



ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

“ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО”

СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ “МАЛАЯ АКАДЕМИЯ НАУК УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЁЖИ”

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

IV МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ»

ОСНОВЫ
ПЕРВОЙ
ПОМОЩИ

15 МАЯ 2021

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

IV Международной научно-практической конференции

«Основы первой помощи»

(15 мая 2021 года)

Сборник материалов IV Международной научно-практической конференции «Основы первой помощи» (15 мая 2021 года) – Донецк: «ДонНМУ им. М. Горького»/«ДОНМАН», 2021. – 142 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:

Ряполова Татьяна Леонидовна – д.мед.н., профессор, первый проректор ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Дубовая Анна Валерьевна – д.мед.н., профессор, проректор по международным связям и инновационной деятельности ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

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

Склянная Елена Валериевна – к.мед.н., доцент кафедры внутренних болезней № 3 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

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.

Ряполова Татьяна Леонидовна – д.мед.н., профессор, первый проректор ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Дубовая Анна Валерьевна – д.мед.н., профессор, проректор по международным связям и инновационной деятельности ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Зубков Владимир Александрович – директор учреждения дополнительного образования «Донецкая Республиканская Малая Академия Наук учащейся молодёжи».

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

Склянная Елена Валериевна – к.мед.н., доцент кафедры внутренних болезней № 3 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Михайлова Татьяна Ивановна – к.б.н., доцент кафедры патологической физиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

Горелов Данил Владимирович – председатель Совета Молодых Учёных, ординатор кафедры анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

ОРГКОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ:

Ежов Денис Андреевич – председатель Оргкомитета.

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

Абрамова Юлия Геннадиевна – заместитель председателя Оргкомитета.

Архипова Ксения Дмитриевна – руководитель площадки «Здоровый образ жизни».

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

Ежов Денис Андреевич – студент 5 курса, лечебный факультет № 1; заместитель председателя Совета Молодых Учёных, технический редактор, графический дизайнер.

Воробьёва Елизавета Сергеевна – студентка 5 курса, медико-фармацевтический факультет; заместитель председателя Совета Молодых Учёных; фельдшер общепрофильной бригады ОСП ССМП г. Донецка РЦЭМП и МК, обработка тезисов, технический редактор.

Абрамова Юлия Геннадиевна – студентка 5 курса, медицинский факультет; секретарь Совета Молодых Учёных; технический редактор.

Архипова Ксения Дмитриевна – студентка 5 курса, медицинский факультет; корректор.

Бурима Никита Валентинович – студент 1 курса, лечебный факультет № 1; графический дизайнер.

Игнатенко Светлана Анатольевна – заместитель директора по научно-методической работе Учреждения дополнительного образования «Донецкая Республиканская Малая Академия Наук учащейся молодежи» – научный редактор.

Сыромятникова Светлана Николаевна – заместитель директора по учебно-воспитательной работе Учреждения дополнительного образования «Донецкая Республиканская Малая Академия Наук учащейся молодежи» – секретарь редколлегии, технический редактор.

Ответственные за выпуск: Зубков В. А.
Ежов Д. А.
Воробьёва Е. С.

Выражаю благодарность организаторам данного мероприятия – оргкомитету и Совету Молодых Учёных 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 четвертый год подряд в стенах Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького проводится научно-практическая конференция «Основы первой помощи».

Отдельно стоит отметить труды учащихся общеобразовательных организаций, студентов, преподавателей, работы которых опубликованы в данном сборнике. В числе материалов конференции публикуются тезисы 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

Уважаемые коллеги, дорогие наши участники!

Известно, что в связи с несвоевременным оказанием первой помощи при катастрофах, инцидентах, любых происшествиях, где есть пострадавшие, в течение первого часа погибает до 30% пострадавших, через три часа – до 70%, а через шесть часов – до 90% (из тех, кто при своевременном оказании первой помощи имел бы возможность выжить). Эти цифры показывают: первая помощь необходима чем скорее, тем лучше, до приезда врачей.

Знание правил и умение оказать первую помощь пострадавшим является жизненно важным навыком для каждого человека, который в экстренной ситуации может спасти жизнь себе самому, своим близким и окружающим. Своевременное и правильное оказание первой помощи позволяет сохранять жизни и здоровье многим пострадавшим, а также сокращает сроки лечения при травмах и неотложных состояниях.

В конференции приняли участие более 400 человек, представлено более 200 тезисов докладов во всех пяти секциях. К сожалению, из-за ограничений, вызванных коронавирусной инфекцией, на пленарном заседании присутствовало лишь небольшое количество участников. Но мы рады и такому количеству выступлений, и такому объему комментариев, от тех, кто участвовал в Конференции дистанционно. Уверен, каждый участник нашел для себя что-то новое.

Хотелось бы выразить слова благодарности Игнатенко Григорию Анатольевичу, ректору Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького за активную помощь в проведении и организации Конференции; Совету Молодых Учёных, который в это непростое время смог обеспечить проведение Конференции при помощи новейших электронных средств для демонстрации докладов участников.

Надеюсь, следующая юбилейная Конференция соберет полный актовый зал Донецкого медицинского университета. До встречи в 2022 году!

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

Уважаемые участники Конференции!

15 мая 2021 года в стенах Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького состоялась уже IV Международная научно-практическая Конференция «Основы первой помощи».

К сожалению, из-за сложившейся эпидемической ситуации, Конференция была проведена в режиме on-line. Однако, мы постарались организовать данный формат на высоком уровне.

В качестве специального гостя был приглашен главный внештатный специалист по первой помощи, доцент Дежурный Леонид Игоревич, который выступил с интереснейшим докладом на платформе Zoot в режиме реального времени.

Также на пленарном заседании мы заслушали доклады не только школьников и студентов Донецкой Народной Республики, но и Республики Крым.

Хотелось бы выразить благодарность ректору Донецкого государственного медицинского университета, член-корреспонденту НАМНУ, профессору Игнатенко Григорию Анатольевичу, без которого проведение Конференции оказалось бы невозможным. Также выражаем огромную благодарность профессорско-преподавательскому составу, который активно участвовал в подготовке и проведении самой Конференции.

Мы надеемся, что V юбилейная Конференция «Основы первой помощи» традиционной пройдет в очном режиме, а мы в свою очередь, подготовим для Вас много интересного.

С уважением, **Оргкомитет Конференции!**

1. СЕКЦИЯ: «ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ»

Аврамова В. В.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СОТЯСЕНИИ МОЗГА

Научный руководитель: Письменикова Л. Н.

МОУ «Школа № 88 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Закрытые черепно-мозговые травмы являются очень опасными и наиболее тяжёлыми в связи с повреждением головного мозга. Сотрясение мозга относится к самым распространённым закрытым черепно-мозговым травмам. Оно занимает первое место среди всех повреждений головы. Это самая лёгкая форма черепно-мозговой травмы, обратимые нарушения функций головного мозга, которые сопровождаются кратковременным обмороком до пяти минут.

Причины возникновения патологического состояния.

Сотрясение головного мозга может произойти вследствие различных травм: бытовых, спортивных либо производственных, а также дорожно-транспортных происшествий. Также причинами сотрясения могут быть ушибы, удары и резкие движения.

Чаще всего сотрясение мозга возникает вследствие травмирования головы. Например, получить такую травму можно из-за удара головой при падении, при резком торможении автомобиля или удара твёрдым предметом.

Алгоритм и описание оказания первой помощи. Для начала необходимо вызвать скорую помощь. Затем необходимо обеспечить больному полный покой. Если пострадавший находится в сознании, его нужно уложить в горизонтальное положение с приподнятой головой. Если пострадавший без сознания, он должен лежать на правом боку с запрокинутой головой, повернутым к земле лицом. Левая рука и нога должны быть согнуты в локтевом и коленном суставах. Эта поза обеспечивает вытекание жидкости и свободное дыхание. Далее необходимо приложить холодный компресс к голове для уменьшения отёка мозга. Затем нужно расстегнуть одежду для облегчения дыхания. Пострадавшего нельзя оставлять одного, так как возможны падение при попытке встать, рвота, а также психомоторное возбуждение. Также при сотрясении мозга нельзя много пить. Если пострадавший находится в состоянии шока, необходимо следить за его давлением и дыханием. В экстренных случаях нужно начинать непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию лёгких. После сотрясения пострадавшему обязательно нужна врачебная медицинская помощь.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Все пациенты с сотрясением мозга, независимо от самочувствия и степени тяжести, обязаны обратиться в травмпункт к врачу-травматологу. По решению травматолога при подозрении на сложное мозговое повреждение они могут быть направлены на консультацию к неврологу. В течение месяца после сотрясения мозга нужно ограничить спортивные занятия, не рекомендуется выполнять тяжёлую работу. Главное в его лечении — покой и сон. Поэтому ни при каких условиях нельзя нарушать постельный режим, рекомендуется отказаться от дли-

тельного чтения книг, просмотра телевизора и нахождения за компьютером.

Если пренебрегать лечением и не выполнять указания врача, после сотрясения головного мозга могут появиться проблемы со здоровьем. Приблизительно у 4% пострадавших появляются осложнения, такие как, бессонница, эпилепсия, мигрень и другие состояния. Именно поэтому после выздоровления нужно сходить к невропатологу и пройти электроэнцефалографию. Лечение серьёзных мозговых травм зависит от степени их тяжести. Иногда может быть необходима медицинская помощь нейрохирургов.

Выводы. Головной мозг — очень хрупкий орган, несмотря на то, что он хорошо защищён черепом. Однако любые травмы головы могут быть для него опасными. Именно поэтому при подозрении на сотрясение необходимо:

1. Посетить врача и пройти медицинское обследование.
2. Обязательно выполнять требования травматолога.
3. После выздоровления обратиться к неврологу и сделать электроэнцефалограмму, чтобы выявить эпилепсию.

Аль Асаад Д. Д.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Научный руководитель: Ковальская С. П.

РОУ «Школа № 4 — Кадетский корпус имени А. В. Захарченко», г. Донецк, ДНР

Актуальность. В период с 1997 г. по 2012 г. число пострадавших с черепно-мозговой травмой возросло с 10000 до 15000. В основном все пострадавшие — трудоспособное население (от 20 до 50 лет). В таблице летальности всех видов травм 30–50% составляет смерть в результате черепно-мозговой травмы. Общая смертность при черепно-мозговой травме составляет 5–10%. Черепно-мозговая травма является одной из главных причин инвалидности. После получения черепно-мозговой травмы около 25–30% населения остаются нетрудоспособными.

Причины возникновения неотложного состояния. Основными причинами черепно-мозговой травмы являются падение с высоты роста (около 70% всех случаев — в алкогольном опьянении), на ДТП и другие случаи получения травмы приходится 20%.

Черепно-мозговая травма в зависимости от степени тяжести может быть:

- лёгкой: ушиб или лёгкое сотрясение головного мозга
- средней степени тяжести: ушиб головного мозга средней тяжести
- тяжёлой: сильный ушиб головного мозга или его сильное сдавление.

Сотрясением мозга называют состояние, которое возникает при воздействии небольшой травмирующей силы. При этом характерно преобладание обратимых функциональных изменений в головном мозге. Встречается более чем у 70% пострадавших в результате черепно-

мозговой травмы.

Ушиб головного мозга — один из видов черепно-мозговой травмы, при котором повреждается мозговое вещество и чаще всего происходит кровоизлияние. Сдавление головного мозга — состояние, возникающее при скоплении крови — образовании гематом в полости черепа и характерно уменьшением внутричерепного пространства.

Алгоритм оказания первой помощи:

- покой
- если пострадавший в сознании — положить его так, чтобы был возвышен плечеголовный конец
- если пострадавший без сознания — уложить его в стабильное боковое состояние на здоровой стороне
- при наличии открытой раны нужно остановить кровотечение и наложить стерильную салфетку или бинт
- постоянно контролируйте состояние больного, проверяйте его дыхание, пульс и реакцию зрачков на свет
- будьте готовы к проведению сердечно-лёгочной реанимации

Описание первой медицинской помощи. Для начала нужно остановить кровотечение, если оно есть. Для этого требуется плотно прижать стерильную салфетку к ране и удерживать её пальцами до остановки кровотечения (если не повреждены кости черепа). Приложите холод к голове пострадавшего. Нужно постоянно контролировать состояние больного, проверяя пульс на сонных артериях, дыхание и реакцию зрачков на свет. При отсутствии данных показателей проводите сердечно-лёгочную реанимацию пока не восстановятся самостоятельное дыхание, сердцебиение или до прибытия медицинских работников. Обычно после получения черепно-мозговой травмы человек находится без сознания.

Если это так, то пострадавшего нужно уложить набок, чтобы избежать попадания рвотной массы в дыхательные пути и предотвратить возможность удушья от западения языка. Вызвать бригаду скорой помощи.

Также, при оказании первой помощи при черепно-мозговой травме запрещается:

- позволять пострадавшему принимать сидячее или стоячее положение
- ни в коем случае нельзя переносить пострадавшего, даже если вам кажется, что там ему будет удобнее лежать
- оставлять пострадавшего без постоянного призора

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

После лечения рекомендуются периодические или плановые осмотры у нейрохирургов, невропатологов. Врачи также могут назначить дополнительные исследования и анализы, КТ, МРТ или электроэнцефалографию.

Вывод. Первая помощь при черепно-мозговой травме направлена на оказание необходимой первичной медицинской помощи пострадавшему перед его госпитализацией в медицинское учреждение.

Аматуни Ю. А.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ

Научный руководитель: Быкова О. А.

МОУ «Школа № 89 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Живой организм не умирает одновременно с остановкой дыхания и прекращением сердечной деятельности, поэтому даже после их остановки тело продолжает жить в течение некоторого времени. Важно именно в этот короткий промежуток времени, длящийся около 5 минут и называемый клинической смертью, оказать первую медицинскую помощь, пока все процессы в организме ещё обратимы.

Причины возникновения и симптомы. Клиническая смерть может быть вызвана из-за кардиальных (острый инфаркт миокарда, водно-электролитный дисбаланс, аритмия и другие) и некардиальных причин (эмболия, удушье, состояние шока, токсический шок).

Признаки клинической смерти:

- отсутствие пульса на сонной или бедренной артерии;
- недостаток дыхания;
- потеря сознания;
- широкие зрачки и отсутствие их реакции на свет.

Алгоритм выполнения реанимационного комплекса.

1. Проведение анализа и оценки местонахождения пострадавшего на потенциально опасные для жизни и здоровья объекты для подтверждения, что и спасатель, и пациент находятся вне опасности.

2. Попросить о помощи, громко закричав. Лечение пройдёт эффективнее при наличии посторонних, в идеале — спасателей.

3. Оценка реакции на внешние раздражители и попытку речевого контакта.

3.1. Если пациент реагирует, то первым делом необходимо произвести оценку соматического состояния и вызвать бригаду Скорой помощи. Во время ожидания рекомендуется придать пациенту устойчивое боковое положение и при необходимости оказать первую медицинскую помощь.

3.2. Если пациент не реагирует на внешние раздражители, то следует обеспечить проходимость дыхательных путей. Положите пациента на спину (ровная и жесткая поверхность), без возвышения головы и подложите валик под лопатки. Не забудьте осмотреть рот пациента. Обнаружив инородное тело, удалите его.

Если у пострадавшего наблюдается возможная травма шейного отдела позвоночника, голову не запрокидывают и выдвигают только нижнюю челюсть. Но при неудаче обеспечения свободной проходимости дыхательных путей при помощи этого приёма выполняется запрокидывание головы, невзирая на травму.

4. Проверка пульса на сонной артерии и при необходимости проведение непрямого массажа сердца. Руки должны быть размещены в центре грудной клетки, локти — полностью выпрямлены, а плечи находятся прямо над ладонями. При осуществлении непрямого массажа сердца следует выполнять сильные и быстрые ритмичные толчки с глубиной надавливания в 5–6 см и с частотой надавливаний на грудную клетку 100–120 в минуту.

5. Выполнение 2-х вдуваний воздуха методом «рот в рот» после 30 надавливаний на грудную клетку.

Реанимационный комплекс прерывается каждую минуту для оценки эффективности проведения реанимационных мероприятий и не прекращается вплоть до прибытия Скорой помощи или до восстановления самостоятельного дыхания или сердечной деятельности.

Вывод. Клиническая смерть — это размытая граница

между жизнью и смертью. Этот вопрос до конца так и не изучен, но в настоящее время люди способны хоть немного, но противостоять подобному загадочному явлению. Вполне естественно, что многие умирают, не дожидаясь приезда бригады спасателей, или выживают, но уже не имея возможности восстановиться до конца. Но, в любом случае, пусть успешный результат реанимации — чудо, делать всё возможное и надеяться на него — наш непосредственный долг!

Бабинцев Б. С.

СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ

Научный руководитель: Андреева Е. А.

МОУ «Технический лицей города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. В современном мире проблема судорог более чем актуальна. По данным ВОЗ во всем мире эпилепсией страдают более пятидесяти миллионов человек. Процент общего населения с ее активной формой (то есть с повторяющимися приступами и потребностью в лечении) на данный момент составляет от 4 до 10 на 1 000 человек.

Причины возникновения неотложного состояния. Судороги — непроизвольное сокращение поперечно-полосатых или гладких мышц, разные по продолжительности, интенсивности и распространенности, носящие характер приступов.

По характеру сокращений мышц, судороги разделяют на:

- Клонические — это сокращения отдельных групп мышц, краткие по времени, что приводит к стереотипным движениям разной амплитуды и частоты.
- Тонические — это более длинные, чем клонические (за несколько минут) сокращения мышц на отдельных частях тела, по итогу чего создается ощущение и эффект «застывания» (фиксации) частей туловища, конечностей, мимики в различных вынужденных позах или позициях.

В клинических случаях и описаниях встречаются различные множества комбинаций этих двух видов судорожных сокращений. Судороги — это грубое нарушение работы нервной системы, поэтому огромную значимость имеет то, насколько быстро обнаружат этот синдром. По участию в процессе мышц судороги разделяются — парциальными (или локализованными) — в отдельных группах мышц; — генерализованными (массовыми) — с захватом всей мускулатуры тела.

Эпилептический (или судорожный) припадок — обычно кратковременный приступ со спонтанным началом, клинически проявляющийся в виде сенсорных, двигательных (судорожных), психических (аффективных, когнитивных) или вегетативных симптомов. Эпилепсия является хроническим, склонным к прогрессированию заболеванием головного мозга, проявляющимся повторными припадками эпилептического характера. При данном заболевании встречаются как судорожные, так и абсансные (бессудорожные) формы приступов. Отличительной чертой клинической картины эпилепсии является возможное сочетание двух форм нарушения работы сознания (то бишь угнетения и изменения) в состоянии пациента.

Главными характеристиками эпилептического припадка

являются: внезапное проявление, полная, или почти полная утрата сознания, непродолжительность, полное забытие факта пароксизма, периодичное повторение, пациент не высказывает жалобы до и между приступами, период сумеречного сознания после приступа (внешне управляемыми действия и поведение пациента на фоне утраченного или же измененного сознания). Эпилептический статус — это приступ судорог (любой), по длительности не менее получаса, или интермиттирующая активность приступа такой же, или большей по времени продолжительности, во время которого у пациента не возвращается сознание.

Эпилептический статус — критическое состояние, чаще развивающееся при симптоматической и идиопатических формах эпилепсии. Возможными причинами развития этого статуса являются: нарушения режима по приёму, переход на новые или быстрое снижение дозы препаратов (особенно бензодиазепинов и барбитуратов), инфекционные заболевания в протекании которых проявлялась лихорадка, нарушения обмена веществ между нервной системой и остальными системами органов, органические поражения нервной системы (в острых и хронических проявлениях — инсульты, внутричерепные гематомы, экзогенные интоксикации, нейроинфекции), при прогрессирующих наследственно-дегенеративных заболеваниях.

Описание оказания первой помощи. Лечение эпилептического статуса может проходить:

- проведением независимо от основного заболевания по принципам интенсивной терапии или реанимационного пособия и начинается с купирования генерализованного эпилептического припадка;
- обеспечением проходимости дыхательных путей (аспирацией слизи);
- введением 0,5% раствора диазепама 0,1 мл/год жизни (0,5 мг/кг массы тела) в/в (при сложностях внутривенного введения диазепама возможно введение в/м из расчета 0,5 мг/кг), но не более чем 2 мл 0,5% раствора; при кратковременности эффекта или неполном купировании судорожного синдрома 0,5% раствор диазепама вводится повторно через 15 мин (суммарная доза не более 15 мг);
- проведением оксигенотерапии;
- введением, при судорожном синдроме с точным, стойким нарушением сознания 1% раствор фуросемида 1–2 мг/кг и преднизолона 3–5 мг/кг в/м или в/в; введением при гипокальциемических судорогах кальция глюконат 10% — 1 мл/год жизни в/в медленно, после предварительного разведения его раствором 10% глюкозы в 2 раза; введением при гипогликемических судорогах 10% раствор глюкозы 2–4 мл/кг в/в струйно, с последующей госпитализацией больного в эндокринологическое отделение.

Показания к госпитализации:

- возраст ребенка до одного года;
- фебрильные судороги;
- судороги неясного происхождения;
- судороги на фоне инфекции.

Вывод. Судорожный синдром опасное нарушение работы нервной системы. Правильно оказанная первая помощь, может не только помочь справиться с очередным приступом, так и обнаружить опасное заболевание у пациента, а следовательно, спасти жизнь.

Бакуменко Е. Ю.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СПАЗМОФИЛИИ

Научный руководитель: Пономаренко Т. В.

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

Актуальность. В настоящее время спазмофилии подвержены 3,5–4% детей, страдающих рахитом. Раньше спазмофилия в педиатрии была довольно распространенным явлением. На данный момент снижение частоты тяжелых форм рахита привело к уменьшению числа случаев проявления заболевания. Однако в настоящее время есть риск, что после выписки ребёнка из перинатального центра на фоне различных факторов у него разовьётся спазмофилия или произойдёт рецидив клинических проявлений после лечения болезни. В связи с этим возникает необходимость оказания первой помощи при проявлениях данного заболевания, угрожающих жизни ребёнка.

Спазмофилия — это заболевание, возникающее на фоне рахита и проявляющееся повышенной возбудимостью нервной системы ребенка, в результате приводящей к спастическому состоянию и судорожному синдрому. Обычно возникает во втором полугодии 1-го года и на 2-м году жизни.

Причины возникновения неотложного состояния. Основной причиной данного заболевания является увеличение уровня витамина D в крови у ребенка. Данный витамин может повыситься при следующих факторах:

- повышенном солнечном облучении в весеннее время, когда солнечный спектр особенно насыщен УФ-лучами;
- приёме большого количества витамина D3.

В результате этого образуется большое количество кальцитриола, при котором в крови отмечаются гиперкальцемия (повышенная концентрация кальция) и гиперфосфатемия (повышенная концентрация фосфора). Затем при воздействии кальцитриола в кишечнике происходит всасывание большого количества кальция и фосфора, и еще большее их количество реабсорбируется в канальцах почек. Под действием высокой концентрации кальция и фосфора происходит повышение щелочного резерва крови, что приводит к развитию алкалоза (увеличению pH крови за счёт накопления щелочей).

Затем кальций всасывается в костную ткань, следовательно, в крови его число резко снижается. Как следствие — происходит возбуждение нервно-мышечного аппарата благодаря уменьшению численности кальция в крови.

Алгоритм оказания первой помощи. Спазмофилия обычно проявляется в ларингоспазме или судорожном синдроме.

В качестве неотложной помощи при ларингоспазме применяют раздражение организма ребенка с целью стимуляции возбуждения в мозге. Примерами действий могут служить:

- Освобождение грудной клетки ребёнка от плотной одежды;
- Обеспечение доступа свежего воздуха;
- Опрыскивание ребёнка холодной водой;
- Применение шпателя в ЛПУ, широкой ручки ложки в домашних условиях (открыть рот, затем вытянуть

язык (также может помочь раздражение корня языка));

- Применение нашатырного спирта;
- Слабое покалывание кожи, щекотание, легкие удары по щекам, встряхивание ребёнка;
- При тяжелом и длительном приступе — кислородотерапия, при остановке дыхания — искусственное дыхание.
- Неотложная помощь при судорожном синдроме заключается в применении противосудорожных препаратов в соответствующей разовой дозе в соответствии с указаниями врача.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

При поставленном диагнозе спазмофилии показана водная пауза на 8–12 часов, затем, до полного исчезновения симптомов, младенцам следует перевестись на естественное или смешанное вскармливание. Более старшим детям назначается углеводистая диета (фруктовые соки, овощные пюре, каши и пр.).

Для предотвращения недостатка кальция показано введение глюконата кальция. После установления нормального уровня кальция в крови и исчезновения признаков спазмофилии следует продолжить противорахитическую терапию. Во время восстановления рекомендуются гимнастика, общий массаж, длительные прогулки на свежем воздухе.

Вывод. Изучили понятие, причины возникновения и алгоритм оказания первой помощи при спазмофилии, описали рекомендации по режиму и дальнейшему лечению спазмофилии.

Бачурин Д. А., Лисаченко И. И.

РАНЕНИЕ СЕРДЦА

Научный руководитель: Складная Е. В.

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

Актуальность. В настоящее время ранение сердца является одной из наиболее актуальных проблем при оказании первой медицинской помощи. В 5–12% всех случаев проникающих ранений грудной клетки имеет место повреждение сердца и перикарда, а летальность достигает 45%.

Основными причинами высокой летальности является неоказание медицинской помощи в полном объеме на догоспитальном этапе, трудность распознавания характера повреждения, а также возникновение многочисленных осложнений и отсутствие информативных методов их определения.

Причины возникновения неотложного состояния. Причиной ранения сердца является проникающее ранение грудной клетки, которое в большинстве случаев является колото-резаным либо огнестрельным. Тяжесть состояния таких пациентов обусловлена быстрым развитием осложнений, таких как: кардиогенный шок, гемоперикард и тампонада сердца, пневмо- и гемоторакс, массивная кровопотеря.

Алгоритм оказания первой помощи. В первую очередь необходимо вызвать бригаду СМП.

Больному придать положение «полусидя», при отсутствии в ране инородных тел приложить ладонь в перчатке к ране, ограничив к ней доступ воздуха. Затем

закрывать рану воздухопроницаемым материалом и закрепить пластырем, герметизируя её. При наличии инородных тел в ране необходимо закрепить их в одном положении не извлекая.

Алгоритм оказания первой медицинской помощи. Катетеризация периферической либо центральной вены, немедленное начало инфузионной терапии. Наложение повязки на рану и немедленная транспортировка пострадавшего в стационар больницы с оповещением приёмного отделения.

Алгоритм оказания квалифицированной медицинской помощи. Производят торакотомию и ушивание раны сердца в экстренном порядке. Также проводится возмещение кровопотери введением кристаллоидных и коллоидных растворов, включая гемотрансфузию. Рекомендации по дальнейшему лечению. В послеоперационном периоде пациенту назначают антибактериальную, сосудистую и нормоволемическую инфузионную терапию.

Основной задачей является восполнение кровопотери и сохранение адекватного уровня гемодинамики. Для профилактики перикардита используют преднизолон. Для профилактики тромбоэмболических осложнений применяют антикоагулянтную терапию.

Вывод. Значительную роль в лечении пострадавших с ранением сердца играет догоспитальный этап оказания медицинской помощи, так как именно в это время развиваются наиболее опасные осложнения, угрожающие жизни пациента. Успех в спасении жизни таких больных напрямую зависит от своевременно оказанной как первой, так и квалифицированной медицинской помощи.

Бересневич А. С.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПИЩЕВОМ ОТРАВЛЕНИИ

Научный руководитель: Игнатенко Е. В.

УО «Минский государственный колледж сферы обслуживания», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Пищевое отравление весьма обширное явление среди людей всех возрастов. Оно может возникать как по причине несоблюдения личной гигиены, так и от неправильного хранения, изготовления продуктов, поэтому каждый человек должен знать об оказании первой медицинской помощи самому себе или же другому.

Причины возникновения неотложного состояния. Пищевое отравление — это интоксикация организма, вызванная воздействием ядов или токсинов, попавших вместе с едой в организм человека. Первые симптомы могут проявиться через несколько минут или же через несколько часов/суток, это обуславливается типом отравляющего вещества.

Лечение пищевых отравлений непосредственно зависит от типа токсина. Как правило, человек может справиться с проблемой сам при помощи препаратов, находящихся в базовой аптечке, но есть случаи, где необходима госпитализация и терапия для очистки организма.

Основными симптомами отравления, требующие срочной помощи больному, являются:

- колики в животе;

- тошнота;
- рвота;
- диарея;
- головная боль и озноб;
- затруднение дыхания;
- потеря сознания
- и другое.

Алгоритм оказания первой помощи.

1) необходимо промыть желудок. Нужно выпить два-три стакана теплой воды комнатной температуры и вызвать рвоту

2) связывание токсинов (т.е. принять активированный уголь (1 т. на 10 кг массы тела).

3) очищение кишечника, как правило, происходит естественным путем, так как организм сам стремится избавиться от отравляющих его веществ. Диарея — это самое быстрое и массивное выведение токсинов из организма.

4) при выходе токсинов, организм теряет много воды, поэтому следует принимать много воды во избежание обезвоживания.

Но не всегда можно справиться своими силами с пищевым отравлением, особенно если отравление получили:

- ребенок до 3 лет;
- беременная женщина;
- пожилой человек;

А также, если оно сопровождается:

- диареей более 10 раз за сутки;
- неукротимой рвотой;
- нарастающей слабостью;
- нехарактерными симптомами.

В таких случаях необходимо вызвать скорую помощь!

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Обязательно нужно помнить, что после выздоровления требуется восстановление. Организм нельзя перегружать тяжелой едой, поэтому рекомендуется соблюдать диету.

Выводы. Таким образом, пищевое отравление — нередкое явление в жизни каждого человека. Однако достаточно соблюдать несложные правила, и оно не будет частым гостем нашего организма.

Бизюк М. А.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ ТКАНЕЙ

Научный руководитель: Борисёнок А. Б.

ФБ НТУ «Минский государственный архитектурно-строительный колледж», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. С синдромом длительного сдавления человек может столкнуться при землетрясениях, обвалах в шахтах и рудниках, при земляных и взрывных работах. Так как быстрое извлечение пострадавших из-под развалин затруднено, то у человека часто образуются массивные закрытые повреждения мягких тканей, сопровождающиеся длительным раздавливанием. Поэтому важность постоянной готовности врачей к оказанию помощи пострадавшим с такого рода травмами остается актуальной.

Причины возникновения неотложного состояния.

В развитии синдрома длительного сдавления большое значение имеют три фактора:

- болевой синдром;

— массивная потеря плазмы, обусловленная выходом жидкой части крови через стенки сосудов в поврежденные ткани. Потеря плазмы приводит к обезвоживанию организма, падению артериального давления, угнетению сердечной деятельности;

— отравление организма — токсемия (интоксикации организма продуктами тканевого распада). В придавленных конечностях накапливаются продукты распада тканей, которые крайне токсичны для организма. Сразу же после освобождения конечности они поступают в общее кровеносное русло. Следствием интоксикации является острая почечная недостаточность, которая при отсутствии специализированной медицинской помощи влечёт за собой смерть пострадавшего. В тяжелых случаях смерть может наступить через несколько дней.

Рассмотренные источники по оказанию первой помощи при синдроме

длительного сдавления дают разные рекомендации по поводу наложения жгута выше места сдавления перед извлечением из-под завала.

Имеется много данных о необходимости наложения жгута выше области длительного сдавления до освобождения раненого из-под завалов либо сразу после извлечения, чтобы предупредить развитие коллапса или остановку сердца от гиперкалиемии. В этом случае жгут должен оставаться на конечности до этапа медицинской квалифицированной помощи, при которой оценивается жизнеспособность конечности и принимается решение о дальнейшей тактике.

В данной работе используются клинические рекомендации по скорой медицинской помощи (наиболее юридически значимый документ), которые категорически запрещают накладывать жгут и предписывают эластичное бинтование от центра к периферии сразу после извлечения из-под завалов. Жгут рекомендуется использовать только с целью остановки артериального кровотечения или при явных признаках нежизнеспособности конечности.

Алгоритм оказания первой помощи.

- оценить обстановку (безопасность);
- вызвать скорую помощь;
- если пострадавший без сознания и не дышит — начать комплекс сердечно-легочной реанимации и продолжить до появления самостоятельного дыхания и пульса;
- в отсутствии врача конечность считается жизнеспособной. Жгут используется лишь при продолжающемся массивном кровотечении:
 - освободить конечность;
 - выполнить тугое бинтование конечности от центра к периферии;
 - провести иммобилизацию;
 - охладить поврежденную конечность;
 - обильное питье при отсутствии повреждений органов брюшной полости: горячий чай; содово-солевой раствор (1/2 ч. ложки питьевой соды и 1 ч. ложка поваренной соли на 1 л воды);
 - согревание (тепло укрыть).

Оказание первой медицинской помощи на догоспитальном этапе квалифицированными специалистами. До извлечения пострадавшего из-под завала необходимо:

- оценить уровень сознания;

— при признаках отсутствия дыхания и остановки кровообращения начать мероприятия сердечно-легочной реанимации;

— ввести обезболивающие препараты;

— если есть возможность, начать проведение инфузионной терапии, для предупреждения развития острой почечной недостаточности;

— определить жизнеспособность конечности, при наличии ее разрушения или гангрены — наложить жгут.

— после освобождения конечности выполнить тугое бинтование;

— провести иммобилизацию поврежденной конечности;

— обложить поврежденную конечность пакетами со льдом, или холодной водой;

— при наличии ран осуществить их обработку и наложить повязки с антисептическими растворами;

— обеспечить незамедлительную медицинскую эвакуацию пациента в многопрофильный стационар.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

В стационаре осуществляются:

— интенсивные противошоковые и реанимационные мероприятия

— санитарная обработка пострадавшего. При нарушении кожного покрова, загрязненности ран проводится экстренная профилактика столбняка.

— проводится терапия острой почечной недостаточности — назначается строгий питьевой режим, гемодиализ и инфузионная терапия.

— назначаются антибиотики широкого спектра с целью профилактики гнойно-септических осложнений.

— чтобы сохранить конечность и избежать токсического поражения жизненно важных органов, можно применить изолированное искусственное кровообращение при сохраненном разобщении ишемизированных тканей с общим кровотоком.

Вывод. Оказание первой помощи пострадавшему с синдромом длительного сдавливания необходимо проводить быстро и качественно, от этого напрямую зависит дальнейшее состояние и жизнь человека. После оказанной первой помощи следует незамедлительно транспортировать раненого в лечебное учреждение, где ему окажут квалифицированную помощь, проведут диагностику и назначат лечение.

Бокач В. В.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ

Научный руководитель: Белецкая Е. В.

ГПОУ «Горловский медицинский колледж», г. Горловка, ДНР

Актуальность. Отравления фосфорорганическими соединениями (ФОС) составляют значительную долю поражений, вызванных факторами химической природы. ФОС широко примеряют в качестве инсектицидов, гербицидов в сельском хозяйстве и быту для обработки садовых участков, против домашних насекомых (дихлофос, хлорофос, карбофос и другие).

К ФОС относятся так же некоторые боевые отравляющие вещества нервно-паралитического действия: зарин, зоман, VX.

Причины возникновения неотложного состояния.

Основным механизмом действия ФОС является избирательное угнетение ими фермента холинэстеразы, в результате чего ацетилхолин, являющийся медиатором при передаче возбуждения в синапсах, перестает своевременно разрушаться и накапливается на постсинаптической мембране, вызывая ее стойкую деполяризацию. В результате этого развиваются следующие эффекты:

1. мускариноподобное действие в связи с перевозбуждением М-холинорецепторов проявляется обильным пото- и слюноотделением, бронхореей, бронхоспазмом, спазмом гладкой мускулатуры желудка и кишечника, брадикардией, миозом;

2. никотиноподобное действие и влияние на центральную нервную систему клинически проявляется развитием возбуждения, дезориентацией, гиперкинезами и судорогами, развитием периферических параличей и коматозного состояния.

Отравление возникает при поступлении ФОС через дыхательные пути, пищеварительный тракт, неповрежденную кожу. Развитие клинической картины отравления зависит от пути проникновения токсина.

Алгоритм оказания первой помощи. Вызвать бригаду скорой медицинской помощи. Первая помощь при острой интоксикации ФОС оказывается немедленно до отправки пострадавшего в лечебное учреждение. Следует прекратить дальнейшее поступление яда в организм:

— при ингаляционном отравлении — вынести пострадавшего из зоны воздействия ядохимикатов, снять загрязненную одежду;

— при попадании ФОС на кожу необходимо немедленно обильно промыть ее прохладной водой с мылом, затем обработать слабощелочным раствором (2% раствор натрия гидрокарбоната);

— при попадании ФОС в глаза — тщательно и обильно промыть их струей чистой воды;

— при попадании токсина внутрь необходимо промыть желудок, дать солевые слабительные, энтеросорбенты (активированный уголь). Вода должна быть прохладной (18 °С).

При необходимости проводить сердечно-легочную реанимацию, оказать неотложную помощь в случае судорог, развития комы.

Рекомендации по дальнейшему лечению. Основной принцип лечения больных с острым отравлением ФОС — проведение специфической антидотной терапии. Препаратом экстренной помощи является М-холинолитик атропина сульфат 0,1%. Препарат вводится до появления признаков атропинизации (сухость во рту, умеренная тахикардия, расширение зрачков).

В первые часы после отравления эффективно введение реактиваторов холинэстеразы (дипириксим, изонитрозин).

Проводится дезинтоксикационная терапия, антиоксидантная и гепатопротекторная терапия. При пероральном отравлении показаны повторные промывания желудка и сифонные клизмы. Лечение должно включать посиндромную терапию, купирование urgentных синдромов и коррекцию развившихся нарушений (экзотоксический шок, кома, психоз и др.), профилактику осложнений.

Вывод. Учитывая распространенность отравлений ФОС в мирное время, а также угрозу применения химиче-

ского оружия нейротоксического действия с антихолинэстеразным механизмом террористами или в локальных конфликтах, знания методов неотложной помощи при отравлениях обеспечат своевременность и правильность действий в экстренной ситуации.

Борздая А. Р.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕПЛОМ И СОЛНЕЧНОМ УДАРЕ

Научный руководитель: Ткаченко Д. А.

МОУ «Школа № 116», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Солнечный удар — это состояние, которое очень распространено в жаркую погоду.

Факторы, которые способствовали или явились причиной неотложного состояния. Перегрев на солнце, стресс, состояние алкогольного опьянения, ожирение, курение, плотная одежда, плохо проветриваемые помещения — факторы, которые могут являться причиной теплового и солнечного удара.

Алгоритм первой помощи при тепловом и солнечном ударе.

1. Перевести пострадавшего в прохладное и темное место;

2. Пострадавший должен лежать;

3. Приподнять ноги и голову;

4. Снять верхнюю одежду у пострадавшего;

5. Напоить прохладной водой (в большом количестве);

6. Приложить ко лбу и шее холодный компресс, а также смочить его лицо;

7. Обернуть тело холодной простыней;

8. Часто обмахивать тело пострадавшего;

9. Вызвать скорую помощь;

Краткое описание оказания медицинской помощи, которая оказывается на догоспитальном этапе, а также квалифицированными специалистами. После проведения первой помощи, нужно вызвать скорую помощь, когда бригада приедет, врач проведет осмотр, который определит «Смогли ли вы помочь пострадавшему?». Если же получен серьезный солнечный или тепловой удар, тогда лечение будет проходить стационарно.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

В жару желательно избегать прямых лучей солнца в период времени с 13:00 по 16:00. Носите легкую одежду из хлопка, льна или шелка, не забывайте про головной убор. Также, носите с собой бутылочку воды.

Вывод. В результате получения солнечного или теплового удара может появиться астенический синдром или вегето-сосудистая дистония, поэтому чтобы избежать риска развития данных болезней, соблюдайте все рекомендации врачей в период жаркого времени года, дабы избежать последствий. Берегите себя и своих близких!

Бугакова Н. В.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОМ ПРОИСШЕСТВИИ

Научный руководитель: Свиридонова С. В.

Брянский государственный университет им. Академика И. Г. Петровского, г. Брянск, Российская Федерация

Актуальность. По статистике аварий по разным странам

мира за 2021 год РФ занимает 72 место из 175 стран. Проблема оказания первой помощи при дорожно-транспортном происшествии очень актуальна.

Пожалуй, это самая вероятная ситуация, когда можно столкнуться с пострадавшим с серьезными травмами. Очень часто аварии случаются на трассах, куда скорая помощь не может приехать быстро и от правильных действий очевидцев порою зависит жизнь пострадавших.

При серьезных дорожно-транспортных происшествиях травмы пострадавших могут быть очень разнообразными. Можно столкнуться с травматическими ампутациями, переломами, внутренними и наружными кровотечениями, черепно-мозговыми травмами, травмами позвоночника и остановкой дыхания и кровообращения. Важно понимать общие принципы работы с пострадавшими.

Алгоритм оказания первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортном происшествии.

1. Собственная безопасность превыше всего. Перед тем, как помогать пострадавшим, необходимо оценить безопасность ситуации, затем обозначить место аварии — включить аварийную сигнализацию, поставить аварийный треугольник по правилам дорожного движения (15 м от автомобиля в городе и 30 метров за городом). Если вы считаете, что вам угрожает опасность, лучше дождаться специальных служб.

2. Далее следует узнать состояние пострадавших и вызвать спасателей по номерам 103 или 112. При вызове обязательно точно указать место происшествия, количество пострадавших, их приблизительный возраст и их состояние.

3. До приезда спасателей необходимо оказать первую помощь пострадавшим. Если человек без сознания, но дышит, его необходимо повернуть в устойчивое боковое положение.

Если пострадавший без сознания и не дышит, необходимо срочно начинать проводить сердечно-легочную реанимацию. Если у пострадавшего обнаружено кровотечение, его необходимо срочно остановить.

При возникновении ДТП не нужно пытаться поскорее доставать пострадавшего из автомобиля — этим вы можете причинить ему дополнительные травмы. Если пострадавший находится в покорёженном автомобиле, то доставать его можно только в случае, если ему угрожает серьезная опасность:

- если он без сознания и не дышит;
- если ему угрожает взрыв или горение автомобиля;
- если у пострадавшего есть признаки переохлаждения или обморожения;
- если невозможно оказать помощь в автомобиле.

В остальных случаях пострадавший может находиться в автомобиле до приезда спасателей под контролем свидетелей.

Что нельзя делать при оказании первой помощи пострадавшим в ДТП:

- не вытаскивать пострадавших из автомобиля без необходимой причины;
- стараться не передвигать пострадавших;
- ни в коем случае не давать пострадавшим лекарственные средства.

Выводы: Оказывать первую помощь пострадавшим должен уметь каждый человек, но для этого важно

пройти обучение. Правильное и быстрое оказание первой помощи может спасти кому-то жизнь и сохранить здоровье.

Войтенко Р. С.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Научный руководитель: Мороз Ю. Б.

ДМО лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Перелом шейного позвонка, как и все остальные повреждения, которые нуждаются в первой доврачебной помощи (ПДП), могут повлиять на судьбу пострадавшего. Перелом шейного отдела является одним из самых распространённых переломов позвоночника (около 30%). 40–60% таких переломов затрагивают и спинной мозг, в случае которых около 30% гибнут от шока, нарушений дыхания и кровообращения.

Причины возникновения неотложного состояния. Как и большинство переломов, перелом шейного отдела позвоночника возникает при внешнем механическом воздействии, например, при ДТП или неудачных прыжках, ныряках в воду.

Алгоритм оказания первой помощи.

1. Проверить место происшествия на отсутствие угрозы для собственной жизни и здоровья.

2. Провести осмотр пострадавшего: необходимо определить место и степень удара, его направленность. Такой перелом будет очень болезненным для пострадавшего. Он будет чувствовать сильную боль в области шеи, если будет находится в сознании. Если повреждён спинной мозг, то будет наблюдаться парализация или ослабление чувствительности, в местах ниже повреждения.

3. Положить пострадавшего на твёрдую ровную поверхность, стараясь не менять положение головы и шеи относительно тела, чтобы убрать лишнюю нагрузку с шейных позвонков. Каждое их смещение может привести к необратимым последствиям.

4. Следом необходимо обездвижить шейный отдел позвоночника. Если у вас нет специального фиксирующего корсета, то можно сделать из подручных вещей воротник Шанца — специальная шина, у которой ширина передней части больше, чем задней. Для создания этого воротника будет достаточно картона и бинта или тряпки. Из картона делаем кольцо, где сторона передней части будет меньше задней. Полностью обмотать воротник тряпкой или бинтом, чтобы облегчить боль и обездвижить шею. Если нет и этого, то можно сделать плотный валик из одежды и закрепить его на шее.

5. Вызвать скорую медицинскую помощь, не покидать пострадавшего до её прибытия.

Категорически запрещается:

- В случае неестественного положения головы, шеи тянуть или вертеть их;
- Тянуть за какие-либо части тела;
- Ставить на ноги или садить;
- Перемещать их в данном выше положении.

Незнание правил, представленных выше, приводит человека к летальному исходу, или, как минимум, — к по-

жизненной инвалидности.

Оказание помощи квалифицированными специалистами в догоспитальном этапе.

1. Восстановление дыхательных путей. При острой дыхательной недостаточности — искусственная вентиляция лёгких.

2. Садить и поднимать на ноги категорически запрещается: из-за сигнального шока может развиваться коллапс и депонирование крови.

3. Введение обезболивающего, транспортная иммобилизация, поддержание сосудистого тонуса, ранняя глюкокортикоидная терапия метилпреднизолоном.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

При слабой степени перелома можно не сразу его заметить. Для выявления перелома позвоночника используют магниторезонансную томографию (МРТ) или рентген.

В основном при переломе шейных позвонков назначают компрессионное лечение. Если перелом без смещения и осложнений, то проводят иммобилизацию фиксирующими шею изделиями (гипсовый корсет, воротник Шанца) до 4 месяцев. Если всё-таки есть смещение или другие осложнения, используют петли Глиссона с корректирующими подушками. Больным назначают физиотерапевтические процедуры, обезболивающие и лечебную гимнастику.

Хирургическое вмешательство проводится только в случае осколочно-компрессионного перелома, в случае переломов с вывихами, с повреждением спинного мозга или в случае долгого безрезультатного консервативного лечения.

Вывод. В этой работе показана важность переломов шейного отдела позвоночника, которые могут не только парализовать человека, но и привести к летальному исходу. Также тезис дополнен различными дальнейшими лечением пострадавшего. Не стоит забывать, что каждый может столкнуться с подобными ситуациями, и информация, предоставленная в этом тезисе, поможет вам спасти чью-то жизнь.

Волошина А. И.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ИНСУЛЬТЕ

Научный руководитель: Булеева Л. В.

