъекционный: при использовании загрязненных вирусом игл и шприцев.
3. Перинатальный: от инфицированной матери к плоду.
4. Молочный: при грудном вскармливании.
5. При пересадке органов и тканей, а также при переливании крови зараженного ВИЧ донора.

ВИЧ не передается через рукопожатия, объятия, поцелуи, через одежду и предметы гигиены, посещение бассейна, душа, сауны. А также через слюну, пищу и воздушно-капельным путем.

Симптомы. Специфических симптомов нет, но можно заподозрить болезнь по следующим признакам:

- постоянный кашель на протяжении нескольких месяцев;
- увеличение лимфоузлов по всему телу на протяжении нескольких месяцев;
- лихорадка на протяжении нескольких месяцев;
- необъяснимая потеря массы тела на 10% и более;
- повышение сонливости;

Профилактика ВИЧ-инфекции:

1. Отказываться от незащищённых половых контактов с малознакомыми партнёрами и партнершами.
2. Использовать стерильные, одноразовые медицинские расходные материалы – иглы, шприцы.



3. Требовать использование одноразовых перчаток, дезинфекции инструментов и приборов во время косметологических процедур, связанных с риском занесения инфекции, татуажа, пирсинга.

4. Использовать индивидуальные средства личной гигиены и утилизировать предметы, которыми воспользовался другой человек.

5. Избегать контакта с чужими биологическими материалами вне сферы профессиональной деятельности. При необходимости использовать защитные, дезинфицирующие, средства.

6. Перед планированием беременности сдавать экспресс-тесты на наличие губительного для иммунной системы вируса.

7. Сдавать каждые 6 месяцев экспресс-тесты на наличие вируса, в случае, если вы не имеете постоянного полового партнера и ведете активную половую жизнь; если вы употребляете внутривенно наркотики.

8. Активная социализация ВИЧ-положительных: информирование людей, чтение лекций в школах и высших учебных заведениях; пропаганда защищенного безопасного секса.

9. У ВИЧ-позитивных родителей профилактикой ВИЧ будущего ребенка является прием противовирусных препаратов при уже состоявшейся беременности, родоразрешение путем кесарева сечения, отказ от грудного вскармливания.

Макарова М.Ю.

ГИГИЕНА КАК ОСНОВНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

Научный руководитель: *Шебела С.Н.*,

МОУ «Школа № 21 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Одним из важных факторов работоспособности организма является здоровье. В современное понятие здоровья входит не только отсутствие заболевания и болезненного состояния, а также отсутствие физического дефекта и состояние полного психического, социального и физического благополучия.

Необходимость поддержания здоровья окружающих является актуальной проблемой современности. Само здоровье – это клад, который принадлежит намот рождения. Но в те условия, в которых мы живем, очень сильно влияют на изменение состояния здоровья. И поэтому, именно через формирование здорового образа жизни возможно значительно увеличить свою жизнеспособность.

Еще с глубокой древности человек осуществлял простейшие гигиенические мероприятия в целях сохранения своего здоровья. В те далёкие дикие времена гигиена представляла собой систему практических правил,



которые отражались в бытовых навыках и религиозных предписаниях: соблюдение чистоты тела, изоляция больных заразными заболеваниями, сжигание их вещей и т.д. Материалистические традиции отечественной гигиены восходят к М.В. Ломоносову (1711-1765). В его труде «О размножении и сохранении русского народа» (1761) он выдвигает ряд социально-гигиенических проблем, затрагивает вопросы гигиены быта и питания народа. Важнейшими деятелями гигиенической науки и санитарного дела были Г.В. Хлопин, Н.А. Семашко, З.Н. Соловьев. Первыми организаторами советского здравоохранения стали Н.А. Семашко (1874-1949) и З.П. Соловьев (1878-1928). Много внимания они уделяли развитию профилактического направления в медицине. Именно по их идее были организованы первые кафедры социальной гигиены. Одно из главных мест в развитии отечественной гигиены занимает Г.В. Хлопин (1863-1929). В своих трудах он развил и углубил экспериментальный метод в гигиене.

Гигиенической наукой решаются следующие задачи:

1. Исследование факторов, которые оказывают влияние на здоровье человека: природных, антропогенных.
2. Объяснение и освоение гигиенических нормативов, правил и мероприятий, положительно влияющих на организм человека.
3. Разработка и введение гигиенических рекомендаций в практику здравоохранения и народное хозяйство.
4. Прогнозирование санитарной ситуации на ближайшую и отдаленную перспективу.

Свое название гигиена получила от греческого слова *hygieinos* – приносящий здоровье. Исследуя мифологию древних греков у бога врачевания Асклепия (Эскулапа) была дочь Гигиея, которая дарила здоровье людям и предупреждала возникновение различных заболеваний. Древние греки считали ее богиней здоровья. Поэтому профилактическая медицинская наука была названа в честь имени богини гигиеной.

Цель гигиенической науки и практики – разработка и реализация основ первичной медицинской профилактики. Профилактика это комплекс политических, экономических, правовых, культурных, медицинских, экологических и прочих мероприятий по сохранению и поддержанию здоровья населения. Профилактические мероприятия позволяют продлить творческое долголетие, устранить разные причины заболеваний, улучшение условий труда, быта и отдыха населения, охране природной среды.

Можно выделить три вида медицинской профилактики.

Первичная профилактика – проводить мониторинг здоровья населения, предупреждать заболевания всей совокупностью мероприятий по созданию благоприятной окружающей среды и здорового образа жизни. Первичная профилактика является наступательной.



Вторичная профилактика донозологическая. Эта профилактика оценивает реальные и потенциальные риски, которые обусловлены влиянием вредных факторов среды обитания. На этом уровне проводится диагностика донозологических нарушений в здоровье населения, и проводятся оздоровительные мероприятия.

Третичная профилактика является оборонительной, пассивной. С ее помощью проводится предупреждение осложнений прогрессирующих заболеваний и инвалидизация как следствия хронической болезни и преждевременной смерти человека.

Гигиенический норматив – научно обоснованный показатель фактора окружающей среды, при воздействии которого не происходит существенных изменений в организме и не проявляются генетические изменения.

Выводы и предложения. В нашей Республике, к сожалению, мы находимся на том этапе развития медицинской науки, когда стоит вопрос о пересмотре профилактического направления нашего здравоохранения и более глубокого его внедрения в медицинскую практику

Профилактическое направление медицины является общепризнанным и наиболее эффективным в большинстве цивилизованных стран

В нынешних условиях одной из главных задач профилактики следует считать не обнаружение ранних признаков заболеваний, а улучшение состояния здоровья обследуемых, а также применение таких методов воздействия, которые предотвращают возникновение и развитие заболеваний человека.

Кириллюк Е.А.

ПИЩЕВАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ

Научный руководитель: *Дьяченко Л.А.*,

МОУ «Средняя школа № 50 города Макеевки», г. Макеевка, ДНР

Питание – это один из основополагающих факторов, определяющих состояние здоровья подростка. Поэтому на пищевой рацион данной возрастной категории должно быть направлено самое пристальное внимание врачей – гигиенистов, педиатров, родителей.

Цель исследования: изучить пищевую ценность рациона подростков; сопоставить полученную пищевую ценность с общепринятыми нормами; выявить отклонения, существующие в питании подростков.

Материалы исследования: научная справочная литература, интернет-источники.

Методы исследования: библиографический (изучение и анализ научной литературы); тестирование, сопоставление, обобщение; математические методы для обработки результатов исследования; детерминация.



Результаты исследования: Для реализации цели и задач работы был изучен рацион питания 30 подростков в возрасте 15-16 лет. Эти юноши и девушки сформировали экспериментальную группу. Такого количества людей достаточно для того, чтобы наиболее точно доказать гипотезу исследования и составить полное представление о том, какие недостатки существуют в рационе питания подростков.

Обследуемым было предложено записать свой примерный ежедневный рацион питания, а именно, что они употребляют на завтрак, полдник, обед, ужин и всяческие перекусы.

В результате опроса и обработки его результатов обнаружено, что практически все подростки недополучают основные макронутриенты. Основной причиной этого сами опрошенные считают недостаток времени и большую загруженность во время учебных занятий и во внеучебное время.

Подростки получают с пищей в среднем лишь:
1900 ккал вместо необходимых 2500-2900 ккал,
57 г белков вместо необходимых 75-87 г,
68 г жиров вместо необходимых 83-97 г,
287 г углеводов вместо необходимых 363-421 г.

Стоит также отметить, что лишь 13,3% исследуемых подростков употребляют с пищей необходимое количество жиров.

Однако причин, по которым человек недоедает, может быть много. Это и отсутствие средств на приобретение продуктов, ограниченный доступ к качественной еде, целенаправленное снижение калорийности и объемов пищи с целью снизить вес.

Несбалансированное питание – одна из причин недоедания, ведь организм недополучает необходимого количества белков, жиров и углеводов, витаминов и минералов.

Такая проблема, как недоедание, имеет множество отрицательных последствий:

1. Низкий энергетический уровень. Для функционирования организма нужны калории. Если калорийность блюд не соответствует потребностям, и расход энергии превышает поступления, человек испытывает усталость, раздраженность, пребывает в плохом настроении.

2. Снижается работоспособность, умственная и физическая активность. Любые действия вызывают дискомфорт, ритм жизни переходит в пассивный.

3. Выпадение волос. Недостаточное поступление витаминов и других элементов ослабляет их, приводит к чрезмерному выпадению и ломкости.

4. Непрекращающееся чувство голода. Мысли о еде или хотя бы перекусе сопровождают человека всегда и везде, он не может сосредоточиться на важных вопросах, делах и проблемах.

5. Гормональный дисбаланс. Это состояние является причиной многих заболеваний, как у мужского, так и у женского пола.



б. Нарушается сон. Из-за постоянного недоедания качество сна ухудшается, фазы глубокого сна сокращаются по времени и частоте наступления. Недосыпание – причина быстрой утомляемости.

Кроме дефицита питательных веществ, стоит отметить наличие в рационе подростков «вредных» перекусов, таких как: фаст-фуд, сладкие газированные напитки, шоколад, сладости, чипсы.

Такие продукты содержат «пустые» калории и не несут никакой питательной ценности.

Вывод. Чтобы предотвратить возникновение вышеописанных проблем, нужно позаботиться о правильном, сбалансированном питании, учитывая свой ритм жизни и активность. Современным подросткам стоит задуматься о своем здоровье и пересмотреть свой рацион питания. Здоровое питание – залог активного долголетия.

Демченко А.М.

ГИГИЕНА ПРИ ГРИППЕ, КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ДРУГИХ ОРВИ

Научный руководитель: *Фатеева Г.Н.*,

УДО «Донецкий Республиканский центр туризма и краеведения учащейся молодежи», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. На сегодняшний день в мире бушует коронавирус COVID-19. На начало марта зафиксировано 95 416 случаев заражения, погибло уже около 3 285 человек, выздоровели 53 277. Вирус молниеносно распространился на все континенты, поражены больше 20 европейских стран. В связи с этим ВОЗ объявила ситуацию чрезвычайной.

Грипп, коронавирусная инфекция и другие острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) выходят на первом месте среди других заболеваний. Несмотря на постоянные усилия, направленные на борьбу с ними, победить их до сих пор не удается.

Ежегодно от осложнений, которые вызывают эти инфекции, погибают тысячи человек. Это связано с тем, что вирусы способны менять свою структуру, а мутировавший вирус, способен поражать человека вновь. Так, переболевший гриппом человек, уже имеющий иммунный барьер, тем не менее может вновь заболеть, потому что к измененному вирусу, иммунитет организм пока не выработал.

Цели и задачи работы. Целью работы – просвещение, меры борьбы, методы профилактики инфекционных заболеваний. Для себя я поставила задачи рассмотреть пути передачи этих вирусных инфекций; выяснить основные правила профилактики; рассказать, как не заразить окружающих.



Исследование проблемы. Респираторные вирусы, в том числе и коронавирус высоко заразны, способны поражать огромное количество людей, так как передаются в основном воздушно-капельным путем. При чихании и кашле в воздухе вокруг больного распространяются микрокапли слюны, мокроты и респираторных выделений, содержащие вирусы. Большинство крупных капель сразу же оседают на окружающих предметах. А вот микроскопически мелкие могут долго находиться в воздухе, и переносится на значительные расстояния, сохраняя способность к заражению.

Основные меры гигиенической профилактики - предотвращение контакта здоровых людей с содержащими вирусы частицами выделений больного человека.

Самым эффективным способом профилактики гриппа - вакцинация. Наилучшее время для вакцинации октябрь-ноябрь. Но, к сожалению, единой вакцины против возбудителей ОРВ инфекции не разработаны, ее состав меняется ежегодно, что усложняет эффективность вакцинации.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Существенно снизить риск заражения, коронавирусной инфекции и других ОРВИ может помочь соблюдение следующих гигиенических правил:

1. *Часто мойте руки с мылом.* Необходимо мыть руки с мылом или пользоваться спиртосодержащие салфетки. Так же необходимо регулярно проводить дезинфекцию поверхностей (дверных ручек, гаджетов и др.).

2. *Соблюдайте расстояние и этикет.* Вирусы передаются от больного человека к здоровому воздушно-капельным путем (при чихании, кашле), поэтому необходимо соблюдать расстояние более 1 метра от больных. Избегайте трогать руками глаза, нос или рот. В период обострения инфекции избегайте излишних поездок и посещения многолюдных мест. Целесообразно надевать маску, чтобы уменьшить риск заболевания. Разумно надеть ее, если вы, если вы направляетесь в место с массовым скоплением людей, находитесь в общественном транспорте, а также при уходе за больным, но она нецелесообразна на открытом воздухе. В период пребывания на улице полезно дышать свежим воздухом

3. *Здоровый образ жизни.* Здоровый образ жизни повышает сопротивляемость организма к инфекции. Соблюдайте здоровый режим, включая полноценный сон, потребление пищевых продуктов богатых, витаминами и минеральными веществами, физическую активность.

4. *Как не заразить окружающих?* Минимизировать контакты со здоровыми людьми, исключить приветственные рукопожатия, поцелуи; если вы испытываете недомогание, но вынуждены общаться с другими людьми - используйте одноразовую маску; при кашле или чихании обязательно прикрывать рот; пользоваться только личной или одноразовой посудой; изолируйте от домочадцев свои предметы личной гигиены; проводите влажную



уборку дома ежедневно, включая обработку дверных ручек, выключателей, панелей управления оргтехникой.

Выводы и предложения. Закаляйтесь, занимайтесь спортом, соблюдайте минимальные правила гигиены. И помните о правиле №1 ответственного человека: если заболели, оставайтесь дома, не подвергайте опасности окружающих вас людей.

Головачева К.Д.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА

Научный руководитель: *Кузнецова Е.М.*,

МОУ «Школа № 112 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Гигиена, ее место в профилактической медицине. Начнем же с самого начала. Что такое гигиена?

Гигиена – профилактическая медицинская дисциплина, изучающая влияние факторов окружающей среды на здоровье человека, его работоспособность и продолжительность жизни, разрабатывающая нормативы, требования и санитарные мероприятия, направленные на оздоровление населенных мест, условий жизни и деятельности людей.

Целью гигиены является сохранение и укрепление здоровья человека. В современном мире есть много нюансов, связанных с данной темой. Многие люди не предадут слову «гигиена» особого значения. По-моему, это одна из важных проблем в современном обществе.

Профилактические мероприятия – важнейшая составляющая системы здравоохранения, направленная на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни.

Выделяют общественную, включающую систему мероприятий по охране здоровья коллективов и индивидуальную профилактику, предусматривающую соблюдение правил личной гигиены в быту и на производстве.

На современном этапе гигиена является широко дифференцированной наукой. Она возникла как общая гигиена, однако с расширением рассматриваемых проблем и объектов окружающей среды, стало возможным самостоятельное развитие таких дисциплин, как:

- гигиена питания;
- гигиена труда;
- гигиена детей и подростков;
- коммунальная гигиена и т.д.

Гигиена тесно связана со всеми медицинскими дисциплинами, непосредственно – с эпидемиологией.



Цели и задачи работы.

Задачи гигиены:

- изучение природных и антропогенных (вредных) факторов окружающей среды и социальных условий, влияющих на здоровье населения;
- изучение закономерностей влияния факторов на организм человека или популяцию;
- разработка и научное обоснование гигиенических нормативов, правил, рекомендаций и т.п.;
- максимальное использование положительно влияющих на организм человека факторов окружающей среды;
- устранение неблагоприятно действующих факторов или ограничение их влияния на население до безопасных уровней;
- внедрение и применение в хозяйственной деятельности человека разработанных гигиенических нормативов, правил, рекомендаций, указаний;
- прогнозирование санитарно-эпидемиологической ситуации на ближайшую и отдаленную перспективу.

Цели данной работы на данную тему:

Выяснить и понять серьезность данной проблемы в современном обществе. Найти способы решения этой проблемы. Тема гигиены актуальна во многие времена, т.к. многие люди считают, что вовсе не обязательно банально мыть руки перед едой, мыть фрукты и овощи перед употреблением и так далее. Но проблема гораздо серьезнее, чем можно увидеть на первый взгляд.

Исследование проблемы. В системе охраны здоровья населения приоритетное место должна занимать профилактическая работа. Именно в этом направлении можно добиться перелома в лучшую сторону существующих негативных показателей здоровья. Выделены научные проблемы, практическая реализация которых приводит к снижению заболеваемости населения.

Если говорить о гигиене подростков и детей. Можно сказать, что важнейшей проблемой является сохранение и укрепление здоровья детей, подростков и юношества, что достигается не только профилактикой болезней, не простым снижением показателей заболеваемости и инвалидности, а достижением «положительного, позитивного состояния здоровья». В современных сложных социально-экономических условиях эта проблема приобретает особое значение.

Состояние здоровья детей, подростков и юношества, определяющее основные тенденции здоровья населения страны, является показателем важнейших достижений общества в социально-экономическом, научном и культурном плане. Не смотря на некоторые успехи в охране здоровья детства, на сегодняшний день имеет место значительное распространение среди них различных хронических заболеваний и отклонений.



Уже в дошкольном возрасте 15-20% детей имеют хронические заболевания, у более чем 50% детей отмечаются те или иные морфофункциональные отклонения. Удельный вес абсолютно здоровых школьников составляет лишь 23-30%. Данные проблемы можно решить с помощью улучшения экологии, нужно контролировать в первую очередь свой организм.

Выполнять хотя бы минимальные правила личной гигиены и не только, т.к. гигиена существует не только личная (по уходу за своим телом).

Рекомендации к решению данной проблемы и улучшения ее возможных последствий.

Я считаю, что речи не может быть о таких важных правилах, которые мы знаем с детства. Такие как: чистить зубы, мыть руки, умываться и т.д. Рассмотрим чуть глубже одни из основных правил, которые приведут к улучшению здоровья, как и организма снаружи, так и внутри.

1. Не стоит мыть лицо в душе. Принимая душ, каждый из нас умывает лицо под струйками воды. Но эта, на первый взгляд, безобидная процедура, может сказаться на здоровье кожи. Горячая вода в сочетании с агрессивным напором повреждает мелкие капилляры и нарушает защитный барьер кожи.

2. Нужно мыть расчески, резинки, заколки. Омертвевшие клетки кожи, кожный жир и пыль скапливаются на всех предметах, которые мы используем для ухода за волосами. Таким образом, расчески, резинки и заколки становятся рассадниками бактерий. Поэтому тщательно мойте шампунем расчески и аксессуары для волос каждый месяц.

3. Нельзя носить обувь без носков. Возможно, это модно и удобно, но наше здоровье не скажет нам спасибо за подобное решение. Такое сочетание, как плохо проветриваемая обувь, пот и отсутствие носков, – идеальная среда для развития грибковых инфекций. К тому же обувь, которая слишком плотно прилегает к незащищенной коже, может подарить нам шишки на пальцах ног и вросшие ногти.