МОУ «Школа № 105 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Уметь оказывать первую помощь должен каждый. Она необходима для того, чтобы заполнить тот промежуток времени между тем, как пострадавший получил травму или у него развилось внезапное острое заболевание, и до того момента, когда приедет скорая медицинская помощь и в дальнейшем начнется его лечение в медицинском учреждении. Медики называют это время «золотой час».

Статистика последних лет показывает, что инфаркт и инсульт молодеет. В последние годы нередко отмечаются инфаркты миокарда в возрасте 25–35 лет.

В случае инфаркта миокарда или инсульта, именно от Ваших действий зависит — выживет ли человек до приезда скорой помощи, или нет.

Именно поэтому тема оказания первой помощи никогда не потеряет свою актуальность.

Причины возникновения неотложного состояния.

Для многих людей диагнозы инфаркт и инсульт звучны. Однако эти два состояния в значительной степени отличаются друг от друга. В первую очередь, из-за их расположения.

Основной причиной инсульта является повреждение нервных клеток, которые расположены в головном мозге и отвечают за все функции человеческого организма.

Инфаркт миокарда — состояние, при котором из-за кислородного голодания отмирают клетки сердечной мышцы. Например, при ожирении, курении, алкоголизме, наркозависимости, избытке мяса в рационе, сахарном диабете и нарушениях давления.

Алгоритм и описание оказания первой помощи при инфаркте миокарда и инсульте. Чтобы первая помощь действительно помогла, а не навредила больному, нужно точно знать основные симптомы болезней.

Основные симптомы инфаркта миокарда:

- 1) сильная, сдавливающая боль в груди;
- 2) боли в руках, челюсти, шее, плечах, спине;
- 3) повышенная потливость;
- 4) слабость, тошнота и рвота;

Первая помощь при инфаркте:

- 1) принять положение «сидя», расстегнуть воротник, открыть окна;
- 2) положить под язык таблетку нитроглицерина (повторять прием можно каждые 5 минут, но не более 3-х раз);
- 3) можно принять размельченную таблетку аспирина;
- 4) измерьте артериальное давление.

Основные синдромы инсульта:

- 1) слабость в лице, руке или ноге, чаще всего на одной стороне тела;
- 2) помутнение сознания, проблемы с речью или с пониманием речи;
- 3) проблемы со зрением в одном или обоих глазах;
- 4) нарушение походки, головокружение, потеря равновесия или координации;
- 5) сильная головная боль по неизвестной причине.

УСП — тест на определение инсульта:

- 1) Попросите больного улыбнуться. Если это инсульт, то улыбка будет похожа на оскал.
- 2) Попросите сказать что-либо. У больного инсультом речь будет нарушена.
- 3) Попросите поднять руки. При инсульте одну руку поднять невозможно.

Первая помощь при инсульте:

1. Уложить больного так, чтобы лопатки и голова лежали на подушке на 45 градусов выше тела
2. Обеспечить доступ свежего воздуха: открыть окно, расстегнуть верхнюю и нижнюю одежду (воротник и ремень)
3. Измерять артериальное давление и пульс.
4. При признаках тошноты, повернуть больного на бок, снять зубные протезы.

В случае инфаркта или инсульта больному нужно обеспечить полный покой.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Прежде всего, людям с инфарктом и инсультом рекомендуется вести здоровый образ жизни: диета с преобладанием растительной пищи, ограничением животных жиров, регулярные физические нагрузки, отказ от курения. При инфаркте с повышенным артериальным

давлением и высоким уровне холестерина крови необходим регулярный прием лекарств под наблюдением врача-специалиста. Соблюдая эти простые рекомендации, вы обязательно почувствуете положительный эффект, выражающийся годами активной жизни и хорошего самочувствия.

Вывод. Инфаркт миокарда и инсульт — болезни 21 века. Люди все время находятся в стрессе и напряжении, имеют вредные привычки, не следят за питанием, не занимаются спортом, оправдываясь отсутствием времени или денег. Они много времени проводят в Интернете, что ведет к малоподвижному образу жизни. Эти страшные болезни намного проще предотвратить, чем бороться с последствиями.

Ведите правильный образ жизни, следите за питанием, уровнем физических нагрузок, своевременно обращайтесь к врачам, держите под контролем хронические заболевания.

Ведь, если не предпринимать меры, то в скором будущем инсульт может стать типичным заболеванием молодых трудоспособных людей.

Не будьте равнодушны к своему здоровью. Всегда помните, что Ваше здоровье — только в Ваших руках!

Воропаева Е. С.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

Научный руководитель: Жихарева В. Н.

МОУ «Средняя школа № 50 города Макеевка», г. Макеевка, ДНР

Актуальность. Анафилактический шок — это состояние, которое в 20% случаях может привести к летальному исходу, при неумении оказать первую помощь. Это может случиться с абсолютно каждым из нас, с нашими близкими или друзьями, родными или простыми прохожими. Поэтому так важно узнать, как оказать помощь пострадавшему и, в первую очередь, распознать симптомы.

Анафилактический шок — это стремительно развивающаяся аллергическая реакция в ответ на попадание в организм какого-либо аллергена.

Причинами могут служить пища (цитрусовые, шоколад, пищевые добавки, морепродукты, орехи), лекарственные препараты, укусы насекомых (осы, пчелы, шершни, муравьи), плесень, пылевые клещи, хвойные деревья. Симптомами анафилактического шока являются:

- Изменение цвета кожного покрова (кожа бледнеет или краснеет);
- Пострадавший ощущает затруднения в дыхании;
- Появление высыпаний на коже;
- Головная боль;
- Отек губ и языка;
- Тело не слушается человека;
- Боли в животе, рвота;
- Ощущение зуда, жара.

Тактика лечения

Немедикаментозное лечение:

1. Прекратить поступление аллергена в организм.
2. Срочно вызвать скорую медицинскую помощь или реанимационную бригаду.
3. Уложить больного с приподнятым ножным концом,

обеспечить доступ к кислороду и проходимость дыхательных путей.

4. Выше места введения медикамента или ужаления наложить жгут.

5. Мониторировать артериальное давление, пульс, частоту дыхательных движений.

6. Быть готовым к проведению сердечно-легочной реанимации.

Алгоритм оказания первой помощи:

1. Убрать аллерген.

2. Наложить жгут выше укула или места ужаления насекомым.

3. Уложить пострадавшего, приподняв ноги с помощью валика, при его отсутствии использовать любой другой предмет, на который можно поместить ноги.

4. Регулировать артериальное давление, дыхательные движения и сердечный ритм. При необходимости проводить реанимационные действия.

5. Вызвать скорую медицинскую помощь, указать состояние пострадавшего

и, если больным оказался ребенок, беременная женщина, старик, или люди с сердечными заболеваниями, уточнить этот факт.

6. Введение дозы адреналина для поддержания артериального давления

7. Введение глюкокортикоидов для купирования анафилактического шока.

8. Введение антигистаминных препаратов (димедрол, супрастин)

9. Внутривенное введение раствора эуфилина с целью снятия бронхоспазма.

Рекомендуется наладить ингаляцию кислорода, внутривенное капельное введение физраствора или другого водно-солевого раствора для восстановления показателей гемодинамики и АД.

Прогноз дальнейшего состояния пострадавшего будет зависеть от своевременно оказанной медицинской помощи, от его состояния, возраста и хронических заболеваний. После оказания медицинской помощи больной должен находиться под наблюдением врача минимум 14–21 день. После обязательно проведение общего анализа крови, мочи, ЭКГ.

Вывод. Анафилактический шок является частым и грозным осложнением, и исход полностью зависит от своевременно грамотной оказанной медицинской помощи, знания, полученные по этой теме, могут помочь сохранить чью-то жизнь.

Григоренко Г. А.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Научный руководитель: Жихарева В. Н.

МОУ «Средняя школа № 50 города Макеевка», г. Макеевка, ДНР

Актуальность: Инсульт занимает третье место среди причин смерти в развитых странах (в России второе), приводит к инвалидности. Несмотря на то, что он считается возрастным заболеванием, в последнее время участились случаи среди молодежи. Оказание помощи в первые 4–4,5 часа позволит устранить или свести к минимуму последствия инсульта. Именно поэтому важно знать признаки заболевания и порядок правиль-

ного оказания первой помощи.

Причины: Причиной возникновения ишемического инсульта (80% случаев) является ухудшение кровообращения в головном мозге вследствие закупорки или спазма сосудов. Геморрагический инсульт связан с кровоизлиянием в головной мозг, в результате чего происходит его сдавление. Согласно данным ВОЗ, к факторам риска относятся: повышенное артериальное давление, курение, стресс, гиподинамия, ожирение, сахарный диабет, возраст, нарушение свертываемости крови и повышенный уровень холестерина в крови.

Признаки: сильная головная боль, внезапная слабость, онемение в одной половине тела, нарушение речи (невнятность, нечеткое произношение), нарушение зрения (двоение предметов).

Алгоритм оказания неотложной медицинской помощи.

При подозрении на инсульт сразу вызвать бригаду скорой помощи. До приезда специалистов:

- уложить больного с приподнятой верхней частью тела;
- обеспечить доступ свежего воздуха;
- измерить артериальное давление;
- в случае отсутствия пульса и дыхания делать непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких.

Оказание помощи специалистами:

- при сатурации ниже 92% кислородная терапия;
- инфузия 0,9% раствора хлорида натрия, введение сорбилакта внутривенно;
- контроль артериального давления;
- стабилизация гемодинамики (норадреналин, добутамин);
- проведение противосудорожной терапии (диазепам, магния сульфат);
- постельный режим для больного

Вывод. Чтобы свести к минимуму риск инсульта, необходимо контролировать артериальное давление, следить за уровнем холестерина в крови и весом, а также всячески избегать стрессов.

Давидова А. С.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

Научный руководитель: Кузнецова Е. М.

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

Актуальность. В наше время перелом является основным итогом травм. По статистике частота переломов встречается в 40–45% случаев от общего количества повреждений. Вместе с костями страдают окружающие ткани. Чаще всего возникают разрывы мышц или сжатие нервных сосудов.

Причины возникновения неотложного состояния. Наиболее часто переломы возникают в быту, на производстве или при ДТП. Непосредственной причиной является удар или неудачное падение.

Алгоритм оказания первой помощи.

1. Убедиться в безопасности пострадавшего.
2. При открытом переломе необходимо остановить кровотечение.
3. Зафиксировать место перелома и обездвижить его.

4. Вызвать скорую помощь.

Описание оказания первой помощи. Необходимо обеспечить покой и приложить холод к месту травмы, тем самым немного обезболить, если же есть кровотечение, то остановить его можно, наложив стерильную повязку. Для создания неподвижности нужно зафиксировать верхний и нижний сустав, в качестве средств создания неподвижности можно использовать доску, плотный картон или какие-либо палки.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Процесс восстановления проходит в 3 этапа:

Иммобилизация (неподвижность при помощи гипса 2–3 недели, в зависимости от тяжести перелома).

Постиммобилизация (восстановление подвижности, предотвращение гипотрофии мышц, при помощи физиотерапии).

Восстановление (восстановление движения в полную силу,

посещения бассейна, тренажерного зала).

Выводы. Правильно оказанная первая помощь помогает сохранить не только здоровье человека, но и жизнь. Оказывать первую помощь нужно сразу и максимально аккуратно и внимательно.

Долматова С. А.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСЕ ЗМЕИ

Научный руководитель: Мороз Ю. Б.

ДМО лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. На территории ДНР обитает около 9 видов змей. К ядовитым змеям относятся: гадюка обыкновенная, гадюка степная и гадюка Никольского. К тому же можно встретить единичных представителей обыкновенных гадюк буровато-золотистого или черного цвета, не имеющих типичного для гадюк четкого рисунка зигзага на спине. Самые распространённые места пересечения со степной гадюкой — степные участки, поросшие типчаком, шалфеем, ковылем, тысячелистником или песчаные участки, поросшие разнообразными видами осок.

Причина возникновения неотложного состояния.

Змеи — подотряд пресмыкающихся, имеющий множество семейств, окраску и рисунки. Кроме того, существуют особи — меланисты (имеют чёрный окрас). Из-за этого часто трудно различить ядовитую особь от неядовитой, например, гадюку-меланиста от ужа-меланиста, встречающихся в нашей местности.

В тот момент, когда человек побеспокоил змею, и она, в результате, его укусила, зачастую он даже не видит её, следовательно, не может узнать: ядовита ли она. Хотя если и удастся её разглядеть, то сложно оперативно определить — опасен её укус или нет. В этом случае это можно понять по следу от укуса.

Для неядовитой змеи характерен след от укуса в виде мелких царапин. Для ядовитой змеи — пара глубоких проколов и несколько незначительных прорезов.

Алгоритм оказания первой помощи.

1. Положить пострадавшего в горизонтальное положение, успокоить. Если змея зафиксировалась в коже, то её необходимо оперативно извлечь.

2. Снять с конечности все украшения для предупреждения сдавливания тканей при нарастании отека;
3. Позвонить в скорую помощь.
4. Наложить давящую повязку выше укушенной области;
5. Обеспечить обильным питьём;
6. Не поднимать конечность выше головы при транспортировке;
7. В случае остановки дыхания и сердечной деятельности проводить базовую сердечно-легочную реанимацию.

Описание оказания первой помощи.

1. Обездвижить повреждённую конечность при помощи шины или повязки.
2. Дезинфицирование раны при помощи перекиси водорода, хлоргексидина, слабого раствора марганцовки. Лучше не использовать спирт или спиртовые растворы.
3. Наложить стерильную повязку. Следует следить, чтобы повязка не врезалась в мягкие ткани и периодически её ослаблять (палец должен свободно проникать под поверхность повязки и не доставлять пострадавшему дискомфортных ощущений).
4. Пострадавший должен употреблять как можно больше жидкости, чтобы способствовать выведению яда из организма. До 3–5 литров минеральной или щелочной воды, воду можно сделать щелочной при помощи приготовления содового раствора: 1–2 чайные ложки соды на 1 л воды. По возможности прокапать 5% раствором глюкозы (400 мл).
5. Приложить холод к месту укуса. При использовании льда его следует использовать с осторожностью, чтобы избежать обморожения тканей, его следует через каждые 5–7 минут снимать (для профилактики обморожения тканей).
6. Дать антигистаминные препараты.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Квалифицированная медицинская помощь осуществляется при помощи введения специальной сыворотки противоядия. При соблюдении постельного режима и врачебных рекомендаций последствия укуса проходят через полторы-две недели.

Вывод: Во избежание неприятных последствий следует внимательно и осторожно вести себя в местах обитания: степных, лесных, болотистых, песчаных и каменистых местностях. Также нужно правильно выбирать одежду: брюки или плотные штаны, которые могут помочь в данной ситуации, не дав клыкам змеи глубоко проникнуть в кожу, если надеть резиновые сапоги, то есть малая вероятность того, что ей удастся их прокусить. При этом, если вы увидели змею заранее, не стоит её провоцировать, она даст предупреждающий знак в виде шипения и раскрытия пасти. То есть, если вы обойдёте её стороной, то змея, скорее всего, уползёт, чем будет нападать.

Дубова А. М.

ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Научный руководитель: Черная О. В.

Донецкая республиканская специализированная музыкальная школа-интернат для одарённых детей, г. Донецк, ДНР

Актуальность. При ходьбе, физической нагрузке, реке в покое, возникает острая боль в центре груди (за грудиной), которая может отдавать в руки, левую лопатку или челюсть. Как правило, боль проходит самостоятельно при прекращении движения или после приёма нитроглицерина. Длительность сердечного приступа обычно не превышает несколько минут.

Инфаркт миокарда — это острый патологический процесс, характеризующийся выраженным и продолжительным нарушением поступления кислорода в миокард в результате значительного уменьшения или прекращения коронарного кровотока, приводящего к некрозу мышцы сердца. При этом человек ощущает сжимающую, режущую, жгучую боль в течение 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.

Причины возникновения неотложного состояния.

Наш организм не может долго обходиться без кислорода, так как кислород нужен для выработки энергии и жизни клеток. Кислород доставляется от лёгких ко всем органам и тканям с 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 к внезапной остановке сердца приводит инфаркт миокарда. Основными отличиями инфаркт миокарда от сердечного приступа являются:

- интенсивность боли;
- болевой приступ длится более 20 минут;
- боль не проходит после приёма нитроглицерина.

Алгоритм оказания первой помощи.

1. Оценить сознание и дыхание.
2. Вызвать скорую помощь.
3. Успокоить пострадавшего и обеспечить ему полный покой.
4. Если есть у пострадавшего предписанное врачом лекарство, помочь принять его.
5. Дать таблетку нитроглицерина под язык.
6. Дать таблетку аспирина.
7. Наблюдать за состоянием пострадавшего.

Описание оказания первой помощи. В соответствии с протоколами Министерства здравоохранения ДНР 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 миокарда.
3. Помочь пострадавшему принять горизонтальное положение с приподнятым головным концом, с целью облегчить работу сердечной мышцы.
4. Измерить артериальное давление, пульс, частоту сердечных сокращений.
5. Провести регистрацию ЭКГ для обнаружения наличия и локализацию инфаркта миокарда.
6. Ввести наркотические анальгетики (по предписанию врача).

7. Подготовить венозный доступ.
8. Подготовить ингаляцию кислородом.
9. Выполнять рекомендации врача.
10. Дальнейшее лечение следует проводить в специализированном стационаре.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

1. Соблюдать постельный режим (приблизительно 10 дней).
2. Проводить профилактику пролежней.
3. Соблюдать диету (отказ от продуктов, вызывающих метеоризм, последний прием пищи не позднее, чем за 3 часа до ночного сна).
4. Исключить факторы, вызывающие волнение больного.
5. Контролировать артериальное давление, пульс (не реже, чем 3 раза в день в течение первых 10 дней).
6. Контролировать частоту стула больного.
7. Контролировать своевременный и полноценный прием назначенных лечащим врачом лекарств.
8. По назначению врача на 10–11 день больному разрешается сидеть на кровати и, если туалет находится в палате или рядом с палатой, где лежит больной, доходить до туалета под контролем ухаживающего.

Вывод. Прибытие скорой медицинской помощи в большинстве случаев занимает значительно 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.

Дьячкова М. И.

ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НАРКОТИЧЕСКОМ ОТРАВЛЕНИИ ГЕРОИНОМ

Научный руководитель: Ковальская С. П.

РОУ «Школа № 4 – Кадетский корпус имени А. В. Захарченко», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Важнейшими факторами употребления героина среди молодежи являются любопытство, стрессовые жизненные ситуации и влияние окружающего общества.

Причины возникновения неотложного состояния.

Случаи отравления героином нередки, причем не всегда речь идет о передозировке. Изготовленный кустарным методом порошок может иметь в себе сомнительные примеси, которые и вызовут интоксикацию.

Симптомы:

- посинение носогубного треугольника;
- сужение зрачков;
- отсутствие реакции на свет;
- сонливость, слабость, вплоть до потери сознания;
- поверхностное, учащенное дыхание;
- частый, нитевидный пульс;
- падение артериального давления;
- бледность кожных покровов;
- наличие следов от инъекций на венах;
- нарушение координации движений.

Алгоритм оказания первой помощи. Помощь при от-

равлении героином надо оказать незамедлительно. Вызвать скорую помощь и до его приезда оказать первую доврачебную помощь. Проверить пульс и дыхание оценить состояние пострадавшего создать максимально удобное положение для пострадавшего дождаться скорую помощь.

Описание оказания первой помощи. Проверяем пульс и дыхание. Пульс определяем сначала на лучевых артериях, затем на сонных. После проверяем дыхание, которое можно определить приближением к лицу пострадавшего, слушаем его дыхание и следим за движением грудной клетки.

Оцениваем состояние пострадавшего. Если человек в сознании то не даем ему уснуть. При отсутствии реакции на внешние раздражители пострадавшего следует привести в сознание. Вернуть пострадавшего в сознание возможно, если поднести к носу вату, смоченную нашатырным спиртом. Если пострадавший пришел в сознание, то не дать ему уснуть. Если человек в сознании то поможем ему принять удобное для него положение. Ждем скорую помощь.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. В будущем соблюдать режим установленный врачами. Обратиться за помощью в соответствующее учреждение.

Вывод. Первая доврачебная помощь при наркотическом отравлении героином направлена на оказание помощи пострадавшему перед его госпитализацией в медицинское учреждение.

Земляникова И. Д., Ферзалиева З. Р.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАДИАЦИОННЫХ АВАРИЯХ

Научный руководитель: Грабский Ю. В.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. В условиях широкого распространения источников ионизирующего излучения во всех сферах деятельности человека сохраняется риск развития чрезвычайных ситуаций, в которых может произойти сверхнормативное облучение людей. От своевременности и качества выполнения первой помощи во многом зависит исход радиационного поражения.

Причины возникновения неотложных состояний.

Острые реакции на облучение возникают при внешнем равномерном облучении человека в дозе более 1 Гр, их выраженность прямо пропорциональна дозе облучения. Также медицинская помощь может потребоваться при комбинированных поражениях (сочетание лучевого поражения с нелучевым), вероятность которых при радиационных авариях весьма высока.

Алгоритм оказания помощи:

1. Эвакуировать пораженного из радиационно опасной зоны, надеть на него средства индивидуальной защиты.
2. При необходимости – провести сердечно-легочную реанимацию.
3. Провести санитарную обработку пораженного. Частичная санитарная обработка проводится непосредственно после эвакуации из радиационно опасной зоны и включает в себя следующие мероприятия: снятие с пораженного загрязненной одежды; быстрое промывание

загрязненных участков кожи пораженного водой, температура которой — 25–30°C; доставка к месту проведения полной санитарной обработки.

Полная санитарная обработка выполняется после оказания медицинской помощи при жизнеугрожающих состояниях и проводится в следующем порядке: обработка ран (промывание растворами антисептиков и комплексонов для соответствующих радионуклидов, закрытие раны влажными салфетками и нетугой повязкой) или их закрытие нетугой повязкой и герметизация пленкой (если с момента ранения прошло более 60 минут); последовательное снятие одежды под контролем персонала санпропускника: сначала снимается обувь, далее — верхняя одежда нижнего, затем верхнего пояса конечностей, далее — бельё; смывание загрязнения с кистей рук над раковиной, обмывание выполняют с применением нейтральных моющих средств и специальных средств под струей воды; снятие нижнего белья в душевой, затем — трёхкратная обработка волос головы и кожи. В первую очередь обрабатываются наиболее загрязненные участки тела; направление снятия загрязнения: от периферии загрязненного участка — к центру. После этого проводится полоскание рта раствором питьевой соды и при необходимости — промывание слизистой оболочки глаз теплой дистиллированной водой или 20% раствором питьевой соды и орошение носовых ходов теплой водой или 2% раствором питьевой соды; стрижка загрязненных волос; дозиметрический контроль и обработка сохраняющихся локальных загрязнений пастой «Защита».

4. Применить радиозащитные препараты: Б-190 в дозе 0,45 г (применяется при прогнозируемой дозе облучения всего тела более 1 Зв, вероятности воздействия гамма-нейтронного излучения мощностью дозы более 18 Гр/ч или при нахождении в непосредственной близости к поврежденному реактору при тяжёлой радиационной аварии); калия йодид (применяется в дозе 0,125 г при вероятности облучения щитовидной железы радиоактивным йодом в дозе более 50 мГр или при ингаляционном поступлении радиоактивных изотопов йода в случае радиоактивного выброса или при его высокой вероятности); ферроцин (применяется в дозе 1 г при вероятности поступления, поступлении или невозможности исключения поступления в организм радионуклидов); латран (применяется в дозе 0,08 г при прогнозируемой дозе облучения всего тела более 1 Зв, вероятности воздействия гамма-нейтронного излучения мощностью дозы более 18 Гр/ч или при тошноте или рвоте, возникших в течение первых часов после облучения).

5. Провести медицинскую сортировку пораженных с выделением трёх групп: 1-я группа — лица с высоким риском развития острой лучевой болезни (прогнозируемая доза ≥ 1 Гр) или с наличием комбинированных поражений тяжелой степени, нуждающиеся в оказании экстренной или неотложной медицинской помощи; 2-я группа — лица с малым риском развития лучевых поражений (прогнозируемая доза < 1 Гр), нуждающиеся в наблюдении и профилактическом лечении; 3-я группа — вовлеченные лица, требующие динамического наблюдения.

6. Оказать экстренную или неотложную медицинскую помощь пострадавшим с комбинированными пораже-

ниями в зависимости от вида поражения.

7. Подготовить пораженных к эвакуации в медицинскую организацию (защита от внешних воздействий, симптоматическая терапия, контроль проходимости дыхательных путей и профилактика аспирации при рвоте, особенно при изменениях в сознании).

Дальнейшее лечение. Пораженных эвакуируют в медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи с элементами специализированной медицинской помощи в условиях стационара. Затем при необходимости пациенты транспортируются в специализированный стационар (ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России) для дальнейшего оказания специализированной (включая высокотехнологичную) медицинской помощи и последующей реабилитации.

Выводы. Основными принципами оказания первичной медико-санитарной помощи при радиационных авариях являются устранение воздействия факторов аварии и максимально раннее начало терапии радиационных поражений. Своевременная и качественная помощь пораженным при радиационной аварии на догоспитальном этапе позволяет уменьшить облучение людей и вероятность, а также степень развития эффектов, вызванных облучением.

Зимбалеvский И. Я.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ

Научный руководитель: Советов В. Ю.

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

Актуальность. Вследствие участвовавших локальных войн и вооруженных конфликтов число случаев травматизаций военного характера, среди которых одно из ведущих мест занимает минно-взрывная травма, увеличилось. Эпидемия ранений, причиняемых противопехотными минами (ППМ) лишена биологического фактора дифференциации пострадавших, однако, как и при других эпидемиях, ее наиболее тяжелые последствия сказываются на наименее защищенных слоях населения, по данным Международного комитета Красного Креста (МККК) около 60% пострадавших от противопехотных мин — представители гражданского населения. Также по данным МККК доля людских потерь, связанных с минно-взрывной травмой, среди мирного населения возрастает в несколько раз сразу после завершения военного конфликта, это объясняется возобновлением мирным населением довоенной деятельности, в том числе сельскохозяйственной. Жертвами противопехотных мин также становятся жители, возвращающиеся в свои поселения, в которых не была проведена работа по разминированию территории. Сложность оказания первой помощи, дальнейшего лечения и реабилитации связана с комплексным поражающим действием противопехотных мин. Конвенция о запрещении мин предусматривает меры по разминированию и медицинской помощи жертвам, однако остается большое количество нерешенных гуманитарных вопросов, связанных с противопехотными минами.

Причины возникновения неотложного состояния.

Противопехотные мины бывают двух типов: фугасные и осколочные. Основным механизмом ранения является первичный фактор взрыва, проникающие осколки и термическая реакция. Фугасную мину обычно закапывают в землю или устанавливают на поверхности. Приводится в действие такая мина, нажатием на ее крышку. Осколочные мины при детонации «разбрасывают» металлические осколки, чаще всего такие мины приводятся в действие жертвами, которые задевают взрыватель или растяжку. Хирурги МККК выделяют три типа поражения ППМ, первый: жертва наступает на нажимную крышку фугасной мины: в результате детонации мины происходит травматическая ампутация стопы или части конечности; второй: жертва детонирует осколочную мину, задевая растяжку или взрыватель, в результате чего происходит взрыв, разбрасывающий осколки так же, как это происходит при детонации любого взрывного устройства; третий: при неосторожном обращении с минами, вызывающим их детонацию в руках. У жертв происходит ампутация пальцев или кистей рук, сопровождаемая проникающими ранениями, лица, шеи и груди, также возможна потеря зрения. Минно-взрывные травмы — наиболее яркий пример грязной и зараженной раны. Чаще всего при детонации мины происходит травматическая ампутация стопы, либо ампутация на уровне большеберцовой кости, взрывная волна проникает сквозь ткани одновременно загоняя в них инородные тела: землю, гравий, осколки мины, фрагменты обуви и одежды.

Алгоритм оказания первой помощи.

- 1) Обеспечить собственную безопасность
- 2) Установить контакт с пострадавшим
- 3) Устранить наиболее жизнеугрожающие факторы (кровотечения и т.д.)
- 4) Транспортировать пострадавшего в безопасное место для оказания квалифицированной помощи.

Описание оказания первой помощи. В первую очередь стоит позаботиться о собственной безопасности, не стоит пытаться оказать пострадавшему помощь, если это не безопасно для вас, например, пострадавший находится на минном поле. Следует, установить контакт с пострадавшим для оценки сознания. При отсутствии доступа к пострадавшему постарайтесь скорректировать его самопомощь. Если же есть безопасный доступ к пострадавшему, сперва стоит остановить кровотечение, для этого не всегда требуется наложение жгута, так как часто крупные кровеносные сосуды подвергаются коагуляции термическим фактором взрыва. В таком случае рана тампонируется и накладывается давящая повязка. В случае, требующем использование жгута, его следует накладывать в верхней трети конечности, так как кинетическая энергия мины передается не только участку конечности, имеющему видимые повреждения, но и идет вверх по тканям, травмируя кости, сосуды, и мягкие ткани, под неповрежденной кожей, вследствие чего наложение жгута ниже поврежденных тканей будет неэффективным. При возможности стоит осмотреть пострадавшего на предмет травм позвоночника и транспортировать в безопасное место для оказания квалифицированной медицинской помощи.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. После эвакуации пострадавшего в медицинское учреждение должна быть проведена ампутация конечно-

сти с иссечением всех поврежденных и загрязненных тканей. После выздоровления пациент должен пройти индивидуальный курс реабилитации, с целью улучшения качества жизни пациента и максимального восстановления нормального функционирования организма.

Вывод. Минно-взрывные травмы являются одной из основных гуманитарных проблем вооруженных конфликтов. Противопехотные мины наносят тяжелые поражения не только комбатантам, но и представителям мирного населения, вследствие чего важной задачей является соблюдение мер, предусмотренных Конвенцией о запрете противопехотных мин.

Ивлева Я.П.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Научный руководитель: Коляда А.Е.

МОУ «Лицей № 85» «Гармония», г. Горловка, ДНР

Актуальность. Сопровождающие человека жизненные ситуации требуют знания и умения оказывать первую медицинскую помощь не только себе, но и окружающим. Данные умения и навыки, на развитие которых направлена эта работа, необходимы каждому человеку с самого детства. В связи с этим тема выбранная мной является актуальным.

Инсульт — состояние, связанное с нарушением нормальной деятельности сосудистой системы человеческого тела. Его называют и заболеванием, хотя, по сути, инсульт — это именно острое состояние, патологическое нарушение кровообращения в мозге. Эта патология характеризуется внезапным появлением определённой неврологической симптоматики, которая может иметь очаговое распространение, или затрагивать весь орган. Инсульт является вторым по смертности заболеванием среди патологий сердечно-сосудистой системы.

Причины возникновения неотложного состояния:

Геморрагический (кровоизлияние происходит в мозг)

1. Разрыв мозгового сосуда вследствие резкого повышения артериального давления.
2. Разрыв аневризмы (патологическое выпячивание стенки сосуда)

Ишемический (инфаркт мозга) — гибель/разрушение участка мозга развивается при внезапном или постепенном закрытии просвета сосуда (сужение или закупорка сосудов), питающего мозг, что приводит к прекращению подачи крови в мозг, соответственно кислорода и питательных веществ.

Как же понять что у человека инсульт?

1. Внезапное повышение или понижение артериального давления;
2. Потеря координации в пространстве;
3. Асимметрия лица;
4. Внезапная головная боль;
5. Нарушение функции речи;
6. Потеря чувствительности конечностей

Алгоритм оказания первой медицинской помощи:

1. Отставить панику, следует сохранять спокойствие.
2. Оценить состояние человека, которому вы оказываете помощь, а именно: давление, дыхание, сердцебиение, сознание, температура.
3. Определить явные признаки инсульта: потеря ориентации в пространстве, неспособность двигать руками

и ногами, нарушение функции речи, судороги, пена со рта, рвота, перекошенное лицо.

4. Вызвать скорую медицинскую помощь.

5. Если человек находится в сознании разговаривать с ним и успокаивать до приезда скорой.

6. Обеспечить поток свежего воздуха.

7. Уложить человека, которому мы оказываем помощь правильно: на спину или набок, либо со слегка приподнятыми головой и туловищем, либо строго горизонтально.

8. Дождаться приезда скорой и транспортировать больного в больницу.

Существует несколько правил, чтобы понять, что у человека случился инсульт:

1) Попросить улыбнуться — если его сразил инсульт, то больной не сможет этого сделать или у него появится кривая ухмылка на одну сторону, при этом второй уголок рта останется неподвижным или будет реагировать заторможено.

2) Попросить ответить на простой вопрос — какой сегодня день или как его зовут. Человек не сможет произнести простое предложение из нескольких слов, у него будет замедлена речь, слова и буквы поменяются местами. Либо реакции на просьбу не поступит совсем.

3) Больного просят поднять обе руки вверх — это ему также не удастся, руки поднимутся только частично. На стороне поражения отмечается мышечная слабость.

4) Попросить высунуть язык. Если он искривлен, то это может быть признаком патологии

Последствия инсульта могут быть совершенно разными — зависит от того, сколько времени кровообращение было нарушено, и какие области мозга пострадали. Так, инсульт может вызвать полную или частичную утрату движений в руках и ногах, мышечную слабость, нарушения речи, трудности при глотании и другие проблемы.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Согласно статистике, приводимой American Stroke Association, 25% — с незначительными нарушениями, 40% — получают средние или тяжелые нарушения, требующие особого ухода, 10% — нуждаются в переводе в специализированное учреждение длительного ухода, 15% — умирают вскоре после инсульта.

Существует несколько правил, которые помогут человеку в скором времени восстановиться, а именно:

1) Проводить с больным, который пережил инсульт как можно больше времени, чтобы избежать повторного кровоизлияния.

2) Выполнять физические нагрузки под наблюдением врача.

3) Выполнение лечебной гимнастики

4) Делать массаж.

5) Антитромботическая терапия

Вывод. Оказание первой помощи является важным элементом нашей жизни. Ежедневно в мире умирает огромное количество людей, лишь из-за оказания некачественной помощи или же неоказания ее вовсе. Большинство людей, оказавшись на месте, где требуется незамедлительное принятие мер, впадают в панику и не знают, какие манипуляции стоит проводить до приезда медицинских работников. В подобных условиях важна буквально каждая минута, а самое глав-

ное нужно знать, как оказать эту помощь, что в наше время умеют делать далеко не все.

Игумнова Н. Р.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ И ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ

Научный руководитель: Булеева Л. В.

МОУ «Школа № 105 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность данной темы обусловлена тем, что на сегодняшний день из-за неосторожности человека возникает множество ситуаций приводящих к травмам. Чаще всего к ожогам, а ожог — поражение тканей организма под действием высоких температур, электрического тока, ионизирующего вещества или определенных химических веществ. В основном ожоги можно получить в быту: небрежное обращение с огнем, кипящими жидкостями и нагревательными приборами. Своевременное оказание первой помощи пострадавшим предупреждает ухудшение состояния организма, что в значительной степени влияет на снижение летальности, инвалидности и сроков временной утраты трудоспособности больных и пострадавших, существенно снижает расходы на их лечение и реабилитацию. Значение фактора времени подчеркивается хотя бы тем, что среди лиц, получивших первую помощь в течение 30 минут после оказания помощи, осложнения возникают в 2 раза реже, чем у лиц, которым этот вид помощи был оказан позже.

Причины возникновения неотложного состояния при ожогах. Во-первых, неправильно оказанная помощь. Во-вторых, игнорирование травмы. Чтобы это предотвратить нужно, оценить степень тяжести после ожога и правильно оказать доврачебную помощь, так как дальнейшее состояние человека будет зависеть от вас. Основная цель первой помощи — проведение мероприятий, направленных на спасение жизни пострадавшего, устранение продолжающегося воздействия опасных факторов. Время от момента травмы до получения первой помощи должно быть предельно сокращено (т.н. правило «Золотого часа»).

Алгоритм оказания первой помощи.

1) Сбор анамнеза: выяснение этиологического агента, его физических характеристик, длительности воздействия, роли одежды, а также сбор информации о сопутствующих заболеваниях и содержании первой помощи.

2) Осмотр раны: выявление прямых и косвенных признаков глубины поражения (вид и цвет раны, струп и его консистенция) с учетом локализации.

3) Использование дополнительных диагностических проб: определение сосудистой реакции, степени потери болевой чувствительности.

4) Определение площади ожога в процентах.

Описание оказания первой помощи. Необходимо как можно быстрее прекратить взаимодействие с опасным агентом. При термических ожогах разрушение тканей из-за их нагрева продолжается некоторое время после прекращения разрушающего воздействия, поэтому обожженную поверхность нужно охлаждать льдом или холодной водой в течение 10–15 минут. Затем осторожно, стараясь не повредить рану, срезают одежду и накладывают чистую повязку. Новый ожог нельзя

смазывать кремом, маслом или мазью — это может замедлить процесс заживления раны. При химических ожогах нужно достаточно хорошо промыть рану проточной водой. Ожоги щелочью промывают слабым раствором лимонной кислоты, ожоги кислотой — слабым раствором питьевой соды. Ожог негашеной известью водой промывать нельзя, вместо этого следует применять растительное масло. При обширных и глубоких ожогах пострадавшего необходимо замотать, дать обезболивающее и теплое угощение. Пострадавшего с ожогом следует доставить в специализированное медицинское учреждение.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Самостоятельное лечение не рекомендуется лучше всего обратиться в медицинское учреждение, где смогут оказать правильное лечение. Если у вас ожог 1 степени, при условии, что у человека нет сопутствующих заболеваний: иммунодефицита или сахарного диабета, то можно лечиться дома. На первой стадии заживления раны используют повязки и обезболивающие препараты. Затем применяют аэрозоли и мази на гидрофильной основе. Повязки не применяются, поскольку они мешают дальнейшему заживлению раны. Травмы 2, 3 и 4 степени тяжести лечат либо в домашних условиях под контролем врача, либо в ожоговых центрах. Существует два способа лечения ожогов закрытый и открытый. Первый метод лечения более распространен. Он подразумевает наложение на раны стерильных повязок, пропитанных антисептиками. Цель такого лечения — защитить рану от инфицирования и ускорить регенерацию обожженного участка. Открытый способ лечения ожогов возможен только в стационаре, с использованием специального оборудования. Цель этого метода — создать стерильную среду возле ожога. Прибегают к открытому лечению, если на рану нельзя наложить повязку.

Вывод. Анализ внезапных смертей пострадавших показывает, что причина гибели значительной части людей является необоснованной. Смерть их наступает от несвоевременно оказанной первой помощи. Владение приемами оказания первой помощи и сердечно-легочной реанимации, является не только частью безопасности жизнедеятельности отдельного человека, но и рассматривается как часть общей культуры цивилизованного общества. При обучении вопросам оказания первой помощи и проведению базовых реанимационных мероприятий, важно использовать стандартизированный подход. Независимо от того, что случилось с пострадавшим, все действия должны осуществляться в строго определенной последовательности. Следуя этому правилу, оказывающий помощь человек, всегда сможет выявить или предупредить тяжелые осложнения у пострадавшего. Первая медицинская помощь — это чрезвычайно важная вещь в нашей жизни. Никто не знает, в какой неожиданный момент эти навыки могут пригодиться. Может быть, кто-то из нас уже завтра спасет человеку жизнь!

Исаенко К. Ю.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ

Научный руководитель: Дьяченко Л. А.

МОУ «Школа № 50 города Макеевки», г. Макеевка, 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 несоблюдения техники безопасности на производстве, дома, во время прогулки на улице, суицидальных наклонностей.

Алгоритм оказания первой помощи:

— Проверить наличие у пострадавшего признаков жизни (пульс, дыхание, реакция зрачков на свет) и сознания. Для проверки дыхания необходимо наклониться к его рту и носу и попытаться услышать или почувствовать дыхание. Для обнаружения пульса необходимо приложить подушечки пальцев к сонной артерии пострадавшего. Для оценки сознания необходимо (по возможности) взять пострадавшего за плечи, аккуратно встряхнуть и задать какой-либо вопрос.

— Вызвать скорую медицинскую помощь

— Оказать неотложную первую помощь.

— Обеспечить пострадавшему физический и психологический комфорт, дождаться прибытия специалистов. 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-легочную реанимацию. Не позволять пострадавшему двигаться, аккуратно уложить на твердую 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 поврежденную 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.

Ищук И. П.

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ

Научный руководитель: Склянная Е. В.

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

Актуальность. Проблема отека легких (ОЛ) продолжает оставаться актуальной, несмотря на значительный прогресс в понимании этиологии, патогенеза и подходов к лечению данного состояния. При несвоевременном оказании помощи летальность составляет 50–80%. Причины возникновения неотложного состояния. Кардиогенный отек легких может развиваться вследствие острого инфаркта миокарда, миокардитов, кардиомиопатий, гипертонического криза, массивных внутривенных инфузий, острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности, пароксизмов мерцательной аритмии, трепетания предсердий, желудочковой тахикардии, остро возникшей синоатриальной и атриовентрикулярной блокады, травм сердца.

Алгоритм оказания первой помощи. Главными задачами при обнаружении у больного симптомов кардиогенного ОЛ (вынужденного положения (ортопноэ); инспираторной одышки; частого, шумного, kloкочущего дыхания; приступообразного кашля с пенистой, иногда розовой мокротой; холодного липкого пота; смешанного цианоза с преобладанием акроцианоза; соматического возбуждения; чувства страха) являются уменьшение нагрузки на левый желудочек, обеспечение проходимости дыхательных путей.

В первую очередь необходимо вызвать бригаду скорой медицинской помощи (СМП).

До приезда бригады СМП:

- придать больному сидячее положение с опущенными вниз ногами;
- обеспечить проходимость верхних дыхательных путей и приток свежего воздуха (открыть окна, снять с больного стесняющую одежду);
- создать физический и психоэмоциональный покой;
- проводить постоянный контроль дыхания и пульса;
- измерить артериальное давление;
- при АД сист \geq 100 мм рт. ст. сублингвально нитроглицерин 0,5 мг 1 таблетку или нитроспрей 1–2 дозы (0,2–0,4 мг). Не следует принимать нитроглицерин при гипотонии, признаках нарушения мозгового кровообращения, побочных реакциях при приеме нитратов в анамнезе;
- в крайне тяжёлых случаях на ноги в области паха на-

ложить венозные жгуты (не более чем на 20 мин), пульс на артериях должен сохраняться!

Больному категорически запрещается вставать, ходить, курить, пить воду и принимать пищу.

Алгоритм оказания помощи на догоспитальном этапе бригадой скорой помощи.

Бригадой СМП выполняется:

- обеспечение положения пациента с высоко поднятым изголовьем (если не было выполнено на предыдущем этапе)
- пульсоксиметрия
- при возможности аспирация пены из верхних дыхательных путей
- кислородотерапия: от ингаляции O₂ через маску до ИВЛ (при снижении сатурации SpO₂ менее 90%).
- регистрация ЭКГ (острый коронарный синдром, нарушения ритма и проводимости). При выявлении соответствующих изменений на ЭКГ проводится терапия заболевания, которое вызвало развитие ОЛ
- обеспечение венозного доступа:
- при стабильной гемодинамике (систолическое артериальное давление (САД) \geq 100 мм рт.ст.) выполняется введение изосорбида динитрата 10 мг или нитроглицерина 10 мг в разведении натрия хлорида 0,9% — 250 мл в/в (8–80 кап/мин.), а также фуросемида 40–80 мг в/в болюсом;
- при гипертензии (САД > 150 мм рт.ст.) урапидил 12,5–25 мг в/в
- при гипотензии (САД < 70 мм рт.ст.) допамин 200 мг на 250 мл 0,9% натрия хлорида капельно со скоростью 5–10 мкг/кг*мин
- при выраженном психомоторном возбуждении морфин до 10 мг в/в дробно в минимальной эффективной дозе

Показана эвакуация пациента в стационар после купирования ОЛ и стабилизации пациента на носилках с приподнятым головным концом только.

Рекомендации по дальнейшему лечению. Изначально необходимо стабилизировать состояние пациента (адекватный диурез, уменьшение одышки признаков застоя, нормализация АД) и определить факторы вызвавшие декомпенсацию и, по возможности, устранить их. После следует начать терапию по индивидуальной программе лечения в зависимости от основного заболевания.

Вывод. Кардиогенный отек легких является одним из тяжелых проявлений левожелудочковой недостаточности. При своевременном оказании медицинской помощи данное состояние обратимо у большинства пациентов. Однако, необходима быстрая диагностика и немедленное начало терапии, недопустимы даже небольшие задержки, т.к. они могут привести к существенному ухудшению прогноза.

Кащеева К. Г.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПИЩЕВОМ ОТРАВЛЕНИИ

Научный руководитель: Ямпольская И. Г.

ГПОУ «Макеевский медицинский колледж», г. Макеевка, ДНР

Актуальность. Пищевые отравления занимают высокий процент в кагорте детской патологии. Эти цифры сложно отследить для взрослого населения, поскольку

обращаются в лечебно-профилактические учреждения только пациенты с тяжелой формой течения интоксикации. Тем не менее, проблема отравления для организма человека представляет особую важность, так как чревата тяжкими последствиями вплоть до летального исхода.

Причины возникновения пищевого отравления связаны, в первую очередь, с приемом недоброкачественной пищи, контаминированной патогенной микрофлорой, способной вызывать пищевые токсикоинфекции и токсикозы, природа которых обусловлена типом токсина (эндо- или экзотоксин), выделяемым микробом. Во-вторых, пероральный прием лекарственных веществ в неправильной дозировке; в-третьих, употребление ядовитых грибов в качестве еды могут выступать в качестве причин пищевого отравления. Объединяет все частные причины пищевых отравлений то, что ядовитое вещество попадает в организм человека через рот и всасывается через пищеварительный тракт.

Алгоритм оказания первой помощи.

1) Промыть желудок: дать выпить теплую воду или содовый раствор в объеме 500 мл и вызвать рвоту (1 чайная ложка соды на 1 стакан воды (на 250 мл)), если с момента отравления прошло менее 30 минут;

2) если время утрачено, и появились первые признаки отравления (боль в эпигастральной области, тошнота, рвота в 80% случаев, диарея в 93% случаев), следует придать больному положение сидя или лежа на боку с наклоненной вниз головой для облегчения отхождения рвотных масс и профилактики их аспирации в дыхательные пути;

3) дать внутрь адсорбенты токсинов (энтеросгель, атоксил, полисорб, или активированный уголь из расчета 1 таблетка на 10 кг веса больного), разведенных согласно инструкции и препараты, устраняющие потерю жидкости (солевые растворы электролитов: регидрон, электролит хумана);

4) Вызвать карету скорой медицинской помощи или доставить пациента в инфекционное отделение территориальной больницы в случаях, если рвота неукротимая, диарея более 10 раз в сутки, сильная слабость, присутствуют нехарактерные для отравления дополнительные симптомы.