4. Нельзя спать в одной и той же пижаме более 7 дней. День за днем на пижаме скапливаются бактерии, кожный жир и отмершие клетки кожи. Иногда они становятся причиной появления прыщей на спине и плечах, а порой и кист сальных желез.

5. Нужно пользоваться органической косметикой правильно. С каждым днем органическая косметика набирает все большую популярность. Но далеко не все умеют ей правильно пользоваться и хранить надлежащим образом. Продукты «здоровой» косметики не предназначены для хранения в ванной комнате или на полке, а их срок годности может составлять всего пару месяцев.

Выводы и предложения.

Современное общество, по моему мнению, перестает придавать значимость данной проблемы. Это так же может оказаться серьезно, как и

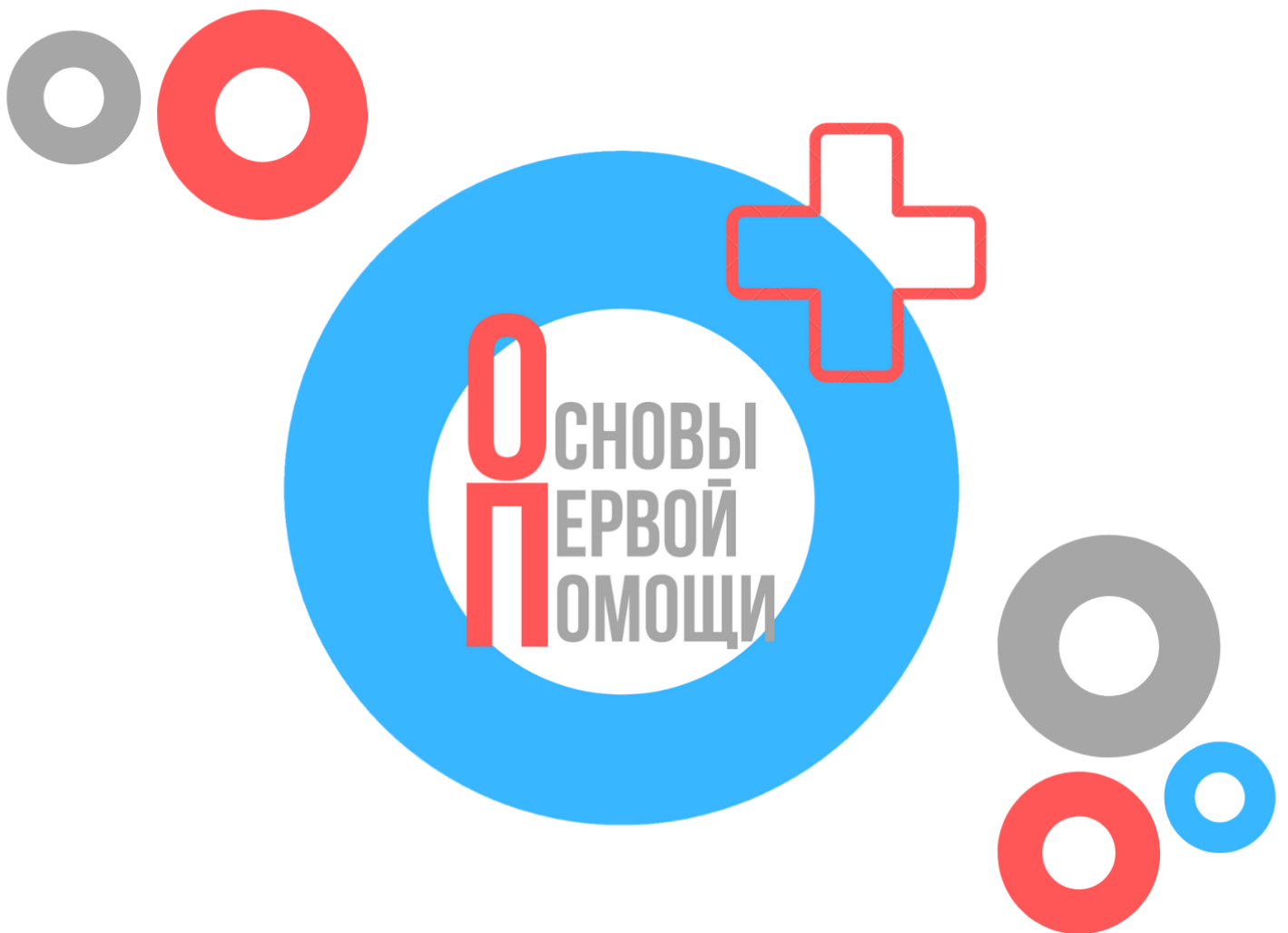


многие другие болезни. Я считаю, что больше в школах, университетах, да и взрослым людям стоит напоминать о такой важной теме.

Нужно стремиться к улучшению своего здоровья во всех планах и обращаться к врачам на постоянной основе, а не когда что-то беспокоит. Нужно больше уделять времени своему внешнему виду и внутреннему здоровью организма. С решением данной проблемы, ушли бы и многие другие серьезные болезни.

СЕКЦИЯ

**"ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ,
МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ"**





Нечитайленко Е.П.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ

Научный руководитель: *Черкун Л.И.*,

МОУ «Школа №100 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Меня всегда интересовал вопрос здоровья человека. Так как в детстве я очень часто болела и не ходила в школу. Родители меня отдали в кружок, где я занималась танцами. Я всегда с большим удовольствием выступала на различных праздничных мероприятиях школы и района.

Поэтому актуальность написания моей работы была обусловлена острой необходимостью проведения разъяснительной работы среди подростков об истории медицины, пропагандируя здоровый образ жизни и двигательную активность.

Цели и задачи работы. Цель моей работы: выяснить основные этапы развития медицины.

Для достижения цели были выдвинуты задачи:

- осуществить поиск, обработку и анализ теоретического материала по теме;
- выяснить, что знают ученики 8-11х классов муниципального общеобразовательного учреждения «Школа № 100 города Донецка» об истории медицины и как они укрепляют и поддерживают своё здоровье;
- разработать памятку для старшеклассников «Движение - это жизнь»;
- сделать выводы по результатам исследований.

Исследование проблемы. Мною был проведен социологический опрос среди обучающихся 8-11 классов школы № 100. Опрошено 62 школьника. По классам: 8-А - 12 человек, 9-А - 22 человека, 10 и 11 классы по 14 человек. Все они (анонимно) отвечали на вопросы анкеты.

На первый вопрос: Знаете ли вы, какие-либо факты об истории медицины? Все шестьдесят два обучающихся ответили знают, что составило – 100%.

При ответе на второй вопрос: Что такое медицина и какая основная её цель? 62% (38 уч-ся) – положительно ответили; у 30% (9уч-ся) – вызвали затруднения, остальные 8% (5 школьников) не ответили на вопрос.

При ответе на 3 вопрос: Какие методы народной медицины вы используете для поддержания и укрепления своего здоровья? Ответили: компоты, соки, напитки – используют 65%; крема, мази – 25%, никаких – 5%; и другие (травы, настои, мёд) – 5%.

На вопрос: Какие энергетические напитки вы знаете и считаете ли Вы их полезными? Наиболее популярные энергетические напитки называли: Jaguar,



Blach, Red Bull. Из шестидесяти двух опрошенных: 50% – считают их вредными, 42% – считают полезными, 8% затрудняются ответить.

Анализ литературных источников. Медицина (лат. Medicina) – наука, изучающая болезни, предупреждающая и приводящая к их благополучному исходу. Деление медицины на терапию - лечение внутренних частей тела, и хирургию – лечение болезней наружных частей, травм костей и прочего установилась еще в доисторическую эпоху, позже обретая новые ветви.

Одним из методов изучения первобытной медицины является наблюдение за народами, живущими по первобытному строю - племена Африки, Австралии, а также поселения Сибири и Крайнего Севера России. Там широко использовались лекарственные свойства растений, умение при помощи подручных средств оказать первую медицинскую помощь.

Одной из самых древних документированных медицинских по праву считается Древнеегипетская медицина. Она оказала влияние на многие последующие системы Древнего мира.

В Древней Индии медицинские познания собраны в священных гимнах, окутанные мифами и магией. Индусы, так же, как и Египтяне, уделяли много внимания гигиене.

В Китае же, например, хирургические операции проводились с применением наркоза и соблюдением асептики V век до н.э. В период Танской династии китайским врачам уже были известны инфекционные заболевания, и в Китае еще за тысячу лет до нашей эры была проведена прививка от оспы.

Древняя Греция активно использовала гимнастику для лечения переломов и вывихов. Знаменитый древнегреческий врач Гиппократ разделил по этиологии болезни на внешние и внутренние, исключительно полно описал хирургию. В Александрии разрешали врачам вскрывать трупы и благодаря этому Герофил первый начал отличать нервы от сухожилий, описал черепные нервы и мозговые оболочки.

Можно сделать **выводы**, что основой медицинского учения всегда служили знания, полученные из истории медицины. Считалось, что врач должен владеть знаниями из области различных дисциплин. Применяемые методы лечения сочетали в себе лекарственную терапию. Врачи знали о пользе здорового питания, физических упражнений, режима дня и свежего воздуха.

Все вышеописанные цивилизации дали значимый толчок для развития медицины. Появились многие теоретические и клинические науки, что позволило усовершенствовать современную медицину. Отсюда я убедилась, что человек, дорожа своим здоровьем, сможет сохранить его, используя знания об истории медицины. Я проводила беседы среди обучающихся 8-11 классов «Об истории развития медицины», разработала памятку для старшеклассников «Движение – это жизнь!» и хочу связать свою профессию с медициной.



Воеводенко Т.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научный руководитель: *Акхозова О. В.*,
МОУ «Гимназия № 70 города Донецка», г. Донецк. ДНР

Актуальность. Современный человек находится в ситуации постоянного возрастания загрязнений окружающей среды. Каждый из нас на сегодняшний день по-настоящему не осознает то, как на наше здоровье влияет экология региона, в котором мы проживаем.