Описание оказания первой помощи. Пищевое отравление может иметь плачевные последствия, поэтому с вызовом врача медлить нельзя. Это — первое, что следует сделать, прежде чем, оказывать первую помощь. До приезда врача следует придать пациенту положение лежа на боку (именно положение покоя снижает скорость распространения токсинов). Если время с момента приема недоброкачественного продукта, явившегося причиной отравления, не превышает тридцати минут, следует дать больному 500 мл теплой воды или содовый раствор и вызвать рвоту путем раздражения задней стенки глотки.

Для нейтрализации действия токсина следует давать дробно (по столовой ложке каждые 5 минут) любой из адсорбентов, чередуя их с растворами для восстановления водно-солевого обмена в тех же объемах (при наличии рвоты и диареи).

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Пострадавшему следует придерживаться постельного режима, установить щадящую диету (обволакивающие

овсяные каши, протертые овощные супы с исключением жирной, острой, жареной пищи, исключить свежий хлеб, цельное молоко), продолжать антитоксическую и дегидратационную терапию в течение 3–5 дней в зависимости от тяжести течения отравления. В первые сутки отравления для восполнения утраченной организмом жидкости стоит назначить пациенту внутривенно-капельные инфузии физиологического раствора, глюкозы.

Вывод. Оказание первой помощи при пищевых отравлениях направлено, по возможности, на выведение отравляющего вещества из организма промыванием желудка и на предупреждение осложнений, обусловленных действием токсина. Дальнейшая терапия носит восстановительный характер и имеет целью восстановить водно-солевой баланс, нейтрализовать и вывести токсин из организма пострадавшего. Важно не медлить и вызвать врача, поскольку отравление может стоить жизни пострадавшему.

Кепина К. С.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОЖЕНИЯХ

Научный руководитель: Мороз Ю. Б.

ДМО лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ

ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность выбранной темы проявляется в важности знания оказания первой доврачебной помощи при обморожении и умении предоставлять ее в случае необходимости, так как преимущественно в зимний (также во время сильных ветров и высокой влажности весной, и осенью) период фиксируется огромное количество случаев, связанных с обморожением разной степени. Бывают случаи в больницы попадают люди, чье состояние было усугублено неправильно оказанной первой помощью. Следовательно, человек, оказывающий помощь обязан знать основные симптомы, указывающие на нарушения какого-либо процесса жизнедеятельности; уметь оценивать состояние пострадавшего и знать алгоритмы применяемых приемов первой доврачебной помощи.

Вовремя оказанная первая помощь пострадавшему человеку предупреждает различные осложнения, что в значительной степени влияет на снижение летальности, инвалидности и сроков выздоровления, существенно снижает расходы на их лечение и реабилитацию.

Первая доврачебная помощь — совокупность мероприятий, целью которых является восстановление или сохранения жизнеспособности потерпевшего, до оказания квалифицированной медицинской помощи специалистами

Обморожение — повреждение (в особенно тяжелых случаях мягкие ткани могут омертветь) кожных покровов в результате воздействия низких температур.

Причины возникновения неотложного состояния.

- Температура ниже -10°C
- Резкий ветер, повышенная влажность.
- Снижение функциональности организма, в результате травмы, длительной кровопотери, физического либо эмоционального истощения, стресса, недавно перенесенных инфекционных заболеваний

- Наличие хронических заболеваний. (Особенно кровеносной системы)
- Одежда (Тесная, легкая и/или мокрая).
- Длительная неподвижность.
- Алкогольное опьянение. (По данным статистики большинство тяжелых обморожений, приведших к ампутации, вызваны именно этим фактором).
- Употребление табака и других наркотических веществ.

Алгоритм оказания первой помощи.

Перенести пострадавшего в тепло. Первое, что нужно сделать — убрать негативно воздействующий фактор, то есть холод. Снять промерзлые вещи. Исключить резкое согревание. При I стадии обморожения для восстановления кровообращения допускается растирание замерзших частей тела. Но при всех остальных стадиях это может нанести вред, так как холод привел к значительным повреждениям тканей. Следовательно, лучше дать телу постепенно прогреться и восстановить кровообращение в пострадавших участках.

Наложить повязки и зафиксировать их. Это делается для того, чтобы не повредить пострадавшие участки тела. Чаще всего для наложения повязки используют вату и марлю, которые сверху покрывают теплоизолирующей тканью: клеенкой, прорезиненной тканью. Дать пострадавшему теплый чай — это поможет повысить общую температуру тела, и будет способствовать нормализации кровообращения.

Вызвать врача. К этому пункту нельзя относиться посредственно, ведь нередко обморожение может вызывать разрушительные последствия, вплоть до ампутации конечности и, в конечном итоге, смерти.

Не рекомендуется растирать больных снегом, так как кровеносные сосуды кистей и стоп очень хрупки и поэтому возможно их повреждение, а возникающие микроранки на коже способствуют внесению инфекции. Нельзя использовать быстрое отогревание обмороженных конечностей у костра, бесконтрольно применять грелки и тому подобные источники тепла, поскольку это ухудшает течение обморожения. Неприемлемый и неэффективный вариант первой помощи — втирание масел, жира, растирание спиртом тканей при глубоком обморожении.

Оказание первой помощи специалистами.

При обморожениях II степени пузырьки вскрываются и удаляются. Кожа, которая находится вокруг пузырей, обрабатывается спиртовыми растворами. По окончании всех манипуляций накладываются антисептические повязки. Для предотвращения инфекционных заболеваний часто прописываются инъекции антибиотиков.

При обморожении III степени, после вскрытия пузырей, определяются границы омертвения кожи. Далее используются повязки с раствором NaCl. Спустя некоторое время (обычно неделя) удаляются мертвые ткани. В некоторых случаях для ограничения подвижности накладывают гипсовую повязку.

При обморожениях IV степени удаляют омертвевшие ткани и ампутуют конечности, для предотвращения различных осложнений.

Вывод. Обморожение мы часто воспринимаем не в серьез, несмотря на то что в любое время года существует множество факторов, способных вызвать обмороже-

ние. Из-за этого требуется серьезно и тщательно подходить к вопросу подготовки выхода на улицу и знать правила оказания первой помощи, ведь никто не знает, когда они могут пригодиться.

Кешвединова А. А.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ГРАНТОВОГО ПРОЕКТА «КРЫМСКИЙ АПГРЕЙД»

Научный руководитель: Сухарева И. А.

Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского, Медицинская академия им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь, Российская Федерация

Актуальность. В Республике Крым население ежедневно нуждается в оказании медицинской помощи, при этом наблюдается дефицит бригад СМП. Успех в оказании медицинской помощи зависит от времени доезда бригады, правильности предоставления данных диспетчеру, а также правильного оказания доврачебной помощи при несчастных случаях, дорожно-транспортных происшествиях, участниками и очевидцами которых зачастую становятся люди, некомпетентные в оказании само- и взаимопомощи.

Студенты учебных заведений являются представителями различных молодежных объединений, выступают в роли участников и волонтеров как крупных форумных кампаний, проходящих в республике («ТавридаАРТ», «Медиа Крым», «Таврический бриз», фестиваль «Экстрим Крым»), так и слетов, акций, съездов, проходящих в учебных заведениях, на территории республики Крым и за ее пределами. Многие являются участниками туристических клубов, но еще большее количество — любители активного отдыха на море и в горах, где зачастую они становятся участниками или свидетелями ситуаций, требующих оказания помощи. Поэтому мы посчитали актуальным и необходимым обучить студентов, представителей активной молодежи оказанию навыков первой помощи, чтобы каждый из них знал, как вести себя в различных ситуациях, а важнее всего — мог помочь себе или окружающим.

Цель проекта. Проведение обучения молодых людей (15–35 лет) Республики Крым оказанию первой помощи с последующей отработкой полученных знаний и навыков в условиях смоделированных чрезвычайных ситуаций.

Задачи проекта.

1. Формирование группы профессиональных тренеров для организации и проведения мастер-классов.
2. Обучение студентов на базе образовательных учреждений навыкам оказания первой помощи.
3. Формирование команды стажеров на базе учебных заведений.
4. Организация и проведение региональной олимпиады «Выживание».

Этапы реализации проекта по обучению оказания первой помощи. Реализация проекта «Крымский апгрейд» происходила с сентября по декабрь 2019 года на выигранные грантовые средства в размере 1 миллиона рублей в рамках Всероссийского конкурса молодежных проектов среди физических лиц в 2019 году.

Первоначально была организована подготовка сертифицированных тренеров-экспертов из числа студентов, ординаторов Медицинской академии, а также членов Крымского студенческого корпуса спасателей. Обучение проходило на базе ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» по программе «Первоначальная подготовка спасателей» в количестве 283 академических часа. Единовременно с обучением была укомплектована учебно-тренировочная база проекта как за счет грантовых средств, так и за счет софинансирования Ресурсного центра поддержки добровольчества в сфере культуры безопасности и ликвидации последствий стихийных бедствий Республики Крым. Далее на базе структурных подразделений КФУ им. В. И. Вернадского было организовано проведение мастер-классов. Финалом реализации проекта стала организация региональной олимпиады «Выживание» по типу моделирования чрезвычайных ситуаций для отработки практических и теоретических навыков, полученных в процессе обучения на мастер-классах. Каждый этап реализации проекта обеспечивался информационным сопровождением.

Описание организации мастер-классов. Каждое занятие начиналось с регистрации участников с последующим разделением на группы таким образом, чтобы на 1 тренера приходилось 10–15 студентов.

Для начала проводили короткий инструктаж и теоретическое объяснение причин и тактики при неотложных состояниях, далее в течение 6 часов отрабатывали практические навыки. В рамках мастер-классов были получены следующие компетенции: базовая сердечно-легочная реанимация; оказание первой помощи при утоплении, ожогах, кровотечениях, попадании инородного тела в дыхательные пути, укусах животных, эпилепсии, шоках, обмороке, отморожениях; принципы оказания психологической помощи; правила вызова скорой помощи.

Среди участников мастер-классов отбирали студентов, которые под руководством своих более опытных коллег смогли попробовать себя в качестве тренеров-стажеров. Таким образом, мы обеспечили преемственность знаний, необходимых для каждого, сформировали компетентные команды в образовательных учреждениях. Результаты реализации проекта. Подготовлено 16 опытных тренеров-экспертов для проведения мастер-классов, а также обеспечения безопасности региональных и федеральных мероприятий. Проведено 25 мастер-классов, в ходе которых отобрано 50 тренеров-стажеров, а общее количество участников составило 3019 человек. В региональной олимпиаде «Выживание» приняло участие 30 студенческих команд.

Вывод. Организация подобных мастер-классов вызывает большой интерес у студентов, поэтому именно такая форма обучения является наиболее актуальной и позволяет повысить компетенции обучающихся.

Опыт успешной реализации данного проекта может быть передан другим регионам, заинтересованным в организации проведения мероприятий, способствующих повышению осознанности студентов и активной молодежи в вопросах, касающихся оказания первой помощи, а также обучению взаимодействия очевидцев и специализированных служб в условиях чрезвычайных ситуаций.

Кинаш Т. А.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОКЕ

Научный руководитель: Дуброва С. С.

МОУ «Новосветская школа № 1», пгт. Новый Свет, ДНР

Актуальность. В наш быстрый темп, мы часто забываем позаботиться о себе, о своем здоровье. Бывает, внезапно возникает неприятность, несчастный случай, рассеянность. Поэтому, каждому нужно знать несколько советов, чтобы не растеряться и грамотно помочь пострадавшему. Любой человек может этому подвергнуться независимо от хорошего здоровья, так как факторов упасть в обморок достаточно много. Каждый человек должен помнить и знать, как оказать первую помощь человеку, не навредив ни ему, ни себе.

Причины возникновения неотложного состояния. Причины обморока могут быть: испуг, волнение, сильная боль, потеря крови, голод, тепловой или солнечный удар, пребывание в помещении, которое плохо проветривается, снижение поступления крови в мозг. Признаки обморока: возникает головокружение, ощущение нехватки воздуха, резкая бледность лица, потеря сознания, помутнение зрения, редкое и слабое дыхание. Опасно это тем, что пострадавший не может контролировать дыхательные пути, поворачивать голову в случае рвоты. Следует проверить свободное дыхание и в случае любых полученных травм во время обморока, оказать помощь.

Алгоритм оказания первой помощи. Сначала оценивается сознание, необходимо встряхнуть человека за плечи и задать простые вопросы. Далее оценить дыхание, после проверить кровообращение, используя сонную артерию. Пострадавшего следует положить так, чтобы голова была ниже ног (под ноги следует подложить сложенное одеяло, подушку). Далее расстегнуть воротник, ремень, обеспечить приток свежего воздуха. Поднести к носу пострадавшего ватку, смоченную нашатырным спиртом на расстоянии 10–15 см. Когда человек приходит в себя, ему дают воду или теплый чай. При частых обмороках, следует посетить врача.

Описание оказания первой помощи. Потеря сознания может быть при ударе — кровоизлияние в мозг. Кровоизлияние в мозг чаще бывает у пожилых людей. Признаки кровоизлияния: лицо внезапно краснеет, затрудненное дыхание, потеря сознания. При этом, следует, больного аккуратно уложить, приподняв голову и грудь (положить под верхнюю часть туловища и голову 1–2 подушки). На голову кладут смоченное холодной водой полотенце, к ногам грелку. Также следует убедиться в том, что пострадавший получает достаточное количество свежего кислорода и избавиться от тесной одежды. Если грудная клетка не поднимается и не опускается необходимо проверить, проходимы ли дыхательные пути, при необходимости выполнить искусственное дыхание. После принятия указанных мер нужно вызвать врача. Потеря сознания бывает при сотрясении мозга, которое может произойти при падении, ударе черепа. Потеря сознания здесь наступает непосредственно за травмой. Пострадавшего надо положить так, чтобы голова была на уровне туловища (не поднятая). При рвоте надо повернуть на бок и положить на нее что-нибудь холодное. Потеря сознания наблюдается во время приступа эпилепсии. В том случае во время припадка надо обе-

регатъ больного от ударов и других повреждений, стараться привести больного в чувство во время припадка не следует.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Все зависит от того почему обморок произошел. В случае кровоизлияния или периодических повторов обморока обратиться к врачу. Если причиной является голод, обезвоживание — это не опасно. Профилактика — предотвращение причин возникновения тревоги, переутомления. Нужно закалять организм, часто бывать на свежем воздухе, делать зарядку и вести здоровый образ жизни.

Выводы. Каждый человек должен знать, как оказывать первую помощь при обмороке и вовремя среагировать. Нужные знания могут уберечь от непредвиденных обстоятельств. Нельзя сразу предугадать, в чем проблема обморока, поэтому надо вызвать скорую, и приводить в чувства человека.

Не следует делать: пытаться покормить, напоить человека в бессознательном состоянии. Поднимать голову, так как это нарушит поступление крови к головному мозгу. Небрежно переносить, пострадавшего, у него может быть травма при падении, поэтому относиться к нему с аккуратностью.

Ковалёва Д. С.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗАХ

Научный руководитель: Мороз Ю. Б.

ДМО лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ

ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Психозы занимают особое место в структуре заболеваемости расстройствами психики и поведения в Донецкой Народной Республике. Так, в 2017 году доля психозов составляла 27,9%, а в 2019 году возросла до 33,9%. Среди психозов особенно выделяются алкогольные психозы. Алкогольный психоз — это выраженное нарушение психического здоровья человека, вызванное длительным употреблением алкогольных продуктов. Поведение больного при данном психозе необычайно опасно не только для его жизни, но и представляет угрозу для окружающих.

Причины возникновения неотложного состояния. Алкогольные психозы наиболее часто возникают при длительном употреблении алкоголя и его суррогатов, после тяжёлый запоев, на фоне декомпенсированной соматической патологии, а также у лиц с признаками органического поражения мозга.

По течению алкогольные психозы разделяют на острые, затяжные и хронические. В зависимости от преобладания в клинической картине психопатологических синдромов алкогольные психозы также разделяют на:

- Алкогольный делирий (длится до 10 дней, характерны зрительные, слуховые и тактильные галлюцинации);
- Алкогольный галлюциноз (длится до 6 месяцев, преобладают слуховые галлюцинации);
- Алкогольный параноид (рецидивы сменяются ремиссией в течение нескольких лет, характеризуется чувственным бредом и тревожно-депрессивным аффектом);
- Алкогольная паранойя (рецидивы сменяются ре-

миссией в течение нескольких лет, характерен бред ревности);

- Алкогольная энцефалопатия (острая форма длится в течение 1–7 дней, хроническая — в течение нескольких лет, наблюдается резкое ухудшение здоровья, нарушение работы нервной системы);
- Алкогольный псевдопаралич (длится в течение нескольких лет, характеризуется интеллектуально-мнестическим снижением с беспечностью, эйфорией и идеями величия).

Алгоритм оказания первой помощи. При оказании первой помощи необходимо помнить, что невменяемый больной опасен для окружающих и самого себя.

1. Оценить обстановку и обеспечить безопасные условия для оказания первой помощи:

а) Убрать из поля зрения больного все колюще-режущие и тяжелые предметы. Закрыть окна и двери, выключить музыку, телевизор и другие раздражители. Всем присутствующим держаться на безопасном расстоянии, быть начеку, обращаться с заболевшим предельно вежливо и спокойно;

б) Позвонить в скорую помощь или врачу-наркологу, вкратце описать поступки пациента;

в) Зафиксировать тело больного (используя мягкую ткань, свернутую в жгут, привязать ноги и руки больного к кровати после бинтования голеностопных и лучезапястных суставов в виде 8-образной повязки, либо свернутую простыню пропустить под шейю, затем над плечами и через подмышечные впадины вновь назад, простыню закрепить концами у головного конца кровати);

2. Определить наличие сознания у больного;

3. При неэффективности кровообращения и угнетении дыхания, при аспирации рвотных масс в дыхательные пути провести сердечно-легочную реанимацию: восстановить проходимость дыхательных путей, провести непрямой массаж сердца, искусственную вентиляцию лёгких;

4. Контролировать состояние больного до приезда медицинских работников.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

1. Энтеросорбция–полифепан, лигносорб, активированный уголь по 30,0 энтерально;

2. Ликвидация двигательного возбуждения: седуксен (реланиум, валиум) по 10,0 мг внутривенно в разведении на 10,0 мл 40% раствора глюкозы, медленно (повторное введение не ранее, чем через 15 мин);

3. Инфузионная терапия:

- глюкоза 5–10% раствор 400 мл внутривенно;
- полиионные растворы: дисоль, трисоль, хлосоль, ацесоль — 250 мл внутривенно;
- гемодез, желатиноль 400 мл внутривенно;
- натрия гидрокарбонат 4% — 250–300 мл внутривенно;
- альбумин 5–10% раствор — 100 мл внутривенно;

4. Метаболическая терапия:

- тиамин, до 100 мг, ввести в вену в первые минуты после постановки системы для внутривенного введения раствора;
- магния сульфат, внутривенно, капельно, 25% раствор — 5–10 мл в разведении на 400 мл 5% раствора глюкозы;
- унитиол, внутривенно, из расчета по 160 мл на 10 кг

массы тела;

- аскорбиновая кислота, внутривенно, из расчета 0,3 мл на 10 кг массы тела;
- панангин 10 мл в разведении на 400 мл 10% раствора глюкозы внутривенно капельно;
- лазикс — 20–40 мг внутривенно;

5. Показания к госпитализации абсолютные.

Вывод. Алкогольный психоз является опасным психическим расстройством и требует незамедлительной госпитализации, поэтому очень важно знать его основные признаки и уметь оказывать первую помощь.

Комарова В. Д.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ

Научный руководитель: Панютова С. А.

МОУ «Школа № 45 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. В наше время существенно возросло количество утоплений. Это распространенная причина смерти, гибель от которой стоит на третьем месте в мире в числе общей смертности. Несмотря на то, что все люди знают об этой опасности, утопление в водоёмах становится причиной смерти довольно часто. Большую значимость эта проблема приобрела потому, что люди не соблюдают правил поведения на воде.

Причины возникновения неотложного состояния. Частая причина утопления — несчастный случай, к которой приводят различные факторы. Этому могут способствовать природные катаклизмы, например, наводнение, шторм, волна. В таких ситуациях сложно справиться с водой, даже если ты умеешь хорошо плавать. Чаще всего причиной утопления становится нарушение правил поведения на воде: неумение плавать, неосторожность, заплывания за буйки, купание в неизвестных водоёмах, купание в нетрезвом виде, купание в неблагоприятных климатических условиях и т.д.

Алгоритм оказания первой помощи:

Вынести пострадавшего из воды на берег и положить на бок; Вызвать скорую помощь, описав состояние пострадавшего и место, где он находится, и следовать рекомендациям врача; Если пострадавший в сознании, то его надо успокоить. Если же человек без сознания, то проверить ротовую полость на наличие песка, водорослей, мусора, рвотных масс; Проверить наличие пульса, сердцебиения и реакции зрачков на свет; Если пострадавший долгое время не приходит в сознание, нужно приступить к реанимации при утоплении;

Описание оказания первой помощи. Сначала нужно достать человека из воды. Для этого желательно подплыть к нему сзади, чтобы он в панике не схватил спасателя и не потянул за собой в глубину. Нужно взять утопающего за волосы или под руки со спины и плыть к берегу. Потом вынести на берег и положить человека на бок. Проверить ротовую полость; при наличии чужеродных тел — убрать их. Нужно убрать лишнюю жидкость в организме. Для этого надо надавить на корень языка и положить человека животом на собственное колено. Сделать толчок между лопатками в течение не более 15 секунд. Если жидкость не вышла, нужно быстрее перейти к искусственному дыханию и массажу сердца.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

1. Если у пострадавшего отёк лёгких, пострадавшего госпитализируют.

2. Во время транспортировки продолжают ИВЛ и все другие процедуры. Если был введён желудочный зонд, на время транспортировки его не извлекают. Если не была произведена интубация трахеи, транспортировать пострадавшего надо на боку без приподнимания головы.

3. В больнице исследуют газы крови, проводят рентгенографию грудной клетки и наблюдают за состоянием пострадавшего в реанимационном отделении как минимум в течение суток.

4. Если на КТ есть признаки отёка мозга или оценка по шкале комы Глазго равна 7 и меньше, то проводят гипервентиляцию лёгких, внутривенное введение маннитола или фуросемида.

Вывод. В большинстве случаев утопление происходит, потому что люди не соблюдают правил поведения на воде. Также из-за природных условий.

Человек тонет в среднем за 6–8 минут. Для избежания утопления надо успокоиться и позвать на помощь. Очень важно, чтобы скорая помощь вовремя прибыла на место, потому что это может повлиять на дальнейшее состояние здоровья человека.

Коростылёв Е. А.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КОНТУЗИЯХ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Научный руководитель: Стрельченко Ю. И.

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

Актуальность. Контузия глаза — это травма зрительного органа, в результате воздействия на него тяжелых тупых предметов или интенсивной механической силы. Травмы органа зрения в мирное время, в военное время, на производстве и в быту представляют собой тяжелую офтальмологическую патологию, часто ведущую к снижению или потере зрения, а нередко и к потере глаза. Закрытые травмы органа зрения составляют от 60 до 90% всех глазных травм. Контузии глаз приводят к стойкому снижению зрительных функций и инвалидности по зрению в 17–33% случаев. По степени тяжести повреждений глаз его контузии занимают второе место после проникающих ранений. Поскольку большую часть этих больных составляют лица трудоспособного возраста, то можно говорить о важном социальном значении данной проблемы. Своевременное оказание квалифицированной помощи способно предотвратить непоправимый вред органу зрения.

Причины возникновения неотложного состояния. Виды контузий органа зрения: детские, производственные, бытовые, боевые.

Детские контузии органа зрения составляют до 10% детской глазной патологии и приводят к одно- или двусторонней слепоте в 30–60% случаев. Такие контузии чаще встречаются в школьном возрасте. Предметы, которыми часто была нанесена контузия: снежки, мячи (во время спортивных игр), камни, линейки, пульки от пистолетов и т.д.

Боевые контузии органов зрения часто носят сочетан-

ный характер, что осложняет их течение, кроме глаз повреждаются многие части тела. Трудность таких контузий состоит в том, что часто происходит значительная степень разрушения век, орбиты и глазного яблока, а также осколки могут быть как целыми, так и множественными маленькими.

Производственные и бытовые контузии органа зрения (лёгкие) – поверхностные инородные тела или травматические эрозии роговицы и конъюнктивы, ожоги роговицы и конъюнктивы легкой степени. Тяжёлые – тяжёлые контузии, кровоизлияния в среды глаза, отрывы, разрывы, смещение содержимого глаза.

Бытовые контузии органа зрения часто связаны с домашним ремонтом, с кулинарными действиями и пр. При сборе анамнеза следует обращать особое внимание на обстоятельства контузии, чтобы определить возможное инфицирование или действие химического агента. Алгоритм оказания первой помощи. Первая помощь при контузиях органа зрения не подразумевает под собой медикаментозного вмешательства, так как некачественное оказание данного вида помощи может привести к тяжёлым последствиям для органа зрения. Промывать водой контуженный глаз нельзя. Самое простое, что можно сделать – уложить контуженого на спину, накрыть оба глаза чистым платком или другой тканью и зафиксировать повязку. При легких контузиях возможно прикладывание холода к пораженной части лица. Затем пострадавшего везут в ближайшее отделение травматологии. Если бригада скорой помощи по каким-то причинам не может прибыть на место происшествия – травмируемого нужно везти в положении полулежа. Только по прибытию в медучреждение квалифицированным персоналом определяется тяжесть состояния и дальнейшее лечение больного.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Для правильной постановки диагноза применяются следующие обследования:

1. Проверка остроты зрения.
2. Измерение внутриглазного давления.
3. Производится осмотр глаза в т.ч. с помощью щелевой лампы.
4. Производится осмотр глазного дна.
5. Рентгенография орбит.
6. Ультразвуковое обследование глаз.

Легкие контузии органа зрения лечатся амбулаторно. Лечение назначается по месту жительства. Применяются антибактериальные препараты, в виде глазных капель, мазей, противовоспалительные, противоотечные препараты, ангиопротекторы. Препараты применяются в виде капель и мазей, а также в виде таблетированных форм. В более сложных случаях применяются специализированные методы обследования такие как спиральная компьютерная томография орбиты. В сложных случаях при тяжелой контузии пациент подлежит госпитализации и получает консервативное лечение в том числе внутримышечные и внутривенные инъекции, а также специальные парабульбарные и субконъюнктивальные инъекций. В случае необходимости оперативное, комбинированное лечение.

Выводы. Одним из основных условий для оказания медицинской помощи пострадавшему является спокойствие и организованность. В 1953 году в г. Донецке был организован специализированный офтальмологический

центр на базе травматологической больницы. В наше время он занимает ведущее место в оказании квалифицированной помощи пациентам с травмой органа зрения, в том числе и с контузией глаз. Для нашего промышленного региона он играет важную роль так как занимается оказанием помощи больным с разными видами глазной травмы, в том числе бытовые, на производстве, дорожно-транспортные и к сожалению, в наше тяжелое время военные травмы. Важно отметить что помощь оказывается круглосуточно высококвалифицированным медицинским персоналом. Тысячам пациентов вернули одно из главных органов чувств – зрение.

Кудлюк А. Р.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УДУШЕНИИ (МЕХАНИЧЕСКАЯ АСФИКСИЯ)

Научный руководитель: Коляда А. Е.

МОУ «Лицей № 85» «Гармония», г. Горловка, ДНР

Актуальность: оказания первой доврачебной помощи играет важную роль по спасению жизни человека. По статистике 75% людей умирает из-за вовремя не оказанной первой помощи. В такие моменты каждая секунда дорога и нужно ее воспользоваться правильно – оказать доврачебную помощь. В настоящее время оказать доврачебную помощь сможет человек, который понимает, как устроен организм и знает элементарные правила оказания первой медицинской помощи.

Причины возникновения неотложного состояния. Причиной является механическая асфиксия-это частичная или полная закупорка дыхательных путей, и, если вовремя не оказать помощь, случится летальный исход. Асфиксия наступает чаще всего у грудничков, у пожилых людей, у людей, которые склонные к астме, у людей, страдающие эпилепсии, а также стать жертвами могут люди в состоянии алкогольного опьянения.

Алгоритм оказания первой помощи: есть несколько шагов, чтобы спасти человеку жизнь:

1. Успокоить человека
2. Обеспечить доступ кислорода
3. 5 ударов по спине

Если пострадавшему не стало лучше, прибегаем ко второму способу, а именно 5 нажатий на живот и звоните в скорую помощь.

Описание и оказания первой помощи. Первое, что должны сделать- успокоить человека. Придать пациенту положение облегчающее дыхание. Обеспечить доступ кислорода (расстегнуть рубашку, открыть окна, если есть кислородная подушка, то обязательно ею воспользоваться. Следующий шаг – 5 ударов по спине, если это не дало положительных результатов, то нужно сделать пять толчков в живот (встаньте сзади пострадавшего, обхватите его живот, наклоните его вниз, сожмите свой кулак и поместите его между пупком и грудиной, схватите руку другой рукой и резко потяните вовнутрь и вверх, цикл нужно повторить 5 раз). Если это не помогает, немедленно звоните в скорую помощь и продолжайте повторять циклы.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. При прогрессирующей механической асфиксии прогноз – имеется высокий риск летального исхода; при

затяжном же развитии — более благоприятный. Даже в тех случаях, когда прогноз более благоприятный и жизненные потребности восстановлены, последствия асфиксии могут о себе напомнить в последующие дни при приеме пищи. Исход асфиксии во многом зависит от своевременного проведения и объемом реанимационных мероприятий. Профилактикой асфиксии служит недопущение ситуаций, которые могут вызвать удушье: раннее лечение потенциально опасных заболеваний, предупреждение травм грудной клетки, аспирации жидких веществ и инородных предметов, суицидов; исключение контакта с токсическими веществами (в т.ч. лечение токсикомании и наркомании) и др. После перенесенной асфиксии больным нередко требуется тщательный уход и длительное наблюдение специалистов.

Вывод. Механическая асфиксия — очень страшное заболевание. Не зря с самого детства всем нам говорят, что есть нужно молча. Нужно быть очень осторожным, когда пьешь или ешь. Если не хотите повисить статистику смертности из-за удушья.

Кузнецова А. В.

ПЕРВАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Научный руководитель: Асатрян Л. И.

МОУ «Специализированная школа № 35», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Инфаркт миокарда — это тяжелое неотложное состояние, при котором приток крови к сердцу внезапно прекращается, обычно из-за тромба. Отсутствие или недостаток притока крови к сердцу может серьезно повредить сердечную мышцу.

Известно, что инфаркт является одной из наиболее распространенных причин смерти. По оценкам экспертов, ежегодно от него умирает около 4,3 млн. людей, в процентном соотношении это 48% от всех причин смерти. Ранняя диагностика, своевременная госпитализация и успешная неотложная помощь при инфаркте миокарда снижают смертность и инвалидность и улучшают исход дальнейшего лечения.

Симптомы: сильные спазмы, жгучая боль продолжительностью более 15–30 минут, локализация боли — за грудиной, может распространяться в шею, нижнюю челюсть, левое плечо и руку, боль возникает внезапно, обычно ночью или рано утром, повторный прием нитроглицерина не уменьшает боли, многие пациенты испытывают тревогу, чувство страха, предсмертное предчувствие.

Причины возникновения неотложного состояния.

1. Можно скорректировать или исключить: курение, высокий уровень холестерина липопротеинов низкой плотности в крови, артериальная гипертензия.
2. Менее подвержены коррекции: сахарный диабет, снижение уровня липопротеинов высокой плотности, ожирение, менопауза, употребление алкоголя, стресс, высококалорийные продукты и продукты богатые животными жирами, высокий уровень липопротеина (А) в крови, высокий уровень гомоцистеина.
3. Нельзя исправить или устранить: старость, мужской пол, наследственность.

Алгоритм оказания первой помощи.

1. Вызовите скорую.
2. Сядьте или лягте на кровать с приподнятым изголовьем, примите 0,25 г ацетилсалициловой кислоты (аспирина) и 0,5 мг нитроглицерина (под язык); освободите шею и обеспечьте приток свежего воздуха.
3. Если через 5–7 мин. после приема аспирина и нитроглицерина боль сохраняется необходимо принять нитроглицерин второй раз.
4. Если через 10 мин после второго приема нитроглицерина боли сохраняются, следует принять третью дозу нитроглицерина.
5. При появлении слабости, потливости, одышки лягте, поднимите ноги, выпейте стакан воды, нитроглицерин больше не принимайте.
6. Если вы принимали лекарства, снижающие уровень холестерина в крови из группы статинов, примите обычную дневную дозу и возьмите препарат с собой в больницу.

Описание оказания первой помощи. Порядок оказания доврачебной неотложной медицинской помощи при инфаркте миокарда, утвержденный приказом от 07.12.2017 № 2201 Министерства здравоохранения ДНР «Об утверждении документов в сфере оказания доврачебной неотложной медицинской помощи»:

1. Вызвать врача.
2. Обеспечить доступ свежего воздуха, физический и психический покой для снижения степени кислородного голодания, улучшения условий дыхания, снятия эмоционального напряжения.
3. Обеспечить больному удобное горизонтальное положение с приподнятой головой, для облегчения работы сердечной мышцы.
4. Измерить артериальное давление, пульс, частоту сердечных сокращений, частоту дыхания, температуру тела.
5. Обеспечить проведение и регистрацию ЭКГ для определения наличия и локализации инфаркта миокарда.
6. Обезболивающие средства, прописанные врачом, помогают облегчить боль.
7. Обеспечить венозный доступ для внутривенных препаратов и медикаментозной терапии.
8. Обеспечить ингаляцию кислородом, чтобы уменьшить гипоксию.
9. Согласовать с врачом дальнейшее лечение.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Дальнейшее лечение определяется стадией инфаркта миокарда. При остром периоде цель лечения — предотвратить увеличения очага омертвения миокарда. Важно восстановить кровоток по коронарным артериям и снять боль. При переходе в постинфарктный период цель терапии — снизить риск повторного приступа и возможных осложнений.

Режим после инфаркта требует исключить употребление высококалорийных продуктов, а также мучного, сладостей, соли, пряностей. Питание должно быть частым, небольшими порциями. Обязательно включение в рацион достаточного количества воды, клетчатки, полиненасыщенных жиров, витаминов группы С, Р, калия.

Вывод. Правильно оказанная первая помощь больному с инсультом напрямую увеличивает шансы пациента на выживание и снижает вероятность осложнений в будущем. Многие смертельные случаи происходят еще до

прибытия скорой. Поэтому очень важно научить пациентов распознавать первые признаки приступа и уметь помочь себе в начале ситуации.

Лисаченко И. И., Бачурин Д. А.

КАРДИОГЕННЫЙ ШОК

Научный руководитель: Складанная Е. В.

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

Актуальность. Кардиогенный шок является неотложным состоянием с одним из самых высоких уровней летальности. Даже при проведении интенсивной терапии госпитальная летальность превышает 80%.

Причины возникновения неотложного состояния. Кардиогенный шок, основе которого лежит гипоперфузия тканей за счет снижения сократительной активности миокарда, может иметь различную этиологию, но чаще всего является осложнением острого коронарного синдрома, в т.ч. с разрывом межжелудочковой перегородки и свободной стенки левого желудочка (80% случаев). Значительно реже причиной кардиогенного шока являются остро развившиеся клапанные пороки (например, митральная недостаточность) и декомпенсированная клапанная болезнь, гипертрофическая кардиомиопатия, тампонада сердца, обструкция выходного тракта, травмы, миокардиты, кардиомиопатии, аритмии, токсическое поражение миокарда.

Алгоритм оказания первой помощи. В первую очередь необходимо вызвать бригаду СМП. Уложить больного с приподнятыми ногами, обеспечить покой, при остановке сердца провести непрямой массаж сердца.

Алгоритм оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Бригадой СМП выполняется:

- обеспечение венозного доступа
- пульсоксиметрия
- ингаляция кислорода при снижении сатурации крови $\leq 94\%$
- внутривенное введение 0,9% натрия хлорида 500 мл со скоростью 20 мл/мин.
- допамин 200 мг в разведении натрия хлорида 0,9% — 250 мл в/в капельно (5–15 мкг/кг*мин)
- немедленная транспортировка пострадавшего в стационар больницы с оповещением приёмного отделения.

Алгоритм оказания квалифицированной медицинской помощи. В условиях стационара необходимо провести оксигенотерапию, катетеризацию центральной вены, введение допамина, левосимендана, вазопрессоров, антикоагулянтов, анальгетиков, диуретиков, милринона. В зависимости от причины развития кардиогенного шока показано выполнение чрескожного коронарного вмешательства, аорто-коронарного шунтирования, вальвулопластики, протезирования клапанов, внутриаортальная баллонная контрапульсация.

Рекомендации по дальнейшему лечению. В зависимости от причины развития кардиогенного шока показано выполнение чрескожного коронарного вмешательства, аорто-коронарного шунтирования, вальвулопластики, протезирования клапанов, внутриаортальная баллонная контрапульсация.

Вывод. Результат лечения кардиогенного шока во многом зависит от формы патологии и своевременности начатой терапии. Значительную роль в лечении играет догоспитальный этап в котором знания диагностики и навыки оказания первой медицинской помощи при кардиогенном шоке могут помочь пациенту и предотвратить развитие дальнейших осложнений.

Лознева М. П.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСЕ «ЧЁРНОЙ ВДОВЫ»

Научный руководитель: Малолеткина О. А.

МОУ «Лицей № 12», г. Донецк, ДНР

Актуальность. На территории Донецкой области водятся три вида ядовитых пауков: каракурт (он же «чёрная вдова»), тарантул и хирокантia. Наиболее опасным является укус каракурта, который чрезвычайно болезненный и несет смертельную опасность, так как яд паука в 15 раз токсичнее яда гремучей змеи и без своевременно оказанной медицинской помощи, может привести к летальному исходу.

Причины возникновения неотложного состояния. В состав яда входят нейротоксины белковой природы: а-латротоксин, гиалуронидаза, фосфодиэстераза. Механизм действия вещества заключается в распространении его по сосудам лимфатической системы и блокировки работы нервных клеток, в результате повреждения синапсов двигательных нейронов. Возникшие спазмы перерастают в приступы судорог различных групп мышц организма.

После укуса у пострадавшего можно наблюдать следующие симптомы:

1. Покраснение, отек вокруг места укуса с характерными отпечатками от хелицер в виде двух точек.
2. Ярко выраженные болевые ощущения быстро распространяющиеся от очага возникновения к мышцам живота, груди или спины.
3. Общие симптомы в виде озноба, боли возле сердца, слабости, тошноты, рвоты, затруднённого дыхания.
4. Тремор и судороги конечностей.

Алгоритм и описание оказания первой помощи. Доврачебная помощь должна начинаться сразу после укуса «чёрной вдовы». Как можно быстрее необходимо вызвать скорую медицинскую помощь. По правилу П. И. Мариковского- не позднее 2-х минут после укуса паука попытайтесь самостоятельно инактивировать яд. Это возможно в том случае, если вы прижжёте поражённый участок сигаретой или воспламеняющейся головкой спички.

Ещё есть один из способов оказания помощи- выдавливание яда, предварительно захватив место укуса в складку и ритмичными надавливаниями удалить содержимое. Попробуйте обездвижить конечность, не используя тугих и давящих повязок. На место укуса наложите холодный компресс, который будет препятствовать распространению яда по организму. В некоторых случаях рекомендуется потерпевшего напоить горячим питьем и, если есть характерные признаки озноба, восстановить терморегуляцию организма, используя подручные тёплые вещи.

Первая врачебная помощь заключается в следующем:

1. Госпитализация в стационарное отделение больницы.
2. При сильных болевых ощущениях рекомендуется использовать обезболивающие наркотические препараты.
3. Дезинтоксикационная терапия

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Дальнейшее лечение пострадавшего основано на введении внутримышечно антитоксической гипериммунной противокаракуртовой сыворотки по методу Безредко с обязательным использованием антигистаминных и противостероидных препаратов.

Вывод. При правильном и своевременном лечении у большинства пациентов наблюдается полное выздоровление, поэтому прогноз при этой патологии, в целом, благоприятный. Будьте бдительны при прогулках по лесу, парку, во время работы на дачных участках. Пауки обычно не нападают на людей без причины.

Лютая К. Э.

ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

*Научный руководитель: Ткаченко Д. А.
МОУ «Школа № 116», г. Донецк, ДНР*

Актуальность темы определяется неспособностью оказать первую помощь. Это приводит к серьёзным осложнениям, замедляющим выздоровлению пострадавшего. Неоказание первой помощи приводит к тяжёлым последствиям, вплоть до летальных случаев.

Причины возникновения неотложного состояния. На состоянии здоровья человека значительно сказываются высокие температуры:

Учащение пульса и дыхания — человек может ощущать недостаток воздуха.

Чрезмерная потливость при постоянной жаре способна привести к расстройству водно-солевого баланса и обезвоживанию. Из-за сильной жары кровь в мозг поступает меньше, из-за этого возможны нарушения мозгового кровообращения.

Жара также способна вызывать стрессовые состояния, бессонницу.

Почему жара особенно опасна для здоровья:

1. Сердечно-сосудистая система в периоды жаркой погоды испытывает больше нагрузок, поэтому в летнее время чаще возникают: гипертонический криз, сердечный приступ, инфаркт. Жаркая погода будет повышать кровяное давление, наряду с учащенным сердцебиением, одышкой, стеснением в груди, приступами стенокардии и острой болью в груди.
2. Жаркая погода особо опасна для людей, страдающих такими заболеваниями как: бронхиальная астма, пневмония, обструктивный бронхит.
3. Тепловой и солнечный удар — являются одинаково опасными состояниями для жизни. Без своевременно оказанной помощи, они могут вызвать инсульт, кому и смерть.

Алгоритм и описание оказания первой помощи. В первую очередь помощь оказывают тем, кто задыхается, у кого внешнее кровотечение, недержание грудной клетки или брюшной полости, бессознательное или серьёзное состояние.

1. Убедись, что вам и пострадавшему ничего не угрожает. Используй медицинские перчатки, чтобы защитить пострадавшего от биологических жидкостей. От-

несите пострадавшего в безопасное место.

2. Определи самостоятельного дыхания, наличие пульса, реакции зрачков на свет.

3. Обеспечь чистоту дыхательных путей.

4. Восстанови дыхание и сердечную деятельность искусственным дыханием и непрямой массажем сердца.

5. Останови наружное кровотечение.

6. Наложил герметизирующую повязку на грудную клетку при проникающем ранении.

Только после остановки внешнего кровотечения, дыхания и восстановления сердцебиения выполните следующие действия:

7. Вызови скорую помощь. Наложил асептическую повязку на раны.

8. Обеспечь неподвижность частей тела в местах перелома.

9. Приложи холод к больному месту.

10. Уложи в сохраняющее положение, защити от переохлаждения, дай теплое или сладкое питье (не поить и не кормить при отсутствии сознания и травме живота).

Каждый человек обязан знать и уметь оказывать первую помощь. В связи с этим первую помощь можно разделить на специальную, санитарную и неквалифицированную. Жизнь и здоровье пострадавшего во многих ситуациях зависит от первой помощи, оказанной людьми без специального медицинского образования; поэтому каждый гражданин должен знать суть, принципы, правила и последовательность оказания первой помощи. Это необходимо тех случаях, когда возникает необходимость оказать первую помощь самому себе, в таком случае это будет называться «самопомощь».

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

На эту часть работы сложно дать определенный ответ, ведь дальнейшие рекомендации будут зависеть от того, что же именно произошло с пострадавшим и какой диагноз ему поставят квалифицированные специалисты. А также дальнейшее лечение будет зависеть от тяжести возникшего состояния, ведь солнечный и тепловой удары могут проявляться в разных степенях тяжести. Если не возникает критических симптомов и не требуется лечение в стационаре, то пострадавшему будет достаточно в домашних условиях полноценно питаться, много отдыхать и спать, а также пить достаточное количество жидкости.

Вывод. Оказывая первую помощь, не навредите человеку, которому хотите помочь. Не забывайте о том, что ваша помощь очень важна, но основная задача — это оказать первую помощь, а дальнейшие действия должны выполнять специалисты.

Так что, несмотря ни на что, постарайтесь сохранить самообладание. Помните, что самое главное для вас: оказать помощь тем, кто попал в беду. Будет зависеть многое от вашего поведения, верных и активных действий.

Майоров С. И., Гужвенко Е. И.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ

Научный руководитель: Гужвенко Е. И.

Рязанское гвардейское высшее воздушно-десантное командное училище имени генерала армии В. Ф. Маргелова, Рязань

Актуальность. Кровотечение — истечение крови из кровеносных сосудов из-за нарушения их целостности. Кровотечение — одно из самых распространённых и опасных повреждений, появляющееся при ведении боя. Не смотря на то, что кровь имеет такую существенную характеристику как способность к свертыванию, раны, полученные на поле боя, могут стать причиной смерти именно из-за несвоевременного или неквалифицированного оказания помощи раненному и большой кровопотери. Кроме того, кровотечение является чрезвычайно опасным осложнением ранений и травм, поэтому знание видов кровотечений и способов их остановки является жизненно необходимым для всех граждан вне зависимости от образа жизни и рода занятий.

В современной медицине различают пять видов кровотечений: артериальное, венозное, капиллярное; паренхиматозное (характерно для ранения печени, селезенки, легкого) — кровотечение, при котором выделяется кровь разного цвета (алая и темно-красная) по всей поверхности раны, смешанное кровотечение — сочетание венозного с артериальным, капиллярного и венозного и т.д. Также кровотечения подразделяют на внутренние и наружные.

Временная остановка кровотечения при ранениях осуществляется на поле боя, то есть вне лечебного учреждения и носит характер первой помощи пострадавшему, что является необходимым условием для транспортировки его на место, где может быть произведена окончательная остановка кровотечения.

Выявление наружного кровотечения не представляет затруднений, поскольку источник виден невооруженным глазом. Выявление внутренних кровотечений уже более затруднительно и требует более глубоких познаний в области медицины.

Чаще всего кровотечения во время боевых действий возникают из-за попадания осколков, картечи или пуль на фоне появления рваных ран. С внутренним кровотечением ситуация обстоит сложнее, так как оно может появиться не только вследствие перебития осколками и пулями внутренних органов и сосудов, но и из-за броневой травмы (случай, когда средства индивидуальной бронезащиты останавливают пулю, но их кинетическая энергия передаётся дальше и может разорвать внутренние органы или повредить сосуды).

Алгоритм первой помощи при кровотечениях в полевых условиях выглядит так:

1. Удостовериться в безопасности для себя и пострадавшего, то есть уйти из под обстрела, проверить ближайшую местность на отсутствие неразорвавшихся взрывных устройств, мин и так далее.
2. При артериальном кровотечении нужно незамедлительно наложить жгут. При ранении крупных сосудов возникает сильнейшее кровотечение, которое приведет к гибели в считанные минуты при несвоевременном наложении жгутов и повязок. Штатные резиновые жгуты должны быть у каждого военнослужащего, но при его отсутствии можно использовать закрутку, подручные средства, такие как: шнурки, ремень, бандана. После наложения жгута сделать давящую повязку и придать кровоточащему органу по возможности возвышенное положение. По возможности обработать рану штатными средствами. Использование лекарственных растений при артериальных кровотечениях малоэффек-

тивно, главное — наложение жгута.