Сегодня во многих странах люди, живущие в промышленных регионах, таких как Донбасс, страдают от профзаболеваний, онкологических заболеваний, врожденных патологий, аллергии, токсикозов. Все это приводит к экологическому стрессу и срыву адаптации.

Экологический стресс– изменение структуры населения, под воздействием факторов окружающей среды, увеличение смертности. (Энциклопедия)

Срыв адаптации– состояние резкого снижения функциональных возможностей организма в связи с нарушением механизмов компенсации – стадия декомпенсированного патологического процесса.

Каждый из нас должен сделать свой вклад в борьбу с экологозависимыми заболеваниями. При возможности, все должны пройти диспансеризацию в больнице по месту прописки. Обезопась себя и своих родных, защити будущее!

Диспансеризация– комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством страны (Толковый словарь).

Вывод. В статье вы ознакомитесь с основными факторами экологического стресса, как он влияет на индивидуума. Почему важна диспансеризация. Ознакомитесь с главными проблемами экологозависимых заболеваний.

Фокиш А.С.

ФЛОРЕНС НАЙТИНГЕЙЛ – СЕСТРА МИЛОСЕРДИЯ

Научный руководитель: *Шентефрац И.С.*,
ГОУ «Бендерский медицинский колледж», г. Бендеры, Приднестровская Молдавская Республика

Актуальность и постановка проблемы. Одним из «нестареющих» является определение профессии медицинской сестры, которое дала Верджиния



Хендерсон. Выдающийся преподаватель, просветитель, исследователь и лектор писала: «Медсестра – это ноги безногого, глаза ослепшего, опора ребёнку, источник знаний и уверенность для молодой матери, уста тех, кто слишком слаб или погружён в себя, чтобы говорить»-высказывание Хендерсон пользуется популярностью и по сей день.

Цель и задачи работы. Целью данной статьи является знакомство с понятием «Сестра милосердия», историей служения сестер милосердия в начале развития сестринского дела.

Исследование проблемы. На протяжении многих веков формировалась и развивалась профессия медицинской сестры: изменялись методы ее работы, отношение к ней, ее роль в общей медицине. Неизменной оставалась ее суть, заключающаяся в заботе и помощи.

Первые медсестры, когда только зародилась данная профессия, не имели специального образования. В Средневековой Европе за больными, бедными и умирающими ухаживали служительницы при церквях и монахини.

Именно в то время появилось первоначальное название профессии – сестра милосердия. В XVIII-XIX веках задачи сестер милосердия стали намного шире: они стали ухаживать за воинами, получившими различные увечья в ходе многочисленных войн. Британская аристократка по имени Флоренс своей деятельностью внесла изменения в восприятии обществом роли медицинских сестер.

Флоренс Найтингейл родилась 12 мая 1820 года во Флоренции. Фамилию будущая сестра милосердия унаследовала от отца-англичанина, предки которого выходцы высших аристократических кругов. В юношеском возрасте девушка вошла в высшее общество Парижа, где была представлена молодым людям благородного происхождения.

Именно в высшем свете юная Флоренс подружилась с эксцентричной и продвинутой англичанкой Мари Кларк, общение с которой повлияло на свободомыслящую аристократку, на ее решение посвятить личную жизнь помощи и служению людям, через работу сиделкой в лечебном заведении для бедняков.

Впервые в истории, Флоренс Найтингейл применила научные методы в решении проблем сестринского дела, выделив в этом деле две основные области – уход за больными и уход за здоровыми людьми. Она определила уход за здоровыми - как «поддержание у человека такого состояния, при котором болезнь не наступает», уход же за больными - как «помощь страдающему от болезни жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение». Найтингейл твердо высказывалась о том, что «по сути своей сестринское дело как профессия отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных знаний».



«Леди со светильником», «ангел милосердия», как только не называли ее раненые во время Крымской кампании. Флоренс всеми усилиями старалась облегчить страдания раненых.

Именно Флоренс Найтингейл первая подняла престиж работы сестры милосердия. Она написала книгу под названием «Заметки по уходу за больным», которую врачи того времени оценили очень высоко, считая ее выдающимся учебным пособием. В своем издании Флоренс изложила основные принципы своей системы, которые были переведены на разные языки. В 1896 году был сделан перевод и на русский язык, что подтверждает популярность этой книги.

И ныне современно звучит ее идея: «Следить надо за здоровыми, чтобы они не стали больными». В своих «Записках» расписала 16 глав, каждая из которой имела свое название, имеющее прямое отношение к основам современной гигиены и профилактики. Она написала о вещах, которые в современном мире кажутся элементарными, но во времена ее деятельности эти заявления производили настоящий фурор. Изложенные Ф. Найтингейл принципы позже станут основной базой в системе ухода за больными.

Выводы. Медицинская сестра – это специальность, значимость которой очень высока. Благодаря своим усилиям и труду, Флоренс Найтингейл первая превратила уход за больными в науку, со своими формулами и строгими правилами, многие из которых остаются актуальными и по сей день.

Сало П.А.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Научный руководитель: *Гарштя О.Н.*,

МОУ «Школа №6 города Ясиноватая», г. Ясиноватая, ДНР

Цель работы: исследовать, какую роль в истории научных достижений в медицине сыграло открытие и введение наркоза.

Задачи: оценить роль обезболивающих средств; обобщить сведения о формировании анестезиологии в истории медицины.

Анестезиология - наука об обезболивании и методах защиты организма больного от чрезвычайных воздействий операционной травмы.

В древние времена:

- с 18 века общий наркоз пациенты получали в виде сильного удара дубинкой по голове (Древний Рим);
- в древности в качестве местной анестезии использовали наркотические препараты;
- использовался опиум и «мандрагора» (Китай, Индия, Древняя Греция);
- применение кокаина индейцами;



- применение алкоголя;
- использование силы внушения (гипнотический сон);
- открытие закиси азота («веселящий газ»).

Открытие эфирного наркоза:

- 16 октября 1846 года был успешно продемонстрирован эфирный наркоз;
- 7 февраля 1847 года в России была впервые произведена операция под эфирным наркозом профессором Иноземцевым;
- большой вклад в изучение эфирного наркоза внес Н. И. Пирогов;
- Пирогов предложил метод прямокишечного наркоза эфиром;
- в 1847 году в качестве обезболивающего средства использовали хлороформ;
- в 1895 году использовался хлорэтиловый наркоз.

XIX, XX в.в.:

- 1880 год – прорыв в области анестезии – кокаин;
- в 1905 г. синтезирован новокаин (в несколько раз менее токсичен, чем кокаин);
- Карл Колер – доклад о использовании кокаина 1884 года на заседании Общества врачей Вены;
- переход от кокаина к прокаину, новокаину, лидокаину.

Вывод. Пройдя эпоху развития анестезии от удара дубинкой по голове (Древний Рим) до использования прокаина, новокаина, лидокаина медицина совершила эволюционный прорыв, который позволил применять без ущерба для здоровья пациентов передовые методы.

Покидьшева В.Д.

СТОМАТОЛОГИЯ ДРЕВНЕГО РИМА И ГРЕЦИИ

Научный руководитель: *Ахкозова О.В.*,
МОУ «Гимназия №70», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Развитие стоматологии уходит корнями в глубокую древность, со времен которой всех волновал вопрос избавления от зубной боли.

Проведя исследование различной литературы, начиная с древних времен об основных этапах развития стоматологии, выявлены этапы разделения стоматологической науки, показано возникновение ее самостоятельных разделов.

Благодаря проделанному пути стоматология в мире за последнее время сделала большой шаг вперед. Восстановление целостной картины становления стоматологии будет способствовать правильному выбору решений при современном поиске путей дальнейшего развития.



Стоматология Древней Греции. Ученые Древней Греции, в том числе Гиппократ, искали способы лечения зубной боли. Применяемые методы не отличались особым изяществом. Для лечения острой боли воспаленный нерв выжигали раскаленным железом – метод действенный, но не очень гуманный.

Как наркоз врачи использовали дым белены. Гиппократ впервые подробно описал многие болезни полости рта, лечить которые он предлагал отварами лекарственных растений. Гиппократ в одном из своих литературных трудов описал способы выравнивания зубов. В текстах Гиппократа и его современников встречается много наивных рассуждений. Гиппократ считал, что молочные зубы образуются из молока матери. По его мнению, зубы начинали разрушаться под воздействием «слизи» и продуктов питания.

В трудах Гиппократа впервые упоминается о щипцах для удаления зубов. Археологические находки подтвердили данные письменных источников. Зубные щипцы, сделанные из железа, были обнаружены археологами при раскопках в Греции.

Многие древнегреческие ученые не спешили удалять зуб при малейшей боли и пытались найти способ лечения. Некоторые предложенные ими методы (например, шинирование при переломе или вывихе челюсти) в улучшенном виде используются в наши дни.

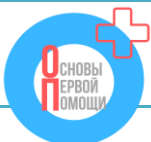
Аристотель, живший спустя сто лет после Гиппократа, в своих трудах также упоминал о заболеваниях зубов. Т.к. он был далек от медицины, это привело к множеству ошибок. Самая известная - утверждение о том, что у мужчин зубов больше, чем у женщин. Также Аристотель утверждал, что зубы растут на протяжении всей жизни человека.

Начиная уже с VI века до н.э. в крупных городах стали появляться гражданские больницы, в которые назначался официальный врач, оплачиваемый государством. Общественные врачи выбирались жителями на собрании после проведения квалификационного экзамена. Древнегреческий врач Диокл (IV в. до н.э.) предложил для пломбирования зубов мастику, состоящую из камедистой смолы, опиума, перца.

Стоматология Древнего Рима. В Древнем Риме до II века до н.э. не было профессиональных врачей. Больных лечили в собственном доме народными средствами: кореньями, травами и плодами, из которых делали отвары и настои, процесс врачевания сопровождался заговорами и магическими ритуалами, но все же основным методом являлось удаление зуба.

Лечением, удалением, протезированием зубов в то время занимались ювелиры и цирюльники. Для богатых людей делали протезы из драгоценных металлов, из зубов животных для бедняков. Эти протезы не были практичны. Для чистки зубов римляне применяли порошок с мочевиной.