3. При венозном кровотечении сразу накладывает давящую повязку и рана обеззараживается.

4. Помощь при капиллярных кровотечениях оказывается так же, как и при венозных.

5. При внутреннем кровотечении нужно обеспечить максимально возможную иммобилизацию пострадавшего, не давать ему ничего пить и есть и, как можно быстрее, доставить его на этапы эвакуации.

Для остановки небольших кровотечений и заживления ран в полевых условиях при отсутствии аптечки применяют следующие растения: листья и свежий сок подорожника, крапиву, гриб-дождевик, листья полыни, мох сфагнум, пух иван-чая, белую сердцевину камыша (вместо ваты), сок медуницы вместо йода), горец почечуйный, птичий или перечный, сушеницу топяную, листья мать-и-мачехи, цветы пижмы, живицу кедра, паутину. После оказания первой помощи пострадавшие отправляются на этапы эвакуации в зависимости от степени тяжести повреждений.

Вывод. Исходя из вышеперечисленного, можно сделать вывод, что первая помощь при кровотечениях в полевых условиях практически не отличается от стандартных способов её оказания, за исключением возможного отсутствия специальных средств (жгуты, бинты, антисептики) либо знаний человека, оказывающего первую помощь. Развитие данной темы — специальные средства, используемые для оказания помощи при кровотечениях на поле боя.

Малык Н. В.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ И КРОВООБРАЩЕНИЯ

*Научный руководитель: Булеева Л. В.
МОУ «Школа № 105» г. Донецк, ДНР*

Актуальность. Актуальность данной темы обусловлена тем, что своевременное оказание первой медицинской помощи может оказать решающее значение в сохранении здоровья и жизни потерпевшего.

Именно временной фактор является ключевым моментом. В реальной жизни помочь потерпевшему сможет лишь человек, который знает приемы первой помощи и может применить их на практике.

Причины возникновения неотложного состояния. Неотложные состояния — совокупность симптомов, которые требуют оказания первой или неотложной медицинской помощи, либо же госпитализации потерпевшего.

Остановка сердца возникает в следствие асистолии или фибрилляции сердечной мышцы. Асистолия бывает первичной и вторичной. После первичной асистолии резервные возможности для оживления организма сохраняются, после вторичной же — резервы отсутствуют, что крайне уменьшает шансы на удачную реанимацию. Остановка дыхания — прекращение газообмена в легких длительностью от 5 минут, которое может привести к повреждению жизненно важных органов человека, в том числе головного мозга. Вслед за данным состоянием в подавляющем большинстве случаев наступает остановка сердца, если врачам не удастся восстановить дыхание человека.

Причиной остановки дыхания взрослого человека или

ребенка может быть обструкция дыхательных путей, подавление дыхания при мышечных или неврологических расстройствах.

Наиболее часто остановка кровообращения бывают из-за:

- Ишемической болезни сердца;
- Патологии сердечных клапанов;
- Инфаркта миокарда, миокардита, эндокардита;
- Аритмии;
- Стенокардии, спазма артерий сердца;
- Тампонады сердца.

Кислородное голодание, которое нередко является причиной внезапной смерти чаще всего бывает из-за:

- Рефлекторной остановки сердца, его травмы;
- Острой дыхательной недостаточности;
- Шокового состояния;
- Повреждения электрическим током;
- Отравления, передозировки препаратами, алкоголем или наркотиками;
- Утопления.

Алгоритм оказания первой помощи. Проведение сердечно-легочной реанимации (СЛР):

На месте события участник оказания первой помощи сперва должен проверить безопасность для себя и потерпевшего. Затем нужно удостовериться в отсутствии сознания у потерпевшего. Если признаков сознания не наблюдается, требуется определить наличие дыхания: проверить присутствие самостоятельных дыхательных движений, придвинуться к лицу потерпевшего с целью определения вдоха и выдоха, но можно использовать и другие техники. Также следует установить наличие пульса на сонных артериях шеи или других участках. При отсутствии дыхания и сердцебиения у потерпевшего следует в срочном порядке вызвать скорую медицинскую помощь.

Одновременно с вызовом скорой медицинской помощи требуется начать оказывать первую помощь.

Описание оказания первой помощи. Сперва участнику оказания первой помощи нужно приступить к надавливанию руками на грудь потерпевшего, которого располагают лежа на спине, поместив на твердую поверхность. Ладонь одной руки участника оказания помощи основанием помещается на середину грудной клетки потерпевшего, вторую руку размещают сверху первой, кисти рук складывают в замок, руки выпрямляют в локтях.

Надавливание руками на грудь потерпевшего производится весом тела глубиной на 5–6 см и с частотой 100–120 в минуту. После 30 надавливаний на грудную клетку потерпевшего следует сделать искусственное дыхание «Рот-ко-рту»: запрокинув голову пострадавшего, поднимают подбородок, зажимают его нос, делают два вдоха искусственного дыхания. Следует сделать вдох, обхватив своими губами рот потерпевшего и выполнить выдох в его дыхательные пути в течение 1 секунды. Ориентир достаточного объема вдвухаемого воздуха — начало подъема грудной клетки. Далее нужно дать потерпевшему совершить пассивный выдох, затем повторяют вдох искусственного дыхания. На 2 вдоха должно быть затрачено не более 10 секунд.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Самое главное — правильно оценить степень тяжести пострадавшего, проверив наличие дыхания и сердцебиения. В зависимости от причин возникновения неотлож-

ного состояния и его степени тяжести будут различаться и рекомендации. Однако, однозначно необходимо наблюдение квалифицированного врача. Самолечение может привести к рецидиву.

Вывод. По статистике очень часто гибель людей наступает вследствие несвоевременного оказания первой медицинской помощи. Поэтому знание алгоритмов её оказания является одним из важнейших, ведь спасение жизни человека — это первостепенная задача каждого!

Матвеева Е. В.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ (ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА)

Научный руководитель: Свєргун В. П.

МОУ «Школа № 3», г. Докучаевск, ДНР

Актуальность. Диабетический кетоацидоз (ДКА) — острое метаболическое осложнение сахарного диабета. Заболевание потенциально опасное и всегда требует срочных действий и госпитализации. Смертность при наступлении кетоацидотической комы выше 16%. Больной может жить с высокой гипергликемией до нескольких дней, но метаболические изменения при ДКА проявляются очень быстро, особенно у детей.

Причины возникновения неотложного состояния. Диабетический кетоацидоз (ketoacidosis diabeticum) — ацидоз, обусловленный избыточным содержанием в крови кетоновых тел (ацетоуксусной, β-оксимасляной кислот и ацетона), возникающий у больных сахарным диабетом в связи с неправильностью проводимой терапии, переизбытком углеводов и жирной пищи, алкоголизмом, инфекционными заболеваниями, протекающими с лихорадкой, почечной недостаточностью, панкреатитом, стрессом. Заболевание может протекать поэтапно: легко и тяжело. Кетоацидоз развивается постепенно, в начале развития симптомы первичные: жажда, сухость во рту, высокий уровень глюкозы в крови, тошнота и болевые ощущения в области надчревя. При тяжёлом протекании: сухость кожи, понижение тонуса глазных яблок, аритмия, резкий запах ацетона, боль в области живота. Проявлением осложнения кетоацидоза является отёк головного мозга.

Алгоритм оказания первой помощи. При появлении предвестников, необходимо уточнить обстоятельства, спровоцировавшие декомпенсацию диабета. Внутривенно ввести инсулин в дозах, корректирующих гипергликемию. Больному придать горизонтальное положение (если больной тучный — можно полулежа). Контролировать артериальное давление и частоту пульса (каждые 10–15 минут). До приезда скорой медицинской помощи начать регидратационную терапию изотоническим раствором хлористого натрия 0,9% — 400 мл. в/в капельно (в объеме 1 литр/час). При снижении артериального давления ввести в/в 2 мл. 25% кордиамина. Госпитализировать больного.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Больному необходимо устранить инсулиновую недостаточность, восстановить электролитный баланс, выявить и лечить сопутствующие заболевания (инфекционные), спровоцировавшие диабетический кетоацидоз. После полного восстановления сознания, способности

глотать, в отсутствие тошноты и рвоты — дробное щадящее питание с достаточным количеством углеводов и умеренным количеством белка (каши, картофельное пюре, хлеб, бульон, омлет, разведенные соки без добавления сахара). Через 1–2 суток от начала приема пищи, в отсутствие острой патологии желудочно-кишечного тракта, — переход на обычное питание, характерное для болеющих сахарным диабетом.

Вывод. Заболеваемость диабета растёт во всём мире, и стала проблемой здравоохранения. Заболевание может вызвать не только осложнения, но и привести к преждевременной смерти. Эффективные меры (контроль уровня глюкозы, сочетание рациона питания, физическая активность и поддержание медикаментозной терапии) способны улучшить состояние здоровья, не привести к диабетическому кетоацидозу.

Матвиенко Е. Д.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛИНОВОМ ШОКЕ

Научный руководитель: Баландина К. В.

МОУ «Специализированная физико-математическая школа № 17», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Сахарный диабет по праву считается глобальной медицинской проблемой XXI века, четвертым после малярии, туберкулеза и СПИДа социально значимым заболеванием, отметила ООН. Исходя из последних данных ВОЗ, сахарным диабетом в мире болеют более 422 миллионов человек. Ожидается, что к 2030 году их число достигнет 552 миллиона. По мнению ученых уже через 20 лет сахарным диабетом будет страдать каждый десятый житель планеты. При развитии данного заболевания существует риск возникновения сахарного криза (инсулинового шока), требующий оказания незамедлительной помощи.

Причины возникновения неотложного состояния. Инсулиновый шок, также известный как «диабетическая гипогликемия», — это состояние, при котором уровень сахара в крови человека, страдающего сахарным диабетом, падает до очень низкого уровня. Причины возникновения данного состояния могут быть весьма разнообразными: пропуск приема пищи или неправильное питание, слишком высокая физическая нагрузка, прием некоторых лекарств и препаратов, употребление алкоголя, несвоевременный прием инъекций инсулина и даже такой фактор, как жаркая погода.

Алгоритм оказания первой помощи:

- 1) Незамедлительный прием углеводов.
- 2) Перемещение в устойчивое положение набок.
- 3) Контроль состояния.
- 4) Вызов бригады скорой помощи.
- 5) Реанимационные действия (при отсутствии дыхания или сердцебиения).

Описание оказания первой помощи. При легкой диабетической гипогликемии (не требующей помощи другого лица): прием 1–2 ХЕ быстро усваиваемых углеводов: сахар (3–5 кусков по 5 г, лучше растворить), или мед или варенье (1–1,5 столовых ложки), или 100–200 мл фруктового сока, или 100–200 мл лимонада на сахаре, или 4–5 больших таблеток глюкозы (по 3–4 г), или 1–2 тубы с углеводным сиропом (по 13 г). При тяжелой

диабетической гипогликемии (потребовавшей помощи другого лица, с потерей сознания или без нее): внутривенное введение глюкозы (используется 40-процентный раствор в количестве 60 мл (первая доза), после чего производятся капельные инъекции 5% раствора данного вещества); инъекции глюкагона (допускается внутримышечное или внутривенное струйное введение 2 мг вещества); укол гидрокортизона (вводится внутривенно — от 50 до 100 мг за 1 инъекцию).

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Избежать инсулинового шока помогут правильное питание и внимательное отношение к своему здоровью. Убедитесь, что вы вовремя принимаете подходящую пищу, регулярно вводите достаточное количество инсулина и умеренно занимаетесь спортом. Предупредите родных и знакомых о своем заболевании, а выходя из дома всегда имейте при себе быстродействующие углеводы, поскольку даже такие незначительные мелочи иногда могут спасти Вашу жизнь.

Вывод. Инсулиновая кома представляет собой тяжёлое патологическое состояние. В большинстве случаев данный синдром развивается быстро и напрямую угрожает жизни человека, именно поэтому всем нам необходимо знать, как правильно и быстро оказать доврачебную помощь больному.

Мирошник Д. Р.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ УДАРЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

Научный руководитель: Гончарова Л. В.

МОУ «Средняя школа № 47», г. Макеевка, ДНР

Актуальность. По статистике каждый год от поражения током гибнет до 30000 человек. До прибытия скорой помощи необходимы начальные простейшие меры помощи. Требуется не только знания правил оказания помощи, но и уметь быстро сориентироваться в ситуации. Паника — твой главный противник.

Бывает очень много неотложных ситуаций, которые требуют чёткого и правильного представления о них и правильной постановки алгоритма всех действий на их решение. Правильное оказание первой помощи предотвратит, как инвалидность, так и летальный исход. Причины возникновения неотложного состояния: неисправность приборов или средств защиты; замыкание фазовых проводов на землю; нарушение техники безопасности.

Симптомы: внешние: выраженные сокращения мышц непроизвольного характера, потеря сознания, ожоги на коже с чёткими границами; внутренние: поражение нервов и расстройство работы ЦНС, сбой сердечного ритма, торможение или полная остановка дыхательной деятельности, травма среднего уха.

Алгоритм оказания первой помощи:

1. Обезопасить место проведения реанимационных мероприятий.
2. Вызвать скорую помощь. Пострадавший нуждается в помощи специалистов в любом случае.
3. Оценить состояние пострадавшего. Для этого необходимо произвести следующие мероприятия: — проверить пульс; — проверить дыхание;

— проверить фотореакцию зрачков;

Отсутствие всех вышеупомянутых признаков свидетельствует о клинической смерти пострадавшего.

4. Дальнейшие мероприятия зависят от исхода данного события:

1) Если пострадавший находится в сознании, но до этого был в состоянии обморока, то: его следует уложить в удобное положение (подстелить под него и накрыть его сверху чем-либо из одежды), обеспечить полный покой. Нельзя позволять пострадавшему двигаться.

2) Если пострадавший находится в бессознательном состоянии, но с сохранившимся устойчивым дыханием и пульсом, то: его следует ровно уложить, расстегнуть одежду, создать приток свежего воздуха, обрызгивать его водой и обеспечить полный покой.

3) Если пострадавший не дышит, то: ему следует делать искусственное дыхание. Если мы не чувствуем пульса у пострадавшего, то: ему следует делать непрямой массаж сердца.

Для того, чтобы начать проводить искусственное дыхание и непрямой массаж сердца, необходимо:

— восстановить проходимость дыхательных путей;

— положить на рот пострадавшего платок. Зажать нос пострадавшего большим и указательным пальцем и глубоко вдохнуть, плотно прижав губы ко рту пострадавшего. Сделать выдох в рот пострадавшего. Первые 5–10 выдохов должны быть быстрыми (за 20–30 секунд), затем — 12–15 выдохов в минуту;

— определить расположение у пострадавшего мечевидного отростка. Отмерить 2–4 см вверх от мечевидного отростка — это точка компрессии.

— положить основание ладони на точку компрессии, стоя на коленях слева от пострадавшего. Руки не сгибать в локтях. Надавливания проводятся строго основанием ладони. Частота надавливаний — 100–120 в минуту. При этом грудная клетка должна прогибаться на 4–5 см. Порядок проведения сердечно-легочной реанимации одним спасателем такой: 30 компрессий; 2 вдоха через рот или нос. Непрямой массаж сердца целесообразно выполнять в первые 3–10 минут после остановки у человека сердца и дыхания. Массаж непрямого типа и дыхание «рот в рот» выполняют не менее тридцати минут до тех пор, пока сердечная функция пациента не возобновится. Если больной не подает признаков жизни в ответ на реанимационные меры, требуется дожидаться приезда фельдшеров.

5. Обеспечить пострадавшему физический и психологический комфорт, дожидаться прибытия специалистов. Вывод. Методы оказания первой помощи направлены на сохранения жизни до прибытия скорой помощи. Промедление и длительная подготовка приведут к гибели пострадавшего. Тема остается актуальной, каждому необходимо знать правила оказания первой помощи.

Мокрецова О. С.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ

Научный руководитель: Жихарева В. Н.

МОУ «Средняя школа № 50», г. Макеевка, ДНР

Актуальность. Суицидальное поведение является острой проблемой современного мира. По статистике

в мире каждые 40 секунд совершается один суицид, а ежегодно происходит всего около 1 млн. суицидов и примерно в 10 раз больше суицидальных попыток. При этом мужчины совершают суициды вдвое чаще, чем женщины, а женщины в четыре раза чаще совершают покушения на самоубийства, чем мужчины.

Суицидальное поведение — проявление суицидальной активности: фантазии о своей смерти, мысли или действия самоповреждения или самоуничтожения.

Причины возникновения неотложного состояния.

Обычно мотивы суицидального поведения связаны с попыткой повлиять на социальное окружение или избавления от страдания, страха и других тяжелых переживаний, однако их нельзя сводить только к этому. Основные факторы:

- Психические расстройства — являются причиной большинства попыток самоубийства у взрослых людей. Это глубокая депрессия, шизофрения, биполярное расстройство, стрессовые расстройства зависимость от алкоголя или наркотических веществ.

- Суицидальное поведение биологических родственников.

- Тяжёлые болезни (заболевания сердца, сосудов, травмы, наследственные заболевания, онкология, поражения нервной системы и т.д.).

- Семейное положение — одиночество, отсутствие детей, супруга.

- Потеря работы, снижение социального статуса.

- Смерть близких, тяжёлые конфликты, уголовная ответственность и другие кризисы.

Алгоритм и описание оказания первой помощи:

1. Установить, жив человек или нет (найти пульс, определить дыхание);

2. При повешении нужно встать на табуретку или стул и вытащить из петли пострадавшего или просто перерезать верёвку. Для приведения в чувство потерявшего сознание необходимо:

- поднять ему ноги вверх, чтобы голова оказалась ниже ног;

- Если запал язык нужно разжать челюсти и вытащить его;

- Если остановилось сердце, нужно провести непрямой его массаж с искусственной вентиляцией легких: уложить пострадавшего на спину; на рот накинуть платок или любую неплотную ткань; голову разогнуть, закрыть крылья носа, вдыхать воздух в рот (12–15 дыхательных движений в минуту). Оказывающий помощь сильно надавливает на грудину, используя собственный вес;

- При восстановлении кровообращения, дыхания, реанимацию прекращают. Проверять пульс через 1–2 минуты.

3. Утопление. Человека нужно очень быстро вытащить на сушу. Перевернуть на живот и положить так, чтобы область желудка лежала на возвышении, выше головы и ягодич. Следует вызвать рвотный и кашлевой рефлекс чтобы вода отошла из дыхательных путей и желудка (энергично нажимать на спину и заднюю поверхность реберных дуг пострадавшего, раздражать корень языка). После следует провести реанимацию так же, как в случае удушья при повешении.

4. Кровопотеря. При венозном кровоизлиянии, следует перетянуть место ниже раны, при артериальном — выше. На рану нужно наложить стерильную повязку. Если име-

ется глубокая рана туловища или шеи, то следует затампониовать ее, туго введя в рану стерильный бинт. При ранениях живота пострадавшего положить на бок с поджатыми к животу коленями и до приезда медиков плотно зажимать рану кулаком, чтобы сдавить крупные сосуды брюшной полости, которые могут быть повреждены. Если у пострадавшего имеется ранение грудной клетки, нужно плотно закрыть отверстие резиновым кругом или полиэтиленовой пленкой.

Рекомендации по дальнейшему лечению. При суицидальном поведении необходимо назначить психиатрическую помощь, ограничить доступ к способам совершения суицидных действий и наладить контакт с родственниками человека и другими эмоционально значимыми лицами.

Вывод. Суицидальное поведение является сложным явлением, причины которого во многом обусловлены социальными и психологическими проблемами. Первичное кризисное вмешательство, проведенное социальным работником, и своевременная организация консультативной помощи других специалистов могут способствовать снижению риска суицида человека, переживающего кризис.

Мороз Б. А.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ

Научный руководитель: Письменикова Л. Н.

МОУ «Школа № 88 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Одним из распространенных осложнений в терапевтической практике является отек легких. Это патологическое состояние, которое характеризуется выходом транссудата в легочную ткань. В результате нарушается газообмен, что приводит к серьезнейшим последствиям вплоть до летального исхода. Раннее выявление и устранение причины осложнения, позволяет увеличить шансы на благополучный исход заболевания.

Причины возникновения неотложного состояния. В 23% случаев отек легких возникает при острой сердечной недостаточности, а также при эмболии сосудов малого круга кровообращения. Отек легких может быть осложнением тяжелых инфекций и интоксикаций (корь, скарлатина, брюшной тиф, чума), обструкции воздухоносных путей, почечной и печеночной недостаточности. Также особое место в развитии отека легких занимает ингаляционное воздействие промышленных ядов, раздражающих газов: хлора, метана, фосгена, фреона, паров аммиака, синильной, уксусной, масляной и минеральных кислот. Отек легких нередко возникает при передозировке ряда лекарственных соединений: наркотиков, снотворных, препаратов, угнетающих сократительную функцию миокарда.

Алгоритм и описание оказания первой помощи. Основными проявлениями отека легких являются: ощущение сдавления в грудной клетке, одышка, затрудненность вдоха и выдоха, влажный кашель с пенистой мокротой, тахикардия, холодный пот, ощущение нехватки воздуха, головокружение, паника, бледность кожных покровов. Человек в подобном состоянии требует незамедлительной медицинской помощи.

До приезда скорой медицинской помощи необходимо придать пострадавшему полусидячее положение, при

котором поступление воздуха в дыхательные пути осуществляется легче. Под спину можно подложить подушки. Затем нужно убрать все предметы, которые могут затруднять дыхание, такие как галстук или рубашка. В помещении необходимо открыть окна для поступления свежего воздуха. Если в верхних дыхательных путях есть слизь, пена, инородные тела их необходимо удалить. Затем произвести спиртовые ингаляции. Спирт будет гасить пену и обеспечивать доступ воздуха в легкие.

До приезда скорой медицинской помощи необходимо контролировать дыхание, пульс, артериальное давление (АД). Полученные данные необходимо фиксировать, чтобы после передать их врачу.

Дальнейшие действия по устранению неотложного состояния должна осуществлять бригада скорой медицинской помощи. Алгоритм оказания догоспитальной помощи зависит от причины возникновения состояния. Пострадавшему надевают кислородную маску (кислород должен содержать спирт), вводят инъекции растворов, таких как «Лазикс» (уменьшает нагрузку на малый круг кровообращения), «Эуфиллин» (показан при бронхоспазме и брадикардии).

В случае наличия болевого синдрома вводят анальгетики. Все препараты вводятся в зависимости от физиологических показателей (пульс, АД, сатурация). Пациента доставляют в лечебное учреждение, где диагностируется непосредственная причина возникновения неотложного состояния, назначается направленное лечение.

Вывод. Умение оказать первую помощь важнейший навык в жизни каждого человека. В основе оказания первой доврачебной помощи лежат следующие принципы: быстрота, правильность, слаженность действий. При любых острых патологиях деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем важно своевременно начать оказание первой помощи, что поможет «выиграть время» до приезда скорой медицинской помощи и избежать дальнейших осложнений. В экстренной ситуации любой из нас может спасти чью-то жизнь.

Николаева Е. И.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

Научный руководитель: Андреева Е. А.

МОУ «Технический лицей города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Несмотря на то, что сейчас технологии везде и всюду, правилами пользования электроприборами пренебрегают. На данный момент электротравмы (поражение организма током, с последующим повреждением тканей и клеток) составляют 3% от общего числа травм, из которых 12% смертельные.

Принято считать электротравмы на 1 миллион жителей. В России данный показатель 8, а в промышленно развитых странах это показатель — 3. Наиболее высокий шанс получения электротравмы в быту-40%, на химическом производстве — 13%, в легкой промышленности- 17%, а электрохимической —14%. По статистике в Москве от поражения электрическим током умирают около 40 человек в год.

Причины возникновения неотложного состояния. При-

чинами электротравм чаще всего является:

- халатность людей или не исправность оборудования на предприятиях или в быту
- прикосновение к токоведущим частям, изоляция которых повреждена.
- прикосновения к проводникам электроэнергии находящимся под током.
- отсутствие или нарушение защиты.
- воздействия шагового напряжения.
- удар молнии.

Поражение молнией – поражающее действие атмосферного электричества, которое обусловлено, в первую очередь, очень высоким напряжением (до 10000000 В) и мощностью разряда и, наряду с электротравмой, пострадавший может быть отброшен воздушной взрывной волной и получить механические повреждения и ожоги.

Алгоритм оказания первой помощи.

- отключить подачу электричества.
- изолировать пострадавшего от источника электричества.
- оценка состояния пострадавшего.
- оценка и помощь при сильных ожогах.
- проверка наличия пульса.
- уложить в безопасное положение

Описания оказания первой помощи.

— Прекратить подачу электричества путём конфискации у пострадавшего токопроводящего предмета, обеспечение дальнейшей безопасности спасателя и пострадавшего.

— Следует оттащить пострадавшего от места получения удара током. Делать надо схватившись за сухую часть одежды, одной рукой не касаясь тела.

— Если пострадавший без сознания, проверить наличие дыхания.

— При асфиксии- ИВЛ доступным образом.

— Купируйте судорожный синдром или судорожную готовность, при наличии.

— На ожоги при электротравме, следует наложить повязку обязательно сухую и чистую. При ожоге стоп или кистей, между пальцами стоит положить свёрнутые бинты.

— Проверить наличие пульса, если пульс отсутствует в течении 7 секунд, как можно быстрее приступить к выполнению комплекса СЛМР по правилу ABC, периодически (через каждые 2 минуты) проверяя появление пульса на сонных артериях.

— Если у пострадавшего пульс и дыхание, обеспечить ему безопасное положение. Возможно принятие седативных препаратов. До приезда скорой помощи контролировать состояние пострадавшего.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

- Противошоковая терапия и оксигенотерапия.
- Маннитол- для поддержания диуреза и обязательно при наличии миоглобинурии.
- Натрия гидрокарбонат по 50 мЭкв каждые 30 минут в\в при ацидозе.
- Экстренная профилактика столбняка
- Антибиотикотерапия
- Симптоматическая терапия

Вывод. Знание оказания первой помощи при электротравме может спасти жизнь пострадавшему и обеспечить отсутствие неприятных последствий в лечении и в будущем.

Осадчук И. В.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОЛИТРАВМАХ

Научный руководитель: Мороз Ю. Б.

ДМО лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Проблема оказания первой помощи при политравме крайне актуальна, так как травмы – основная причина смерти среди молодых людей моложе 40 лет. В России в результате ДТП ежегодно гибнут 34 тысячи человек, травмируется 225 тысяч. К самой тяжелой категории относятся пациенты с повреждением органов живота (3,6–18,8%). Смертность при повреждениях живота в сочетании с черепно-мозговой травмой равна 72,3%, при торакоабдоминальной травме – 47,3%, в сочетании с повреждением опорно-двигательной системы – 38%

Причины возникновения неотложного состояния.

Политравма – собирательный термин, включающий в себя множественные травматические повреждения органов или тканей у одного пострадавшего. Тяжесть состояния пострадавшего обычно не соответствует тяжести повреждения, что называют феноменом взаимного отягощения. Обычно политравмы встречаются в 14–15% всех случаев повреждений, однако в чрезвычайных ситуациях их частота возрастает вплоть до 30–40% Самые частые причины политравмы в мирное время: автокатастрофы (ДТП) – 53,5%, криминальные разборки (15,3%), падение с высоты (14,4%), аварии на производствах (4,1%), железнодорожные травмы и т.д. На войне сочетанный характер чаще всего имеют взрывные огнестрельные ранения. Встречается также сочетание огнестрельных и закрытых повреждений.

Алгоритм оказания первой помощи. Алгоритм действий при политравме:

1. Обеспечить проходимость верхних дыхательных путей.
2. Остановить наружное кровотечение.
3. Устранить острые нарушения дыхания.
4. Обеспечить нормальный газообмен.
5. Устранить дефицит объема циркулирующей крови.
6. Обезболить.
7. Осуществить транспортную иммобилизацию.
8. Ввести прочих медикаментов.
9. Предупредить стационар о доставке тяжелообольного.

Описание оказания первой помощи. Пострадавшего, находящегося без сознания, необходимо повернуть на бок, запрокинуть голову назад и немного опустить верхнюю половину туловища. При переломе позвоночника – на твердой поверхности; костей таза – согнутыми в суставах и разведенными ногами. Далее ротовую полость очищают от крови, слизи и других посторонних предметов пальцем, обмотанным бинтом или носовым платком, чтобы избавиться от посторонней жидкости (кровь, вода) голову и туловище поворачивают набок и указательным пальцем оттягивают угол рта вниз, что облегчает самостоятельное вытекание жидкости из ротовой полости. Для остановки венозного кровотечения надо наложить давящую повязку: несколько слоёв марли, тугой комок ваты, туго перебинтовать. Можно пережать вену пальцем ниже места повреждения. Если повреждена артерия нужно немедленно пальцами прижать её к ближайшей кости,

брюшную аорту и бедренную артерию сдавливают кулаком. При повреждении крупных артерий конечностей на 8–10 см выше места кровотечения накладывают кровоостанавливающий жгут поверх одежды или повязки. Жгут можно держать не дольше 1,5 часа, на холоде не более 1 часа, иначе возникает омертвление тканей. При напряжённом пневмотораксе проводится пункция плевральной полости на стороне повреждения во 2-м межреберье по среднеключичной линии широкопросветными иглами с клапаном; при открытом пневмотораксе — герметизация плевральной полости путём наложения окклюзионной повязки; при подозрении на наличие пневмоторакса, перед интубацией дренировать плевральную полость во 2-м межреберье. При сохранённом спонтанном дыхании с частотой более 10 и менее 40 в минуту и при шоке I–II степени — ингаляция 100% кислорода через лицевую маску; если частота дыхания пострадавшего больше 40 или меньше 10 в минуту, наблюдается шок III степени или терминальное состояние, имеется повреждение челюстно-лицевого скелета, перелом основания черепа с кровотечением и ликвореей в ротоглотку и признаками аспирационного синдрома — необходима немедленная интубация трахеи и перевод пациента на ИВЛ в режиме нормовентиляции. При открытых переломах сначала накладывают стерильную повязку. При всех тяжёлых травмах и ранениях, сопровождающихся шоком II–III степени и терминальным состоянием, вводят преднизолон в дозе 150–240 мг внутривенно струйно. Затем необходимо провести обезболивание — местная, проводниковая анестезия 10–20 мл 0,5–1% раствора новокаина или 1–2% раствора лидокаина. Чаще всего обезболивание достигается медленным внутривенным введением 2–10 мг морфина в сочетании с 0,5 мл 0,1% раствора атропина сульфата или нейролептиков (2–3 мл 0,25% дроперидола, 2–4 мл 0,005% фентанила), ненаркотических анальгетиков при тщательном контроле гемодинамики и дыхания (в/в 10 мл 20% натрия оксибутирата в 20 мл 40% глюкозы, или в/м 2–3 мл 5% кетамина, 1–2 мл 0,5% сибазона, 1–2 мл 50% анальгина, 1–2 мл 2% промедола). Затем проводят ингаляцию смесью закиси азота и кислорода.

Чтобы устранить дефицит ОЦК используют изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера — Локка, глюкозо-инсулино-калиевая смесь (ГИК), коллоидные растворы, растворы ГЭК. Далее пострадавшего иммобилизуют и перевозят на машине «скорой помощи». В больнице пострадавшему назначают лечение, направленное на коррекцию нарушений дыхания, кровообращения и обезболивание.

Выводы. Данная работа кратко описывает оказание неотложной помощи при множественных и сочетанных травмах, политравмах.

Осипова Е. С.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Научный руководитель: Васильченко Е. Е.

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет», г. Томск, Российская Федерация

Актуальность. Синдром длительного сдавления (СДС) —

одно из наиболее распространенных неотложных состояний, развивающихся у жертв землетрясений, обвалов, взрывов, военных действий. Так, например, у 40–70% людей, выживших при землетрясении, но оказавшихся под завалом с серьезными травмами, вскоре после освобождения проявляется клиническая картина СДС различной степени тяжести. Кроме того, соответствующие осложнения возможны и при воздействии нетравматических факторов: при длительной иммобилизации в коматозном или бессознательном состоянии (алкогольная и наркотическая интоксикация, отравление угарным газом и т.д.). При травматическом длительном сдавлении особенно важно всегда учитывать риск развития СДС, поэтому быстро освободить пострадавшего из-под сдавливающей силы недостаточно — необходимо правильно оказать первую помощь.

Причины возникновения неотложного состояния.

При длительном (более 2–4 часов) сдавлении мягких тканей в результате прямого механического воздействия на мышечные волокна, а также из-за ишемии, вызванной пережатием кровеносных сосудов, происходит рабдомиолиз — повреждение миоцитов и выделение продуктов их распада в кровоток. После освобождения пострадавшего из-под сдавливающего фактора токсические вещества разносятся по организму и повреждают различные органы — развивается полиорганная недостаточность — синдром длительного сдавления. Наиболее частое осложнение — острая почечная недостаточность (ОПН), обусловленная закупоркой и повреждением почечных канальцев молекулами миоглобина. Выход большого количества ионов калия в кровь может привести к гиперкалиемии и, как следствие, к нарушениям сердечного ритма сразу после освобождения пострадавшего. Из-за перехода жидкой части крови в поврежденные ткани значительно снижается объем циркулирующей крови, что проявляется в виде симптомов гиповолемического шока.

Степень тяжести СДС прямо пропорциональна продолжительности сдавливания конечности, поэтому необходимо как можно скорее устранить сдавливающий фактор и начать оказание медицинской помощи.

Алгоритм оказания первой помощи:

1. Перед освобождением наложить жгут выше места сдавления.
2. После освобождения туго забинтовать конечность в направлении от периферии к центру, снять жгут.
3. Внутримышечно ввести обезболивающее средство.
4. Обеспечить местную гипотермию (обложить конечность пузырями со льдом, холодной водой), не допуская обморожения.
5. Произвести иммобилизацию конечности (наложить шину).
6. Обеспечить согревание пострадавшему, давать теплое обильное питье.
7. При наличии сопутствующих травм (переломы, кровотечения и т.д.) оказать соответствующую первую помощь.
8. Транспортировать в лечебное учреждение в лежачем положении.

Первая врачебная помощь на догоспитальном этапе и в стационаре. Для нормализации гемодинамических показателей, дезинтоксикации и предупреждения развития ОПН необходимо как можно раньше (если воз-

можно — еще до освобождения пострадавшего) начать инфузионную терапию (кристаллоидные растворы, растворы низкомолекулярных декстранов, осмодиуретики). При этом противопоказаны растворы, содержащие калий (например, раствор Рингера), так как они повышают риск развития жизнеугрожающей гиперкалиемии. Для обезболивания применяются наркотические и ненаркотические анальгетики. С целью раннего обнаружения признаков гиперкалиемии осуществляется постоянное наблюдение за сердечным ритмом пациента с помощью электрокардиографии.

В случае развития острой почечной недостаточности пациентам с СДС показана экстракорпоральная детоксикация — гемодиализ, плазмаферез. В зависимости от тяжести повреждения конечности производится хирургическая обработка ран, удаление некротизированных тканей, при полной нежизнеспособности конечности проводится ампутация. Длительное сдавление мягких тканей может привести к развитию острого компартмент-синдрома (местное нарушение кровообращения вследствие повышения давления внутри фасциального пространства группы мышц), в этом случае требуется срочная фасциотомия.

Вывод. При длительном сдавлении мягких тканей первая помощь в основном направлена на предотвращение развития синдрома длительного сдавления. Особенность этого состояния в том, что оно возникает после устранения сдавливающего фактора, поэтому важно знать порядок действий при спасении жертв стихийных бедствий и других катастроф, чтобы избежать тяжелых осложнений.

Осиченко К. К.

ПРИСТУП ТАХИКАРДИИ ПРИ WPW СИНДРОМЕ

Научный руководитель: Склянная Е. В.

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

Актуальность. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) встречается в популяции у 0,1–3,1% обследованных, среди больных заболеваниями сердечно-сосудистой системы встречаемость составляет 0,5%. У представителей мужского пола встречаемость WPW выше, соотношение между мужчинами и женщинами составляет 3:2. Клинические проявления чаще отмечаются среди молодого возраста (10–20 лет). В большинстве случаев синдром протекает бессимптомно и выявляется только на ЭКГ при тяжелом нарушении ритма, что затрудняет своевременную диагностику.

Причины возникновения патологического состояния.

Синдром WPW возникает из-за врожденной аномалии в проводящей системе сердца, обусловленной наличием дополнительного предсердно-желудочкового пути проведения (пучка Кента). Пароксизмы тахикардии с антероградным (ортодромная) и ретроградным (антидромная) проведением обусловлены циркуляцией возбуждения (механизм re-entry) через атриовентрикулярное соединение и дополнительный путь проведения. Алгоритм оказания первой помощи для купирования приступов тахикардии. До приезда бригады скорой медицинской помощи возможно применение вагусных проб (проба Вальсальвы, массаж каротидного синуса).

На догоспитальном этапе при ЧСС до 200 в мин. и стабильной гемодинамике используются внутривенно антиаритмические препараты, блокирующие добавочные пути проведения (аймалин, дизопирамид, новокаинамид, амиодарон, пропафенон).

Наиболее часто применяется амиодарон 300 мг на 250 мл 5% декстрозы в/в капельно или пропафенон н 1–2мг/кг в/в струйно в течении 3–6 минут.

При приступах тахикардии противопоказаны сердечные гликозиды, аденозин, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, так как они блокируют проведение по атриовентрикулярному соединению и могут привести к трансформации в фибрилляцию желудочков!

При ЧСС более 200 в мин. и нестабильной гемодинамике показано проведение элетроимпульсной терапии (электрическая кардиоверсия или дефибрилляция). Рекомендации по дальнейшему лечению. При наличии частых приступов тахикардии необходимо провести радиочастотную катетерную абляцию дополнительного пути проведения. При отказе от оперативного вмешательства назначаются антиаритмические препараты (амиодарон, пропафенон).

Вывод. Диагностика и неотложная помощь при приступе тахикардии на фоне синдрома WPW имеет некоторые особенности. У пациента может наблюдаться тахикардия как с широкими, так и с узкими комплексами. Для купирования пароксизма возможно применение рефлекторных вагусных проб, медикаментозной и электроимпульсной терапии. Препараты, замедляющие проведение через атриовентрикулярный узел противопоказаны таким пациентам в связи с высоким риском трансформации тахикардии в фибрилляцию желудочков.

Павлова Н. В., Хмеленко Д. А.

НЕОБХОДИМОСТЬ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ УКУСЕ КЛЕЩЕЙ

Научный руководитель: Иванченко Е. Н.

ГПОУ «Макеевский медицинский колледж», г. Макеевка, ДНР

Актуальность. Актуальность работы состоит в том, что при наступлении теплого времени года просыпаются паукообразные, среди которых разнообразные клещи, наиболее активные в весеннее время. Главная опасность при укусе клеща заключается в способности заражения человека не только клещевым энцефалитом и боррелиозом, но и возвратным клещевым энцефалитом, эрлихиозом и другими заболеваниями. Медицинскому работнику и любому человеку необходимо знать алгоритмы оказания первой помощи при извлечении клеща и последствиях его укуса, а также профилактику опасных заболеваний, переносчиками которых они являются, что и рассмотрено в данном исследовании.

Причины возникновения неотложного состояния.

Неотложное состояние может возникнуть, если не заметить или долго не извлекать клеща с дальнейшим его исследованием, что может привести к возникновению опасного заболевания и даже необратимым последствиям. Поэтому, клеща нужно удалить как можно скорее. Чем дольше он находится на теле человека и пьет его кровью, тем больше вероятность заражения.

Алгоритм оказания первой помощи.

1. Обнаружить на теле человека клеща;
2. Произвести захват головы паразита ниткой или пинцетом и двигать насекомое в разные стороны, стараясь немного тянуть его вверх;
3. После извлечения клеща, поместить его в какую-либо закрывающуюся емкость с дальнейшим исследованием в паразитологической лаборатории;
4. Место укуса необходимо обработать антисептическим раствором;
5. Доставить человека в больницу для обследования и оказания (при необходимости) дальнейшей помощи и лечения.

Описание оказания первой помощи. Рекомендации по неотложной помощи при укусе клеща:

1. Необходимо захватить голову паразита, стараясь сделать обхват как можно ближе к коже, чтобы не оторвать её. Можно использовать пинцет или нить, в случае их отсутствия — захватить ногтями;
2. Произведите движения насекомым в разные стороны, стараясь немного тянуть его вверх. Старайтесь избегать резких движений, есть риск оторвать голову от тела. При насыщении клеща кровью, раздутое туловище можно крутить в одну сторону, как бы вытягивая его из кожи;
3. После извлечения, требуется поместить его в закрывающуюся емкость, чтобы передать в лабораторию. Это необходимо для подтверждения или опровержения наличия инфекции в клеще;
4. В случае если голова была оторвана от тела, нужно нагреть острый предмет на огне, можно взять иглу, желательнее обработать ее дезинфицирующим раствором и попытаться освободить раны от оставшихся частей;
5. После полного удаления клеща место укуса необходимо обработать антисептическим раствором.
6. По окончании оказания первой помощи обязательно доставить человека в больницу, для проведения экстренных мероприятий по предотвращению клещевых инфекций.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

В течение месяца, после укуса клеща, необходимо наблюдать за состоянием своего здоровья, при повышении температуры, головной боли, слабости — немедленно обратиться к врачу.

При контакте с паразитом на кожных покровах остается красная овальная точка, место зудит. Температура может повышаться до высоких отметок в случае заражения инфекцией.

При заболевании поражается лимфатическая и нервная системы, может наступать паралич, пропадают зрение и слух, может наступить летальный исход. Человек может пропустить очень важное для диагностики время и тем самым запустить заболевание, что приведет к развитию патологических изменений с нарушением деятельности ЦНС, сердца, суставов. При клещевом тифе, через несколько дней после заражения, повышается температура, ухудшается состояние, появляется энтеропатический акродерматит, при котором кожа сильно чешется, появляются воспаления и кровоизлияния, требующие лечения антигистаминными препаратами.

Вывод. При изучении данного вопроса работниками среднего медицинского звена, учащимися медицинских

колледжей, студентами мед. университета, и благодаря их своевременной санитарно-профилактической работе среди населения, вероятность укуса и его последствий возможно избежать или снизить. Необходимо более тщательно знакомиться с письмами и приказами Министерства здравоохранения ДНР, информационными листами и придерживаться профилактических мер: избегать мест обитания клещей, особенно в мае-июле. Для прогулок в лесу, лесопарках выбирать светлую одежду, чтобы клеща было легче заметить, защищать себя от заползания их под одежду и присасывания к телу, не реже 1 раза в 2 часа проводить само- и взаимоосмотры, использовать специальные отпугивающие средства. Наиболее эффективной защитой от клещевого энцефалита является вакцинация.

Пануна В. П.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ

Научный руководитель: Авдиянц О. А.

МОУ «Школа № 125 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. В настоящее время количество отравлений угарным газом значительно возросло из-за чрезвычайных ситуаций, которые, как следствие, сопровождаются пожарами, а также большим количеством пострадавших. Отравление угарным газом приводит к высокому проценту осложнений, а также часто является причиной смерти. Поэтому оказание первой помощи больным с острыми отравлениями при пожарах крайне важно.

Причины возникновения неотложного состояния.

Чаще всего при пожаре происходит отравление продуктами горения, в том числе угарным газом. Кроме того, из-за отсутствия запаха и цвета газа его утечка становится невидимой для человека. Наиболее подвержены вредному воздействию беременные женщины, дети и люди с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Превышению предельно допустимого содержания угарного газа в помещении способствуют следующие факторы:

1. Домашнее хозяйство. В повседневной жизни интоксикация угарным газом происходит из-за неправильного использования печей, газового оборудования и засорения дымоходов. Еще одна распространенная причина — оставаться в закрытом гараже рядом с автомобилем с работающим двигателем.
2. Производство. Токсин в избыточных количествах попадает в воздух при взрывных работах в шахтах, обслуживании доменных печей и синтезе некоторых химических веществ. Отравление обычно происходит в случае несоблюдения санитарно — гигиенических требований и нарушения правил эксплуатации объекта.

Алгоритм оказания первой помощи.

1. Выведите пострадавшего на свежий воздух.
2. Вызовите скорую помощь.
3. Освободите пострадавшего от удерживающей одежды.
4. Положите пострадавшего на бок.
5. Дайте пострадавшему понюхать вату, смоченную нашатырным спиртом.
6. Если пострадавший находится в сознании, то до приезда врача ему можно дать сладкий чай или кофе.

Описание оказания первой помощи. Помощь при отравлении должна начинаться с эвакуации пострадавшего подальше от источника газа. Для этого больного выводят на свежий воздух. По возможности необходимо устранить источник опасных веществ, сразу после его обнаружения.

Далее нужно обеспечить доступ свежего воздуха: расстегнуть воротник, снять шарф или галстук.

Перевернуть человека на бок. Только таким образом можно будет эффективно противостоять рискам случайного западания языка, который бессознательная жертва не может контролировать самостоятельно.

Чтобы привести пострадавшего в чувство, подойдет нашатырный спирт, которым смачивают ватку. А растирание, и холодный компресс, который прикладывают к области груди, способствуют быстрому восстановлению нормального кровообращения. Как только пациент приходит в сознание, ему предлагают обильное питье и ждут приезда скорой помощи.

Но если все это не помогло, а врачи еще не приехали на место происшествия, следует подготовиться к реанимации. Она включает в себя непрямой массаж сердца и искусственное дыхание. После успешного доврачебного комплекса мероприятий пациента госпитализируют в ближайшую больницу.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Пациент должен воздерживаться от тяжелой физической активности в течение следующих 2–4 недель. Провести повторный мониторинг работы сердца. Потому что внезапная смерть может наступить из-за аритмии.

Вывод. Окись углерода (СО) — это токсичный газ, который не имеет ни запаха, ни вкуса. Вдыхание угарного газа опасно потому, что оно приводит к серьезным осложнениям или даже к смерти. Поэтому оказание первой медицинской помощи и дальнейшее лечение врачом очень важно для жизни человека.

Пашкова Д. С.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОКЕ

Научный руководитель: Ковальская С. П.

РОУ «Школа № 4 – Кадетский корпус имени А. В. Захарченко», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Чаще всего обмороки являются следствием падения и травм. По статистике, хотя бы единожды потеря сознания случается в жизни каждого третьего человека.

В связи с изменениями климатических условий, а именно: перепадами давления и повышением температуры с каждым годом увеличивается количество метеозависимых людей, причем разных возрастных категорий.

Несмотря на распространенность обмороков причина их не всегда ясна: обмороки могут быть как предвестниками различного рода заболеваний, так и следствием влияния военного конфликта (который наблюдается сейчас на нашей территории).

А если говорить о подростках: обмороки являются чаще всего причиной вегето-сосудистой дистонии.