В конце II века до н.э. в Риме появились врачи узких специальностей. Появление медицинских специализаций коснулось исключительно



деятельности самих врачей, появление специализированных медицинских учреждений это никак не ускорило.

Новый этап развития стоматологии начался в I веке нашей эры, когда Архиген, хирург иличный врач императора Траяна, просверлил полость зуба трепаном и стал первым, сделавшим это с лечебной целью. Этот единичный факт никак не отразился на формировании лечебного пространства. Подобная методика зубо врачевания еще долгие столетия не применялась. Тогда же были описаны различия между пульпитом и периодонтитом.

Сделал это знаменитый римский медик Клавдий Гален, который на своем опыте наблюдал течение этих заболеваний. Открытия древнеримских врачей так и не получили широкого практического применения и в течение многих веков оставались не востребованы.

Вывод. Итак, можно подвести итог вышесказанному: человечество начало заботиться о гигиене полости рта еще до нашей эры. Еще тысячелетия назад тогдашние стоматологи уже применяли многое из того, что используется и сейчас. Будучи по разным причинам, утерянным на долгом пути развития человеческой цивилизации, было вновь возвращено к жизни не так уж давно.

Достижения современной стоматологии потрясают воображение. Будущее же видится еще более радужным-технологии современной стоматологии стремительно развиваются. Новейшие материалы для реставрации зубов часто превосходят натуральные ткани зуба по эстетичности и прочности. Быстрота, с которой сейчас восстанавливают зубы, безопасность стоматологических методов достигли высокого уровня.

Колесникова К.И.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ, МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ

Научный руководитель: *Фрищина Н.А.*,

МОУ «Школа №86 города Макеевки», г. Макеевка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Прогрессивная культура воплощает в жизнь редкостный нажим на природу, виновником экологического упадка на Земле стал человек.

Загрязнение природной среды промышленными выбросами, наращивание изготовления, химизация сельского хозяйства и иные антропогенные процессы оказывают плохое влияние на людей, животных, растения, основу, понижают проницаемость атмосферы, увеличивают влажность воздуха, наращивают количество дней с туманами, вызывают коррозию металлов, изменяют экологическое равновесие, в ряде случаев и необратимое. У обитателей промышленных населенных пунктов, случается перемена иммунного статуса и с развитием иммунодефицитных состояний, аллергии организма.



Так, в реальное время на основании данных эпидемиологических, иммунологических исследований диспутируется воздействие экологических моментов на положение самочувствия детей.

Цели и задачи работы. Целью исследования врачебной экологии считается выработка умений воплотить в жизнь персональную и популяционную профилактику экологически обусловленных болезней и патологических состояний.

Основными задачами изучения являются:

- составление передовых представлений о системности отношений в биосфере и обществе;
- осознание причинно-следственных связей между качеством среды обитания человека и состоянием его самочувствия, роль первичной врачебной профилактики

Исследование проблемы. Этиологические моменты появления болезней у человека. Изучению задач медицинской экологии и экологии человека приурочен к ряду базовых дел на региональном уровне.

Задачам привыкания человека к условиям среды приурочены к работе Н. А. Агаджаняна, где подчеркивается смысл общественных моментов как посылов для формирования болезней.

В трудах В. П. Казначеева указывается на надобность развивать групповые изучения по оценке воздействия модифицированных критерий среды на самочувствие людей, отличаются различные типы людей и характеризуются свойственные для их процессов привыкания.

В работах Т. И. Алексеевой большущая забота уделена воздействию природных моментов на самочувствие человека, живущего в всевозможных географических критериях.

Влияние антропогенно-модифицированной среды на самочувствие человека классифицировано в работах Ю. П. Гичева, где представлены классы заболеваний и патологических состояний по степени и нраву их зависимости от находящейся вокруг среды (индикаторная экологически зависимая, экологически зависимая и экологически обусловленная патологии).

Проделанный тест литературных источников зарекомендовал, что, не обращая внимания на довольно размашистый диапазон изучений в области взаимодействия человека с находящейся вокруг средой, отсутствует единственный расклад к проведению медико-экологических изучений.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Моменты, действующие на появление экологических болезней: ксенобиотики, токсиканты, радионуклеиды, содержащиеся в воздухе, табачном дыме, смоле, саже, продуктах питания, и владеющие разными мутагенными, тератогенными и канцерогенными эффектами.



Казначеев именовал это некомпенсированное антропоэкологическое положение срывом, переходящим в заболевание, которая приобретает глобальный характер.

Вы можете внести свой вклад в экологическое благополучие планеты и собственное здоровье, придерживаясь простых советов:

- старайтесь уменьшить количество пластика в доме
- сортируйте мусор (в некоторых странах и городах для этого уже разработаны специальные контейнеры);
- старайтесь экономить воду (к примеру, выключая кран во время чистки зубов).

В качестве мер индивидуальной профилактики можно порекомендовать проводить свой отпуск ближе к природе, вдали от шумного города. Это даст вашему организму время на очистку и восстановление.

Выводы и предложения. Проведение медико-экологических исследований требует использования системного анализа изучаемой территории. Системный анализ проводится по следующим этапам.

На первом этапе составляется схема, на которой указываются все элементы изучаемой системы. На следующем этапе проводится выявление факторов внешней среды, основных источников антропогенного загрязнения, ареала их распространения.

Далее оцениваются уровни заболеваемости людей в различных районах исследуемой территории. И на заключительном этапе проводится выделение зон комфортности (от пониженной до повышенной).

Колесникова К.И.

ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ ПЕНИЦИЛЛИНА

Научный руководитель: *Фрищина Н.А.*,

МОУ «Средняя школа №86 города Макеевки», г. Макеевка, ДНР

Актуальность. Изобретение пенициллина, являлось огромным прорывом для медицины прошлого века основоположником современной медицине в области создания антибиотиков. Несмотря на то, что пенициллин – это плесень, он играет немаловажную роль в истреблении опасных бактерий и мощную защиту от инфекций. Пенициллин активно использовался во время Великой Отечественной Войны и благодаря ему, было спасено немало жизней.

Цели и задачи исследования является анализ и обобщение литературных источников и документальных данных с целью изучения создания пенициллина, как основоположника современных антибиотиков.

Результаты исследования. Во время Первой мировой войны Александр Флеминг служил в военном госпитале во Франции. Он был бессилен против пулевых ранений, тогдашние антисептики приносили больше вреда, чем пользы. В придачу с бактериями они уничтожали белые кровяные тельца.



Эффективных лекарств против инфекций просто не было. 1928 году Флеминг работал бактериологом в больнице «Святой Марии» в Лондоне. Проверяя рост колоний бактерий в нескольких лабораторных чашках, Флеминг заметил странную вещь. В одной из них попала спора плесени и развилась в мицелий. Флеминг заметил, что колонии вокруг начали разрушаться. Он решил, что в плесени выделяется вещество, которое убивает бактерии, похожую на фермент лизоцим, которое он открыл несколькими годами ранее. Но это вещество оказалась гораздо мощнее.

В ходе дальнейших исследований Флеминг заметил, что пенициллин воздействует на такие бактерии, как стафилококки и многие другие возбудители, которые вызывают скарлатину, пневмонию, менингит и дифтерию. Вещество, убивающее бактерии назвали «пенициллином».

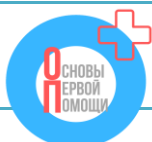
До 1942 года Флеминг совершенствовал новый препарат, но до 1939 года вывести эффективную культуру так и не удалось, поэтому, сначала практическая медицина не очень заинтересовалась его открытием.

В 1940 году немецко-английский биохимик **Эрнст Борис ЧейниХоуард Уолтер Флори**, английский патолог и бактериолог, продолжили исследования начатое Флемингом и активно занимались попыткой очистить и выделить пенициллин. В результате на его основе был создан первый в мире антибиотик. И уже в 1942-м году пенициллин был впервые успешно использован в открытых испытаниях на больных.

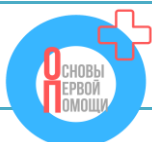
В 1945 году за своё открытие Александр Флеминг, Говард Флори и Эрнст Чейн удостоились Нобелевской премии по физиологии или медицине.

В разгар второй мировой войны в США производство пенициллина уже было поставлено на конвейер, что спасло от гангрены и ампутации конечностей десятки тысяч американских и союзнических солдат. Со временем метод производства антибиотика был усовершенствован, и с 1952 года сравнительно дешёвый пенициллин стал применяться практически в мировых масштабах.

Вывод. На протяжении многих десятилетий, ученые создавали всё новые и новые антибиотики против разных возбудителей инфекций. И даже спустя столетие после первого клинического использования, пенициллин в области медицины все еще не заменим. Так, с 20-х годов средняя продолжительность жизни на западе выросла с 54-х, до 75 лет. Примерно 10 лет из них, добавились благодаря изобретению антибиотиков. Пенициллин является величайшим благом для человечества, спасением миллионов людей, так как является основой к поиску других антибиотиков.



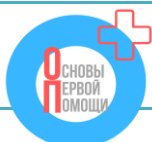
СЕКЦИЯ «ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ»	
<i>Ахметдинова С.С.</i> ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ Научный руководитель - <i>Черкун Л.И.</i>	с. 10
<i>Ежов Д.А., Куркурин К.К.</i> НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА Научный руководитель – <i>Стрельченко Ю.И.</i>	с. 12
<i>Чепелева А. В.</i> МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРИНОНЗИЛЛЯРНОМ АБСЦЕССЕ Научный руководитель - <i>Прилуцкая С. А.</i>	с. 14
<i>Дмитриева Е.Д., Задорожная В.П., Кошовец У. Е.</i> НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ Научный руководитель - <i>Никонова Е. М.</i>	с. 15
<i>Жук Е. Р.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ Научный руководитель – <i>Черная О. В.</i>	с. 17
<i>Жук Д.В.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ Научный руководитель - <i>Виноградова Н.А.</i>	с. 18
<i>Жигулин Р.А.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ Научный руководитель - <i>Стадничук Л.А.</i>	с. 20
<i>Емельянова Е. С.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБЩЕМ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИИ Научный руководитель – <i>Емельянова Е.С.</i>	с. 21
<i>Дихтяр Е.Д.</i> УГОЛОВНО-ПРАВОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Научный руководитель - <i>Хлыстова Н.Б.</i>	с. 24
<i>Данькина В.В., Данькин К.В.</i> НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ Научный руководитель - <i>Данькина И.А.</i>	с. 26
<i>Гусак Е. А.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ Научный руководитель - <i>Прилуцкая С. А.</i>	с. 29
<i>Гульчак А.В.</i> ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ НОВОРОЖДЕННОГО И ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ И ПОПАДАНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ Научный руководитель - <i>Стрельченко Ю.И.</i>	с. 30



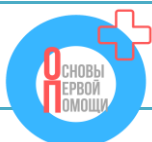
<i>Гричулевич К. С.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЗАКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ Научный руководитель - <i>Прилуцкая С. А.</i>	с. 32
<i>Гороховский А.С.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ Научный руководитель - <i>Мороз Ю.Б.</i>	с. 34
<i>Горбачева Е.А.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСЕ КАРАКУРТА Научный руководитель - <i>Малолеткина О.А.</i>	с. 36
<i>Ивко Н.С.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ Научный руководитель - <i>Гавенко Н.В.</i>	с. 38
<i>Высочанская М.М.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ Научный руководитель - <i>Госман Д.А.</i>	с. 39
<i>Васильева П. В.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСАХ НАСЕКОМЫХ Научный руководитель – <i>Провизион А.Н.</i>	с. 41
<i>Варданян Е.С.</i> ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ ГЛАЗА Научный руководитель – <i>Мороз Ю.Б.</i>	с. 42
<i>Вакуленко Т.М.</i> «БЕЛАЯ» ЛИХОРАДКА У ДЕТЕЙ Научный руководитель - <i>Мартиросова Е.М.</i>	с. 43
<i>Бурляева Е.А.</i> ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ НИКОТИНОМ Научный руководитель - <i>Педык Л.Л.</i>	с. 45
<i>Булгак Т.А.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ НОСА Научный руководитель - <i>Шентефрац И.С.</i>	с. 47
<i>Блинов И.А.</i> ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ВЕЩЕСТВАМИ БЫТОВОЙ ХИМИИ, РАСТИТЕЛЬНЫМИ И ЖИВОТНЫМИ ЯДАМИ Научный руководитель – <i>Мороз Ю.Б.</i>	с. 49
<i>Белюсова С. Е.</i> ПРИНЦИПЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ Научный руководитель - <i>Филенко Б.П.</i>	с. 50



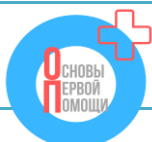
<i>Бакуменко Е.Ю.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ ПРИСТУПЕ Научный руководитель – <i>Довгялло Ю.В.</i>	с. 52
<i>Архипова К.Д.</i> ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ Научный руководитель – <i>Склянная Е.В.</i>	с. 54
<i>Агеева Д.В., Жданова Т.В., Таран О.В.</i> ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА Научный руководитель - <i>Манищенкова Ю.А.</i>	с. 56
<i>Петроченко Д.В.</i> ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НАРКОТИЧЕСКОМ ОТРАВЛЕНИИ СПАЙСОМ Научный руководитель - <i>Подлесная В.И.</i>	с. 57
<i>Козляковская В.А.</i> ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НАРКОТИЧЕСКОМ ОТРАВЛЕНИИ СНЮСОМ Научный руководитель - <i>Подлесная В.И.</i>	с. 59
<i>Шахтимир И.А.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИЯХ РАЗЛИЧНОГО ТИПА Научный руководитель - <i>Журбенко В.Е.</i>	с. 60
<i>Краузе Н.П.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ Научный руководитель - <i>Пересада Е.А.</i>	с. 62
<i>Синюткина К.О.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОПЫТКЕ СУИЦИДА Научный руководитель - <i>Кузнецова Е.М.</i>	с. 63
<i>Красножон Н.А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОТЕРМИИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ Научный руководитель - <i>Кузина А.О.</i>	с. 67
<i>Кононенко В. В.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ Научный руководитель - <i>Фатеева Г. Н.</i>	с. 69
<i>Ковалев Д.А.</i> ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗЧМТ Научный руководитель - <i>Кисенко А.Н.</i>	с. 71
<i>Митрофанов В.А.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ Научный руководитель – <i>Склянная Е.В.</i>	с. 73



<i>Зубков И.В.</i> ЕСЛИ УКУСИЛ ПАУК. КАК ОКАЗАТЬ ПЕРВУЮ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ Научный руководитель - <i>Сыромятникова С.Н.</i>	с. 75
<i>Лазурченко Е.К.</i> АКТУАЛИЗАЦИЯ ПРОБЛЕМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИХСЯ В СОВРЕМЕННОЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Научный руководитель - <i>Кириченко А.В.</i>	с. 77
<i>Ящук А.А.</i> ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Научный руководитель - <i>Стрельченко Ю.И.</i>	с. 80
<i>Мажара А. В.</i> НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С МИАСТЕНИЕЙ ПРИ КРИЗАХ Научный руководитель – <i>Мороз Ю.Б.</i>	с. 82
<i>Темнохуд Е.Р.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ Научный руководитель - <i>Михайлова Л.А.</i>	с. 83
<i>Устименко Т. Д., Рудниченко Е. А.</i> АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ КОМЕ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА Научный руководитель – <i>Мороз Ю.Б.</i>	с. 84
<i>Игнатъев К.А., Усов Н.В., Донцов С.О.</i> НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ Научный руководитель – <i>Шатохина Е. М.</i>	с. 85
<i>Пшеничный Б.С.</i> ПЕРВАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ Научный руководитель – <i>Склянная Е. В.</i>	с. 87
<i>Проценко Я. О.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ФИТООЖОГАХ Научный руководитель – <i>Провизион А.Н.</i>	с. 89
<i>Пономарева М. С.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ Научный руководитель - <i>Стрельченко Ю. И.</i>	с. 90
<i>Ивлева М.Д.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОПАДАНИИ ИНОРОДНЫХ ПРЕДМЕТОВ В ВЕРХНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ Научный руководитель - <i>Коржинский В.В.</i>	с. 91



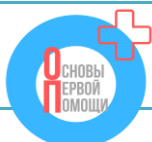
<i>Плетос С.В.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ Научный руководитель - <i>Смирнова И.А.</i>	с. 93
<i>Никитенко Д.Ю.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫВИХЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА Научный руководитель - <i>Голина О.Н.</i>	с. 95
<i>Радычук М.А.</i> ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ, ОСЛОЖНЕННЫЙ РАССЛОЕНИЕМ АОРТЫ Научный руководитель – <i>Склянная Е.В.</i>	с. 97
<i>Осипова С.Р.</i> ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПРИ СОПРИКОСНОВЕНИИ С ЯДОВИТЫМИ РАСТЕНИЯМИ Научный руководитель - <i>Фатеева Г.Н.</i>	с. 99
<i>Скупко А. В.</i> ПЕРВАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ Научный руководитель – <i>Пономаренко Т. В.</i>	с. 101
<i>Лавриненко Н.В.</i> ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ Научный руководитель - <i>Воробьёва Е.С.</i>	с. 103
<i>Ищук И. П.</i> ПИРУЭТНАЯ ТАХИКАРДИЯ ПРИ СИНДРОМЕ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT Научный руководитель – <i>Склянная Е.В.</i>	с. 105
<i>Совпель Я.А.</i> ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ Научный руководитель – <i>Склянная Е.В.</i>	с. 107
<i>Ткач К.А.</i> АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОМ ПРОИСШЕСТВИИ Научный руководитель - <i>Советов В.Ю.</i>	с. 109
<i>Ткач К.А.</i> АЛГОРИТМ ФОРМИРОВАНИЯ АПТЕЧКИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ Научный руководитель - <i>Советов В.Ю.</i>	с. 111
<i>Мороз Б.А.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ Научный руководитель - <i>Письменикова Л.Н.</i>	с.113
<i>Осипова Н.Р.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЯДОВИТЫМИ ГРИБАМИ Научный руководитель - <i>Фатеева Г. Н.</i>	с. 114



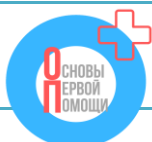
<i>Ткаченко В.В., Резникова О.Ю.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА Научный руководитель - <i>Дмитренко С.В.</i>	с. 116
<i>Песчанская С.С., Кононова Е.А.</i> НЕУМЫШЛЕННОЕ ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Научный руководитель - <i>Хлыстова Н.Б.</i>	с. 118
<i>Лукович А.А., Суликова Д.И.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПНЕВМОТОРАКСЕ Научный руководитель - <i>Пономаренко Т.В.</i>	с. 120
<i>Смирнова П.Н.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ Научный руководитель – <i>Мороз Ю.Б.</i>	с. 121
<i>Манжелева Д. К.</i> СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ Научный руководитель - <i>Прилуцкая С. А.</i>	с. 122
<i>Михальченко В.А.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ Научный руководитель - <i>Акхозова О.В.</i>	с. 124
<i>Павликова А.А.</i> ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ Научный руководитель - <i>Склянная Е.В.</i>	с. 126
<i>Матвиюк А. Г.</i> ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ДОВРАЧЕБНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ Научный руководитель - <i>Прилуцкая С. А.</i>	с. 128
<i>Приймачук Д.Б.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ ПРИСТУПЕ Научный руководитель - <i>Прилуцкая С.А.</i>	с. 130
<i>Кузнецова А.В.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ НАРУЖНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ Научный руководитель - <i>Асатрян Л.И.</i>	с. 131
<i>Шевченко Д.Ф., Шевченко В.В.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ Научный руководитель - <i>Голубова О.А.</i>	с. 133
<i>Рогачёва Н.Р., Галда О.Ю.</i> ОБУЧЕНИЕ ПОДРОСТКОВ ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ Научный руководитель - <i>Осинов Ю.А.</i>	с. 136