Причины возникновения неотложного состояния.

Состояния, которые могут спровоцировать потерю со-

знания:

- Нарушение режима дня.
- Недостаток калорийного питания.
- Переутомление организма.
- Стрессовые ситуации.
- Долгое неподвижное нахождение в одной позе, приводящее к нарушению циркуляции крови по сосудам.
- Резкий травматический шок.
- Электротравма.
- Тепловой и солнечный удары.

Алгоритм оказания первой помощи.

1. Предотвратить падение пострадавшего, и не допустить удара.
2. Пострадавшего уложить на спину, необходимо помнить о том, что если пострадавший гипотоник, то ноги должны быть выше головы, если гипертоник — ноги ниже головы.
3. Освободить пострадавшего от стесняющей его одежды.
4. Лицо побрызгать водой.
5. Если у пострадавшего рвота, то голову нужно повернуть на бок.

Описание оказания первой помощи. Пострадавшему необходимо придать горизонтальное положение, ноги приподнять. Под ноги подложить валик из свернутого полотенца или одеяла. Далее необходимо освободить пострадавшего от стесняющей его одежды. Расстегнуть ворот рубашки для доступа воздуха (ослабить ремень, если есть). Можно потереть виски или поднести к носу, смоченную нашатырным спиртом (NH₃OH) вату. Сбрызнуть лицо прохладной водой и слабо похлопать по щекам. При обмороке часто бывает тошнота и поэтому состояние потери сознания может произойти параллельно со рвотой. В этом случае пострадавшего нужно уложить на бок или голову повернуть на бок, чтобы он не захлебнулся рвотными массами. Если после оказанных действий пострадавший не приходит в сознание, нужно вызвать бригаду скорой помощи и параллельно начинать проводить искусственную вентиляцию легких «рот в рот» или «рот в нос». Если этого недостаточно, то необходимо в сочетании с ИВЛ проводить непрямой массаж сердца.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Пострадавшему, пришедшему в сознание, необходим покой в течение 1–2 часов. После чего ему можно выпить крепкий, сладкий, горячий чай или кофе.

Вывод. Пострадавшему при необходимости следует обратиться к врачу и выполнять все его рекомендации.

Петрова А. С.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОКЕ

Научный руководитель: Босак Н. Н.

МОО «Харьковская средняя школа № 19», г. Харьков, ДНР

Актуальность. Своевременное оказание первой помощи может оказаться решающим фактором в сохранении жизни и здоровья пострадавшего. В реальной жизни помочь пострадавшему сумеет человек, который знает и обладает практическими приемами первой помощи. Причины возникновения неотложного состояния. Обморок считается лёгким видом потери сознания и представляет собой неглубокое кратковременное нарушение

ние мозгового кровообращения сопровождающееся падением сосудистого тонуса.

В развитии обморока выделяют три стадии:

- 1) предобморочная — характеризуется начальными проявлениями, которые предшествуют потере сознания).
- 2) обморок — разгар симптоматики, потеря сознания.
- 3) после обморока — период восстановления и остаточных явлений.

Нарушения регуляции сердечно-сосудистой системы: вазодепрессорный обморок, ортостатическая гипотония, ситуационные обмороки, рефлекторные обмороки, гипервентиляционный синдром.

Механическое препятствие кровотоку на уровне сердца и крупных сосудов: нарушения ритма сердца, сосудистые поражения мозга.

Потеря сознания при других заболеваниях: гипогликемия, эпилепсия, истерия.

Алгоритм оказания первой помощи. Человек находится без сознания, кожные покровы бледные, дыхание и сердцебиение сохранено.

1. Уложить человека горизонтально, голову повернуть набок, с согнутыми в коленях либо поднятыми ногами;
2. Расстегнуть стесняющую одежду;
3. Дать вдохнуть раствор нашатырного спирта, при отсутствии нашатырного спирта побрызгать на лицо холодной водой;

Чего нельзя делать при обмороке:

1. Не пытайтесь поднять и усадить пострадавшего;
2. Нельзя давать лекарства;
3. Оставлять человека одного и пытаться бежать за помощью.

Вывод. Помните, помощь обязана быть грамотной, ибо чрезмерная активность может привести к результату, обратному ожидаемому.

Плешкова В. С.

ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ И ВЫВИХАХ.

Научный руководитель: Плешкова М. А.

МОУ «Школа № 5 города Горловки», г. Горловка, ДНР

Актуальность: оказание неправильной первой помощи может привести к тяжелым последствиям, в следствии которых могут возникнуть осложнения.

Причины возникновения неотложного состояния:

- 1) механические: удары, падения, завалы землей, обломками зданий;
- 2) физические: воздействие высокой или низкой температур, электрического тока;
- 3) химические: едкие щелочи, крепкие кислоты, химические яды и т.п.;
- 4) биологические: патогенные бактерии и вирусы;
- 5) психические травмы, стрессы;
- 6) нарушение гигиенических условий проживания;
- 7) заболевания или функциональные расстройства.

К неотложным состояниям относятся различные виды шока, обморок, сердечный приступ, приступ бронхиальной астмы, гипергликемической и гипогликемической комы. К неотложным состояниям, требующим срочного хирургического вмешательства, относят ряд острых за-

болеваний органов брюшной полости.

Алгоритм оказания первой помощи:

1. Убедиться, что при оказании первой помощи вам ничего не угрожает и вы не подвергаете себя опасности.
2. Обеспечить безопасность пострадавшему и окружающим (например, извлечь пострадавшего из горящего автомобиля).

3. Вызвать специалистов: 112 — с мобильного телефона, с городского — 103 (скорая) или 101 (спасатели). Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Вывих — это смещение суставных поверхностей костей, образующих сустав, после резких движений, толчков или ударов. В следствии этого повреждается суставная сумка и связки, удерживающие сустав. При вывихе даже неполном (если суставные концы костей разошлись частично), происходят изменения контуров участка сустава, движения в нем становятся болезненными, а иногда и невозможными.

Попытки его вправления недопустимы, поскольку это может ухудшить состояние пострадавшего, нанести ему дополнительную травму и осложнить лечение. Первая помощь при вывихах ограничивается наложением шины для иммобилизации конечности или фиксирующей повязки на участок сустава и, если необходимо, — обезболивающим.

Переломом называется повреждение кости с полным или частичным нарушением его целостности. Основные признаки перелома: резко выраженная боль, которая усиливается при попытке двигать поврежденной конечностью, припухлость в месте перелома, невозможность опираться на поврежденную ногу или брать что-либо сломанной рукой, появление подвижности в необычном месте. Если отломки поврежденных костей сместились, то возможно видимое укорочение конечности и изменение ее формы. При попытке движений или ощупывании можно ощутить хруст от трения отломков костей. Но вызывать хруст для уточнения диагноза нельзя, ибо это может повлечь дополнительную травму и осложнения. Пытаться самостоятельно вправлять отломки костей тоже нельзя.

Первая помощь при переломах заключается в обездвижении (иммобилизации) конечности и проведении других противошоковых мероприятий — остановки кровотечения, обезболивании, согревании пострадавшего. При открытом переломе сначала надо остановить кровотечение, а затем на рану наложить асептическую повязку.

Асептическая повязка останавливает капиллярное кровотечение и защищает рану от внешних воздействий. Обездвиживание сломанной конечности как важнейшее противошоковое мероприятие уменьшает боль, оберегает пострадавшего от дополнительной травмы, улучшает его состояние. Широко используют транспортные лестничные шины (Крамера), которые предварительно обматывают ватой или другим мягким материалом и закрепляют бинтованием. Они гибкие, им можно придать любую форму. Возможно использование других средств фиксации отломков из подручных материалов (доски, палки, твердый картон и т.д.). Для создания надежной иммобилизации конечности нужно фиксировать суставы, расположенные выше и ниже места перелома. Если под рукой нет простейших средств иммобилизации, можно прибинтовать сломанную ногу

к здоровой или руку – к туловищу поверх одежды. Перед проведением временной иммобилизации для профилактики травматического шока вводят подкожно или внутримышечно обезболивающие вещества в мягкие ткани бедра, ягодицы или плеча. С этой же целью чаще используют шприц-тюбик с обезболивающим раствором. Можно ввести одноразовым шприцем анальгин или принять его в таблетках. При подозрении на закрытую травму живота введение обезболивающих препаратов может уменьшить выраженность клинических проявлений и часто приводит к осложнениям, поэтому противопоказано.

Перед наложением шины следует смоделировать ее на себе или на неповрежденной конечности травмированного. После этого создается наиболее удобное (физиологическое) положение сломанной конечности и фиксируется не менее двух суставов, прилегающих к месту перелома. Нельзя накладывать шину в тех местах, где отломки кости выступают наружу.

Вывод. Исходя из всего вышесказанного, мы можем сделать вывод, что знания об оказании первой доврачебной помощи являются важным фактором в современной жизни людей.

Поликарпова О. Д.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ

Научный руководитель: Подлесная В. И.

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

Актуальность. В Донецкой Народной Республике происходят боевые действия, мирные жители не застрахованы от попадания в зону обстрелов, поэтому протокол оказания первой помощи при ранениях должны изучить как можно больше граждан ДНР.

Причины возникновения неотложного состояния. Ранение – нарушение целостности кожных покровов, слизистой или глубоких тканей. Огнестрельная рана возникает из-за попадания пули из огнестрельного оружия в тело. Такая рана имеет раневой канал, заполненный раневым детритом и посторонним телом. Огнестрельные ранения могут быть касательные (поверхностные повреждения кожи), слепые (снаряд попал в тело и остался там, есть входное отверстие) и сквозные (есть входное и выходное отверстие, пуля покинула тело, выходное отверстие всегда больше входного). У больного слепое огнестрельное ранение руки.

Алгоритм оказания первой помощи.

- Вызвать скорую помощь
- Задать потерпевшему несколько вопросов, чтобы определить его состояние
- Определить тип кровотечения, если кровь выбивается фонтаном и алого цвета, то это артериальное кровотечение, если кровь темная – венозное кровотечение
- Кожу вокруг отверстия обработать любыми антисептическими средствами.
- При венозном кровотечении жгут накладывать ниже раны, также можно наложить давящую повязку, при артериальном – выше раны, указать точное время наложения. Если нет специального жгута, можно использовать галстук, подтяжки и другие подобные вещи
- На повязку сверху желательно положить лед

– Дать обезболивающее, чтобы избежать болевого шока

– Не двигать пострадавшего до приезда скорой медицинской помощи, не пытаться изъять снаряд из тела самостоятельно.

Описание оказания первой помощи.

При слепых огнестрельных ранениях лечение должен производить врач. Он делает:

- Обезболивание или анестезию
- Рассекает пулевой канал
- Перевязывает сосуды и удаляет гематомы
- Производит изъятие постороннего предмета из дермы
- Иссекает нежизнеспособные ткани
- Промывает место поражения дезинфицирующими растворами, такими как риванол, жидкость Хлумского, хлорамин, эмульсия стрептоцида и другими
- Перевязка поврежденной конечности
- Осуществляет дренирование раны
- Производит закрытие раны
- Создает неподвижность пораженной части тела
- Через 5–10 дней после ранения врач должен выписать комплекс лечебной физкультуры, занятия которой начинаются с упражнений здоровых органов, постепенно распространяясь и на поврежденные сегменты конечностей.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Две недели следует находиться под наблюдением врачей, которые будут осуществлять регулярные перевязки и осмотр травмы.

Пациент должен заниматься лечебной физкультурой минимум на протяжении месяца. Запрещены нагрузки на пострадавшую конечность, следует воздержаться от сильных физических нагрузок и на весь организм в целом. Рекомендуются пить больше жидкости, чтобы объем крови быстрее восстановился, желателен употребить в пищу больше белка, содержащегося в мясе, яйцах, бобовых.

Выводы. При огнестрельном ранении очень важно правильно оказать первую помощь пострадавшему согласно алгоритму, так как в противном случае потерпевший может умереть от потери крови.

Разумов Д. В.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЕПЛОМ УДАРЕ

Научный руководитель: Мороз Ю. Б.

ДМО лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Тепловой удар – это состояние, угрожающее жизни и здоровью человека, которое возникает при влиянии на тело человека высокой температуры, а также влажности воздуха и сопровождается обезвоживанием и нарушением терморегуляции и гомеостаза организма. Тепловой удар представляет наибольшую угрозу для граждан с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и детей. Тепловой удар может произойти у людей, трудящихся на заводах в горячих цехах (литейщики, сварщики, сталевары) при продолжительном нахождении в комнате с большой температурой и от тяжёлого физического труда. Ещё перегрев

может возникнуть у людей, трудящихся на стройплощадках, в местах с большой влажностью, а также во время маршей воинских частей, совершаемых в летнее время с полной выкладкой и продолжительными переходами, особенно в местах с жарким климатом.

Причины возникновения данного неотложного состояния. Главным фактором перегрева организма есть нарушение теплорегуляции, возникающее под влиянием поступления лишнего тепла из окружающей среды. При этом любые условия, затрудняющие теплоотдачу или увеличивающие теплопродукцию, являются причинами, способствующими перегреванию. Степень и скорость перегревания у разных людей разные и зависят от внешних факторов и собственных свойств организма. Быстрее подвергаются перегреванию те люди, которые страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями, ожирением, гормональными расстройствами, ослабленные, пожилые. Перегрев организма может с лёгкостью наступить у новорожденных детей.

Перегрев возможен в результате прямого воздействия солнечных лучей на голову — солнечный удар. Тепловой и солнечный удары близки с морфологической точки зрения. Поэтому ряд специалистов считает нецелесообразным их разделять. Перегрев тела сопровождается интенсивным потовыделением с огромной потерей организмом воды и солей, что ведет к сгущению крови, повышению её вязкости, нарушению кровообращения и недостатку кислорода. Основными звеньями патогенеза теплового удара является нарушение водно-электролитного баланса из-за нарушения потовыделения.

Оказание первой помощи на догоспитальном этапе.

При выявлении симптомов теплового удара нужно немедленно вызвать скорую помощь и постараться помочь пострадавшему до приезда скорой помощи. Первая помощь при тепловом ударе включает следующие действия:

1. Перенести человека в прохладное место или в прохладную комнату и предоставить поток свежего воздуха.
2. Разместить потерпевшего в горизонтальном положении, если он чувствует слабость и головокружение.
3. При рвоте человека нужно положить на бок для того, чтобы миновать захлебывания рвотными массами.
4. Обернуть тело человека влажной простынёй, положить на голову ткань, смоченную в холодной воде или обтирать тело пострадавшего прохладной водой (температура должна быть примерно 20 °C).
5. Дать попить человеку холодной воды, дать понюхать нашатырный спирт.
6. Как можно быстрее доставить человека в ближайшее ЛПУ в положении лёжа на спине для дальнейшего лечения.

Оказание первой помощи квалифицированными специалистами. После доставки больного в больницу врачи выделяют койку и ставят пострадавшего под капельницу. Для возмещения потерь воды и хлоридов назначают внутривенно 0,9% раствор хлорида натрия, раствор глюкозы. Для увеличения теплоотдачи дают холодную воду, чай, кофе.

Диагностика теплового удара подразумевает осмотр терапевта либо педиатра (если пострадал ребенок), который включает в себя проведение анкетирования

пациента и измерение температуры тела. В большинстве случаев людям нужна консультация кардиолога, поскольку тепловой удар, в первую очередь, плохо сказывается на сердечно-сосудистой системе человека.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

После лечения в больнице врач даёт пациенту рекомендации по дальнейшему режиму. Во-первых, нужно пить достаточное количество воды и отказаться от употребления алкогольных напитков. Во-вторых, необходимо употреблять лёгкую растительную пищу и носить одежду из натуральных материалов. Данные рекомендации помогут восстановиться организму и укрепить его. Выводы. Предупреждение теплового удара заключается в ношении одежды из натуральных материалов, постоянном проветривании комнаты, употреблении необходимого количества воды, исключении физических нагрузок в жаркое время, ношении головных уборов на улице в жаркое время. При работе в условиях повышенного теплового режима нужно регулярно делать перерыв и подбирать нужную одежду.

Немаловажное значение в предотвращении перегрева играют профилактические мероприятия. Их характер определяется в каждом отдельном случае конкретной ситуацией. К примеру, длинные прогулки в знойное время лучше проводить утром или вечером, в легкой одежде, чаще устраивать отдых в тени. Существенную роль приобретает выполнение питьевого режима, чтобы не допустить обезвоживания организма. Вместо воды можно употреблять холодный чай, фруктовый отвар, квас. Рекомендуется употребление углеводов, кисломолочных продуктов, круп, овощей, фруктов. Высокая температура воздуха заставляет переносить основной прием пищи на вечернее время, с потреблением на завтрак 30%, на обед 30%, на ужин 40% от суточного рациона.

Першина Т. А.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ

Научный руководитель: Кузьменко Т. В.

МОУ «Школа № 49 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Жаркое лето подталкивает людей к воде. Охладиться, освежиться, поплавать. Однако не всегда купание освежает. Отдыхая у водоемов необходимо помнить об опасности, которая подстерегает неосторожного купальщика. Плавание и ныряние может подарить как приятные воспоминания, так и ужасный жизненный опыт. Печальная статистика смертей на воде такова: по данным ВОЗ ежегодно от утопления гибнут 372000 человек, половина утонувших моложе 25 лет. Правильное и своевременное оказание первой помощи пострадавшему зачастую является единственным шансом для него вернуться к жизни.

Причины возникновения неотложного состояния.

Утопление — это процесс нарушения дыхания в связи с погружением в жидкость, который может привести к смерти, заболеваниям. Утопление является третьей по значимости причиной смерти от непреднамеренных травм в мире — на него приходится 7% всех случаев смерти, связанных с травмами.

Наибольшему риску утопления подвергаются:

- дети, оставленные без присмотра или с другим ребенком рядом с водой;
- люди, купающиеся в необорудованных для купания местах;
- нетрезвые люди и люди нарушающие правила поведения на воде, во время штурмового предупреждения;
- люди, страдающие хроническими неврологическими заболеваниями, например — эпилепсия, судорожные расстройства;
- туристы, не знакомые с рисками и особенностями местных водоемов;
- более низкий социально-экономический статус, уровень образования и проживание в сельских районах могут быть связаны с утоплением, принадлежность к этническим меньшинствам, но эта связь варьируется в разных странах;

Алгоритм оказания первой помощи.

1. Вытащить пострадавшего на берег.
2. Определить наличие признаков кровотечения, отчетливо определить пульс и наличие признаков дыхания у пострадавшего.
3. Обязательно вызвать карету скорой помощи, а до приезда проводить все необходимые мероприятия для поддержания показателей жизнедеятельности организма.
4. Реанимационные мероприятия при утоплении важно проводить со знанием дела, иначе человеку можно только навредить, усугубить его состояние.

Описание оказания первой помощи.

1. При спасении утопающего следует точно оценить свои силы и возможности. Убедитесь, что вам ничего не угрожает.
2. Извлеките пострадавшего из воды: подплыть к тонущему лучше сзади, чтобы он не смог вцепиться в вас, поскольку освободиться от такого захвата очень сложно. Если же тонущий все же схватил вас за руку или за шею, следует нырнуть — он рефлекторно разожмет руки. Если есть подозрение на перелом позвоночника, вытаскивать человека нужно на доске или щитке.
3. Определить тип утопления.
 - Когда большое количество воды попадает в дыхательные пути и легкие, возникает «мокрое» утопление. Ему характерно синюшный цвет лица и кожи.
 - «Сухое» утопление возникает, когда вода попадает в гортань и вызывает рефлекторный спазм, который приводит к удушью. Пострадавший теряет сознание и опускается на дно.
4. При мокром утоплении:
 - 4.1. Сначала удалить воду из дыхательных путей — перевернуть пострадавшего на живот, перекинуть его через свое бедро, похлопать по спине, дать воде стечь с дыхательных путей.
 - 4.2. Очистить полость рта от ила, рвотных масс, надавить на корень языка, чтобы появились рвотные позывы;
 - 4.3. При отсутствии кашля, рвоты, реакции на свет, отсутствии дыхания, сердцебиения, начинаем реанимационные действия — искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.
5. При сухом утоплении необходимо сразу приступить к реанимационным мероприятиям, предварительно проверив дыхание, пульс.
6. После оказания первой помощи, пострадавшего необходимо госпитализировать.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Реанимация по необходимости. Цель лечения — коррекция остановки сердца, гипоксии, гиповентиляции, гипотермии и других физиологических нарушений. Коррекция уровней кислорода, углекислого газа и других физиологических нарушений. Интенсивная поддержка дыхания.

Вывод.

1. Пловцы должны иметь высокую социальную ответственность, обладать здравым смыслом и учитывать погодные условия, условия плавания, свои физические возможности.
2. Плавание должно прекратиться, если пловец чувствует себя замерзшим, потому что переохлаждение может нарушить оценку состояния.
3. Пловцов следует отговаривать от опасной активности, связанной с задержкой дыхания под водой.
4. Зоны общественных бассейнов должны быть под контролем спасателей, обученных безопасности на воде и выполнению реанимационных мероприятий.
5. Спасательные круги, спасательные жилеты и спасательный шест-багор должны находиться в непосредственной близости от края бассейна.

Котлярова Т. С.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОЖЕНИИ

Научный руководитель: Сурженко С. В.

МОУ «Школа № 49 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. С наступлением холодов повышается риск получения повреждений организма низкой температурой. Обморожение относится к разряду термических повреждений и может проявляться как общее охлаждение, так и как отморожение ограниченного участка тела, как правило, конечностей. Для этого достаточно температуры ниже 10°. При таком холоде происходят различные сосудистые изменения. Признаки обморожения: потеря чувствительности, кожа бледная, холодная на ощупь.

Каждый человек должен обладать навыками по оказанию первой помощи.

Алгоритм оказания первой помощи.

- Переместить пострадавшего в теплое помещение.
 - С осторожностью снять с него одежду в той части, где произошло обморожение.
 - Уложить больного, укрыть теплым одеялом и дать теплый чай.
 - На пораженные участки наложить стерильную повязку.
 - Если чувствительность пораженных участков не восстановилась необходимо немедленно вызвать врача.
- Описание оказания первой помощи. Необходимо зайти в теплое помещение, освободить от промерзшей одежды и обуви, хорошо укутать руки и ноги теплой мягкой тканью. Ни в коем случае нельзя растирать их снегом или грубой тканью, чтобы не привести к повреждению кожи, слегка растереть их спиртом или водкой, затем опустить в теплую воду, после чего укутать одеялом и дать пострадавшему теплое питье.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

- уменьшение приема препаратов, которые могут ухудшать периферическое кровообращение;

— уменьшения внешних причин нарушения кровообращения, таких как тесная одежда, обувь или неподвижное положение;

— поддержания нормальной температуры тела, защита себя от холода, чтобы не было повторного обморожения.

Вывод. Всегда следите за тем, как вы одеваетесь в мороз, не доводите себя до состояния обморожения, здоровье всегда важнее и помните, что закаливание — это профилактика обморожения. Будьте здоровы.

Димитров В. В.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ ГЛАЗ

Научный руководитель: Кузьменко Т. В.

МОУ «Школа № 49 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Смотреть на мир и видеть его красоту — большое счастье. И это счастье дают человеку глаза. Однако различные травмы иногда приводят к слепоте. Своевременное оказание до офтальмологической первой помощи поможет пострадавшему сохранить зрение и избежать тяжёлых последствий, даже при сильных ранениях.

Причины возникновения неотложного состояния.

Непосредственно к повреждениям глаз приводят разные факторы, которые можно разделить на группы:

— факторы физической природы (механические, высокая и низкая температура, ультрафиолетовые лучи, ионизирующая радиация и др.);

— факторы химического происхождения (неорганического вещества: щелочи, кислоты, соли тяжёлых металлов); низкомолекулярные органические соединения (фенолы, альдегиды и др.); высокомолекулярные соединения;

— факторы биологической природы (микроорганизмы, вирусы, бактерии, простейшие).

Алгоритм оказания первой помощи. Алгоритм при травмах глаз зависит от типа повреждения глаза. Последовательность оказания первой помощи описана в тезисе ниже.

Описание оказания первой помощи. При оказании до офтальмологической помощи следует учитывать причину повреждения. Травмы бывают как лёгкие, так и тяжёлые.

При попадании соринки в глаз ни в коем случае нельзя тереть глаза руками, т.к. это может привести к серьёзным последствиям. Необходимо, прежде всего, промыть глаза. Для этого нужно взять глубокую ёмкость с чистой водой комнатной температуры. В ёмкость опустить лицо и открыть глаза. Так же соринку можно переместить во внешний угол глаза и аккуратно вынуть салфеткой. После удаления соринки, чтобы избежать инфекции — необходимо закапать дез.средствами (сульфацил натрия). Если инородное тело не удалось удалить, то нужно срочно обратиться к офтальмологу. На первый взгляд незначительное повреждение в действительности может быть очень серьёзным. Например, небольшое ранение века может маскировать ранение орбиты, глазного яблока. Точечный след окалина на роговице может быть следом проникающего ранения с внутриглазным инородным телом.

При травмах тупым или острым предметами возможны повреждения тканей, глазного яблока. Если при травме возникает кровотечение или потеря зрения, неотложная помощь осуществляется в специальных центрах. Первая помощь — наложить стерильную повязку и доставить больного в офтальмологический центр.

Неотложная помощь при ожогах должна также быть своевременна. Ожоги — повреждения тканей, возникающие в результате местного воздействия высокой температуры, а также различных химических веществ, электрического тока или ионизирующего излучения.

При химических ожогах первую помощь оказывает больной сам себе или присутствующие при случившемся. Необходимо максимально быстро обильно промыть место ожога водой. Промывание должно быть длительным (10–30 минут). Если пострадавший сжимает веки из-за боли, препятствует промыванию глаза, необходимо закапать в конъюнктивальный мешок 1% раствор новокаина, или 0,5% раствор дикаина или 1% раствор лидокаина., наложить стерильную повязку и срочно обратиться за квалифицированной помощью для дальнейшего лечения.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

После оказания первой помощи необходимо доставить пострадавшего в офтальмологический центр. Для каждого случая лечение может быть разным.

Вывод. Первая помощь при травмах глаз — временная мера, осуществляемая для того, чтобы спасти жизнь, предотвратить дополнительные травмы и облегчить страдания до оказания квалифицированной медицинской помощи специалистами.

Романовская Т. Р.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ

Научный руководитель: Воробьева Е. С.

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

Актуальность. Ожоги представляют глобальную проблему в области здравоохранения — по оценкам, в мире ежегодно происходит 180 000 случаев смерти от ожогов. Несмертельные ожоги являются одной из основных причин заболеваемости, включая длительную госпитализацию, обезображивание и инвалидность, часто сопровождаемые стигматизацией и неприятием. В 2004 году почти 11 миллионов человек в мире получили ожоги такой степени тяжести, что потребовалась медицинская помощь.

Причины возникновения неотложного состояния.

Ожоги происходят, главным образом, дома и на рабочих местах. Дети и женщины обычно получают ожоги на кухне, при опрокидывании емкостей с горячей жидкостью, от пламени и в результате взрыва кухонной плиты. Мужчины с большей вероятностью получают ожоги на рабочих местах от огня, кипятка, пара, химических веществ и электричества.

Алгоритм оказания первой помощи. Для определения площади поражения применяют различные способы. Один из самых распространённых — правило «девятки»:

Голова и шея — 9%;

Верхняя конечность — 9%;

Передняя поверхность туловища — 18%;

Бедро — 9%;

Голень и стопа — 9%;

Промежность — 1%.

Кроме правила «девятки» широко используется правило ладони — площадь ладони взрослого человека соответствует 1% поверхности его тела.

При поверхностных ожогах от 10 до 20% поверхности тела, а при глубоких ожогах от 5 до 10% поверхности тела развиваются глубокие патологические и морфологические нарушения у пострадавшего, именуемые ожоговой болезнью. Она включает в себя комплекс многочисленных клинических синдромов, развивающихся вследствие термического поражения кожи и подлежащих тканей.

Описание оказания первой помощи.

- Остановить процесс горения путем аккуратного удаления одежды и промывания ожогов.

- Потушить огонь, дав пациенту возможность кататься по земле или используя одеяло, воду или другие жидкости для тушения огня.

- Использовать холодную проточную воду для уменьшения температуры в месте ожога.

- При химических ожогах удалить химическое вещество или ослабить его действие с помощью большого количества воды.

- Обернуть пациента чистой материей или простыней и транспортировать его в ближайшее соответствующее учреждение для оказания медицинской помощи.

Что не делать:

- Не начинать оказывать первую помощь, не убедившись в своей собственной безопасности (отключить электричество, надеть перчатки для защиты от воздействия химических веществ и т.д.)

- Не наносить пасту, масло, и т.п. на место ожога.

- Не прикладывать лед, так как он усугубляет травму.

- Избегать продолжительного охлаждения водой, так как это приводит к гипотермии.

- Не вскрывать волдыри до тех пор, пока нет возможности нанести местные противомикробные средства.

- Не прикладывать какие-либо материалы непосредственно к ране, так она может инфицироваться.

- Избегать местного нанесения медикаментов до поступления пациента под надлежащее медицинское наблюдение.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

Госпитализация убедительно показана, если ожогами поражены кисти рук, стопы, промежность; поражены > 5% ОППТ (неполнослойно или глубже); > 1% ОППТ (полнослойно); или для пациентов в возрасте > 60 или < 2 лет или с низкой вероятностью полного соблюдения мер по уходу за ожогом амбулаторно. Проводится комплекс обязательных мероприятий:

1. Купирование боли и психоэмоциональных расстройств: промедол, анальгин, реланиум, феназепам.

2. Дезинтоксикационная терапия:

Энтеральный путь введения: энтеродез, полисорб;

Парентеральный путь введения: гемодез, гепасол, солевые поливалентные растворы.

3. Жидкостная реанимация: коллоидные и кристаллоидные растворы.

4. Стимуляция диуреза: лазикс на фоне адекватной коррекции гиповолемии.

5. Активация моторики кишечника: церукал, мотилиум,

энтеральное зондовое питание.

6. Туалет ожоговых ран: аппликационная адсорбция тканевых токсинов в ожоговых ранах, инфракрасная термотерапия ожоговых ран.

7. Эфферентные методы лечения: внутрисосудистое лазерное облучение крови.

8. Профилактика инфекции: антибиотики широкого спектра действия.

9. Респираторная поддержка.

10. Коррекция метаболических нарушений: ингибирование протеолиза, стимулирование синтеза белка и обменных процессов.

11. Профилактика образования стрессовых язв.

Вывод. Ожоги предотвратимы. В странах с высоким уровнем дохода достигнут значительный прогресс в снижении показателей смертности от ожогов благодаря проведению стратегий по предотвращению в сочетании с улучшением медицинской помощи людям, пострадавшим от ожогов. Большинство из этих достижений в области предотвращения и лечения ожогов не в полной мере применяется в странах с низким и средним уровнем дохода. Активизация усилий в этой области может привести к значительному снижению показателей связанной с ожогами смертности и инвалидности. Стратегии по предотвращению должны быть направлены на факторы риска получения конкретных ожоговых травм, просвещение уязвимых групп населения и подготовку отдельных сообществ в области оказания первой помощи. Эффективный план по предотвращению ожогов должен быть многосекторальным и включать широкомасштабное проведение мероприятий в следующих областях:

- улучшение осведомленности;

- разработка эффективной политики и обеспечение ее проведения;

- характеристика бремени ожогов и определение факторов риска;

- установление научно-исследовательских приоритетов и содействие проведению перспективных мероприятий;

- обеспечение программ по предотвращению ожогов;

- улучшение медицинской помощи при ожогах;

- усиление потенциала для выполнения всего вышеперечисленного.

Рубанова А. Р.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Научный руководитель: Трескунова Е. В.

Брянский государственный университет им. академика И. Г. Петровского, г. Брянск, Российская Федерация

Актуальность. В современном мире люди все чаще попадают в чрезвычайные ситуации. Это могут быть дорожно-транспортные происшествия, пожары и взрывы, обрушения зданий и т.д. Это является актуальной проблемой современности. Людям, попавшим в чрезвычайную ситуацию, часто требуется не только оказание первой помощи, но и психологическая поддержка.

Психическое состояние и поведение людей, вовлеченных в ЧС, будь-то непосредственно пострадавшие, их

родственники или люди, ставшие случайными свидетелями, изменяется под воздействием чрезвычайной ситуации и отличается от повседневного. Изменения в психическом состоянии и поведении пострадавших, являются одними из самых распространенных последствий ЧС. Причем, этим изменениям подвержены не только те люди, которые пострадали физически, но и те, кто не получил травм.

Психические реакции людей на чрезвычайную ситуацию могут быть очень разными: в одной ЧС могут быть люди, сохраняющие способность адекватно действовать, люди на небольшой промежуток времени утрачившие способность к адекватному поведению и люди, поведение которых неадекватно и зачастую опасно для них самих или окружающих. Эти реакции называются острыми стрессовыми реакциями. Наиболее часто встречаются такие реакции, как: агрессия, истерический припадок, страх, апатия.

Алгоритм оказания помощи при распространенных острых стрессовых реакциях:

Агрессия (мышечное напряжение, раздражение, недовольство, гнев, словесные оскорбления, брань)

1. Убедиться в собственной безопасности, оценить состояние пострадавшего. Обязательно контролировать собственное эмоциональное состояние.

2. Свести к минимуму количество зрителей. Установить контакт с пострадавшим и поддерживать его в течение всего взаимодействия.

3. Привлечение внимания пострадавшего и удержание его на лице. Использование коротких для восприятия фраз. Говорить спокойно, постепенно снижая темп речи. Не противоречить пострадавшему.

4. Предоставить возможность «выпустить пар», выразить свои эмоции без вреда для себя и окружающих. Направить энергию человека в нужное русло, поручить работу, связанную с высокой физической нагрузкой.

5. Предоставить пострадавшему только достоверную информацию. Запрещено использовать угрозы, запугивания. Запрещено использовать фразы, обесценивающие чувства пострадавшего.

Истероидная реакция (чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы, эмоционально насыщенная быстрая речь, крики, рыдания)

1. Убедиться в собственной безопасности, оценить состояние пострадавшего. Контроль собственного эмоционального состояния. Уменьшить количество зрителей, создать спокойную обстановку.

2. Установить контакт с пострадавшим и поддержание его в течение всего взаимодействия. Привлечь внимание пострадавшего и удерживать его на лице. Использовать короткие, удобные для восприятия фраз. Говорить уверенным тоном, в побудительном наклонении.

3. Переключить внимание пострадавшего, вызвав у него ориентировочную реакцию (задать неожиданный вопрос, несколько раз громко и четко позвать по имени, совершить неожиданное действие). Не вступать в активный диалог по поводу высказываний пострадавшего, преимущественно использовать невербальный контакт (кивать, поддакивать).

При необходимости предоставить пострадавшему возможность отдохнуть.

4. Предоставить пострадавшему только достоверную информацию. Запрещено использование угроз, запугивания,

предпринимать действия, усиливающие интенсивность реакции пострадавшего. Не использовать фразы, обесценивающие чувства пострадавшего.

Апатия (непреодолимая усталость, полное равнодушие и безразличие, медленная речь с большими паузами, вялость и заторможенность поведения)

1. Убедиться в собственной безопасности, оценить состояние пострадавшего.

2. Установить контакт с пострадавшим и поддержание его в течение всего взаимодействия. Завести разговор с пострадавшим: говорить спокойно, мягко, слегка ускоряя темп речи, установить физический контакт.

3. Использование коротких, удобных для восприятия фраз.

4. Предоставить возможность отдохнуть, почувствовать себя в безопасности. При необходимости применить приемы управления дыханием, самомассаж биологически активных точек. Предоставить пострадавшему только достоверную информацию.

Находиться с пострадавшим до прибытия специалистов.

Вывод. Имея все необходимые знания при оказании первой помощи и психологической поддержки вы не нанесете никакого вреда пострадавшему человеку, а правильное выполнение алгоритма может спасти жизнь и сохранить здоровье пострадавшим.

Рыбина К. А.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Научный руководитель: Мороз Ю. Б.

ДМО лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Астматический статус (АС) – самое яркое и угрожающее жизни проявление обострения бронхиальной астмы. АС определяется как тяжёлый, обычно затянувшийся (24 ч и более) приступ БА, характеризующийся выраженной и быстро прогрессирующей дыхательной недостаточностью, обусловленной обструкцией воздухопроводящих путей вследствие воспаления, диффузного отека слизистой оболочки бронхов и полного прекращения эвакуации мокроты при формировании резистентности больного к ранее проводимой бронхолитической терапии.

Причины возникновения неотложного состояния.

Основные причины астматического статуса:

- неадекватное лечение БА;
- контакт с причиннозначимыми аллергенами;
- респираторные инфекции;
- воздействие отрицательно влияющих внешних факторов;
- нервно-психический стресс;
- физическая нагрузка и гипервентиляция;
- прием лекарственных препаратов (б-блокаторы, ингибиторы АПФ, НПВС, антибиотики и др.).

Алгоритм оказания первой помощи. До того, как придет бригада скорой медицинской помощи нужно сделать следующее:

- обеспечить больному свободное дыхания, расстегнув одежду, посадить его с упором на руки;
- постараться успокоить пострадавшего;
- помочь воспользоваться ингалятором, если он есть

(сальбутамол 100 мкг/доза 4–8 ингаляций или беротек 100–200 мкг/доза 2–4 ингаляции);

- не давать больному есть и пить;
- не оставлять его одного;
- приготовить препараты, которые принимает больной для предъявления врачу (фельдшеру) скорой медицинской помощи.

Последовательность мероприятий неотложной помощи оказываемой фельдшерской бригадой. При подозрении на приступ БА (с учетом клинической картины и анамнеза) фельдшерской бригаде следует вызвать специализированную реанимационную или бригаду интенсивной терапии (БИТ) и одновременно приступить к оказанию неотложной помощи:

- открыть окно, постараться успокоить пациента, расстегнуть стесняющую его одежду, придать наиболее удобное положение (с целью уменьшения нагрузки на сердечно-сосудистую систему и гипоксии);
- провести пульсоксиметрию (с целью выявления гипоксемии), через носовые катетеры дать увлажненный кислород со скоростью 4–10 л/мин;
- без лекарств шанс снять риск очень мал, поэтому следует спросить, есть ли у пациента карманный ингалятор или противоастматические препараты, которые назначал врач. Если пациент уже использовал ингаляцию бета 2-агонистов в течение последних суток 6 и более раз, а симптоматика БА прогрессирует, то для профилактики развития резистентности к лечению следует запретить ему ингаляции;
- проконтролировать гемодинамику, температуру, ЧД (для выявления осложнений);
- снять ЭКГ, предоставить старшему врачу.

Основные действия по лечению обострений включают в себя (в порядке их назначения и в зависимости от тяжести обострений) повторные ингаляции бронхолитиков быстрого действия, раннее применение системных ГКС, кислородотерапию.

Цель лечения — это как можно быстрее устранить бронхиальную обструкцию и гипоксемию, а также предотвратить дальнейшие рецидивы.

Вывод. Актуальность бронхиальной астмы набирает обороты. Данную патологию диагностируют у большого количества людей, причём страдают как взрослые, так и дети. Поэтому очень важно знать алгоритм оказания первой помощи при обострении бронхиальной астмы.

Попенко В. В.

ОСНОВЫ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАНЕНИЯХ

Научный руководитель: Рябченко А. А.

ГПОУ «Маевский профессиональный лицей», г. Макеевка, ДНР

Актуальность. В современном мире каждому человеку необходимо обладать знаниями и навыками оказания первой доврачебной помощи при всякого рода повреждениях, особенно при ранениях, что актуально и значимо в современных реалиях Донецкой Народной Республики.

Причины возникновения неотложного состояния. Причины из-за которых появляются неотложные состояния огромное количество. Данного вида повреж-

дения могут случиться в любое время и в любом месте — дома, на работе, на улице и т.п. Поэтому очень важно знать основы оказания первой помощи, потому что насколько правильно и своевременно будет оказана первая доврачебная помощь пострадавшему, будет зависеть его дальнейшее здоровье.

Раны — это физические повреждения кожи человека. Раны бывают разные как по форме, размеру так и по глубине. Ранения человек получает в разного рода ситуациях, неосторожно пользование чем либо, оступился, случайно толкнули в толпе и т.д. Поэтому проанализировав литературу, нами выявлена классификация видов ран:

В зависимости от способа:

- Раны нанесенные в результате взаимодействия тупого или острого предмета (механические);
- Раны получение при переохлаждении или при воздействии высоких температур (физические);
- Раны нанесенные в результате воздействия химических реактивов (химические).
- В зависимости от степени:
- Раны, нанесенные острым предметом (резаные);
- Раны, нанесенные рубящим предметом (рубленые);
- Раны, нанесенные тупым предметом (ушибы);
- Раны, нанесенные огнестрельным оружием (огнестрельные);
- Раны рваные.

Алгоритм оказания первой помощи. Рассмотрим основные правила и требования оказания первой помощи при ранениях. Несмотря на то, что действия при ранениях разного типа отличаются, все же общая последовательность оказания первой помощи при ранении есть:

- 1) Прежде всего, следует оценить состояние пострадавшего и осмотреть его.
- 2) Вызвать бригаду неотложной помощи, и пока врачи едут выполнить, если требуется, элементарные манипуляции по спасению жизни пострадавшего. Может быть потребуется:

- 2.1 остановить кровотечение,
- 2.2 наложить повязку,
- 2.3 помочь пострадавшему принять положение, которое будет оптимальным при данном виде травмы.
- 3) Нельзя промывать рану ни лекарственными средствами, ни водой.
- 4) Запрещено пользоваться спиртом и йодом, самостоятельно удалять инородное тело из раны, вдавливать выпавшие органы и ткани.
- 5) До приезда бригады скорой помощи контролировать состояние раненого.
- 6) По приезду скорой сообщить все что было сделано указать время с момента происшествия, передать скорой пострадавшего.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. После того как пострадавший будет доставлен в больницу скорой помощью и оказана вся необходимая помощь, больному нужно соблюдать все прописанные рекомендации врача. Ведь именно правильно подобранный режим и процедуры способствуют скорейшему выздоровлению.

Вывод. Пытаясь спасти кому-то жизнь, главное — не навредить еще больше. Поэтому нужно руководствоваться основными правилами оказания первой помощи при ранениях.

Смирнова А. А.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕПЛОМ И СОЛНЕЧНОМ УДАРЕ

Научный руководитель: Косаренко Г. Д.

МОО «Харьцызская средняя школа № 22», г. Харьков, ДНР

Актуальность. С приближением летнего сезона возрастает риск получения теплового и солнечного удара. Тепловой или солнечный удары могут вызвать тяжелые последствия, вплоть до остановки сердца. Каждому человеку необходимо знать и уметь оказывать первую помощь пострадавшему. Тепловой удар – перегревание организма, полученное в следствие длительного нахождения в помещении с высокой температурой и влажностью. Солнечный удар – разновидность теплового удара, вызванного воздействием солнечных лучей.

Причины возникновения неотложного состояния.

- Длительное пребывание на солнце без головного убора;
- слишком плотная одежда, которая препятствует прохождению воздуха;
- нахождение в комнате с высокой температурой, недостаточным уровнем кислорода и влажности продолжительное время;
- физическая активность на солнце и при высоких температурах;
- недостаточное потребление жидкости;

Симптомы теплового и солнечного удара.

Симптомы обоих состояний схожи между собой: усталость, слабость во всем теле, сильная головная боль, может кружиться голова, болеть спина и ноги, шуметь в ушах, также наблюдается сильная одышка, сердцебиение учащается, рвота/понос, потемнение в глазах, покраснение лица.

Если вовремя не оказать помощь, у пострадавшего может быть поражена центральная нервная система, температура тела может подняться до 40С, будет наблюдаться тяжелая одышка, слабый пульс, судороги, галлюцинации, холодная кожа, человек может бредить. Ситуация может осложниться настолько, что это приведет к потере сознания.

Алгоритм оказания первой помощи:

1. Отвести пострадавшего помещение, где прохладно (в тень, к окну, к кондиционеру), голову и ноги следует приподнять, подложить что-то под щиколотки.
2. Снять верхнюю одежду, ослабить все ремни, расстегнуть воротник.
3. В качестве холодного компресса, приложить к голове бутылку воды, лед, умыть лицо холодной водой.
4. Обернуть пострадавшего холодной влажной тканью/облить его водой (не теплее 20 °С).
5. Если человек в сознании, следует напоить его холодной, сладкой или слегка подсоленной водой.
6. Вызвать скорую помощь.

При обмороке:

1. Положить пострадавшего в прохладное место, тень.
2. На голову холодный компресс.
3. Завернуть в мокрую простыню или облить пострадавшего водой.
4. Поднести к носу нашатырный спирт.
5. Если пострадавший не приходит в себя более 3 минут, перевернуть его на живот.

6. В экстренной ситуации (остановка дыхания, не прощупывается пульс) не ждать приезда медиков. Самому начать делать искусственное дыхание и массаж сердца, пока не будут наблюдаться дыхательные движения и сердечная деятельность.

Вывод. Чтобы летние деньки приносили радость следует придерживаться следующих правил:

- нельзя находиться на улице под солнцем без покрытой головы;
- летом лучше носить светлую одежду из натуральных тканей (хлопок, лен), которая будет легко пропускать воздух;
- уменьшить время нахождения под прямыми солнечными лучами;
- выпивать достаточное количество жидкости (пить от 2 до 3,5 литров воды в день);
- на летний период сократить количество жирной пищи в рационе. Предпочтение отдавать фруктам, овощам, кисломолочным продуктам.

Сонина М. Ю.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

Научный руководитель: Мороз Ю. Б.

ДМО лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. По Всемирной статистике анафилактический шок случается у 50 человек их 100000. С каждым годом эта цифра растёт. Анафилактический шок является одной из самой тяжёлой формы аллергической реакции, если он происходит, то пациента можно спасти только за кратчайший срок.

Очень часто бригада скорой помощи не успевает приехать и оказать помощь, из-за чего случается летальный исход. Чтобы сократить число смертности из-за анафилактического шока, необходимо уметь оказывать первую помощь.

Причины возникновения неотложного состояния.

Анафилактический шок – тяжёлая аллергическая реакция организма, проявляющаяся моментально при взаимодействии с аллергеном, проявляющаяся острым расстройством центрального и периферического кровообращения с резким уменьшением кровоснабжения органов и тканей, что приводит к ярко выраженному сдвигу метаболизма, что приводит к гибели клеток.

1. Анафилактический шок может возникать из-за:

- бытовых аллергенов, например: бытовая химия, лакокраски, пыль, плесень;
- пищевых аллергенов, например: цитрусовые, орехи, бобовые, шоколад;
- лекарственных аллергенов, например: пенициллин, лактозосодержащие, стрептокиназа.
- аллергенов, попадающих через укус или жало насекомых.

Алгоритм оказания первой помощи.