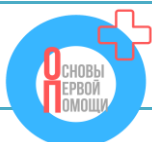
<i>Плехова О.Е.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ГАЗОМ Научный руководитель - <i>Пархоменко С.Н.</i>	с. 138
<i>Чуркина М.Д.</i> ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ И ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПОСТТРАВМАТЕЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ Научный руководитель – <i>Богданова И.М., Курохтина М.В.</i>	с. 139
<i>Полищук Б.В.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСАХ ЖИВОТНЫХ Научный руководитель - <i>Стрельченко Ю.И.</i>	с. 142
<i>Толмачёва В.А.</i> ПРЕСИНКОПАЛЬНОЕ И СИНКОПАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, ВЫЗВАННОЕ ПАРАКСИЗМОМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ Научный руководитель – <i>Склянная Е.В.</i>	с. 144
<i>Поддубная В.В.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ Научный руководитель - <i>Белецкая Е.В.</i>	с. 145
<i>Осиченко К.К.</i> ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ Научный руководитель – <i>Склянная Е.В.</i>	с. 147
<i>Осиченко К. К.</i> ПРИСТУП ВАРИАНТНОЙ СТЕНОКАРДИИ Научный руководитель – <i>Склянная Е. В.</i>	с. 149
<i>Томаш Ю.О.</i> КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЯЗВЫ ДЪЕЛАФУА: НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ Научный руководитель – <i>Малолеткина О.А.</i>	с. 150
<i>Матвеева Е.В.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКАХ Научный руководитель - <i>Свергун В.П.</i>	с. 152
<i>Тимонина Д.Р.</i> ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ Научный руководитель – <i>Дмитренко С.В.</i>	с. 154
<i>Иванов В. С., Чудин Р. А.</i> ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМЕ ГЛАЗА И ГЛАЗНИЦЫ Научный руководитель - <i>Мороз Ю.Б.</i>	с. 156



<i>Резникова М.Г.</i> ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДОРОЖНО - ТРАНСПОРТНОМ ПРОИСШЕСТВИИ Научный руководитель - <i>Пономаренко Т.В.</i>	с. 158
<i>Коссе А.Д.</i> НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ Научный руководитель – <i>Малолеткина О.А.</i>	с. 159
<i>Пустовалов А.С.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ Научный руководитель - <i>Тисленко Р.С.</i>	с. 161
<i>Сергеев Я. О.</i> АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ Научный руководитель - <i>Склянная Е.В.</i>	с. 164
<i>Сергеев Я. О.</i> ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ (ОРДС): ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ЛЕЧЕНИЕ. Научный руководитель - <i>Склянная Е.В.</i>	с. 165
<i>Лихобабин А.А.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРЯМОЙ КОНТУЗИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА Научный руководитель - <i>Малолеткина О.А.</i>	с. 167
<i>Черный А.А.</i> ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ДОВРАЧЕБНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА Научный руководитель - <i>Черная О.В.</i>	с. 168
<i>Кононенко В.В.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ Научный руководитель - <i>Фатеева Г.Н.</i>	с. 170
<i>Широкова У.М.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЯДОВИТЫМИ РАСТЕНИЯМИ Научный руководитель - <i>Алиакбарова Т.В.</i>	с. 172
<i>Кривонос Д.А.</i> ПРИНЦИП ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА Научный руководитель – <i>Прилуцкая С.А.</i>	с. 174
<i>Кудлюк А.Р.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНСУЛЬТЕ Научный руководитель - <i>Дмитренко С.В.</i>	с. 175
<i>Щербакова В.К.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАЗРЫВЕ МАТКИ ВО ВРЕМЯ РОДОВ Научный руководитель – <i>Мороз Ю.Б.</i>	с. 177



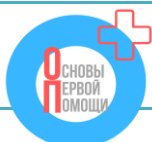
<i>Филонова В.А.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ Научный руководитель - <i>Панютова С.А.</i>	с. 178
<i>Кипалас А. А.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОКЕ Научный руководитель - <i>Прилуцкая С.А.</i>	с. 180
<i>Щепак Р.С.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БОЛИ В ЖИВОТЕ Научный руководитель – <i>Курилин В.А.</i>	с. 181
<i>Карпушкина М. А.</i> СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ У ВЗРОСЛЫХ Научный руководитель - <i>Прилуцкая С. А.</i>	с. 182
<i>Яновский А.Э.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ Научный руководитель - <i>Довгялло Ю.В.</i>	с. 184
<i>Ковальчук В.Л</i> ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОЧЕК Научный руководитель - <i>Прилуцкая С. А.</i>	с. 186
<i>Янакова Е.Д.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ, АССОЦИИРОВАННОМ С ПРИЕМОМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ Научный руководитель – <i>Склянная Е.В.</i>	с. 188
<i>Кондрашова А. Н.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСАХ НАСЕКОМЫХ И ЯДОВИТЫХ ЗМЕЙ Научный руководитель – <i>Мороз Ю.Б.</i>	с. 190
<i>Шпитюк Е.В.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЗАКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРЕДПЛЕЧЬЯ Научный руководитель – <i>Фёдорова Н.В.</i>	с. 192
<i>Малолеткин П.А.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КЛАПАННОМ ПНЕВМАТОРАКСЕ Научный руководитель - <i>Малолеткина О.А.</i>	с. 194
<i>Шмыков Н.С.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОМ ОТЕКЕ КВИНКЕ Научный руководитель - <i>Довгялло Ю.В.</i>	с. 196
<i>Мишкинова В.В.</i> ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ БЕШЕНСТВЕ Научный руководитель – <i>Дмитренко С.В.</i>	с. 197



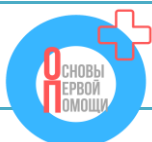
<i>Шевяков Д.А.</i> ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ПИЩЕЙ, ГРИБАМИ И ЯГОДАМИ Научный руководитель - <i>Курилин В.А.</i>	с. 199
<i>Александренко Я.Р., Худович В.С.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ Научный руководитель - <i>Дмитренко С.В.</i>	с. 201
<i>Размыслова Е.Д.</i> ПИЩЕВОЕ ОТРАВЛЕНИЕ Научный руководитель - <i>Тарасенко У.А.</i>	с. 202
<i>Швец О.И.</i> ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛОЖНОМ КРУПЕ Научный руководитель – <i>Мороз Ю.Б.</i>	с. 203
СЕКЦИЯ «ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ»	
<i>Андреев Р.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ЧЕЛОВЕКА В КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ДОНБАССА Научный руководитель – <i>Выхованец Ю.Г.</i>	с. 206
<i>Шарака Е.И.</i> ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ. ПЕРЕЕДАНИЯ Научный руководитель - <i>Асатрян Л.И.</i>	с. 208
<i>Мирошниченко О.А.</i> САХАР: ПОЛЬЗА ИЛИ «БЕЛАЯ СМЕРТЬ»? Научный руководитель - <i>Голина О.Н.</i>	с. 210
<i>Артеменко Е.Ю.</i> ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ Научный руководитель - <i>Кравченко Т.Г.</i>	с. 212
СЕКЦИЯ «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»	
<i>Алиев Ф.Ф.</i> ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D Научный руководитель - <i>Кравченко Т.Г.</i>	с. 215
<i>Томозлакар Я.А.</i> ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ Научный руководитель - <i>Шептефрац И.С.</i>	с. 216
<i>Кузнецова А.В.</i> ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ Научный руководитель - <i>Ризун Н.И.</i>	с. 218
<i>Данелия Д.М.</i> ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ Научный руководитель - <i>Баландина К.В.</i>	с. 220



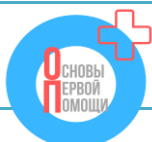
<i>Ланцер Р.В.</i> ЗДОРОВЬЕ - ЭТО ОСНОВНОЕ БОГАТСТВО ЧЕЛОВЕКА Научный руководитель - <i>Бородкина Е.Ю.</i>	с. 222
<i>Крат С.Е.</i> ОСНОВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ Научный руководитель - <i>Павленко Л.С.</i>	с. 225
<i>Болотова Д.В.</i> АРОМАТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ОРВИ И ГРИППА Научный руководитель - <i>Чурсина Т.А.</i>	с. 227
<i>Кушнирев Д.А.</i> ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ Научный руководитель - <i>Кравченко Т.Г.</i>	с. 228
<i>Тахмазов Т.О. оглы</i> ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ. ЖИЗНЬ БЕЗ АЛКОГОЛЯ Научный руководитель - <i>Кравченко Т.Г.</i>	с. 230
<i>Баркарь Д.В.</i> РОЛЬ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ Научный руководитель - <i>Чебан В.Д.</i>	с. 231
<i>Куприй К.А.</i> ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ КОМПЕТЕНЦИЙ БУДУЩИХ ПЕДАГОГОВ В ХОДЕ ИЗУЧЕНИЯ КУРСА «МЕДИКО – БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА» Научный руководитель – <i>Кулик О.В.</i>	с. 233
<i>Недогибченко Д.Г.</i> ПОЧЕМУ НЕОБХОДИМА МОТИВАЦИЯ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ? Научный руководитель - <i>Пащенко В.В.</i>	с. 236
<i>Васильева Ю.С.</i> ВЛИЯНИЕ РЕЖИМА СНА И ХРОНОТИПА ОБУЧАЮЩИХСЯ 10 КЛАССА НА УРОВЕНЬ ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ Научный руководитель - <i>Алиакбарова Т.В.</i>	с. 238
<i>Матвиенко Е.Д.</i> ЗАВИСИМОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАДЖЕТОВ Научный руководитель - <i>Баландина К.В.</i>	с. 240
<i>Покровский Г.С.</i> ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ Научный руководитель - <i>Ахкозова О.В.</i>	с. 241



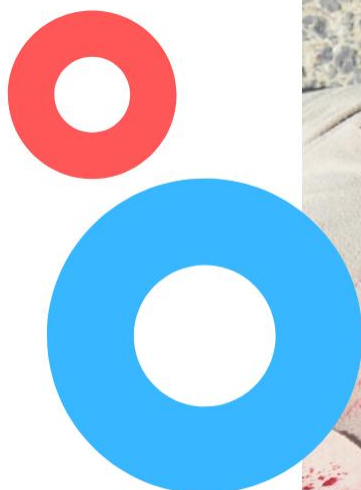
<i>Дёмкина А.А.</i> ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ Научный руководитель - <i>Белецкая Н.Е.</i>	с. 243
<i>Емельян Е.А., Короневская А.С.</i> РЕГУЛЯЦИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ ЧЕЛОВЕКА И ИССЛЕДОВАНИЕ ИХ ВЛИЯНИЯ НА РАБОТОСПОБНОСТЬ Научный руководитель – <i>Саросек В.Г.</i>	с. 245
<i>Демченко Д.М.</i> ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЕГО КОМПОНЕНТЫ Научный руководитель - <i>Фатеева Г.Н.</i>	с. 246
СЕКЦИЯ «ФАРМАЦИЯ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ»	
<i>Авдеева А.Ю.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ДОНБАССА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЮНОШЕСКОЙ УГРЕВОЙ СЫПИ Научный руководитель - <i>Быкова О.А.</i>	с. 249
<i>Чекал Е.В.</i> ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ Научный руководитель - <i>Воробьева Л.В.</i>	с. 251
<i>Кононенко К.В.</i> ФАЛЬСИФИКАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ: РЫЧАГИ РЕГУЛИРОВАНИЯ Научный руководитель - <i>Измайлова Д.И.</i>	с. 254
<i>Безуглая М.С.</i> ЯДОВИТЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ ДОНБАССА Научный руководитель - <i>Богданова И.М.</i>	с. 256
<i>Миляева С.Д.</i> ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ И ЗДОРОВЬЕ Научный руководитель - <i>Першина Л.П.</i>	с. 257
<i>Арзуманян К.Г.</i> БАДЫ-ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ ОЗДОРОВЛЕНИЕ? Научный руководитель - <i>Столбцова Н.В.</i>	с. 259
<i>Сердюк К.Е.</i> ОЦЕНКА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ТИМЬЯНА (THYMUS L.) Научный руководитель - <i>Андрющенко А.И.</i>	с. 262
<i>Краснянская Е.</i> ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ В НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЕ Научный руководитель - <i>Панютова С.А.</i>	с. 263
<i>Дрогальцева Н.О.</i> ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ - АЛЬТЕРНАТИВА СОВРЕМЕННЫМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ Научный руководитель - <i>Юрьева Ю.Е.</i>	с. 265

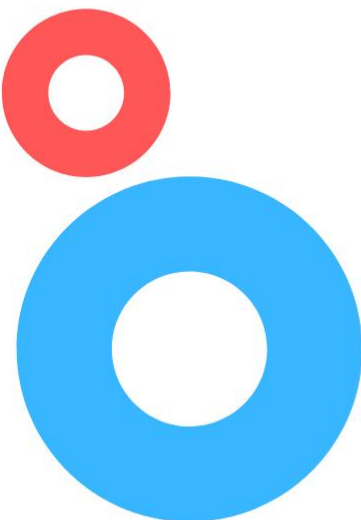
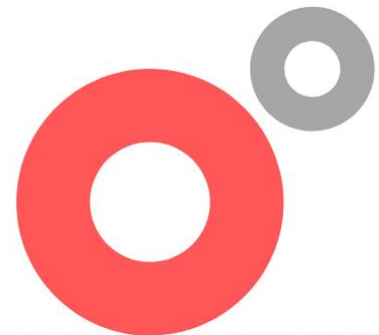
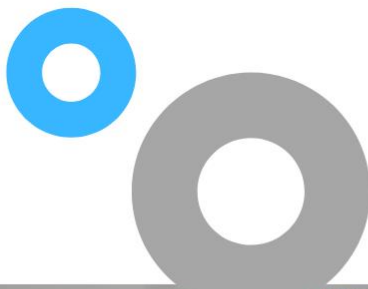
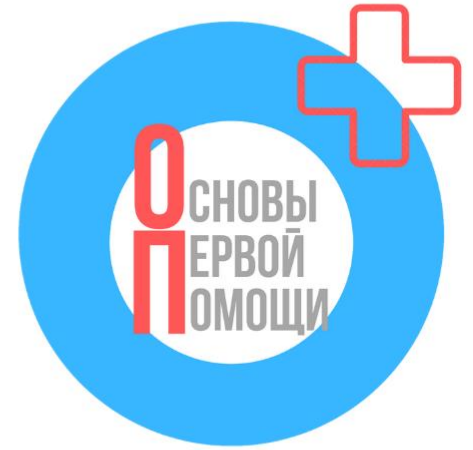


<i>Тарасенко А.А.</i> ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ ДОНЕЦКОГО КРАЯ Научный руководитель - <i>Кузина А.О.</i>	с. 267
<i>Корниенко Н.А.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ РАСТЕНИЙ – ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ С ЦЕЛЬЮ УКРЕПЛЕНИЯ ИММУНИТЕТА Научный руководитель - <i>Котова А.Б., Шестакова И.И.</i>	с. 269
<i>Федотова А.С.</i> ФАРМАЦИЯ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ Научный руководитель - <i>Кравченко Т.Г.</i>	с. 271
<i>Майстерчук Ю.С.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ДОНБАССА В ФАРМАКОЛОГИИ Научный руководитель - <i>Жильцова О.А.</i>	с. 273
<i>Коробова А.И.</i> ЛЕКАРСВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В КОСМЕТОЛОГИИ Научный руководитель - <i>Шебела С.Н.</i>	с. 275
СЕКЦИЯ «ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА»	
<i>Сергеева Е.С.</i> ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА Научный руководитель - <i>Дмитренко С.В.</i>	с. 279
<i>Явная А.В.</i> ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА Научный руководитель - <i>Ильина Н.А.</i>	с. 283
<i>Хромых Е.Э.</i> ВЛИЯНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА ЗДОРОВУЮ КУЛЬТУРУ ЖИЗНИ Научный руководитель - <i>Шептефрац И.С.</i>	с. 285
<i>Самойлик А.С.</i> ПРОФИЛАКТИКА ЭНТЕРОБИОЗА Научный руководитель - <i>Капустина А.В.</i>	с. 286
<i>Морозова М.Ю.</i> ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИЙ Научный руководитель – <i>Ахкозова О.В.</i>	с. 288
<i>Макарова М.Ю.</i> ГИГИЕНА КАК ОСНОВНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА Научный руководител - <i>Шебела С.Н.</i>	с. 289
<i>Кириллюк Е.А.</i> ПИЩЕВАЯ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ Научный руководитель - <i>Дьяченко Л.А.</i>	с. 291



<i>Демченко А.М.</i> ГИГИЕНА ПРИ ГРИППЕ, КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ДРУГИХ ОРВИ Научный руководитель - <i>Фатеева Г.Н.</i>	с. 293
<i>Головачева К.Д.</i> ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА Научный руководитель - <i>Кузнецова Е.М.</i>	с. 295
СЕКЦИЯ «ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ, МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ»	
<i>Нечитайленко Е.П.</i> ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ Научный руководитель - <i>Черкун Л.И.</i>	с. 300
<i>Воеводенко Т.А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Научный руководитель — <i>Акхозова О. В.</i>	с. 302
<i>Фокша А.С.</i> ФЛОРЕНС НАЙТИНГЕЙЛ - СЕСТРА МИЛОСЕРДИЯ Научный руководитель - <i>Шептефрац И.С.</i>	с. 302
<i>Сало П.А.</i> ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ Научный руководитель - <i>Гарштя О.Н.</i>	с. 304
<i>Покидышева В.Д.</i> СТОМАТОЛОГИЯ ДРЕВНЕГО РИМА И ГРЕЦИИ Научный руководитель – <i>Акхозова О.В.</i>	с. 305
<i>Колесникова К.И.</i> ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ, МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ Научный руководитель - <i>Фрищина Н.А.</i>	с. 307
<i>Колесникова К.И.</i> ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ ПЕНИЦИЛЛИНА Научный руководитель - <i>Фрищина Н.А.</i>	с. 309





ПАРТНЕРЫ МЕРОПРИЯТИЯ

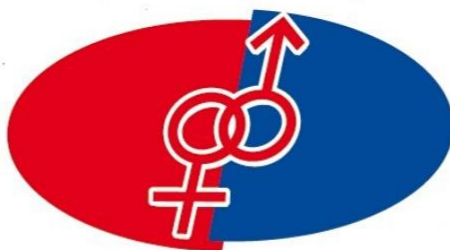


Центр лабораторной медицины



ДИАГНОСТИК ПАСТЕР

медицинская лаборатория с безупречной репутацией



Семь+Я





УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ МАЛАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ»



ПОЗНАНИЕ И ТВОРЧЕСТВО!

Учреждение дополнительного образования «Донецкая Республиканская Малая Академия Наук учащейся молодежи» проводит набор учащихся 7-11 классов общеобразовательных организаций, учащихся учреждений среднего профессионального образования.

Если Вам 13 – 18 лет, Вы желаете получить дополнительное образование по предметам, изучаемым в школе, решили покорить научные высоты, мечтаете стать врачом, приходите учиться в МАН. Обучение осуществляется на бесплатной основе, в выходные дни. Мы поможем вам сделать правильный выбор будущей профессии, быть готовым к реальной жизни в обществе. Педагоги - ведущие специалисты ГОО ВПО «ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

Научное отделение *медицины*

Секции: Клиническая медицина; Науки о здоровье и профилактическая медицина; Фармация; Биология человека.

Наши контакты:

Адрес: г. Донецк, пр. Б. Хмельницкого, д. 106(7-ой корпус ДонНТУ, 5-й этаж, к. 508, 510, 505)

Телефон: 071-498-29-63 и 071-498-29-62

Электронная почта: donman.doc@mail.ru

Наш сайт: donman.donntu.org