Основная терапия:

- 1) Прекратить поступления аллергенов. Это можно сделать, если вытянуть жало насекомого с помощью инъекционной иглы, пинцетом и вручную не желательно, так как можно оставить часть жала и небольшое количество яда. Предотвратить введения лекарственных

средств, которые вводятся в вену или мышцу, а затем наложить жгут не 25 минут. Каждые 10 минут ослаблять жгут. Если лекарство было введено подкожно, необходимо крестообразно обколоть место инъекции 0,3–0,5 мл раствора адреналина. Если лекарства были введены через нос или глаза необходимо промыть их водой и закапать 0,1% раствор адреналина 1–2 капли.

2) Положить холодное на область укуса или инъекции.

3) Нужно отметить время, когда пошли признаки аллергии и шока.

4) Пациента необходимо уложить на горизонтальную твёрдую поверхность, ноги приподнять кверху, тепло укрыть. Голову повернуть на бок, выдвинуть челюсть при западании языка.

5) Оцените состояние пациента. Необходимо измерить температуру, пульс, артериальное давление, оценить характер одышки.

6) Если есть проблемы с дыханием необходимо обеспечить искусственную вентиляцию лёгких (ИВЛ). ИВЛ при анафилактическом шоке показана при:

- отёк отек гортани и трахеи с нарушением проходимости дыхательных путей;
- нарушения сознания;
- стойкий бронхоспазм;
- отек легких;
- развитие коагулопатического кровотечения.

7) Немедленно ввести 0,3–0,5 мл 0,1% раствор адреналина. Если гипотония сохраняется, то повторно ввести в той же дозе. Процедуру можно осуществлять до 3 раз. Обкалывают в 5–6 точках место инъекции или ужаления 0,5 мл 0,1% раствора адреналина с 5 мл изотонического раствора хлорида натрия.

8) Необходимо обеспечить доступ для внутривенного введения, после чего начать коррекцию артериальной гипотонии, а затем восполнение объема циркулирующей крови с помощью введения солевых и коллоидных растворов. Ими послужат изотонический раствор хлорида натрия (500–1000 мл), раствор стабизола (500 мл) и раствор полиглюкина (400 мл). Если нельзя обеспечить введение всего объема через одну вену, рекомендуется ввести через несколько вен.

9) Если артериальная гипотензия сохраняется, после восполнения объёма циркуляции крови применяют вазопрессорные амины до достижения систолического артериального давления 90 мм рт.ст. Вводят допамин внутривенно капельно со скоростью 4–10 мкг/кг/мин, но не более 15–20 мкг/кг/мин. Раствор готовят из расчёта 200 мг допамина на 400 мл 0,9% раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы, инфузию проводят со скоростью 2–11 капель в минуту или через дозатор лекарственных средств.

10) Далее вводят преднизолон в дозе 90–150 мг внутривенно-струйно или эквивалентные дозы его аналогов.

11) Дальше необходимо дождаться скорой помощи, чтобы те госпитализировали пациента.

Шелехова М. А.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: Старовойт Д. В.

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

Актуальность. Гипертермия — это повышение температуры тела выше 38,5° С. При этом состоянии отмечаются расстройства микроциркуляции, нарушения метаболизма и функций важных органов, а также систем. Более частыми причинами гипертермии считаются инфекционные и токсические состояния, серьезные метаболические расстройства, перегревание, аллергические реакции, но кроме того и эндокринные расстройства. Согласно статистике, зачастую гипертермия формируется у детей до одного года из-за несовершенства элементов терморегуляции.

Именно по этой причине в настоящее время знания об оказании «Первой медицинской помощи при гипертермии» важны и актуальны.

Причины возникновения неотложного состояния:

Выделяют 2 причины возникновения гипертермии:

1. Классическая — наблюдается при значительно высоких температурах воздуха. Подобная гипертермия часто прослеживается у маленьких детей, пожилых людей и лиц с сердечной недостаточностью.
2. Гипертермия, которая связана с физической нагрузкой — происходит, когда существует излишняя физическая нагрузка, особенно в жаркую, влажную погоду без соответствующего восполнения жидкостей.

Клиника: Гипертермия по своим клиническим проявлениям разделяется на 2 вида:

«Белая» — когда температура тела поднимается до 39° С, кожа горячая, сухая, «мраморная», однако руки и ноги при этом холодные на ощупь, имеется озноб, тахикардия, одышка. Кроме того, могут наблюдаться судороги и бред.

«Красная гипертермия» — прослеживается чаще у детей. При таком виде гипертермии температура тела поднимается вплоть до 39°С, кожа горячая, румянец, пот, беспокойство. Конечности при этом теплые, отмечается тахикардия. Поведение ребенка обычное, не смотря на высокую температуру.

Алгоритм оказания первой помощи. Согласно рекомендациям, жаропонижающую терапию следует реализовывать при температуре тела выше 38,5 °С. Однако если в случае повышенной температуры отмечаются ухудшение состояния, дрожь, бледность кожи, жаропонижающая терапия должна быть назначена немедленно. При «белой» гипертермии:

- Следует согреть ребенка. Именно поэтому следует приложить грелки к конечностям. Температура грелки должна быть до 37 С. Кроме того нужно растереть туловище ребенка и дать ему обильное теплое питье.
- Далее мы вводим в/м: 2% раствор папаверина — 0,1 мл/год либо раствор 50% анальгина 0,1 мл/год жизни.
- Если жаропонижающего эффекта в течение 30 минут не наблюдается, то следует обратиться за медицинской помощью.

При «красной» гипертермии:

- Ребенка необходимо раскрыть, максимально оголить.
- Обеспечить доступ свежего воздуха, никак не допуская сквозняков.
- Дать обильное питье, которое составляет на 1 л больше нормы жидкости ребенка в сутки.
- Также использовать физические способы охлаждения: обдувание вентилятором; холодная мокрая повязка на лоб; лед на область крупных сосудов.
- Назначить внутрь либо ректально: парацетамол дозе

10 мг/кг или ибупрофен детям, которые старше 1 года в дозе 7 мг/кг.

Профилактика. Нам следует тщательно следить за своим состоянием здоровья, не допускать перегревания, изнеможенности, нужно избегать напряженных обстановок, стрессов. Также в жаркую погоду необходимо одеваться в вещи из натуральных материалов и обязательно в солнечную погоду закрывать голову панамкой либо кепкой.

Вывод. Гипертермия у детей – состояние, которое угрожает жизни ребенка. Чаще формируется у детей до 6 лет, значительно реже наблюдается у подростков. При отсутствии своевременной диагностики и лечения высока вероятность летального исхода.

Для того чтобы у детей не появилась гипертермия, симптомы следует замечать и принимать во внимание мгновенно. Кроме того хочется добавить, что родителям необходимо помнить что, при сохранении гипертермии после 3-го дня приема жаропонижающего средства им следует обратиться за помощью к педиатру.

Стефанов Г. М.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Научный руководитель: Кушнир Т. Ю.

МОУ «Школа № 101 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. С травмами хоть раз в жизни сталкивался каждый человек. Кто-то обжигался кипятком, кто-то ломал ноги или руки, катаясь на роликах или просто падая на ровном месте. Кому-то раны, ушибы и ссадины доставались в уличных драках. Естественно, что в таких ситуациях необходимо обращаться к врачу-травматологу или вызывать «Скорую» (103). А пока профессиональная помощь еще в пути, человеку нужно оказать первую помощь. Ведь от этого может зависеть его скорейшее выздоровление,

Причины возникновения неотложного состояния.

Дети, это отдельно стоящий контингент. Азарт на уроках физкультуры и во внеурочное время, невнимательность при переходе улиц и небрежность при соблюдении ПДД выделяют особо наших школьников. Они очень активны и частота получения травм намного выше. Поэтому находятся постоянно в зоне риска, требуя особого внимания со стороны учителей, родителей. Но и сами дети должны уметь оказывать первую медицинскую помощь при необходимости.

После анализа опроса учащихся 11-Б класса, выяснилось, что из 24 человек наиболее часто получали травмы 18. Из них у 35% были ушибы и у 25% – переломы.

Алгоритм оказания первой помощи. Согласно универсальному алгоритму первой помощи в случае, если человек стал участником или очевидцем происшествия, он должен выполнить следующие действия:

Ушиб:

1. Осмотреться и удостовериться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего
2. Вызвать СМП
3. Наложить холод на место повреждения
4. Наложить на повреждение тугую повязку

5. Обеспечить покой пострадавшему

Перелом:

1. Осмотреться и удостовериться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего
2. Вызвать СМП
3. Стараться не менять положения тела пострадавшего
4. Провести иммобилизацию
5. Приложить холод и при необходимости дать обезболивающие средство
6. Обеспечить покой

Описание оказания первой помощи. Например, при игре в футбол, можно получить травму, споткнувшись и упав на свою руку. При этом будет трудно пошевелить кистью руки. Ощущается боль. Рука начинает опухать. Учащиеся тут же вызывают скорую медицинскую помощь. Во время ожидания медиков со стороны ребят будет оказана первая помощь: посадив на лавку, обеспечив неподвижность пострадавшей конечности и приложив лед. В скорости машина скорой помощи приезжает на место происшествия и забирает его в больницу, где уже оказывают профессиональную помощь.

Рекомендации по режиму и дальнейшему восстановлению. Соблюдение всех требований и рекомендаций врача.

Вывод. Учащиеся школ более мобильны, активны и поэтому травмы получают чаще, чем могли бы получить взрослые. Также у детей до определённого возраста отсутствует, либо снижено чувство опасности. Они не предвидят последствий своих действий. Высидев неподвижно 45 минут урока, они пытаются выплеснуть накопившуюся энергию, и не всегда это получается безопасно. Да и подростки, зачастую, совершают безрассудные поступки, чтобы выгладеть крутыми в глазах сверстников. Считаю необходимым в качестве постоянной помощи учителям обеспечить учащихся памятками по оказанию первой помощи при травмах с последующими практическими занятиями (на классных часах раз в месяц обязательно) по их отработке. Таким образом, у учащихся закрепятся навыки оказания первой помощи при травмах.

Сушко К. А.

ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Научный руководитель: Мороз Ю. Б.

ДМО лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ

ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. Аспектом воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области в настоящее время заинтересовано значительное количество специалистов благодаря ее актуальности, так как наблюдается существенный рост заболеваний. До 20% составляют больные, которые обращаются в стоматологические клиники, и около 50% в челюстно-лицевые стационары. Также отмечается стремительный подъем прогрессирующих флегмон, которые сначала распространяются на несколько клетчаточных пространств, что вскоре приводит к осложнениям, таким как сепсис, тромбоз, контактный медиастинит. В таких случаях, к большому сожалению, не всегда удается обеспечить жизнь пациенту.

Причины возникновения неотложного состояния. Воспаление челюстно-лицевой области может возникнуть при проникновении микробов одонтогенным, гематогенным, лимфогенным путями или в результате травмы. К острым воспалительным заболеваниям челюстно-лицевой области относятся периостит, остеомиелит челюсти, флегмона, абсцесс, фурункул, карбункул. Однако только экстренное вмешательство может предупредить развитие осложнений, которые угрожают жизнедеятельности больного. В связи с близостью головного мозга, анатомо-топографическими особенностями челюстно-лицевой области, которые обеспечивают мгновенное распространение воспалительного процесса. Поэтому оперативную помощь необходима в первые часы обращения больных.

Алгоритм оказания первой помощи.

1. Оценить общее состояние (в присутствии флегмон — средняя или тяжёлая степень тяжести).
2. Квалифицировать степень открывания рта (меньше 1 см промеж центральными зубами — одно из главных проявлений серьёзного одонтогенного воспаления, включая и жевательных мышц). Затруднённый приём пищи (боли при глотании) типичен для флегмоны окологлоточного пространства
3. Изучить припухлость мягких тканей верхней трети шеи (от нижнего края нижней челюсти).

При наличии симметричного отека подчелюстных областей и подподбородочной области вполне прогнозируема флегмона дна рта. В случае отсутствия отёка, но при проявлении односторонних болях в горле при глотании и ограничении открывания рта вероятнее всего флегмона окологлоточного пространства. При подозрении на одонтогенную флегмону нужно срочно доставить больного в стационар, который специализируется на гнойной хирургии челюстно-лицевой области. Заболевание требует незамедлительного оперативного лечения, поскольку угрожают жизни больного. При отсутствии вероятности смерти составляет 100%.

Описание оказания первой помощи.

- Если у больного наблюдается удовлетворительное состояние, температура не превышает норму и отсутствует коллатеральный отек, то для облегчения самочувствия пациенту следует принять НПВС — нестероидные противовоспалительные препараты (лорноксикам, парацетамол, ибупрофен, индометацин и др.). Однако все же следует немедленно обратиться к стоматологу-хирургу. При повышенной температуре и наличие коллатерального отёка срочно обратиться за стоматологической помощью в неотложной форме.

- Высокая температура тела, выраженная интоксикация, озноб, отёк лица и шеи, увеличение регионарных лимфатических узлов — срочная доставка пациента в профильное хирургическое отделение.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

1. Контроль над гигиеной полости рта
2. Систематическое посещение стоматолога
3. Своевременное лечение кариеса и других инфекционно-воспалительных процессов
4. Устранение последствий травм челюстно-лицевой области

Вывод. Высокая распространенность инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и увеличение показателя роста заболеваемости

подчеркивает значимость посещения врача-стоматолога и других специалистов, с целью своевременной диагностики, раннем и рациональном лечении. Исключительная роль принадлежит санитарно-просветительной работе с широкими слоями населения, способные донести до каждого актуальность данной проблемы.

Таджимуратова Р. М.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ОСН)

*Научный руководитель: Искандаров Ю. Н.
Самаркандский государственный Медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан*

Актуальность данной темы обусловлена высоким и растущим уровнем заболеваемости населения. ОСН является осложнением болезни системы кровообращения, которое выражается в стремительном возникновении или увеличении жалоб. Они опасны для жизни, в основном при отсутствии неотложного внимания и лечения. Жалобы: одышка, кашель, kloкочущее дыхание, иногда появляется пены изо рта. Типично сидячее положение, опираясь руками на колени и слышны влажные хрипы. Причины возникновения неотложного состояния. Установлено, что основными факторами риска развития ОСН являются инфаркт миокарда, пороки сердца, гипертоническая болезнь, острый коронарный синдром, кардиомиопатия, расслоение аорты, инфекции, почечная недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии и др.

Алгоритм оказания первой медицинской помощи:

- Нужно вызвать врача
 - Придать пациенту положение ортопноэ
 - Успокоить пациента и обеспечить полный покой.
 - Положить под язык нитроглицерин или валидол.
- Применять нужно каждые 10–15 минут. Если состояние пациента после нитроглицерина не изменился, тогда снова не применяют.

Примечание: Пациенту не рекомендуется гулять, вставать, до согласия доктора. При сильной головной боли, нарушении зрения, головокружении и при АД (артериальное давление) ниже 100 мм рт.ст не надо принимать нитроглицерин.

Все это является оказанием неотложной помощи на догоспитальном этапе. Хорошие результаты лечения больных с сердечной астмой могут быть обеспечены в отделениях скорой помощи, где имеются квалифицированные персоналы.

К лечению надо привлечь опытного кардиолога, при необходимости других специалистов. Вспомогательные службы должны обеспечивать быстрое выполнение диагностических обследований. После устранения острой симптоматики дальнейшее лечение должно осуществляться в соответствии с современными рекомендациями по терапии сердечной недостаточности (СН), желательна специально обученным медицинским персоналом.

Оказание квалифицированной помощи:

- Морфин, следует дать при начальном лечении тяжелой формы ОСН.
- Необходимо назначить вазодилататоры
- Нитраты

— Нитропруссид натрия (у больных с тяжелой СН)

— Диуретики и др.

Вывод. Сердечная астма является частой причиной обращения к скорой помощи. Важнейшей целью лечения является снижение смертности населения. Несвоевременно оказанная медицинская помощь может привести к остановке сердца

Терезгулова А. Р.

ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СЕДАТИВНО-ГИПНОТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Научный руководитель: Антонов С. И.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет», г. Екатеринбург, Российская Федерация

Актуальность. Отравления седативно-гипнотическими препаратами составляют около 20–25% всех больных, находящихся в специализированных токсикологических центрах и составляют около 3% всех смертельных отравлений. Общая больничная летальность при отравлении данными препаратами составляет 1–3%, включая случаи смешанных отравлений различными лекарственными средствами психотропного действия. При тяжелых отравлениях с развитием коматозного состояния летальность значительно выше и достигает 15%, что свидетельствует о том, насколько актуальна данная тема в наши дни.

Причины развития неотложного состояния. Интоксикация седативно-гипнотическими препаратами практически всегда является результатом приема повышенных объемов лекарства.

Основные причины отравления:

1. Попытки суицида. Попытки самоубийства заканчиваются преимущественно тяжелыми отравлениями, так как количество принятого препарата многократно превышает терапевтическую дозировку.

2. Неправильная дозировка. Такие случаи возникают из-за неграмотного самолечения. Чтобы увеличить и ускорить эффект, больной принимает таблетки в, в 2–3 раза превышающем предельно допустимую дозу. Случаи ятрогении крайне редки. Они возникают исключительно при парентеральном введении препарата, если медперсонал допустил ошибку при расчете необходимого объема лекарственного средства.

3. Нарушение экскреции. Почечная или печеночная недостаточность ведут к замедлению темпов метаболизации и выведения медикаментов. При ежедневном приеме они накапливаются в организме. В какой-то момент концентрация становится критической, развивается клиника отравления.

4. Наркотизация. Лекарства этой фармакологической группы обладают определенным опьяняющим влиянием. Поэтому их пытаются применять в качестве наркотика.

Симптомы отравления. Симптомами отравления седативно-гипнотическими препаратами являются: лёгкая сонливость, глубокий сон, который может перейти в коматозное состояние, реакции на свет снижены или отсутствуют, температура тела понижена, мышечная гипотония, западение языка, бледность кожи и слизистых оболочек, гиперсаливация, бронхорея, олигурия и анурия, артериальная гипотензия, слабый пульс, тро-

фические расстройства кожи, дыхание редкое, поверхностное, возможна остановка дыхания.

Оказание первой доврачебной помощи:

1. Необходимо немедленно информировать (самостоятельно или с помощью окружающих) в скорую медицинскую помощь. Попытаться выяснить обстоятельства происшедшего.

2. Если пострадавший в сознании, обеспечить промывание желудка. Дать выпить 6–7 стаканов теплой кипяченой воды. После приема каждые 350–550 мл воды необходимо вызвать рвоту, стимулируя пальцами корень языка. Минимальный объем принятой воды при промывании должен быть не менее 2,5–3 л.

Оказание квалифицированной помощи:

1. Стабилизация состояния:

— Оксигенация. По показаниям надо обеспечить проходимость дыхательных путей и поддерживать адекватную вентиляцию. Если рвотный рефлекс или угнетение центральной нервной системы этому препятствует, необходимо ввести эндотрахеальную трубку с надувной манжетой, после чего пациент переводится на искусственную вентиляцию легких с мониторингом газового состава артериальной крови.

— Сердечно-сосудистая система. После установки капельницы необходимо приступить к введению жидкости (раствора Рингера с лактатом) с начальной скоростью 150 мл/ч (для взрослых). Гипотензию следует предварительно корректировать дозами жидкости по 200 мл до увеличения ее содержания в организме на 2 л или до достижения систолического давления 100 мм рт.ст.

2. Для удаления яда из кишечника применяются адсорбирующие средства — уголь активированный из расчета 1 г/кг, промывание кишечника (кишечный лаваж) — макрогол (форлак).

3. Форсированный диурез. Используется фуросемид (лазикс) вместе с натрием гидрокарбонатом.

4. Коррекция нарушений дыхания заключается в проведении ряда врачебных манипуляций по восстановлению проходимости дыхательных путей, в сложных случаях проводится ИВЛ (при угнетении дыхания).

5. Для восстановления нарушенной гемодинамики используется никетамид (кордиамин).

6. Для симптоматической терапии применяется: кофеин, витамины группы В, глицин, антибиотикотерапия.

Вывод. Преимущественно действенные методы лечения и профилактики отравлений являются: стабилизация состояния, очистка пищеварительного тракта, а также улучшение состояния организма некоторыми препаратами. Чтобы уменьшить количество случаев отравлением данными препаратами, пациенты должны принимать препарат неукоснительно по предписанию врача и в дозе, не превышающей терапевтическую. Также следует ограничить самостоятельный доступ к лекарствам для пациентов у которых отмечаются различные психологические заболевания.

Ульянова Б. А.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОБТУРАЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Научный руководитель: Малолеткина. О. А.

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

Актуальность. Вероятность возникновения обтурации верхних дыхательных путей как у детей, так и у взрослых очень высока. Чаще всего это случается во время приёма пищи или баловства. Это жизнеугрожающее состояние, которое требует четких, последовательных действий, в противном случае летальный исход может наступить в течение нескольких минут. К сожалению, это может случиться с любым и в самый неожиданный момент, что требует от окружающих правильных, безотлагательных мероприятий.

Причины возникновения неотложного состояния. Попадание инородного тела в устье гортани с последующей закупоркой «обтурацией» возникает при:

- A. попытка проглотить кусок плохо пережеванной пищи;
- B. разговор, смех во время приема пищи;
- C. бег, прыжки или быстрая ходьба с инородным предметом во рту (жвачка, таблетка, конфета);

Алгоритм оказания первой помощи.

Начальная тактика:

- если пострадавший без сознания и не дышит попытаться освободить дыхательные пути;
- если в сознании, то надо его успокоить и уговорить покашлять;
- как можно быстрее вызвать скорую помощь.

Активные вмешательства предпринимаются, только когда кашель становится слабым, усиливается или человек/ребёнок теряет сознание. В качестве первой помощи рекомендуются нижеперечисленные приёмы.

Для детей до 1 года:

1. Ребёнок кладется животом на предплечье левой руки, лицом вниз (предплечье опускают вниз на 60°, поддерживая подбородок и спину). Нанести ребром ладони правой руки 5 ударов между лопатками. Проверить наличие инородных предметов в ротовой полости и удалить их.

2. Если вышеперечисленные меры не приносят результатов, перевернуть ребёнка в положение на спине (голова должна находиться ниже туловища), положив его на свои руки или колени лицом вниз. Произвести 5 толчков в грудную клетку на уровне нижней трети грудины на один палец ниже сосков. Не нажимать на живот! Если инородное тело видно, то его необходимо извлечь.

3. Если обструкция инородным телом не устранена, вновь попытаться открыть дыхательные пути, подняв подбородок и запрокинув голову ребенка, и провести ИВЛ.

В случае безуспешности мероприятий повторять приёмы до прибытия бригады скорой помощи.

Для детей старше 1 года и взрослых:

1. приём Геймлиха. Если больной сидит или стоит, зайти сзади, обхватить его руками вокруг талии. Прижать сжатые в «замок» кисти к животу (по средней линии живота между пупком и мечевидным отростком) и произвести резкий толчок вверх до 5 раз с интервалом в 3 сек. Если больной без сознания и лежит на боку, оказывающий помощь устанавливает на его эпигастральную область ладонь своей левой руки и кулаком правой руки наносит короткие повторные удары (5–8 раз) под углом 45° в сторону диафрагмы. При выполнении этого приёма возможны осложнения: перфорация или разрыв органов брюшной и грудной полостей, регургитация желудочного содержимого.

2. Осмотреть ротовую полость, и если инородное тело

видно, то его извлекают.

3. При отсутствии эффекта попробовать прием «американских полицейских»: стать позади пострадавшего не далее 40 см, взять его за плечи и отстранив его от себя на расстояние вытянутых рук резким притягивающим к себе движением ударить пострадавшего спиной о свою грудную клетку, предварительно отклонив свою голову в сторону от возможного удара в лицо затылком.

5. При необходимости, повторять приемы несколько раз до прибытия бригады скорой помощи.

Из-за риска усугубления обструкции пальцевое удаление инородного тела вслепую у детей противопоказано! Если инородное тело не обнаружено:

1) решить вопрос о проведении трахеотомии или интубации трахеи;

2) срочная госпитализация в оториноларингологическое или хирургическое отделение.

Вывод. Полностью предотвратить развитие данного неотложного состояния невозможно, но всё же безопаснее и надёжнее будет избегать ситуаций, при которых возможна обтурация верхних дыхательных путей, а именно:

- тщательное пережёвывание еды;
- избегать разговоров и смеха во время приема пищи;
- не бегать, не ходить, не прыгать с инородными предметами во рту; а в случае обтурации верхних дыхательных путей,
- отбирать у маленьких детей предметы, которые могут легко поместиться у них во рту.
- Маленькие дети должны постоянно оставаться под присмотром.

— пострадавший, по возможности, должен не впадая в панику, постараться успеть сообщить/показать окружающим, что он нуждается в оказании помощи,

— оказывающие помощь должны сохранять самообладание, и четко и последовательно выполнять необходимые приемы для обеспечения проходимости верхних дыхательных путей, в том числе используя приём Геймлиха.

Харина А. Ю.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

Научный руководитель: Мороз Ю. Б.

ДМО лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ

ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность. В последнее время аллергия стала одной из самых актуальных медико-социальных проблем в связи с её распространённостью и всё более интенсивным ростом заболеваний. Это утверждение также справедливо к анафилактическому шоку (АШ), представляющему наиболее тяжёлую и опасную для пациента форму аллергических реакций, относящемуся к неотложным состояниям.

Причины возникновения неотложного состояния. Развитие АШ в основном вызывают вещества белковой или белково-молекулярной природы, а также гаптены — соединения, приобретающие свою аллергенность после связывания с белками хозяина. Наиболее распространён среди всех типов лекарственных анафилактический шок (ЛАШ). Самыми распространёнными

причинами среди ЛАШ являются антибиотики, анальгетики, анестетики, нестероидными противовоспалительными средствами.

Более тяжелым является АШ на укусы перепончатокрылых насекомых. Встречается и АШ на яды других животных, например, змей. Тяжелое течение объясняется дальним расположением пострадавшего от медицинского пункта и быстрой реакцией организма (шок развивается в течение нескольких минут), в связи с чем появляется проблема оказания медицинской помощи. Среди пищевых факторов АШ наиболее часто провоцируют орехи, молочные продукты, морепродукты. У больных с поллинозом (сезонной аллергией на пыльцу, шерсть) некоторые продукты растительного происхождения или непосредственно пыльца, пыльцевые аллергены дают перекрёстные реакции, вызывающая АШ.

Алгоритм оказания первой помощи. Согласно международному протоколу первая помощь при АШ включает следующие пункты:

- Прекратить поступление аллергена в организм.
- Срочно вызвать реанимационную бригаду или скорую медицинскую помощь (если помощь пострадавшему оказывается вне медицинского учреждения). Транспортировать больного в отделение реанимации.
- Уложить больного с приподнятым ножным концом на горизонтальную поверхность, обеспечить проходимость верхних дыхательных путей и доступ кислорода.
- Выше места введения медикамента или укуса по возможности наложить жгут, приложить холод.
- Обеспечить поступление к больному свежего воздуха, при необходимости ингалировать кислород 6–8 л/мин.
- Сохранить или обеспечить венозный доступ.
- При отсутствии возможности подсоединить монитор измерять артериальное давление, пульс вручную каждые 2–5 минут, контролировать уровень оксигенации.
- Обязательно ведение письменного протокола по оказанию первой медицинской помощи при АШ.
- Необходимо быть всегда готовым к проведению сердечно-легочной реанимации. При остановке дыхания и кровообращения проводить наружный массаж сердца и ИВЛ.
- Взрослым непрямой массаж сердца проводить с частотой 100 в минуту на глубину 1/3 толщины грудной клетки; детям — 100 в минуту на глубину 4–5 см (младенцам 4 см). Соотношение вдохов с компрессией грудной клетки — 2:30.
- У больных с нарушением проходимости дыхательных путей вследствие отека глотки и гортани необходимо интубировать трахею. В случаях невозможности или затруднений при интубации необходимо выполнить коникотомию (экстренное рассечение мембраны между щитовидным и перстневидным хрящами). После восстановления проходимости дыхательных путей необходимо обеспечить дыхание чистым кислородом. Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Во избежание повторного случая АШ рекомендована консультация врача-аллерголога-иммунолога.

Вывод. В последнее время количество приступов анафилактического шока стремительно растёт. Они представляют серьёзную угрозу для жизни человека, именно от своевременного и качественного выполнения мероприятий первой помощи зависит исход, прогноз и ка-

чество жизни пострадавшего. Для предотвращения приступа следует уделить особое внимание сбору аллергологического анамнеза, обращать внимание на переносимость некоторых продуктов, среди которых вакцины и сыворотки, пищевые добавки и продукты. Во время беседы с врачом необходимо уточнять:

- наличие аллергических реакций у родственников и пациента;
- имеется ли профессиональный контакт с лекарствами;
- наличие грибковых заболеваний кожи, повышающих риск возникновения аллергии.

Чипизин В. В.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УДАРЕ МОЛНИИ

Научный руководитель: Жихарева В. Н.

МОУ «Школа № 50 города Макеевки», г. Макеевка, ДНР

Актуальность. Мы живём на возвышенной над уровнем моря местности, поэтому знание оказания первой медицинской помощи при ударе молнии в человека должно быть обязательным.

Причины возникновения неотложного состояния. Причиной может стать грозовая погода, особенно если будущий пострадавший будет на возвышенности, возле водоёма или металлических конструкций. Ежеминутно в землю ударяет 6 тыс. молний. Вероятность поражения человека составляет примерно 1 к 600 тысячам, при этом примерно треть пострадавших погибает на месте, а выжившие получают серьёзные повреждения. Статистика весьма неточная, но тем не менее риск поражения существует, а последствия могут быть самыми неожиданными и удивительными.

Алгоритм оказания первой помощи. В отличие от бытовой электротравмы, человек после удара молнии не находится под напряжением, поэтому нет необходимости искать средства защиты от электричества и пытаться «обесточить» жертву. Прежде всего, необходимо вызвать бригаду скорой помощи. А до ее приезда сделайте следующее:

- перенесите пострадавшего в укрытие, уложите в удобное положение, накройте покрывалом;
- в случае ожогов, не снимайте с человека одежду до приезда скорой; если человек без сознания, проверьте наличие дыхания, нащупайте пульс на сонной артерии;
- при отсутствии дыхания и пульса начинайте реанимационные действия;
- не прекращайте непрямой массаж сердца и искусственное дыхание, пока не появится уверенность, что жизни потерпевшего ничего не угрожает;
- если пульс и дыхание в норме, но пациент без сознания, поднесите к его носу салфетку с нашатырем.

Описание оказания первой помощи. Повреждения организма весьма обширны и имеют долговременные последствия, такие как: повреждения нервной системы (Кераунопаралич, стойкие неврологические нарушения, отсроченные неврологические синдромы, повреждения центральной нервной системы), кожного покрова (Фигуры Лихтенберга, ожоги 2–4 степеней), глаз, органов слуха, а также может вызвать психические и нейроркогнитивные расстройства.

Симптомы и признаки кераунопаралича включают

в себя ослабление пульса, бледность и цианоз, нарушение сенсорной и моторной функции пораженных конечностей. Будьте бдительны при оценке центрального пульса перед тем, как начать сердечно-лёгочную реанимацию, поскольку при кераунопараличе можно ошибочно решить, что у пострадавшего отсутствует пульс. Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению. Любому пострадавшему, получившему удар молнии, должен быть проведен прицельный осмотр на предмет травматических повреждений головы. Всем жертвам удара молнии с нарушением сознания или стойкими нарушениями при неврологическом осмотре должна проводиться компьютерная томография головного мозга. Также обязательное офтальмологическое обследование для всех выживших после удара молнии, в том числе для тех пострадавших, у которых развилось снижение зрения.

Каждому пострадавшему с отсроченными симптомами необходимо пройти обследование и получить рекомендации у невролога, чем раньше, тем лучше.

Если у пострадавшего появились фигуры Лихтенберга, то они не требуют лечения, но их наличие требует обследования на предмет выявления других последствий удара молнии.

В некоторых случаях, когда ожоги на теле слишком глубокие, тогда требуется пересадка кожи.

Первичное обследование целостности БП необходимо в отношении всех пострадавших от удара молнии, последующее обследование с привлечением оториноларинголога обязательно для всех пострадавших со снижением слуха. Пострадавший(ая) от удара молнии и его/ее семья должны быть проконсультированы провайдером первичной помощи для выявления нейропсихиатрической дисфункции и, при наличии таких симптомов, должны получать специализированную психиатрическую помощь.

Вывод. Данная работа предоставляет основную информацию о последствиях удара молнии в человека, а также последовательность реанимационных действий и информацию о будущих лечениях пострадавшего. Знание реанимационных действий после удара молнии поможет пострадавшему спасти жизнь, но недостаточно знать лишь эти действия, ведь в жизни бывают абсолютные разные случаи, когда человек может пострадать от чего-либо. Поэтому следует знать самые актуальные случаи для вашего региона/города/местности, когда человек пострадал в какой-либо ситуации.

Чуприна П. Р.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИСТУПАХ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Научный руководитель: Маркова Е. Г.

МОУ «Школа № 91 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Приступы панического расстройства значительно снижает качество жизни и результативность деятельности человека. Организм входит в режим «бей или беги» (иногда без конкретной причины). Частота возникновения может быть несколько раз в году или два-три раза в день, продолжительность в пределах 1–10 минут. Своими проявлениями приступы панического расстройства могут напоминать сердечные

приступы и переубедить человека, что проблема не в сердце сложно, так как вызывает панику симптома-тика.

Причины возникновения неотложного состояния. Паническое расстройство — спонтанные эпизодические приступы интенсивного страха. Понижение уровня углекислого газа в крови, которое достигает пика в течение нескольких минут и сопровождается покалыванием в конечностях и лице; дрожью в руках и ногах; потоотделением; учащенным пульсом; ощущением удушья; болью в груди; тошнотой; головокружением, обмороком; страхом потери контроля над собой; страхом смерти. Предрасполагающие и провоцирующие факторы приступов панического расстройства: — генетическая предрасположенность;

- акцентуации характера;
- развод;
- смерть близкого человека;
- особенности жизни в условиях мегаполиса;
- гормональные перестройки;
- средства массовой информации (телевидение, книги).

Алгоритм оказания первой помощи включает концентрацию на медленном дыхании, глубокий вдох носом, незначительная задержка дыхания и медленный выдох ртом (губы трубочкой). При дыхании необходимо задействовать живот, расширяя его при вдохе (положить руку на живот). Это дыхание способствует тому, что мышцы, давящие на диафрагму, расслабляются и дыхание замедляется. Три-четыре глубоких вдоха помогают расслабиться. Если медленное абдоминальное дыхание не помогает, то можно попробовать подышать в бумажный пакет (при отсутствии пакета — в сложенные ладони). При здоровых легких, выдыхаемый воздух даст больше кислорода. Если за пару минут бумажный пакет не помог, не исключено, что симптомы вызваны заболеванием сердца или легких.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению, наиболее эффективные:

- когнитивно-поведенческая психотерапия, целью которой является изменение мышления и поведения человека;
- приемы релаксации, медитации;
- ароматерапия, фитотерапия (при отсутствии аллергии);
- отказ от курения, употребления спиртных напитков;
- ограничение в употреблении кофеина;
- употребление в пищу продуктов, содержащих большое количество цинка и магния;
- биодобавки с цинком и магнием;
- антидепрессанты группы СИОЗС (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) — например, «Селекс», «Паксил», «Прозак», «Золофт».

Вывод. Таким образом, комплексное лечение приступов панического расстройства способствует сокращению количества панических атак, что позволяет человеку профессионально и лично реализовать.

Шабалина С. А.

ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

Научный руководитель: Дьяченко Л. А.

МОУ «Школа № 50 города Макеевки», г. Макеевка, ДНР

Актуальность. Тысячи людей ежегодно попадают в больницы с диагнозом пищевого отравления, из-за несоблюдения правил личной гигиены, неправильного хранения продуктов, а также незнание различий между съедобными и ядовитыми грибами или ягодами может приводить к отравлениям.

Пищевое отравление — это острое патологическое состояние, возникающее после употребления пищи, содержащей болезнетворные микроорганизмы и токсины.

Пищевые отравления делятся на группы:

1. Микробные. Токсикоинфекции, которые вызывают бактериями группы кишечной палочки. Токсикозы: бактериотоксикозы (ботулизм), микотоксикозы (грибы аспергиллы, фузари, пенициллы);

2. Немикробные. Отравление пищей растительного или животного происхождения ядовитой по природе (несъедобные грибы, ягоды, икра и молочные продукты), отравление продуктами, которые приобрели ядовитые свойства при определённых условиях (ядра косточковых плодов (персика, абрикосов, вишни, миндаля), содержащих амигдалин; проросший (зеленый) картофель, содержащий соланин; мед пчелиный при сборе пчелами нектара с ядовитых растений).

Причины возникновения неотложного состояния.

Употребление некачественных продуктов питания, недостаточная термическая обработка несоблюдение сроков годности, употребление ядовитых растений (волчьи ягоды, дурман, белена) или грибов (мухоморы, ложный опенок, бледная поганка), 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. Промывать до выхода из желудка чистой воды;

2) Принять сорбент (активированный уголь, Фильтрум, Полисорб), если рвота прекратилась. Он связывает токсины, предупреждая их проникновение в кровь;

3) Очистить кишечник, если нет жидкого стула, 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 жидкости, электролитов при рвоте и поносе;

5) Необходимо обеспечить больному покой. При ухудшении состояния, непрекращающейся рвоте, появлением, высокой температуре, 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 режиму и дальнейшему лечению.

В течение первых суток предполагается голодание. Разрешено только питье кипяченая вода, слабый черный или зеленый чай, травяные чаи, компоты из сухофруктов, кисели и морсы. Начиная со второго дня следует постепенно вводить в рацион легкие рыбные и мясные бульоны, овощные супы, печеные яблоки, овсяная, гречневая каша на воде и сухари. До полного выздоровления из питания следует исключить жирные блюда из мяса или рыбы, грибы, соленья, пряности, сладости,

газированные напитки, кофе, мучные изделия, молочные продукты.

Вывод. Правильно предоставленная своевременная помощь позволит предотвратить опасные последствия пищевого отравления. Пищевые отравления — это неотложное состояние, которое может часто встречаться в жизни каждого человека, поэтому лучший способ предотвратить пищевое отравление — тщательное мытье рук, продуктов питания перед приготовлением и приемом пищи, внимательно относиться к процессу хранения продуктов и всегда следить за тем, что вы едите.

Шамкова Б. Е.

ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Научный руководитель: Пащенко В. В.

МОУ «Школа № 2 имени Героя Советского Союза Ю. М. Двужильного», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Актуальность темы обуславливается тем, что неумелое или неправильное оказание первой медицинской помощи может не только навредить человеку, но и убить его. А опасных для жизни ситуаций со временем не уменьшается, именно поэтому важно знать последовательность и правильность действий.

Причины возникновения неотложного состояния. Кровотечение, проблемы с дыханием, астма, давление, эпилептический припадок, сильная боль, острое сердечно-сосудистое заболевание, удар.

Алгоритм и описание оказания первой помощи

Изучите метод первой помощи DRСABCD.

Первая помощь так же проста, как и ABC — проходимость дыхательных путей, дыхание и сердечно-легочная реанимация. В любой ситуации применяйте План действий DRСABCD.

DRСABCD означает:

(Danger) Опасность — всегда проверяйте опасность для вас, для посторонних, а затем для раненого или больного человека. Убедитесь, что вы не подвергаете себя опасности, когда идете на помощь другому человеку.

(Response) Ответ — сознательный ли человек? Отвечает ли он, когда вы разговариваете с ним, касаетесь его рук или сжимаете плечо?

(Send for help) Отправьте за помощью — вызовите 103. Не забудьте ответить на вопросы оператора.

(Airway) Дыхательные пути — чисты ли дыхательные пути человека? Человек дышит?

Если человек отвечает, он в сознании и его дыхательные пути свободны, оцените, как вы можете помочь ему при любой травме.

Если человек не отвечает и находится без сознания, вам нужно проверить его дыхательные пути, открыв рот и заглянув внутрь. Если во рту нет посторонних предметов, осторожно наклоните голову назад (приподняв подбородок) и проверьте дыхание. Если ничего не понятно, положите человека на бок, откройте рот и вылейте оттуда содержимое, затем наклоните голову назад и проверьте дыхание.

(Breathing) Дыхание — проверьте дыхание, наблюдая за движениями груди (вверх и вниз). Слушайте, поднося ухо или щеку к его рту и носу. Почувствуйте дыхание, положив руку на нижнюю часть груди. Если человек без сознания, но дышит, поверните его на бок, внимательно

следя за тем, чтобы его голова, шея и позвоночник находились на одном уровне. Следите за его дыханием, пока не передадите его сотрудникам скорой помощи. (CPR (cardiopulmonary resuscitation)) СЛР (сердечно-легочная реанимация) — если взрослый находится без сознания и не дышит, убедитесь, что он лежит на спине, а затем поместите пятку одной руки в центр груди, а другую руку сверху. Сильно и плавно надавите (сжимая до одной трети глубины груди) 30 раз. Сделайте два вдоха в рот пострадавшему. Чтобы вдохнуть, осторожно наклоните голову назад, приподняв подбородок. Зажмите их ноздри, плотно закройте их открытым ртом открытым ртом и подуйте ему в рот. Продолжайте делать 30 компрессий и два вдоха со скоростью примерно пять повторений в течение двух минут, пока вы не передадите его сотрудникам скорой помощи или другому обученному человеку, либо пока человек, которого вы реанимируете, не ответит. Методика СЛР для детей до восьми лет и младенцев очень похожа, и вы можете изучить эти навыки на курсе СЛР.

(Defibrillator) Дефибриллятор — для взрослых без сознания, которые не дышат, примените автоматический внешний дефибриллятор (AED), если он доступен. AED — это устройство, которое производит электрический шок, чтобы отменить любое нерегулярное сердцебиение (аритмию), чтобы восстановить нормальное сердцебиение. Устройства просты в эксплуатации. Просто следуйте инструкции на упаковке, а также голосовым подсказкам. Если человек реагирует на дефибрилляцию, переверните его на бок и наклоните голову, чтобы поддерживать проходимость дыхательных путей. Некоторые AED могут не подходить для детей.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

- При хронических заболеваниях имейте с собой необходимые медикаменты.
- Избегайте опасных ситуаций, недостроек, драк.
- Проходите плановый медицинский осмотр.
- Не садитесь за руль с плохим самочувствием.

Выводы.

1. Некоторые знания об основах оказания первой помощи могут обозначить выбор между жизнью и смертью.
2. Подумайте о прохождении курса первой помощи, чтобы вы могли справиться с травмой или заболеванием.
3. СЛР — это жизненно важный навык, которому должен научиться каждый.
4. Держите несколько аптечек первой помощи дома, в машине и на работе.

Шиленко В. И.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ

Научный руководитель: Андреева Е. А.

МОУ «Технический лицей города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Ожоги представляют всемирную дилемму внутри отрасли здравоохранения — согласно анализам, в мире каждый год происходит примерно 195 000 случаев гибели от ожогов. Они обладают многолетней историей: способы, ресурсы, а также план лечения больных с ожогами регулярно совершенствуются. В течение последних лет частота ожогов во всем мире

увеличивается. Невзирая на конкретные достижения, достигнутые за минувшие два десятилетия в лечении пациентов с тяжелыми ожогами, проблема термических поражений сохраняет свою важность, ведь количество потерпевших от ожогов во всем мире постоянно увеличивается, а результаты их лечения оставляют желать лучшего.

Причины возникновения неотложного состояния — гендерный аспект.

У мужчин:

- Нарушение правил техники безопасности при контакте с пламенем, воспламеняемыми объектами, химическими веществами, электрическим током.
- Мужчины курят больше женщин, и как результат, высокий риск пожаров в результате курения в постели.
- Немалый процент ожогов мужчины получают в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.
- Ожог лица и верхних дыхательных путей зачастую происходит при попытке мужчины взглянуть в канистру из-под топлива, освещая его горячей спичкой или зажигалкой.
- При получении мужчиной ожога он зачастую недооценивает серьезность собственного состояния и стремится справиться с ним без помощи других. В результате ему все же требуется врачебная помощь, но пациент пребывает в более тяжелом состоянии.

У женщин:

- Ожоги возникают в результате ошпаривания горячей водой.
- При прикосновении к горячему утюгу, сковороде, кастрюле.

У детей:

- Кипящая вода.
- Химические ожоги средствами бытовой химии.

В подавляющем большинстве случаев ожоги у ребенка — результат недосмотра родителей.

Алгоритм оказания первой помощи:

- 1) Прекращение действия повреждающего агента.
- 2) Первичный осмотр, оценка вида, площади и глубины ожогов.
- 3) Обезболивание.
- 4) По возможности удаление материалов, соприкасающихся с обожженной поверхностью, кроме прилипших: их не удалять, а лишь обрезать по краю.
- 5) При наличии признаков ожогового шока применить протокол «Ожоговый шок».
- 6) Наложение асептической повязки. Транспортная иммобилизация (при необходимости).
- 7) Медицинская эвакуация — при наличии показаний.

Описание оказания первой помощи.

1) Для начала необходимо прекратить действие термического агента и, по возможности, удалить все материалы, соприкасающиеся с обожженной поверхностью (одежда, обувь, украшения).

2) Определение площади ожога:

1. «Правило девяток» Применяют при обширных ожогах.
2. «Правило ладони» (ожоги у детей). Применяют при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади (площадь ладони взрослого человека составляет приблизительно 1% общей поверхности

кожного покрова) либо при субтотальных поражениях кожных покровов для измерения площади неповрежденных участков.

3. Обезболивание.

Взрослые: Метамизол натрия 1000 мг + Хлоропирамин 20 мг или Кеторолак 30 мг + Хлоропирамин 20 мг или обезболивание и седация: Кеторолак 30 мг + Хлоропирамин 20 мг + Диазепам 10 мг.

Дети: Парацетамол 10–15 мг/кг или Метамизол натрия 10–15 мг/кг, или Трамадол 1–2 мг/кг.

4) Термические ожоги: охлаждение места ожога водой не менее 15 минут.

Химические ожоги: обильное промывание места ожога проточной водой за исключением химических веществ, которые активно реагируют с водой.

Электроожоги: транспортная иммобилизация при наличии разрывов мышц, вывихов, переломов. Протокол «Поражение электрическим током».

Ошибки

- население не имеет необходимых знаний и элементарных навыков
- применение животных жиров, яичного желтка или молочнокислых продуктов. Позитивный эффект имеет место только в том случае, если эти жидкости холодные
- использование при оказании первой помощи настоек и отваров лекарственных трав. Убедительных данных о преимуществах использования каких-либо отваров трав при оказании первой помощи нет.

Вывод. Все без исключения ожоги происходят из-за нашей небрежности к себе, а также своим родным, но серьезные последствия в виде рубцов случаются из-за растерянности в трудную минуту и в некоторых случаях из-за незнания простых правил оказания первой помощи.

Штырба М. В.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: Бобу Е. К.

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

Актуальность. Обструкция верхних дыхательных путей и гортани являются наиболее распространенными заболеваниями в раннем детском и дошкольном возрасте, что проявляется острым стенозирующим ларинготрахеитом.

Этиология: вирусы, парагрипп (75%), респираторно-синцитиальный вирус, вирус гриппа, аденовируса и кори. Бактерии: гемофильная палочка, стрептококки и другие.

Причины возникновения неотложного состояния. Воздействие вирусов на слизистую оболочку верхних дыхательных путей приводит к отеку и инфильтрации слизистой оболочки. Скопление густой мокроты, спазм мышц, гортани, и как результат, развивается ложный круп или острый стенозирующий ларинготрахеит, который требует неотложной помощи.

Круп — это воспаление слизистой оболочки гортани, которое проявляется хрипом, лающим кашлем, затрудненным вдохом. Причинами крупа являются вирусные катаральные отечные инфильтративные процессы, вызывающие подсвязочное сужение дыхательного горла

и возникает острый стенозирующий ларинготрахеит.

Степени крупа:

I степень — компенсации, охриплость голоса, афония, упорный навязчивый кашель, сухой, грубый, при нагрузке возникает инспираторная одышка.

II степень — неполной компенсации, стридор, инспираторная одышка, с участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания втяжение яремных подключичных ямок, втяжение межреберных промежутков, раздувание крыльев носа, постоянно и резко усиливается при нагрузке, приступы кашля до нескольких часов, тахикардия, потливость, состояние ребенка — средней тяжести, беспокоен.

III степень — декомпенсированный круп, общее состояние — тяжелое, появляется адинамия, вялость, заторможенность, признаки дыхательной недостаточности второй степени, холодный пот, бледность, периоральный акроцианоз в покое, который переходит в генерализованный цианоз

IV степень — асфиксическая, состояние — крайне тяжелое, постоянно бледная кожа, цианоз увеличивается, аритмическое или парадоксальное дыхание, брадикардия, артериальная гипотензия, остановка дыхания или сердечной деятельности.

Причины ларинготрахеита. Ларинготрахеит развивается у детей на фоне инфекционных заболеваний. Основными причинами являются:

- возбудители ОРВИ;
- стафилококк, стрептококк;
- вирус герпеса;
- микопlasма.

Алгоритм оказания первой помощи при ОСЛТ:

Неотложная помощь при I степени стеноза:

- обеспечить доступ свежего прохладного воздуха, дать ребенку теплое щелочное питье;
 - отвлекающие процедуры: горячая ножная или ручная ванна (при отсутствии высокой температуры тела);
- Неотложная помощь при II степени стеноза:

- оксигенотерапия;
- интраназальное введение р-ра нафазолина;

Неотложная помощь при III–IV степени стеноза:

- оксигенотерапия;
 - ввести 3% р-р преднизолона 5–7 мг/кг или 0,4% р-ра дексаметазона 0,7 мг/кг в/венно, в/мышечно;
- Гормоны: Гидрокортизон в дозе 3–5 мг на 1 кг массы тела, в тяжелых случаях до 7–8 мг. дегитратационная терапия в — в 40% р-р глюкозы, 10% р-р хлорида натрия, 25% р-р сульфата магния и диуретики (Лазикс). Ингаляции гелиево — кислородной смеси в соотношении 3:1 уменьшают аэродинамическое сопротивление и вентиляцию легких. Прямая ларингоскопия с диагностической целью отсасывание мокроты и смазывание слизистой гортани эмульсией гидрокортизона. Затем в /м вводят ударную дозу кортикостероидов, проводят внутрисосовую новокаиновую блокаду и кислородную терапию.

В лечение добавить двухпроцентный раствор соды, эфедрин, ингаляции трипсином и сборами трав.

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

После перенесенного ларинготрахеита требуется соблюдать следующие рекомендации:

- полноценное питание и сон;
- закаливание организма;

- плавание в бассейне;
- увлажнение воздуха в помещении;
- ежегодная вакцинация против гриппа;
- сбор отхаркивающих трав, которые содержат корень алтея, фиалки, сосновых почек;
- витаминотерапия (особенно витамины группы А, В, С)

Вывод. При своевременном обращении за медицинской помощью при развитии ларинготрахеита удастся полностью вылечить заболевание. Квалифицированные педиатры проводят комплексную диагностику детского организма и назначают целенаправленное лечение, которое способствует полному выздоровлению. Но всегда нужно помнить о том, что успех дальнейшего лечения зависит от того, насколько правильно и своевременно оказана первая помощь.

Юрченко П. Ю.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ ПРИПАДКЕ

Научный руководитель: Малолеткина О. А.

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

Актуальность. Эпилепсия является одним из самых распространённых заболеваний нервной системы, которое из-за характерных особенностей представляет серьёзную медицинскую и социальную проблему. Главным методом диагностики этого заболевания является электроэнцефалография (ЭЭГ), при проведении которой применяются провокационные пробы (фотостимуляция, гипервентиляция). При обнаружении судорожной активности коры головного мозга ставится диагноз эпилепсия.

Причины возникновения неотложного состояния.

Этиология данного заболевания разнообразна, начиная от перенесённых черепно-мозговых травм, заболеваний мозга (инсульт или др.), генетических нарушений головного мозга, в результате последствий инфекционных заболеваний, заканчивая нарушениями кровообращения в головном мозге. На развитие заболевания могут повлиять: стрессы, эмоциональные перенапряжения, переутомление, резкие изменения климата в регионе проживания.

В большинстве случаев приступы неопасны, они проходят самостоятельно через 2–5 минут без лечения, но при тяжёлом и длительном (более 5 минут) припадке больной может пострадать. Тактика зависит от типа приступа и его продолжительности. Пациенты, страдающие судорожными припадками, нуждаются в посторонней помощи. Малые приступы, называемые «абсансы», не опасны для больного и проходят сами по себе. Но при эпилепсии (множественные судорожные приступы, между которыми больной не приходит в сознание) необходимо ургентное врачебное вмешательство.

Алгоритм оказания первой помощи:

1. Засеките время с момента начала припадков. Немедленно уберите все предметы вблизи больного, которые могут нанести ему вред во время эпилептического приступа.
2. Подложите под голову пострадавшего что-либо мягкое (подушку, плед и т.д.). Освободите его от стягивающей, стесняющей одежды, развяжите галстук.

3. Уложите больного на бок, слегка придерживайте, чтобы он не травмировался. Создайте условия для доступа свежего воздуха.

4. Вызовите скорую помощь если это необходимо (припадок длится более 5 минут или это первый приступ у человека).

Во время припадков у пострадавшего вам не следует паниковать, ни в коем случае не кладите никаких предметов в рот (шпатель, ложка и т.д.), не разжимайте челюсти. Также не нужно фиксировать язык во рту. Важно помнить, что в период бессознательного состояния не стоит давать.

Рекомендации по дальнейшему режиму и лечению.

Приступы эпилепсии поддаются профилактике и существуют таблетированные препараты (ПЭП) для ежедневного длительного приёма, а для купирования эпилептического приступа используют инъекционные препараты. Если у пациента с эпилепсией в течение двух лет нет приступов, то возможно прекращение приема лекарств, при отсутствии соответствующих клинических, социальных или индивидуальных противопоказаний.

Вывод. Эпилепсия — серьёзное заболевание. В наши дни во многих странах были реализованы проекты по сокращению пробела в лечении эпилепсии и снижению заболеваемости людей с эпилепсией, направленные на подготовку и просвещение медработников, определение возможных профилактических мероприятий.

Ютовец Е. Е.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Научный руководитель: Малолеткина О. А.

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

Актуальность. Травма позвоночника занимает одно из ведущих мест среди повреждений костно-суставного аппарата. Результатом несвоевременного и неправильного оказания первой медицинской помощи может быть инвалидизация пациента и даже летальный исход. Причины возникновения неотложного состояния. Травма позвоночника может быть получена пациентами любого возраста, при разных обстоятельствах. Первое место среди причин ее возникновения занимают ДТП и бытовые травмы. Чаще всего возникает при чрезмерном сгибании и разгибании позвоночника в наиболее подвижных местах. В летний период — это последствия неправильного ныряния в водоемы, что часто приводит к повреждениям шейного отдела позвоночника и спинного мозга.

Алгоритм оказания первой медицинской помощи.

1. Максимально быстро вызвать бригаду скорой медицинской помощи. Обеспечить полную неподвижность пациента. Ни в коем случае не следует перемещать пациента с места на место, чтобы избежать осложнений и болевого шока.
2. Не снимать с пациента одежду и по возможности зафиксировать его шею или тело (полотенцем, одеждой). При кровотечении необходимо наложить давящую повязку либо плотно прижать к ране ткань.
3. При возникновении рвоты у пациента, его необходимо аккуратно переложить на бок, чтобы избежать попадания рвотных масс в дыхательные пути.

4. Обеспечить проходимость дыхательных путей. В случае отсутствия дыхания, срочно приступить к проведению искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.

Описание оказания первой медицинской помощи.

— Необходимо провести оценку состояния пациента и немедленно устранить угрожающие для здоровья факторы. Важно определить уровень сознания пострадавшего. Существует несколько методик: шкала Глазго (Glasgow scale) и FOUR. При возможности провести тесты на реакцию открывания глаз, двигательные и речевые функции организма.

— Восстановить проходимость дыхательных путей и определить наличие дыхания у пострадавшего.

— Незамедлительно транспортировать пострадавшего в профильное отделение и определение тактики лечения (при повреждениях спинного мозга — ургентное оперативное вмешательство для декомпрессии спинного мозга).

Рекомендации по режиму и дальнейшему лечению.

— обеспечение неподвижности поврежденных позвонков с целью создания условий для восстановления целостности костной ткани;

— сосудистая и нейростимулирующая терапия;

— лечебная физкультура

Вывод. Травмы позвоночника являются одними из опасных и сложных повреждений опорно-двигательного аппарата. При этих видах травм часто повреждается спинной мозг, что может стать причиной частичного или полного паралича. Своевременное и правильное оказание первой медицинской помощи может значительно улучшить прогноз и качество жизни пациента.

Яновский А. Э.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ

Научный руководитель: Пономаренко Т. В.

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

Актуальность. Очень часто, особенно в осенне-весенний период происходят случаи отравления людей угарным газом. В статистике отмечены трагические случаи со смертельными исходами, когда погибают целые семьи, в том числе и дети.

Без оказания быстрой, квалифицированной помощи и качественного медицинского лечения отравления угарным газом часто приводит к летальным исходам. Летальность в очаге поражения составляет около 17,5% от общего числа всех отравлений с летальным исходом.

Причины возникновения неотложного состояния.

Отравления угарным газом считается одним из наиболее опасных для жизни отравлений, которые происходят при вдыхании. Отравления могут возникнуть по неосторожности, с криминальной целью или с попытками самоубийства. Отравления могут произойти, как в производственных, так и в бытовых условиях: в гаражах, жилых домах, банях, автотранспорте; в котельных, газогенераторных, мартеновских и литейных цехах; при бытовых и природных пожарах.

Отравление угарным газом состоит в том, что окись углерода является, прежде всего, кровяным ядом и от-

носится к группе веществ, вызывающих изменения пигмента крови — гемоглобина. Токсическое действие монооксида углерода на организм основано на взаимодействии ее с гемоглобином и образовании карбоксигемоглобина (HbCO), неспособного переносить кислород, развитию гемической (транспортной) гипоксии. По степени тяжести отравления окисью углерода различают: легкое отравление, среднетяжелое отравление, тяжелое отравление.

При легкой степени отравления появляется головная боль в области височной и лобной части, головокружение, шум в ушах, тошнота, рвота, незначительное нарушение зрения; пострадавшие жалуются на общее беспокойство, затрудненное дыхание, першение в горле, чувство жжения лица, неприятные чувства в области сердца. Также характерными признаками являются повышение артериального давления до 150/90 мм рт.ст., умеренная тахикардия; содержание карбоксигемоглобина в крови составляет 15–30% (в среднем пороговый уровень составляет 20% от общего гемоглобина). Средняя степень отравления угарным газом: отмечается тошнота, затрудненное дыхание, чувство удушья, одышка; нарушение психики проявляется возбуждением или оглушением, вплоть до комы; появляются патологические рефлексы, в большинстве случаев зрачки бывают нормальных размеров, с живой реакцией на свет; обращает на себя внимание появление гиперемии кожи лица; обязательно наличие хотя бы кратковременной потери сознания от 1–2 до 20 мин; содержание карбоксигемоглобина в крови — 30–40%.

При тяжелой степени отравления угарным газом определяются: кома различной глубины и продолжительности — от нескольких часов до суток и более, могут быть судороги, патологические рефлексы, парезы, параличи; кожные покровы пострадавшего на месте происшествия могут быть алого цвета, при поступлении в стационар в состоянии выраженной гипоксии их окраска меняется на цианотичную; вследствие развития острого риноларингита и трахеобронхита может произойти нарушение дыхания вплоть до остановки; содержание карбоксигемоглобина в крови — 50–60%.

Доврачебная неотложная помощь. Необходимо вынести человека на свежий воздух, уложить горизонтально, приподняв ноги, освободить дыхательные пути от тесной одежды и дать понюхать нашатырный спирт. Если пострадавший в сознании — обеспечить ему покой и непрерывный доступ свежего воздуха (например, можно обмахивать его или включить вентилятор). Если же пострадавший не дышит — сделать ему искусственное дыхание, предварительно очистив дыхательные пути. Обязательно вызвать бригаду «Скорой помощи».

Догоспитальная первая помощь. Сводится к проведению мер респираторной терапии (проходимость дыхательных путей, контроль и протезирование (по показаниям) вентиляции легких). Первые три часа пострадавшему необходимы высокие концентрации кислорода (75–80%, 6–10 л/мин) с последующим снижением до 40–50%. При острых явлениях бронхоспазма — ингаляция (бета2-агонистов (сальбутамол, вентолин) 2–3 мг через ингалятор в течение 5–10 мин или комбинированных бронхолитиков (беродуал 1–2 мл). В качестве антидотной терапии при отравлении окисью углерода рекомендуется препарат ацизол. В ле-

чебных целях на догоспитальном этапе ацизол вводится взрослым пострадавшим как можно раньше, независимо от тяжести состояния, внутримышечно в дозе 60 мг (1 мл 6% раствора), повторное введение 60 мг допускается не ранее чем через один час.

Вывод. Таким образом, оказание первой медицинской помощи в более ранние сроки имеет решающее значение для дальнейшего течения и исхода заболевания, выздоровления больного, а иногда и спасения его жизни.

2. СЕКЦИЯ: «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»

Андреев А. А., Григорьянц Э. О.

РАЗВИТИЕ КАРИОЗНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ПАТОГЕННОМ ДЕЙСТВИИ СТРЕПТОКОККОВ

Научный руководитель: Червинец В. М.

Тверской государственный медицинский университет,
г. Тверь, Российская Федерация

Введение. В настоящее время кариес является одним из самых распространённых стоматологических заболеваний. Ведущим кариесогенным фактором является микробиота полости рта, где локализуется свыше 700 различных видов микроорганизмов. По современным представлениям, к группе кариесогенных микроорганизмов относятся стрептококки, лактобациллы и некоторые актиномицеты. Основным этиологическим фактором развития кариеса считают *S. Mutans*.

Цель. На основе анализа научной литературы определить влияние *S. mutans* на развитие кариозных процессов.

Объекты и методы исследования. Работа с научной литературой и систематизация полученных данных.

Результаты. *Streptococcus mutans* — это грамположительные, факультативно анаэробные кокковидные бактерии. Передача бактерий может происходить от родителей к ребёнку, от одного ребёнка к другому через бытовые контакты (посуда, трубочки для питья и пр.). Для бактерий вида *S. mutans* характерно множество факторов патогенности, способствующих развитию кариозных процессов.

К факторам адгезии к поверхности зуба, свойственным бактериям вида *S. mutans*, относятся: белки, связанные с клеточной стенкой (глюкозилтрансферазы DtfB, -C, -D), глюкансвязывающие белки (GbpA, -B, -C глюкозилтрансферазы), фруктозилтрансфераза Ftf-белок. К факторам патогенности, способствующим развитию кариозных процессов *S. mutans* относят также ферменты: slgA-протеазы — они инактивируют антитела, ослабляя иммунную защиту, фруктаназа — секретируемый и связанный с клеточной стенкой белок гидролизует фруктаны и способствует закислению среды, фосфоенолпируват-зависимая фосфотрансферазная система переноса сахаров (PTS) катализирует высокоаффинное специфическое связывание различных углеводов, декстраназа-белок, обеспечивающий эндогликолитическое расщепление 1,6-связанных глюканов, перестройку глюканов, приводит к увеличению растворимости и высвобождению глюкозы. К числу факторов патогенности, способствующих развитию кариозных

процессов *S. mutans*, относят также токсин а-гемолизин и запасные вещества (внутриклеточные полисахариды), расщепление которых способствует длительному закислению среды.

Выводы. Ведущим кариесогенным фактором является микробиота полости рта. Основным этиологическим фактором развития кариеса считается *S. mutans*, обладающие высокой адгезивной способностью, множеством факторов патогенности, приводящих к развитию кариозных процессов (белки, ферменты, токсины и внутриклеточные полисахариды).

Афанасьева Л. В.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И СПОСОБЫ БОРЬБЫ С НИМ

Научный руководитель: Соколова А. П.

ГПОУ «Донецкий электрометаллургический техникум»,
г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Актуальность пропаганды здорового образа жизни всегда будет популярна. Здоровый образ жизни помогает нам выполнять наши цели и задачи, успешно реализовывать свои планы, справляться с трудностями и перегрузками. Крепкое здоровье, поддерживаемое и укрепляемое самим человеком, позволит ему прожить долгую, счастливую жизнь.

«Отец стресса» Ганс Селье определил стрессовое состояние как неспецифическую реакцию организма на изменение условий среды или любой раздражитель. В своих работах он отмечал, что стресс неотъемлемая часть жизнедеятельности человека, что избавиться от него поможет только могила.

Организм человека, постоянно подвергающийся воздействию стресса, изнашивается на 40% быстрее, чем у тех людей, которые живут в спокойствии. Для поддержания здорового образа жизни необходимо избегать стрессовых ситуаций. Люди, которые умеют справляться со стрессами и обходить конфликтные ситуации, как правило, ведут полноценную жизнь. У них достаточно сил на работу, друзей и увлечения.

Каждый человек справляется со стрессом по-своему, и не всегда способы борьбы с ним совпадают с представлением о здоровом образе жизни. Исходя из высказываний, что человек не может существовать отдельно от стресса, значит, нам необходимо научиться жить совместно с ним, при этом поддерживать здоро-

вый образ жизни.

Анализ литературных источников. Проведенные в последние годы исследования показали, что стресс затрагивает все системы организма человека: нервную, сердечно-сосудистую, иммунную и др. Недавняя работа ученых из медицинской школы Хьюстона (США) показала, что под влиянием стресса перед экзаменами у части студентов происходят нарушения генетического аппарата, повышающие вероятность возникновения онкологических заболеваний. По данным российских авторов, в период нервного напряжения у человека регистрируются выраженные нарушения вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся учащением пульса, повышением артериального давления и нарушением баланса отделов вегетативной нервной системы.

Само понятие стресс и его влияние на организм в своих трудах изложил Ганс Селье, на работы которого ссылается большинство авторов, рассматривающих стресс и вопросы, связанные с ним, в том числе в своей книге Роберт Сапольски подробно объясняет, каким образом стресс вредит нашему здоровью, и как мы можем уменьшить его влияние, Д. Жуков, в своей книге описал, как мы реагируем на неожиданные события, как ведем себя в опасных ситуациях, какие процессы стресс вызывает в человеческом организме, и как он оказывает влияние на образ жизни и здоровье человека. Анализ литературы и всё, изложенное выше, свидетельствуют о пагубном влиянии стресса на здоровье и здоровом образе жизни человека, и позволяет определить ряд правил борьбы со стрессом.

Цели и задачи работы. Исследование воздействия стресса на здоровый образ жизни и возможные последствия, вызванные им, и пути выхода из состояния стрессового напряжения, не причиняя вред здоровью. Исследование проблемы. С целью изучения вопроса борьбы со стрессом и влияния его на здоровый образ жизни, был проведен опрос группы студентов от 17 до 20 лет, на тему: «Какие приемы снятия стресса вы используете?», количество опрошенных — 30 человек. На основании результатов опроса были выделены следующие основные приемы снятия стресса молодежью (рис. 1).

Результаты опроса свидетельствуют о том, что не все приемы используемые молодежью борьбы со стрессом оказывают положительное влияние на здоровый образ жизни. Исходя из этого стресс, оказывающий влияние на здоровье человека, может повлечь за собой различные последствия.

При постоянном пребывании человека в стрессовых ситуациях, возрастает вероятность развития вредных привычек и следующих патологических процессов:

- панические атаки;
- депрессия;
- сбои в работе сердца;
- язва желудка;
- гипертония;
- анорексия и др.

Выводы и предложения. Для борьбы со стрессом, на основании проведенных результатов опроса и анализа литературы можно дать следующие рекомендации:

1. Воспринимать стресс как получение дополнительного жизненного опыта.

2. Хорошо в борьбе со стрессом помогают физические упражнения. Они способствуют появлению повышенного содержания эндорфинов, которые давно уже нарекли «гормонами счастья». Особенно благоприятно влияют игровые командные виды спорта, такие как: баскетбол, волейбол, футбол. Это идеальный способ для снятия стресса, выброса отрицательных эмоций.

3. Занятие любимым делом помогают отключиться от проблем и перейти эмоционально на другие мысли.

4. Прогулка, общение.

5. Придерживаться сбалансированного питания, употреблять больше продуктов с богатым содержанием магния. Балуйте себя небольшим кусочком шоколада.

6. Заниматься релаксацией, медитацией и дыхательной гимнастикой. Учиться расслабляться под приятную музыку.

Еще в древности философ Сократ сказал: «Нет телесной болезни отдельно от души». Здоровье на 50% зависит от образа жизни, а так как возникновение стрессов в нашей жизни полностью исключить не получится, то необходимо бороться со стрессом методами, которые положительно отразятся на здоровье.

Ахроменко Е. С.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Научный руководитель: Миколишина В. И.

Тираспольский медицинский колледж им. Л. А. Тарасевича, г. Тирасполь, Приднестровская Молдавская Республика

Актуальность и постановка проблемы. Актуальность здорового образа жизни определена повышением и переменной вида разных нагрузок на тело человека из-за осложнения общественной жизни, повышением рисков экологического, политического, техногенного, военного и психологического характера, побуждающих отрицательные перемены в здоровье человека.

В согласии с заключением Всемирной организации здравоохранения, состояние здоровья населения лишь на 11% фиксируется ростом медицины как науки и положением медицинской помощи, на 19% — состоянием окружающей среды, на 20% — природными факторами, и на 50% — образом жизни. Значимость факторов образа жизни переваливает за 50% всех условных эффектов.

Анализ литературных источников. Образ жизни состоит из основной человеческой деятельности, которая включает в себя труд, социальный, психо-интеллектуальный, общение, двигательную активность и повседневные отношения. Академик Лисцин Ю. П. понятию «образ жизни» берет во внимание важный момент — медицинскую активность, учитывая в трех аспектах:

1. Образ деятельности человека — физическая и интеллектуальная.
2. Область деятельности — трудовые и нетрудовые.
3. Формы деятельности — бытовая деятельность, производственная, социальная, образовательная, медицинская, физическая и другие виды.

Образ жизни — это система переживания жизненных ситуаций, а условия жизни — это функция людей в конкретной среде, той которой они могут различать экологическую ситуацию, педагогическую квалификацию, психологическую ситуацию в макро и мини — среде, жизнь и обустройство своих домов.

Создание здорового образа жизни — руководящий двигатель основной профилактики для усиления здоровья жителей путем изменения образа жизни и стиля, его восстановления с помощью гигиенических знаний в битве с вредными привычками, гиподинамией и преодоления негативных сторон, связанных с различными ситуациями в жизни.

Здоровый образ жизни должен понимать типичные формы и средства повседневной жизни человека, которые укрепляют и улучшают незадействованную способность организма и гарантируют успешное выполнение его профессиональных и социальных функций независимо от экономических, социально-психологических и политических ситуаций.

Из этого вытекает, что здоровый образ жизни — это поведение человека, отражающее конкретную жизненную позицию, направленную на укрепление и поддержание здоровья и основанную на соблюдении правил, норм и требований общей и личной гигиены.

Цели и задачи работы. Цель: теоретическое изучение термина «здоровый образ жизни».

Задачи:

1. Освоить и проанализировать библиографические источники по данному материалу;
 2. Понять смысловую нагрузку определения таких понятий, как здоровый образ жизни и здоровье в целом.
- Исследование проблемы. Большинство общественных и государственных организаций динамично поощряют здоровый образ жизни, определяя и удостоверяя в его преимуществах на основе критических показателей здоровья, таких как вес, глюкоза, уровень холестерина в крови и кровяное давление.

Люди, соблюдающие правила здорового образа жизни, в меньшей степени склонны к развитию болезней и реже умирают преждевременно вследствие сердечно-сосудистых заболеваний или рака, чем люди с вредными привычками.

Изучение 15 международных исследований 2012 года с участием более 500 000 участников выявил, что свыше половины досрочных смертей были обусловлены нездоровыми факторами образа жизни, такими как недоедание, малоподвижность, ожирение, чрезмерное употребление алкоголя и курение. Чтобы защитить организм от воздействия уничтожающих факторов, следует изучить основы здорового образа жизни, те которые ведут к благополучию и долголетию.

По мнению В. С. Попова в понятие «Здоровый образ жизни» входят следующие составляющие:

1. Хорошие эмоции;
2. Правильное питание;
3. Закаливание;
4. Личная гигиена;
5. Отказ от вредных привычек;
6. Приемлемый двигательный режим.

Рассмотрев выше подходы к здоровому образу жизни, мы выбрали определение, давшее Л. И. Алешина — «ЗОЖ — это система индивидуальных проявлений человека (нравственных, духовных, физических) в кругах разнообразной деятельности (бытовой, социальной, образовательной), отражающая обращение к окружающей среде, социальной среде и к себе с точки зрения значения здоровья и способствующая сохранности соответствующей возрасту стабильности организма, про-

фессиональной деятельности и наибольшей подвижностью личности в повседневной жизни».

Из чего вытекает, что процесс укрепления здоровья студентов будет продуктивней в формировании здорового образа жизни, сформированного на мотивационном отношении к здоровью.

Выводы и предложения. Здоровье — дорогостоящее благо не только для каждого человека, но и для нашего общества. Встречаясь и расставаясь с родными и близкими людьми, мы желаем им крепкого и большого здоровья, поскольку это самое важное условие и ключ к успешной и светлой жизни.

Несмотря на все трудности нашей жизни, нужно всегда стараться соблюдать основные нормы здорового образа жизни потому, что здоровье оказывает помощь нам в выполнении наших планов, преодолевать трудности, ходко справляться с основными жизненными задачами, а при необходимости и значительными перегрузками. Крепкое здоровье, логически поддерживаемое и тренируемое самим человеком, гарантирует длительную и активную жизнь.

Балуева А. А.

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Научный руководитель: Логвиненко Е. В.

ГПОУ «Макеевский медицинский колледж», г. Макеевка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. В настоящее время слово «стресс» произносится так часто, что само понятие чрезмерного нервного напряжения стало чем-то обычным, повседневным. Мы слышим о нём практически ежедневно в средствах массовой информации и в повседневной жизни. ООН считает стресс «чумой XXI века». По оценкам многочисленных экспертов, психические расстройства, вызванные острым или хроническим психоэмоциональным стрессом, широко распространены. Стресс и его последствия для здоровья приобретают масштабы эпидемии и представляют собой важную социальную проблему современного общества.

Цели и задачи работы. Изучить понятие стрессоустойчивости. Проанализировать литературные источники по данной проблеме. Определить влияние стресса на организм человека. Дать рекомендации по развитию стрессоустойчивости.

Анализ литературных источников. Как показал анализ литературы, нет единого понятия и определения стрессоустойчивости. Б. Х. Варданян определяет стрессоустойчивость как особое взаимодействие всех компонентов психической деятельности, в том числе эмоциональных, что способствует более успешному выполнению деятельности. Калифорнийский ученый С. Мадди связывал стрессоустойчивость с физической выносливостью организма. В своих трудах П. Б. Зильберман рассматривал стрессоустойчивость как свойство личности, которое обеспечивает связь волевых, эмоциональных, интеллектуальных и мотивационных компонентов психической деятельности индивидуума, что способствует более успешному достижению цели в сложной эмотивной обстановке. Но все ученые схо-

дятся в одном мнении, что неспособность организма противостоять стрессу, приводит к серьезным проблемам со здоровьем.

Исследование проблемы. Кратковременный стресс даже полезен для организма, он мобилизует скрытые способности человека, улучшает работу мозга. Но, если человек находится в состоянии длительного стресса, депрессии — он становится слабым, более подвержен различным заболеваниям. Наиболее часто под стрессом понимается напряженное состояние организма человека, как физическое, так и психическое. Известно, что организм людей, которые постоянно подвержены воздействию стресса, изнашивается на 40% быстрее, чем у тех людей, которые живут в спокойствии.

Согласно теории Г. Селье существует 3 стадии развития стресса:

1. Стадия тревоги, выражающаяся в мобилизации всех ресурсов организма.
2. Стадия сопротивления, когда организму все же удается (за счет предшествующей мобилизации) успешно справиться с негативным воздействием на организм. В этот период может развиваться стрессоустойчивость.
3. Стадия истощения, самая опасная стадия, при которой происходит истощение физических и психических ресурсов организма. Также на этой стадии велика вероятность развития психосоматических заболеваний. Существует так называемая «чикагская семерка», где перечислены болезни, возникающие в результате негативной реакции организма на стресс (психосоматика):

1. Язва двенадцатипёрстной кишки или желудка.
2. Гипертония.
3. Язвенный колит.
4. Бронхиальная астма.
5. Нейродермит. Псориаз. Экзема.
6. Ревматоидный артрит.
7. Гиперфункция щитовидной железы (гипертиреоз).

Современная медицина расширила этот список: мигрень; аллергии; ожирение; опухоли и онкологические болезни; аутоиммунные заболевания; сахарный диабет 2-го типа; ишемическая болезнь сердца и др.

Выводы и предложения. Стрессы являются неотъемлемой частью жизни человека, так организм реагирует на внешние раздражители. Полностью исключить их нельзя, но уменьшить их влияние на свое здоровье возможно. Для этого необходимо сознательно повышать свой уровень стрессоустойчивости и своевременно начинать борьбу с негативными эмоциями.

Первичной профилактикой в укреплении здоровья и устойчивости организма к воздействию негативных факторов является ведение здорового образа жизни, который заключается в изменении стиля и уклада жизни, отсутствие вредных привычек, занятие спортом, правильном режиме питания. Но в большинстве своем стрессы зависят от нашего отношения к той или иной ситуации, к себе, к окружающим нас людям. В таких случаях уровень стрессоустойчивости повышается благодаря саморегуляции и преобладанию позитивного мышления.

В первую очередь нужно установить источник стресса, его причину и, по возможности, избавиться от этого источника. Каждый день, проснувшись утром, не следует резко сразу же вставать с постели — полежите, обдумайте планы на свой день. Подумайте о чем-нибудь

позитивном. Затем сделайте зарядку, примите душ, это взбодрит Вас, придаст новые силы для начала нового дня. При поездке в общественном транспорте думайте дружелюбно об окружающих Вас людях. Сделайте в середине дня перерыв для приема пищи, выпейте чашечку чая в приятной компании. Не ругайте себя за сделанную ошибку — она поправима. Ведь мы на ошибках учимся. А для того, чтобы меньше ориентироваться на мнение окружающих, следует повышать свою самооценку. Чаще улыбайтесь и находите поводы для радости и тогда стрессы пройдут мимо Вас!

Балуева А. А.

ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ НАПИТКИ ЛЮБИМЫ СТУДЕНТАМИ

Научный руководитель: Нужная Е. Д.

ГПОУ «Макеевский медицинский колледж», г. Макеевка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Современный ритм жизни в мегаполисе требует от человека быть активным чуть ли не 24 часа в сутки. Когда силы на исходе и собственных ресурсов энергии уже не хватает, некоторые прибегают к популярным на сегодняшний день энергетическим напиткам. Основная задача, решаемая с помощью потребления энергетических напитков, — снабдить человека дополнительным импульсом внутренней энергии. Анализ литературных источников. Энергетики, или так называемые «жидкие батарейки», за последние несколько лет стали очень популярны в России. «Живительный напиток» употребляет в основном молодежь, причем не только для того, чтобы дольше оставаться в умственной и физической форме, но и ради новых ощущений, из любопытства.

Цели и задачи работы.

Цель: выяснить: вредны или полезны энергетические напитки.

Задачи:

1. Изучить состав энергетических напитков.
2. Узнать о влиянии напитков на организм человека.
3. Подготовить рекомендации по употреблению напитков.

Исследование проблемы. Основной «энергетизирующий» или стимулирующий компонент во многих из них — кофеин. Физиологами установлено, что кофеин регулирует и усиливает процессы возбуждения в коре головного мозга. Стимулирующее действие кофеина приводит к повышению умственной и физической работоспособности человека, снижению усталости и уменьшению сонливости. Кофеин также обладает способностью активизировать скелетную мускулатуру, увеличивая силу ее сокращений, и снижать мышечную усталость. Такое воздействие, оказываемое на мышцы диафрагмы, например, сокращает работу, затрачиваемую на дыхание. К числу недостатков регулярного потребления больших количеств кофеина, а также продуктов, его содержащих, медики относят повышение артериального давления и увеличение частоты пульса. Последствием приема кофеина, особенно на фоне интенсивных физических нагрузок, может быть обезвоживание организма в результате диуретического эффекта кофеина. Симптомами передозировки при употребле-

нии кофеина могут быть боли, связанные с нарушениями работы желудочно-кишечного тракта, состояние тревоги, возбуждение или двигательное беспокойство, спутанность сознания, повышенная температура, раздражительность, повышенная болевая чувствительность, нарушение сна. Энергетические напитки, помимо простого стимулирования выброса дополнительной биоэнергии за счет внутренних ресурсов организма, как правило, содержат вещества, которые реально могут обеспечить процесс ее воспроизводства. В качестве таких «топливных» компонентов в напитках обычно используют растворимые углеводы. Перспективным также представляется включение в состав энергетических напитков ряда новых видов натуральных углеводов, таких как, например, изомальтулоза или «дынный» сахар — эритритол. Они обладают рядом преимуществ по сравнению с традиционными сахарозой или глюкозой. Их применение обеспечивает отсутствие вредного воздействия на зубную эмаль. С целью очевидной демонстрации и даже акцентирования эффекта возможного положительного влияния потребления энергетических напитков на организм человека производители часто вводят в состав напитков определенный набор водорастворимых витаминов. Например, в напитке Red Bull представлены такие витамины группы В, как В3, В5, В6 и В12. Витамин В3 (ниацин, витамин РР, никотиновая кислота) влияет на высшую нервную деятельность и функции всех органов пищеварения, а также на обмен холестерина и кроветворение. Витамин В6 также необходим для поддержания гормонального равновесия и адекватного иммунного ответа. В12 (цианокобаламин) необходим для нормального кроветворения, стимулирует рост организма, благоприятно влияет на жировой обмен в печени, состояние центральной и периферической нервной системы.

Выводы и предложения. Энергетики — проблема нашего времени. Бесконтрольное употребление энергетических напитков молодежью может привести к передозировке кофеина и как следствие к летальному исходу. Вещества, которые содержатся в энергетических напитках, лишь «подстегивают» организм, тем самым истощая его. Потребности организма в энергии удовлетворяет разнообразное питание, а свежесть и способность к концентрации внимания и обучению гарантируют хороший отдых и ночной сон.

Специалисты в области здоровья и медицины утверждают, что энергетические напитки — не больше, чем витаминизированные заменители кофе, только более опасные для здоровья.

А фруктовые соки и глюкоза, содержащаяся во многих продуктах, способны вознести наш дух до таких же высот. Так что решать, употреблять напитки или нет, предстоит вам. Но вот повод без угрызений совести выпить чашку кофе с любимой шоколадкой (вместо «энергетика») теперь у нас есть.

Бурак О. В.

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА БЕРЕМЕННУЮ ЖЕНЩИНУ

Научный руководитель: Рачила В. Ф.

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

Актуальность и постановка проблемы. Статистика говорит о том, что ежегодно курение, наркотики уносят миллионы жизни. Из них почти половина женщин. Если 90 лет назад курящие женщины были исключением. В наши дни, они стали типичным социальным явлением. Каждая четвертая женщина курит. Курение сокращает жизнь женщины, в среднем на 16 лет. Никто не может назвать точных причин увеличения курящих девочек. Проблема женского курения глобальна и актуальна, учитывая то, что оно в первую очередь отразится на здоровье будущего поколения.

Анализ литературных источников. Многие ученые в своих работах отражают действие вредных привычек на женский организм и будущее потомство. Ученые заставили крольчих вдыхать на протяжении дня табачный дым от 15 сигарет. В результате у них в 10 раз чаще рождались мертвые крольчата. Другие лабораторные опыты показали, что самки крыс, находившиеся в атмосфере табачного дыма, страдали от временного бесплодия и чаще рожали мертвых крысят. По данным исследователя С. З. Пашенкова, 87% женщин, больных алкоголизмом, имеют различные хронические болезни и патологические изменения половых органов. По данным В. Г. Лунина, 18% детей отстают в физическом и психическом развитии при алкоголизме отца и 40% — при алкоголизме матери.

Цели и задачи работы. Цель: сформировать у подростков стереотип здорового образа жизни; Чтобы достичь цели, поставлены задачи: показать какими изменениями подвергается организм молодой беременной женщины при употреблении вредных привычек; рассказать об их влиянии на развитие будущего потомства.

Исследование проблемы. У курящих женщин наблюдается выкидыши, рождение недоношенных детей, повышение смертности детей при родах. Также высок коэффициент смертности детей в первые 3 года жизни. Такие дети нередко рождаются с лишними пальцами, узкими глазными щелями, низко посаженными ушами, с врожденными пороками сердца. Они много и тяжело болеют, отстают в умственном и физическом развитии. Курение может стать причиной тысячам нежелательных беременностей. Так как для курящих женщин оральные контрацептивы не являются надежным средством предохранения. Под действием никотина нейтрализуется активность гормонов содержащихся в пилюлях. У курящих женщин изменяется и внешний вид. У нее преждевременно появляются глубокие морщины, плохой цвет лица, желтеют ногти, портятся зубы, отмечается охриплость голоса. У них обнаруживаются нарушения менструального цикла, ранняя менопауза, развитие бесплодия, рака шейки матки.

Хочу сказать пару слов о так называемые «Легкие» сигареты, которыми большинство женщин склоны обманывать себя, полагая, что курение таких сигарет наносит меньше вреда организму, так как содержат меньше смол. Однако медики доказали, что такие сигареты поражают глубже дыхательные органы. Учитывая, что они легкие ими глубже и затягиваются. Поэтому они считаются более опасными из, за того что люди меньше ограничивают себя при курении. У пьющих женщин появляются на свет дети с тяжелыми нарушениями здоровья. У таких детей низкая масса тела при рождении. Отмечается косоглазие, короткое лицо, расщелины верхней

губы и неба, маленький нос, уплощение затылка, маленькая голова, укорочение стоп, неполное разгибание рук в локтевых суставах, аномалии расположения пальцев, недоразвитие тазобедренных суставов, пороки сердца, генитальные и анальные нарушения, нередко эпилептические припадки. Все эти изменения характерны для алкогольного синдрома плода. Бывает так, что дети рождаются в состоянии похмелья, то есть алкоголиками. Ему достаточно вводить дозу седуксена, и он будет кричать. Старые врачи в таких случаях давали ребенку несколько капель разведенного спирта. Они выпивали с жадностью, и только тогда успокаивались. У женщин злоупотребляющей спиртные напитки менструации прекращаются раньше, размеры матки и просвет маточных труб уменьшены, формирование яйцеклеток нарушено. Исходя из этого нарушено и детородная функция.

Еще пагубнее на детородную функцию влияют наркотики, вызывая физическую и психическую зависимость. К сожалению, наркоманы среди беременных все чаще встречается. Внутривенное введение наркотиков через многократно используемые шприцы и иглы может привести к гепатиту, СПИДу. Такие заболевания создают большую проблему для беременной женщины. У таких женщин развивается дефицит питательных веществ, анемия, задерживается рост плода, антенатальная гибель плода. Увеличивается риск преждевременных родов; кровотечение в родах; гнойно-септические осложнения послеродового периода; высокая материнская смерть;

У детей отмечаются разные аномалии развития; задержка нервно-психического развития.

Выводы и предложения. Таким образом, вредные привычки более серьезно сказывается на женщинах. Они более подвержены привыканию. Женщина, которая собирается стать мамой, ради своего будущего ребенка, должна, и обязана полностью отказаться от всех вредных привычек.

В заключении остается только обратиться к женщинам и девочкам подросткам со словами: «Пора остановиться и бросать!»

Волокжанин Д. В.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Научный руководитель: Смотров Л. И.

МОУ «Школа № 145 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Издавна люди задавались вопросами как выглядеть красиво, избежать преждевременного старения и смерти, жить долго и счастливо.

Здоровье — это главная потребность человека. Не все зависит от наследственности. Здоровый человек живет полноценной жизнью, он плодотворно трудится, развивается духовно и, как правило, счастлив.

Здоровый образ жизни — это система поведения каждого индивидуума.

Анализ литературных источников. В процессе написания статьи были изучены следующие книги:

1) Е. О. Комаровский «Здоровье ребенка». Врач-педиатр из Харькова имеет много последователей. По некоторым вопросам ухода и закаливания детей он бывает

очень категоричным. Не все родители уложат спать своего ребенка в холодную комнату с открытой форточкой, но многие его высказывания и советы очень полезны.

2) В «Энциклопедии закаливания» Александра Колгушкина изложены интересные факты о закаливании. Автор предостерегает от необдуманных и рискованных шагов, которые могут навредить здоровью. Я считаю, что название книги соответствует ее сути и может действительно считаться энциклопедией закаливания.

3) В книге Светланы Бронниковой «Интуитивное питание» даны основы правильного питания. Автор, на примерах, раскрывает суть правильного сочетания продуктов, как кушать вкусно и полезно и не полнеть. Объясняет, какие продукты могут сжигать жиры.

4) В книге Д. Сонненбург и Э. Сонненбург «Здоровый кишечник» раскрыты проблемы работы кишечника, влияние пробиотиков на процесс пищеварения. Советует есть овощи и фрукты и заботиться о полезных бактериях. Авторы доказывают, что пока человек не почистит кишечник, он не избавится даже от морщин на лице, не говоря о более серьезных проблемах.

Цели и задачи работы. Основная цель работы убедить, что люди должны вести здоровый образ жизни, заботиться о своем здоровье, пропагандировать принципы ЗОЖ.

Исследование проблемы. Физическое здоровье зависит от того, как функционируют весь организм, все его системы. Здоровье — отношение к жизни, созидательной деятельности, стремление к саморазвитию и самовоспитанию, овладение новыми знаниями и ценностями. Вести здоровый образ жизни — это значит правильно чередовать труд и отдых, искоренять вредные привычки, больше двигаться, соблюдать личную гигиену, проводить закаливающие процедуры, сбалансировано и рационально питаться. Трудиться, быть полезным обществу, соблюдать правильный режим труда и отдыха — это залог здоровья. Если человек много работает, нервничает, мало отдыхает, плохо спит, то это может привести к сбою систем организма, ухудшению работоспособности, нервным срывам.

Основным компонентом отдыха является сон. Во время сна отдыхает центральная нервная система, вырабатываются гормоны, необходимые для восстановления организма. Сон ничем нельзя заменить. Особенно крепкий и здоровый сон с 23.00 до 5.30 часов. Если возбуждена нервная система, то никакие считалочки не помогут быстро уснуть. Правильный режим сна надолго сохранит хорошее самочувствие.

Немаловажное значение в здоровом образе жизни имеет рациональное питание. Особое значение для организма человека играет вода. О том, какое количество воды необходимо человеку, мнения специалистов расходятся. Думаю, организм сам подскажет сколько ему нужно воды. Это зависит от вида и состава пищи, температуры, времени года. Мне достаточно 1,5–1,8 литров в день, летом больше. Вода воздействует на обменные процессы в организме, разжижает кровь, способствует движению лимфы. Закон сохранения энергии действует и в организме человека. Недостаток еды замедляет процессы восстановления организма, избыток откладывается в жир.

Необходимо соблюдать оптимальный двигательный режим. Это значит, утром обязательная зарядка для со-

судов и суставов, упражнения по разгону лимфы. Если есть возможность заниматься на турниках, в тренажерных залах, вечерняя пробежка или ходьба. Ходьба, особенно вверх по лестнице способствует сжиганию калорий и продлению жизни.

Следующий фактор в здоровом образе жизни — это личная гигиена человека: режим сна и отдыха, уход за телом, полостью рта, зубами, кожей лица, необходимые ежедневные гигиенические процедуры. Режим должен быть во всем и тогда организм работает четко и слаженно, как швейцарские часы. В понятие режима входят — труд, отдых, сон, питание. Занятия физической культурой и закаливание — это лучший способ избежать вредных привычек.

Выводы и предложения. Здоровый образ жизни сказывается не только на самочувствии человека, но и на его внешности. Здоровые люди меньше хмурятся, больше улыбаются, менее подвержены перепадам настроения и нервным срывам. Они готовы к самосовершенствованию, самовоспитанию, не боятся трудностей, легче приспосабливаются к окружающей действительности. Такие люди хотят осваивать что-то новое, стремятся узнавать духовные ценности, имеют разносторонние интересы. Принципам здорового образа жизни может следовать каждый человек, для этого не требуется много времени и сил. Нужно только захотеть, и начав, следовать по этому пути всю жизнь. Я за здоровый образ жизни.

Горя Н. Е.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, КАК ЭЛЕМЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ: ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ПАНДЕМИЮ

Научный руководитель: Гавриловчук Е. А.

МОУ «Тираспольская средняя школа № 5», г. Тирасполь, Приднестровская Молдавская Республика

Актуальность. нашего исследования возникла с марта 2020 года, когда Приднестровье, как многие страны, стало закрывать свои границы, приостанавливать работу предприятий, переводить организации образования на дистанционную форму обучения. Проблема возникла в головах взрослых и детей — страх, паника, хаос, неопределенность и даже отсутствие какого-то выхода, из сложившейся ситуации. Из нашей жизни ушло реальное общение, посещение спортивных секций, бассейнов, рынков, и даже магазинов. О каком здоровом образе жизни можно говорить? Тем более, о психологическом здоровье.

На помощь нам пришел наш школьный психолог. В первую очередь — это «Страничка психолога» при помощи интернет платформ. Каждый день была поддержка в виде рекомендаций, мини-видео, буклетов, видео известных психологов по вопросам психологического состояния людей в замкнутом пространстве, изоляции, нахождении всех членов семьи на одной небольшой территории (квартира).

Во-вторых, ежедневно, было принято решение наблюдать за собой. Мы могли делиться своими эмоциями, поведением, мыслями, обсуждать возникшие ситуации. В-третьих, при помощи психолога, мы изучили большое количество психологических источников по дан-

ными вопросам. Теоретические понятия о психологии поведения человека (личности) А. Маслоу, Э. Эриксона, Дж. Келли, К. Юнга, Г. Айзенка, Г. Олпорта и др. Это и отрывки из книг ведущих специалистов: М. Лабковский (психолог); М. Литвак (психолог, психиатр, врач-психотерапевт); психотерапевт Владимир Леви (вопросы суицида); А. Курпатов (врач-психотерапевт). Лекции: к. псих.н., проф. кафедры психологии МГУ — Петухова В.В; психолингвиста, проф., член-корреспондента РАО, — Т. В. Черниговская и др.

На основании всей этой работы, мы начали наше исследование. Цели и задачи первоначально были: снять психологическое напряжение; психологическая помощь и поддержка; просветительская работа в вопросах поведения людей. В дальнейшем цели и задачи были расширены.

Исследование проходило в три этапа. Первый — дистанционно (март — май 2020 г.), второй — стационарное обучение (сентябрь — декабрь 2020), третий — дистанционно (январь — март 2021 г.). В исследовании приняли участие обучающиеся 9–11 классов.

Результаты I этапа: ухудшение эмоционального состояния (при чем всех членов семьи) — 87%; плаксивость, раздражительность, обидчивость — 93%; апатия, лень (учиться), не желание что-либо делать — 64%; снижение текущих оценок — 32%. Положительным являлось то, что обучающиеся 9–10 кл. испытывали меньший стресс, чем учащиеся 11 класса. В основном обучающиеся 11 класса переживали за дальнейшее поступление, оценки, возможности выезда для поступления в ВУЗы РФ, Европы.

II этапа: ухудшение эмоционального состояния (по сравнению с первым этапом) — 26%, что улучшилось на 61%; плаксивость, раздражительность, обидчивость — снизилась на 59%, и составила 34%; апатия, лень (учиться), не желание что-либо делать — снизилась на 27%, и составила 37%. При чем, многие оппоненты говорили о лени, т.к расслабились ходить в школу на занятия. Удалось «подтянуть» оценки при стационарной форме обучения, процент неуспеваемости снизился с 34 до 13%.

III этапа: наблюдаем адаптацию к дистанционной форме обучения и нахождение на «удаленке». В основном, имеются научные данные о заболевании и пандемии. Появляется возможность вакцинации. В СМИ, ведущие медики ведут просветительскую работу. Обучение ведется дистанционно, но есть возможность посещать спортивные секции, тренажерные залы, бассейны. Выходить на улицу на прогулки, общаться с приятелями, родственниками, периодически открывались театры, кинотеатры). Как следствие, такие показатели как: стресс — снизился до 5%; апатия, лень — 7%; обидчивость, раздражительность — 11% (по бытовым вопросам). Положительным является «позитивный настрой» ответили 68% оппонентов.

На основании нашего исследования можно сделать выводы:

- здоровье, здоровый образ жизни, в первую очередь связаны с нашим психологическим здоровьем;
- в условиях стресса, паники, неопределенности, показатели ухудшения психологического состояния выросли до 87%;
- психологическое состояние, повлекло за собой негативное состояние, в том числе психосоматику (многие

оппоненты только в конце исследования признавались на снижение аппетита, головные боли, температуру и пр. при начале исследования);

- закрытие спортивных и культурно-образовательных учреждений привело к снижению физической активности (физической форме); ряд оппонентов, в основном девушки жаловались на проблему набора лишнего веса;
- на первых этапах исследования, во многих семьях произошел накал ссор, недопонимания, раздражительности, что также влияло на всё самочувствие.

Позволим рекомендовать:

- в первую очередь, для здорового образа жизни, уделять внимание психологическому здоровью;
- уделять внимание упражнениям и методикам на переключение, память, внимание, методам дыхательных практик; физическим нагрузкам;
- больше читать литературы о психологии человека, методам борьбы со стрессом.

Гнечка А. Е.

ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В НАШИ ДНИ

Научный руководитель: Козлов Е. С.

МОУ г. Горловки «Лицей № 85 «Гармония», г. Горловка, ДНР

Актуальность проблемы. В наши дни проблема правильного питания актуальна, как для подростков, так и для взрослого человека. Из информации, представленной Минздрав, неправильным питанием связывают не менее 50% случаев сердечно-сосудистых заболеваний, около 40% случаев рака лёгких, ободочной и прямой кишки, почек, предстательной железы, мочевого пузыря у мужчин и около 60% случаев рака молочной железы, матки, почек, кишечника у женщин. Кроме того, результатом неправильного питания является ожирение и высокий риск развития на этом фоне сахарного диабета 2 типа. По данным статистики, он встречается у 35% – 50% лиц с повышенной массой тела.

Анализ литературных источников. Изучив литературу по теме здорового питания, я пришел к выводу, что здоровое и полноценное питание очень важно для поддержания хорошего здоровья. В ходе своей обычной жизни, мы забываем правильно питаться, не получая необходимые витамины и микроэлементы из пищи и, следовательно, мы, как правило, получаем наши болезни от нашего неправильного образа жизни. Были проанализированы следующие литературные источники: 1. Андреев Ю. А. Новые Три кита здоровья. 2. Алексеев С. В., Уселко В. Р. Гигиена труда. 3. Воробьев Р. И. Питание и здоровье. 4. Горохов В. А., Горохова С. Н. Лечебно-сбалансированное питание — путь к здоровью и долголетию.

Цели и задачи работы. Цель данной работы показать насколько важно правильное питание для человека. Ролью правильного питания является не только насыщение организма энергией, но и витаминами, клетчаткой, микроэлементами. Заряд энергии дают коктейли из свежих соков: яблоко, апельсин, свекла, шпинат, огурец, апельсин, а также разнообразие в салатах: добавление пророщенных злаков, любых ягод, сока алоэ. Задачи правильного питания: Нельзя злоупотреблять продуктами с высоким содержанием холестерина. Сахар не содержит никаких полезных веществ, и от него

нет никакой пользы. Избыток соли способствует повышению кровяного давления. Черный хлеб полезнее, чем белый. В нем больше витаминов, минеральных солей и клетчатки. Необходимое количество дневной нормы кальция содержится в стакане нежирного молока.

Исследование проблемы. Болезни нерационального режима питания (гастриты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, ожирение, атеросклероз). Инфекционные и паразитарные болезни, обусловленные употреблением недоброкачественной пищи. 50% случаев сердечно-сосудистых заболеваний; 40% случаев рака лёгких; 60% случаев рака молочной железы, матки, почек, кишечника у женщин; 35% – 50% лиц с повышенной массой тела.

Вывод. Правильное питание и здоровый образ жизни неразделимы. Принимаемая нами пища обеспечивает постоянное обновление, развитие клеток и тканей организма, является источником энергии. Продукты питания — это источники веществ, из которых синтезируются гормоны, ферменты и другие регуляторы обменных процессов. Правильное питание лежит в основе всех этих ценностей, это — начало пути.

Говорущенко Е. С.

ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Научный руководитель: Булеева Л. В.

МОУ «Школа № 105 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Проблема формирования здорового образа жизни среди подростков считается не просто важной, а одной из ключевых для всей нашей республики.

Подростки — определенный контингент в составе населения, состояние здоровья которых считается «барометром» социального благополучия и уровня медицинского обеспечения и предвестником изменений в здоровье населения в дальнейшие годы.

Об актуальности представленной проблемы говорят бесчисленные статистические данные. Приведем некоторые из них. По сведениям Минздрава ДНР: 70% из всех обучающихся в школах, имеют приобретенные болезни. В структуре заболеваемости на 1-м месте стоят заболевания органов дыхания, 2-е место занимают заболевания эндокринной системы, а 3-е — нарушения ЖКТ. В 2–3 раза увеличилась распространенность заболеваний костно-мышечной системы, в 1.6 -сердечно-сосудистой системы. [с.108]

Работая над исследованием темы формирования культуры здоровья, объектом для изучения я выбрала подростков — одноклассников, находящихся на стадии формирования собственного образа жизни.

Предметом изучения выступают особенности формирования здорового образа жизни для подростков. Моей задачей является выявить проблемы ребят подросткового возраста, препятствующие формированию здорового образа жизни.

Постановка данной цели подразумевает обнаружение надлежащих исследовательских задач:

- разглядеть сущность составления здорового образа жизни и его компонентов;
- изучить моменты, влияющие на составление здорового образа жизни для подростков;

— выполнить теоретическое и практическое исследование с целью нахождения значения распространённости вредоносных привычек и узнать степень их распространенности.

Исследуя проблему, на базе теоретического и практического материала:

— проведены лектории: «Здорово быть здоровым», «Пагубное влияние вредных привычек» среди учащихся 9–11 классов;

— проведено анкетирование: «Употребляешь ли ты алкоголь, табак, наркотики?», «Уровень знаний школьников в области здорового образа жизни» среди учащихся 9–11 классов;

— мною проведен совместный со школьной медсестрой мониторинг «Итоги ежегодного медицинского профилактического осмотра учащихся 9–11 классов МОУ № 105 г. Донецка» с целью узнать процент изменения хронических заболеваний учащихся за последние годы;

— проведен анонимный опрос на тему вредоносных привычек.

На основании исследования можно сделать следующие выводы:

1. Большинство подростков остаются без родительского внимания, что становится основной причиной распространенности вредоносных привычек. Данную информацию удалось выяснить с помощью анонимного опроса среди школьников;

2. Одной из более распространенных причин, влияющих на здоровый образ жизни подростка, является расход большого количества времени в социальных сетях и за компьютером;

3. Здоровье ребенка, его физическое и психическое развитие, социально — психологическая адаптация в значительной степени определяются условиями его жизни и учебы в школе.

Можно сделать вывод, что формирование культуры здоровья представляет собой сложный педагогический процесс, осуществление которого чаще всего подразумевает изменение уже существующего пассивного отношения школьников к программам по улучшению и коррекции своего здоровья.

Педагогическое сообщество совместно с семьей способны решить проблему путем проведения конкретных мероприятий по формированию культуры здоровья, комплексный подход к укреплению и сохранению здоровья при реализации образовательного процесса. Борьба за здоровое поколение — это шаг к возрождению Донбасса.

Горбачева Е. А.

КУРЕНИЕ И ПАРЕНИЕ: ЧЕМ ОПАСНА «МОДНАЯ» ПРИВЫЧКА

Научный руководитель: Довгялло Ю. В.

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

Христофор Колумб не только открыл остров Сан-Сальвадор, но и познакомил мир с обычаем островитян курить свернутые листья табака. С этого момента началась борьба человечества с такой пагубной привычкой, как курение. И хотя вначале курение пропагандировалось как средство от многих недугов, уже со-

всем скоро стало понятно, что оно вызывает не только привыкание, но и заболевания ряда органов и систем. Сейчас, несмотря на пропаганду здорового образа жизни и доступность информации о вреде веществ, входящих в состав табачного дыма, во всем мире курит более одного миллиарда человек. По данным ВОЗ почти 14% всех смертей связаны с табакокурением.

Наиболее опасными соединениями, входящими в состав табачного дыма являются: никотин, окись углерода, синильная кислота, аммиак, бензпирен, сероводород, полоний, калий, тяжелые металлы и их соединения.

Эти вещества, которые, в большинстве своем, являются канцерогенными, лишь на 20% задерживаются сигаретными фильтрами, а ведь те, кто курит, уверены в том, что если в сигаретах есть фильтр, значит не так они и вредны. А так называемые «легкие» сигареты, совсем не легкие: содержание никотина в них немного меньше, а смол, зачастую, даже больше, чем в обычных. Особое беспокойство вызывает широкое распространение систем доставки никотина: систем парения и нагревания табака. И хотя в полной мере оценить весь вред, наносимый данными системами ввиду их недавнего появления на рынке, невозможно, уже сейчас ученые всего мира говорят о том, что он не намного меньше, чем вред, наносимый традиционными сигаретами. Так, на электронном ресурсе PubMed нашлось около 600 сообщений о вреде, наносимом паром вейпа или дымом системы нагревания табака органам дыхания и кровообращения, о связи использования систем доставки никотина с возникновением бронхиальной астмы, хронических неспецифических заболеваний легких, сердечно-сосудистой токсичности жидкостей для системы вейп.

Также недавними исследованиями, проведенными рядом американских авторов, установлено, что употребление вейпа школьниками ведет к значительному уменьшению концентрации и переключаемости внимания, памяти, снижением других когнитивных функций.

Другой группой ученых сообщается о том, что раздражение дыхательных путей парами жидкостей для вейпа ведет к гиперсекреции слизи, хроническому воспалению стенки дыхательных путей и, как следствие, к гиперплазии соединительной ткани в стенке бронхов и легких. То есть, скоро следует ожидать значительное увеличение частоты легочного фиброза, случаев хронической дыхательной недостаточности, бронхиальной астмы.

Состав аэрозоля вейпа не менее опасен, чем состав сигаретного дыма: глицерин, пропиленгликоль, никотин в различных концентрациях, ароматизаторы и другие соединения. Всего около 80 соединений, включающих такие токсичные вещества, как формальдегид, ацетальдегид, акролеин, травят организм того, кто решил последовать «модной» привычке использовать вейп.

Для освещения реальной картины по употреблению табачной продукции было проведено анонимное онлайн анкетирование 220 человек обоего пола. Оказалось, что не курят и не пробовали лишь около 30% опрошенных. При этом 24% курят постоянно, а около 20% нерегулярно, 26% избавились от этой привычки. Около 10% респондентов курят более 5 лет, что значительно повышает риск развития сосудистых катастроф и хронических неспецифических заболеваний легких.

40% из тех, кто курит постоянно, безуспешно пытались или пытаются бросить курить, а 60% курящих вообще это делать не планирует.

5% опрошенных начали курить в возрасте до 10 лет, 15% в возрасте 10–15 лет, 36% – в возрасте 15–18 лет. То есть, половина тех, кто пробовал курить, приобрели свой первый «опыт» еще до совершеннолетия. А это требует особого контроля за реализацией табачной продукции несовершеннолетним, внимания родителей и старших членов семьи.

Десятая часть респондентов курит более 10 сигарет в день, около 7% делают более 50 затяжек вейпа, столько же опрошенных используют более 10 стиков для системы нагревания табака.

Наиболее сильное желание курить у участников анкетирования возникает после пробуждения, в компании, после еды.

В шаговой доступности от дома, места работы или учебы каждого из нас находятся торговые точки, в которых можно спокойно и недорого приобрести системы парения. Нами был проведен эксперимент: в 10 точках, торгующих системами вейпинга, была предпринята попытка приобрести систему парения и только в двух из них продавцы попросили документально подтвердить возраст. То есть школьники могут беспрепятственно приобретать и пользоваться такими системами, которые зачастую производятся и ввозятся нелегально, содержат никотин и вредные примеси в количествах, сравнимых с обычными сигаретами.

Меры по снижению числа курильщиков необходимо принимать не только на местном, но и государственном уровне. В качестве подобных мер можно предложить следующее:

1. Проведение бесед о вреде курения не только со школьниками и студентами, но и членами их семей.
2. Запрет курения во всех общественных местах и строгий контроль за этим.
3. Повышение розничной цены на табачную продукцию. Повышение акцизного сбора на ввоз и оборот табачной продукции в розничной сети.
4. Контроль за точками продажи табачной продукции на предмет сбыта ее несовершеннолетним.

Если Вам не безразлично ваше здоровье, здоровье близких – бросайте курить как можно скорее!

Грудий Д. А.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Научный руководитель: Артюхова И. В.

МОУ «Лицей № 37 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Наверняка все слышали фразу: «Здоровье за деньги не купишь». Она показывает, что здоровье – самое ценное в жизни людей. Но не все понимают, что беречь себя – очень важно. По мнению экспертов ВОЗ 23% заболеваний людей обусловлены воздействием факторов окружающей среды (на момент 2017 года). Это значит, что человек может потерять годы своей жизни только лишь из-за воздействий окружающей среды. Поэтому нужно сделать всё, чтобы быть здоровым, иметь крепкий иммунитет и противостоять вирусам. Проблема состоит в важности ведения здорового образа жизни.

Анализ литературных источников. Для того, чтобы знать, как следить за здоровьем, необходимо обратиться за помощью: к друзьям, книгам, различным статьям, видеороликам, лекциям и т.д. Информацию о правильном питании, как и сколько нужно спать, с чего начинать заниматься спортом, какие привычки нужно прививать, а какие искоренять, можно найти в открытом доступе. Например, на просторах интернета.

Питание. Не переедать, чтобы не было лишнего веса. Исключить вредную пищу, в первую очередь это жареное, сладкое и солёное. Добавить в рацион полезные продукты, например, богатые клетчаткой продукты, овощи, бобы, орехи, рыба.

Физические нагрузки. Достаточно 20–30 минут в день. Это может быть бег, езда на велосипеде, занятия в тренажёрном зале, дома, занятия йогой – всё, что вам угодно.

Психическое здоровье. Гармоничные отношения с другими людьми, наличие поддержки.

Привычки. Правильный режим дня, наблюдение за сном; отказ от вредных привычек.

Цели и задачи работы. Целью этой работы является привлечь как можно больше людей вести здоровый образ жизни. А задача заключается в предоставлении информации.

Исследование проблемы. Здоровый образ жизни – не только про то, что нужно правильно питаться и заниматься спортом, это ещё про психическое здоровье, внешний вид и самочувствие. Пыль, мусор, химикаты – всё это окружает нас каждый день. Чтобы избавиться от всего, что плохо влияет на организм из окружающей среды, понадобится много лет и очень много людей, которые будут бороться и улучшать экологию. А для оздоровления нужен только один человек, его мотивация и сила. Отказаться от вредных привычек тяжело, взять себя в руки – тоже. Иногда это является причиной, из-за которой люди не ведут здоровый образ жизни.

Выводы и предложения. Люди могут придумать тысячу причин для того, чтобы не вести здоровый образ жизни, курить, употреблять алкоголь, неправильно питаться. Но люди хотят дольше жить, улучшать качество жизни, красиво выглядеть, быть в хорошем настроении. Осуществить эти желания поможет ведение здорового образа жизни.

Данелия Д. М.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Научный руководитель: Баландина К. В.

МОУ «Специализированная школа № 17 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность здорового образа жизни связана с желанием человека избавиться от влияния неблагоприятных факторов, которые сказываются на его здоровье. Главными бедами современного человека являются большое количество стрессов, плохой режим сна, малоподвижный образ жизни, неправильное питание, вредные привычки (курение, алкоголь) и пренебрежение здоровьем – все это приводит к серьезным заболеваниям. В таких условиях сохранить свое здоровье и гармоничные отношения с окружающим миром не так просто. Именно поэтому данная тема является очень актуаль-

ной и заслуживающей детального исследования.

Цель данной работы: исследовать понятие и структуру здорового образа жизни и основы правильного питания.

Понятие и структура здорового образа жизни.

В настоящее время понятие “здоровье” имеет много определений и все они довольно правильные. Здоровый образ жизни — это целая система привычек и поведения человека, направленных на обеспечение определенного уровня здоровья, а также правильного мышления о своем организме. Второе определение можно сформулировать так, что здоровый образ жизни — это стиль жизни, направленный на омоложение и оздоровление всего организма, отказ от вредных привычек, создание правильного режима дня, в котором будет присутствовать работа, отдых и физическая активность в любом её проявлении.

Основные компоненты ЗОЖ:

1. Разнообразное 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. Полный отказ от вредных привычек (алкоголь, курение).
4. Правильно установленный режим дня и отдыха.
5. Физическая активность (спорт, активный отдых, а также обычная ходьба в течение дня).
6. Здоровая эмоциональная стабильность — в наше время социальных потрясений — это не так просто, но нужно учиться не подпускать все близко к сердцу. Нет лучшего психолога для человека, чем он сам, осознающий свои эмоции и действия.
7. Гармоничное восприятие окружающего мира. Только здоровая окружающая среда принесет пользу вашему телу и разуму.

Основы сбалансированного питания.

На сегодняшний день слова ЗОЖ (здоровый образ жизни), ПП (правильное питание) распространены повсеместно, и их актуальность в мире растет с каждым днем.

Несмотря на всё это, тренд соблюдения здорового образа жизни быстро развивается и избавления от вредных привычек, многие из нас все равно время от времени сталкиваются с недостатком энергии, ослабленным иммунитетом, нехваткой сил, что пагубно сказывается на нашем организме. «Человек есть то, что он ест» — простое, но очень точное выражение, которое в современном мире становится как никогда актуальным. Широкий ассортимент еды часто может приводить в замешательство, и мы начинаем употреблять пищу по принципу «живи, чтобы есть», хотя с давних пор в нас заложен совсем другой механизм, а именно «ешь, чтобы жить».

Основным источником энергии являются жиры и углеводы (конечно же только сложные). Нельзя допускать переизбыток: оно может привести к ожирению, что пагубно скажется на здоровье человека.

Белки, или протеин — можно назвать строительными материалами организма. Они являются структурной основой всех клеток организма, гарантирующих их активность.

Жиры являются источником энергии и есть почти во всех продуктах, кроме большинства видов овощей

и фруктов. Важно употреблять насыщенные жиры, такие как мясо, молоко, авокадо, орехи, рыба, а ненасыщенные стараться избегать, такие как: трансжиры, маргарин, сладости, дрожжи, фастфуд.

Углеводы — основной источник энергии для организма человека. Они должны присутствовать в необходимом количестве в рационе каждый день. Углеводы необходимы, чтобы поддерживать иммунитет, осуществлять обмен веществ и синтез ДНК.

Углеводы содержатся во фруктах и ягодах, в мучных кондитерских изделиях, в молоке и кефире, в хлебе, макаронах, крупах.

Помните, что без углеводов белки и жиры в организме не усвоятся. Но избыток углеводов — тоже не совсем хорошо, поскольку он превращается в жиры, которые организм начинает откладывать «про запас». Это еще раз говорит о важности сбалансированного питания.

Вывод. Здоровый образ жизни омолаживает и укрепляет организм человека не только физически, но и духовно. Все больше и больше людей начинают сами заботиться о своем здоровье, чтобы его улучшить. Формула хорошего настроения и самочувствия — введение здорового образа жизни. Как сказал итальянский физиолог Анджело Моссо: “Физические упражнения могут заменить многие лекарства, но никакое лекарство в мире не сможет заменить физические упражнения”. Только ежедневная работа над собой поможет выдержать удар судьбы и продлить себе здоровую и счастливую жизнь.

Донченко У. С.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ШКОЛЬНИКОВ 11-12 ЛЕТ

Научный руководитель: Фоменко В. О.

Донецкий Политехнический Колледж, г. Донецк, ДНР

Введение. В работе исследовалось влияние занятий физической культурой (ФК) и спортом в сочетании с другими элементами здорового образа жизни (соблюдение режима дня, правильного питания, достаточного отдыха); сознательного отношения к своему здоровью — на физическое здоровье, психологический комфорт, социальную адаптацию.

Актуальность. Здоровье детей и подростков является важным медико-социальным фактором, обеспечивающим уровень развития и стабильности республики на много лет вперед. В условиях современного индустриально-урбанистического общества наблюдается снижение физической активности человека. Физическая культура — мощное и доступное средство устранить или свести к минимуму негативные последствия этого.

Анализ литературных источников. Потребность в ФК — главная побудительная, направляющая и регулирующая сила поведения личности, имеющая широкий спектр: потребность в движениях и физической активности (ФА); в общении, контактах и проведении свободного времени в кругу друзей; в играх, развлечениях, отдыхе, эмоциональной разрядке; в самоутверждении, укреплении позиций своего «Я». Стержневым в структуре ФК является мотивационный компонент.

Мониторинг здоровья детей 5–9 лет (n = 738, из которых 418 мальчиков и 320 девочек) обнаружил, что

уже на дошкольном этапе здоровых детей не более 10,0%; у 70,0% обследованных регистрируются множественные функциональные нарушения. На протяжении 20-летнего периода сохраняется тенденция к росту заболеваемости по обращаемости среди детской популяции на 2,0–4,0% в год, регистрируется рост хронической патологии.

Цель исследования изучить влияние активных занятий ФК и спортом на физическое и психологическое здоровье школьников (11–12 лет).

Задачи исследования: проанализировать влияние занятий ФК школьниками 11–12 лет на самочувствие и успехи учащихся; определить направления работы по формированию здорового образа жизни и позитивного отношения к ФК

Исследование проблемы. Было проведено анкетирование 26 учащихся 11–12 лет «МОУ шк. № 2». Анкета была составлена согласно цели и задачам исследования. Среди школьников только 34,6% активно занимаются ФК. Отмечались существенные различия в самочувствии и организации по сравнению с группой детей, спортом не занимающихся. Так, оценка своего самочувствия среди занимающихся спортом в 100% случаев была отлично и хорошо.

Среди тех, кто имел малую ФА, хорошее самочувствие отмечали только 53%, мотивируя это плохим сном (35% случаев), дискомфортом со стороны пищеварительной системы (30%), ощущением вялости, отсутствием интереса к деятельности (35%). У 76% отмечались головокружения (в то время, как у занимающихся спортом только 22%).

Значительные различия выявлены в соблюдении режима. Занимающиеся ФК указали время ночного сна 8–9 и даже 10 часов; никто из них не ложится позднее 22 часов; 89% легко встают по утрам; практически в 100% случаев не опаздывают на занятия; 78% успевают полноценно позавтракать.

Среди детей, не занимающихся спортом, ночной сон составлял до 6 часов – 29%, 7–8 часов – 47%, 9 часов – 24%. Для 59% утреннее вставание затруднительно. Полноценно завтракают только 17%; 40% регулярно опаздывают в школу. 71% проводит ежедневно в интернете от 5 до 10 часов (среди детей, занимающихся спортом таких только 22%)

Свой характер оценивают, как уравновешенный 67% «спортивных» и 21% «неспортивных» детей; вспыльчивыми считают себя 33% «спортивных» и 50% «неспортивных». Среди детей с малой ФА 30% причислили себя к тем, которых трудно чем-нибудь «зацепить» или вывести из себя. Они же в 100% проводят у компьютера по 8–10 часов в день. На вопрос охотно ли посещают уроки ФК в школе положительно ответили только 35% опрошенных.

Студентами факультета ФК Донецкого политехнического колледжа была проведена беседа о необходимости вести здоровый образ жизни и заниматься ФК.

Проведены мастер-классы:

1. Комплекс упражнений для формирования правильной осанки;
2. Комплекс тонизирующих упражнений для утренней гимнастики;
3. Комплекс упражнений для укрепления мышц спины и плечевого пояса для мальчиков. При повторном те-

стировании положительное отношение к занятиям ФК высказали 88% опрошенных. Практически 100% высказали желание заниматься либо в спортивных секциях (акробатика, баскетбол, волейбол, футбол), либо другими видами физической активности (танцы, игры на свежем воздухе, и т.п.). Некоторые дети отметили, что ограничены в выборе видов ФА в связи с занятостью родителей.

Выводы и предложения:

1. Занятия ФК оказывают положительное влияние не только на самочувствие, но и способствует лучшей организованности, соблюдению режима дня, правильного питания.
2. Занятия ФК оказывают влияние на психологическое самочувствие детей, они становятся более уравновешенными, лучше владеют собой, реже испытывают усталость, плохое настроение, активнее интересуются окружающим
3. Наглядная агитация и позитивный пример старших подростков способны эффективно повлиять на мнение школьников, пробудить интерес к самосовершенствованию.
4. Необходима работа с родителями.

Емелева В. А.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЕГО АКТУАЛЬНОСТЬ В НАШИ ДНИ

Научный руководитель: Дмитренко С. В.

МОУ «Лицей № 85 «Гармония», г. Горловка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. На данный момент, в нашем мире распространено такое понятие как ЗОЖ (здоровый образ жизни), и всё большее количество людей стараются соответствовать данному понятию. Они бросают курить, пить, употреблять наркотики, но ничего не меняется. Проблема заключается в том, что люди, имея множество информационных источников, не могут выбрать необходимую информацию. Анализ литературных источников. В книге «10000 советов как избавиться от алкоголизма и наркозависимости» (Сост. Н. В. Белов. — М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2005.) приведены и описаны пути и возможности избавления от алкоголизма и наркозависимости. Автор издания предлагает экскурс в историю этих смертоносных увлечений. Приводит рекомендации специалистов (наркологов, психологов), описывает действительные факты из жизни людей употребляющих наркотики. Он ставит цель не запугать читателя, а помочь ему осознать опасность алкоголизма и наркомании и разумным путём избавиться от них.

Так же можно прочитать книгу «Счастье быть здоровым» (под ред. С. А. Муравьев, Г. А. Макарова. — Екатеринбург: «Фотек», 2009.). Используя лечебное голодание (РДТ) и регулярные физические нагрузки (занятие бегом), авторы этой книги добились впечатляющих результатов. Эта книга расширяет кругозор, обогащает полезной информацией о здоровом образе жизни. Интересна широкому кругу читателей.

Цели и задачи работы. Цель моей работы заключается в изучении информации о пользе и вреде «здорового образа жизни». А мои задачи — выявить актуальность и постановку проблемы, изучить литературу по

данной теме, исследовать проблемы, сделать вывод и предоставить свои предложения для решения данной проблемы.

Исследование проблемы. Более подробно разобравшись в теме «Здоровый образ жизни», важно выделить, что самое главное — это внутренний настрой человека. Для процесса настраивания стоит выделить такие занятия как медитация и йога. Во время медитации мы мысленно настраиваем себя на положительный лад, а во время занятия йогой, мало того, что мы положительно настраиваемся, так ещё и укрепляем свой организм. А для ритмичности выполнения каких-либо действий существуют трекары привычек. Трекары — это таблицы с множеством различных колонок для отметки выполненных действий, рассчитанные на 31 день. За это время у человека появляются одна или несколько привычек, к примеру — каждое утро медитировать, а перед сном читать книгу.

Также нужно помнить, что «ты есть то, что ты ешь». Очень важно включать в свой рацион питания овощи и фрукты, но не стоит забывать о белках, углеводах и жирах. Для определения употребляемой нормы калорий в день можно использовать формулу Харриса-Бенедикта, но её нельзя применять людям, страдающим от ожирения.

Стоит отметить что и здоровый сон влияет на здоровый образ жизни. Организацию ночного сна лучше начать с подготовки помещения. Комната должна быть проветрена, а температура незначительно понижена. Гаджеты не должны мешать подготовке ко сну — их лучше отложить за 1–2 часа до сна.

Физическая нагрузка играет тоже немалую роль для здоровья и хорошего самочувствия. Утренняя зарядка помогает нашему организму проснуться, набраться энергии. В качестве такой зарядки можно использовать солнечный комплекс («Приветствие солнцу»). Этот универсальный комплекс упражнений утром работает на здоровье нашего организма, а вечером на его расслабление и успокоение.

Выводы и предложения. Подводя итоги изучения данной темы, могу сказать, что я полностью справилась со своей задачей и выполнила поставленную перед собой цель. Теперь можно смело сказать, что люди, нуждающиеся в помощи связанной с организацией и получения новой, полезной информации могут начать полноценно вести здоровый образ жизни.

Казак Д. М.

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

*Научный руководитель: Шентефрац И. С.
ГОО «Бендерский медицинский колледж», г. Бендеры,
Приднестровская Молдавская Республика*

Актуальность и постановка проблемы. Формирование навыков здорового образа жизни была и есть одной из самых значимых проблем человечества. В наше время люди с любого уголка земли всё чаще и чаще сталкиваются с проблемами здоровья несмотря на уровень медицинского обслуживания, а также из-за изменения характера нагрузок на организм человека, воздействия технологии и экологической среды, развития вредных

привычек. Здоровье является важнейшей ценностью, которое показывает не только отношение людей к себе, но и к будущему поколению.

Анализ литературных источников. Здоровый образ жизни — это образ жизни, направленный на сохранения состояния человека. Здоровье является предметом исследования медиков, социологов, педагогов, философов. Представители философско-социологического направления (О. А. Мильштейн, П. А. Виноградов, В. И. Столяров и др.) воспринимают здоровый образ жизни как глобальную проблему, а в психолого-педагогическом направлении (М. Я. Виленский, Г. П. Аксёнов, И. О. Мартынюк и др.) воспринимается с точки зрения мотивации и психологии человека. Это свидетельствует о различном понимании здорового образа жизни и рассмотрении его в целостности. В основу понятия «здоровье» И. И. Брехман вложил концепцию о здоровье как об основополагающем компоненте человеческой личности. Цели и задачи работы. Цели данной работы заключаются в мотивации людей вести здоровый образ жизни, ознакомлении с принципами рационального питания, а также понять, что означает здоровый образ жизни и как его соблюдать.

Задачи работы:

- Формировать представление о здоровье и здоровом образе жизни;
- Научится противостоять негативным привычкам и придерживаться правильного питания;
- Начать правильно относиться к своему здоровью.

Исследование проблемы. Определение Всемирной организации здравоохранения гласит, что здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия. На состояние человека оказывают влияние различные факторы, но следует отметить, что здоровье человека зависит от медицины всего на 10% от медицины, на 20% от наследственных факторов, от внешней среды на 20% и целых 50% от образа жизни человека. Существует простая аксиома: «сохранение здоровья человека — дело рук самого человека!». Следовательно, наиболее важным фактором, который влияет на организм, является тот образ жизни, к которому придерживается человек. Здоровый образ жизни помогает человеку развить различные стороны жизнедеятельности и сохранить долголетие, а также выполнять различные социальные функции. Каждый человек желает быть здоровым, но не каждому это удаётся. Распространение вредных привычек, таких как: курение, употребление алкогольных напитков и наркотических веществ, неправильное питание и много других факторов неблагоприятно сказываются на организме человека, а также способны привести к исходному состоянию. Но несмотря на это, далеко не каждый спешит отказаться от своих привычек, которые препятствуют соблюдать все основные принципы и правила здорового образа жизни.

Выводы и предложения. Таким образом, исходя их выше сказанного можно сделать следующие выводы: здоровье во многом зависит от самого человека, не все имеют правильное представление о здоровом образе жизни, здоровый образ жизни состоит из многих факторов, но основными являются: здоровое питание, физическая активность и эмоциональное состояние. Питание отвечает физиологическую работу внутренних

органов, внешний облик и иммунитет человека. Очень важно знать, что можно употреблять в пищу и каким образом.

Основные правила правильного питания:

- Запрещено голодать и переедать;
- Принимать пищу небольшими порциями, 4–5 раз в день;
- Пищевой рацион должен быть разнообразным;
- Не употреблять быстрое питание и жирную пищу;
- Последний приём пищи должен быть не менее чем за 2 часа до сна;
- Употреблять как можно чаще овощи и фрукты.

Одной из основных проблем является мало подвижный образ жизни, который приводит к ожирению, развитию заболеваний опорно-двигательного аппарата, также к сердечно-сосудистым и неврологическим патологиям. Для предотвращения данных проблем необходимо: вести активный образ жизни, выходить на прогулки, начать заниматься спортом.

Эмоциональный настрой тоже сказывается на здоровье. Стрессы, постоянные срывы и нервные напряжения очень негативно сказываются на организме. Для хорошего эмоционального настроения специалисты советуют: избавляться от излишней тревоги, в любой ситуации мыслить позитивно, стараться избегать стрессовых ситуаций.

Здоровый образ жизни ни в коем случае не должен доставлять дискомфорт, а наоборот приносить радость, поэтому прививать полезные навыки нужно постепенно. Со временем это станет привычкой, при помощи которой можно будет добиться любых целей.

Кицын Э. В.

ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА СОБЛЮДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

*Научный руководитель: Шентефрац И. С.
ГОУ «Бендерский медицинский колледж», г. Бендеры,
Приднестровская Молдавская Республика*

Актуальность и постановка проблемы. Здоровый образ жизни, все мы знаем, как он важен и необходим, но вспоминаем о нем только в случае крайней необходимости. К тому же, ЗОЖ сегодня в моде, правильное следование принципам здорового образа жизни — предмет гордости не только волевых и целеустремленных людей.

Так что не нужно впадать в крайности и превращать жизнь в муку, достаточно знать пару простых правил, которые только помогут упорядочить её. ЗОЖ — это не только регулярные тренировки, правильное питание, но и забота о своем ментальном здоровье.

Анализ литературных источников. Вклад в изучении здорового образа жизни внесли такие писатели и ученые как: Л. Н. Толстой, П. А. Виноградов, Н. И. Лунин, Н. И. Пирогов. Н. М. Амосов говорил: «Врачи лечат болезни, а здоровье нужно добывать самому.» Я согласна с этим высказыванием. Здоровье — это «резервная мощность» органов, всей нашей физиологии, и эта «мощность» добывается не таблетками, а тренировками и нагрузками.

Цели и задачи работы. Рассмотреть основные правила здорового образа жизни, его особенности, изучить роль

ЗОЖ у студентов. Сформировать знания, умения и практические навыки здорового образа жизни.

Исследование проблемы. Здоровый образ жизни — это ежедневные мероприятия, направленные на улучшение и сохранение здоровья с помощью правильного питания, регулярных физических нагрузок, отказ от вредных привычек.

Умение владеть своими эмоциями и желаниями, также является частью соблюдения здорового образа жизни, так как есть такое понятие как «психосоматика». Психосоматика изучает и объясняет влияние эмоций, переживаний, стрессов на наше физическое состояние. Первое с чего хотелось бы начать — режим дня.

Каждый день мы выполняем одни и те же действия: спим, едим, отдыхаем, работаем. Если упорядочить эти действия, то можно более эффективно использовать свой день. Я не призываю расписывать день по минутам и строго соблюдать четкий план действий, но поддержание такого режима поможет нам избежать форс-мажоров, а организм лишится стрессов.

Здоровый сон (чего так не хватает некоторым студентам). Почему сон так важен? Не зря говорят, что ЗОЖ начинается не с понедельника, а со времени, когда вы ложитесь спать, ведь именно с 22:00 до 24:00 вырабатывается мелатонин — гормон сна, который так важен для всех последующих фаз сна. Глубоким заблуждением является отложенный будильник «на 5 минут», это наносит большой вред организму, так как когда прозвенел будильник, мы находимся в «легкой» фазе и готовы к пробуждению, но мы его переводим, не успеваем выспаться за 5 минут, но можем провалиться в более «глубокую» фазу, а потом, когда понимаем, что все-таки нужно собираться, резко начинаем вставать, но это нам дается уже намного тяжелее. Из-за этого снижается мозговая активность, концентрация внимания и работоспособность.

Утренняя зарядка и физические нагрузки. Самое тяжелое — победить лень, но если ты это сделаешь, то поднимется настроение на весь день. Во время зарядки усиливается кровообращение, так, мы подготавливаем наш организм к рабочему дню, от нас уходят вялость и сонливость, отеки, мы становимся румяными и бодрыми. Не обязательно ходить в зал, чтобы иметь красивый рельеф мышц, достаточно выполнять регулярно пару упражнений дома. Это поможет вам избавиться не только от пару лишних килограмм, но и от плохих эмоций, а еще, это прекрасная возможность повысить самооценку.

Организация питания, также имеет важное значение. Ослабление защиты организма — это прямое следствие многих монодиет. Лишив свой организм полезных веществ, мы рискуем добиться его истощения. Ваш организм будет «сдаваться» первому встречному вирусу, а сами спровоцируете начало целой цепочки заболеваний, начиная с ОРВИ и так далее...

Более того, при соблюдении жестких диет вы похудеете, но потом все вернется и даже больше. Питание должно быть сбалансированным, чтобы органы в равной степени получали все необходимые микро- и макроэлементы.

Выводы и предложения. На самом деле, все это несложно. Главное — захотеть. Захотеть не только иметь красивое тело, чтобы надеть красивое платье или по-

нравиться кому-то, а, чтобы почувствовать себя уверенным. Работа над телом — это один из способов стать увереннее, но не единственный.

ЗОЖ — это про здоровье, и ваша самооценка не должна зависеть от цифр на весах. Любите себя и свое тело, тогда вы поймете насколько вы прекрасны. Лучший мотиватор — это результат, когда вы хоть немного его увидите, вам захочется больше и больше. Мало рассказывать, что здоровый образ жизни — это хорошо, нужно показывать это на личном примере.

Лисоводский Н. Г.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕ И ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ У ПОДРОСТКОВ, ИХ РОДИТЕЛЕЙ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Научный руководитель: Андрейчук Л. А.

ГПОУ «Макеевское профессионально-техническое училище сферы услуг», г. Макеевка, ДНР

Актуальность темы заключается в раскрытии и обосновании отношения родителей и студентов к здоровому образу жизни, включая методы и формы организации образовательной среды и семейных отношений, нацеливая все звенья системы образования и воспитания на принципиально новое представление о состоянии здоровья современных студентов.

Объект исследования: здоровье подростков

Цель работы: теоретически обосновать и изучить психолого-педагогические аспекты формирования правильного образа жизни в семье, выявление влияния семьи на здоровьесбережение студентов, формирования культуры здоровья в взаимодействии училища.

Задачи работы:

1. Осуществить теоретический анализ проблемы исследования представления здоровья и здоровом образе жизни у студентов и их родителей.
2. Изучить особенности формирования отношения студентов к своему здоровью в образовательном процессе.
3. Разработать и апробировать программу мероприятий по созданию здоровьесберегающей среды в рамках училища, включая родителей и студентов.
4. Выявить эффективность психолого-педагогических условий формирования здорового образа жизни у студентов.

Метод проведения работы:

1. Теоретический анализ (сравнительный) состояния здоровья поступающих студентов в училище по профессии «Повар, кондитер» с 2017–2020 учебные года.
2. Эмпирический метод — опрос, тестирование, наблюдение, методы обработки данных, мы предприняли попытку провести сравнительный анализ представлений студентов и их родителей о здоровье и правильном образе жизни, выявление влияния семьи на здоровьесбережение подростка, формирование устойчивости потребности в здоровом образе жизни.

В рамках проведенных мероприятий был произведен аналитический обзор литературы по данной проблематике в самом общем понимании, под отношением к здоровому образу жизни понимается определенная модель, которая связана с представлением о социально-личностной ценности здоровья, способами и формами

его сбережения культура здорового образа жизни и личности — это индивидуально выраженный стиль жизни человека в отношении своего здоровья, который определяется компонентами: образовательно-познавательным, социально — духовным, поведенческим, эмоциональным.

По изучению теоретически и практических исследований можно сделать выводы:

1. Мы уточнили понятие «Отношение подростков к своему здоровью», которое определяется как система жизненных проявлений, приобретенных в семье и лично — деятельностный компонент самих студентов.
2. Формирование позитивного отношения студентов к здоровью позволяет:

- приобрести знания о своем здоровье
- развивает стремление к саморазвитию, личностных установок и принципов, которые вырабатывают навыки саморегуляции в поведении
- способствует развитию здоровьесориентированной направленности личности
- способность брать на себя ответственность за результат своих действий в отношении собственного здоровья

3. Определены основные психолого-педагогические направления формирования отношения студентов к здоровьесозидающей личностной позиции.

В период практического анализа появился показатель уровня социально межличностного взаимодействия студентов, но в отдельности каждый студент недостаточно занимается развитием своей личности, поэтому оценка собственного здоровья для них не значима, не имеет особого смысла. Это свойство формирования социально межличностного взаимодействия влечет за собой серьезные последствия в пересмотре образа жизни, отказа от вредных привычек и соблюдения здорового образа жизни.

Результаты исследования определили необходимость в раскрытии и обосновании психолого-педагогических условий образовательной среды при реализации здоровьесберегающей технологии, в совокупности обеспечивающих ценность подростков к ведению здорового образа жизни и ценность охраны своего здоровья. В целом, проведенная опытно-экспериментальная работа подтверждает выдвинутую гипотезу исследования, явилось предложение о создании и внедрении программы по укреплению и сохранению здоровья студентов в училище. Программа здорового образа жизни будет эффективна если работа с студентами будет включать просветительско-воспитательную направленность и формирование мотивационно-ценностного отношения к здоровью, повышения уровня физкультурно-оздоровительной грамотности.

Лобунцова В. Е.

ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ КАК НЕОТЪЕМЛЕМЫЙ КОМПОНЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Научный руководитель: Артюхова И. В.

МОУ «Лицей № 37 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Здоровье — является важным компонентом жизни человека. Однако в процессе стремления к определенным целям, очень часто вопросы здоровья уходят на второй план. Мы начинаем беспокоиться

о здоровье только тогда, к сожалению, когда его теряем. Именно поэтому важно знать и стараться соблюдать принципы здорового образа жизни уже в молодом возрасте. Одним из необходимых компонентов здорового образа жизни — это сбалансированное питание. Для удовлетворения потребности организма в необходимых витаминах и минералах, а также для сохранения его работоспособности необходим сбалансированный рацион из качественных и натуральных продуктов. Соблюдения такого рациона и называется правильным или здоровым питанием.

Анализ литературных источников. Анализируя литературу по данной тематике, необходимо отметить, что практически все авторы считают, что факторы питания имеют огромное влияние на заболеваемость и на образование как физических, так и психологических патологий. Так, например, в своей книге «Правильное питание для тренировочного процесса» о проблеме питания в современном мире высказался Василий Смольный (популярный среди молодежи блогер, давно занимающийся проблемами питания): «В наше время «опиумом для народа» стала еда.

Причем поглощение пищи — по-другому не скажешь — для многих людей реально превратилось в наркотик. Заесть стресс, наесться до отвала с друзьями, пожевать от скуки — всё это стало нормой. Вместо источника энергии еда превратилась в бонус и постоянное сопровождение человеческой жизни». И это далеко не единственный специалист, который провел параллель между психологическими проблемами и потреблением пищи.

Цели и задачи работы. Целью данной работы является анализ литературных и интернет ресурсов, а задачей — выяснить, действительно ли правильное питание является необходимым компонентом здорового образа жизни.

Исследование проблемы. Пища — это основной источник энергии и полезных веществ, требуемых организму. Отсюда следует, от того, что и в каких количествах мы едим, зависит наше здоровье.

Возникает важный вопрос: что такое правильное (здоровое) питание? Анализируя работы специалистов в области здоровья можно прийти к пониманию, что правильным питанием называется вид питания, при котором организм регулярно, в необходимом количестве и соотношении получает необходимые для его нормального роста и развития вещества. Как известно, необходимыми питательными веществами являются белки, жиры, углеводы, вода, минеральные вещества и витамины. В сутки их нужно потреблять сбалансировано, то есть в определенном количестве. Соотношение белков, жиров и углеводов — 1:1:4. Для того чтобы в бытовых условиях определить необходимую суточную норму человека, нужно поставьте перед собой пустую тарелку, визуальнo разделите ее на 3 части. Две из них занимают углеводы, а последнюю пополам делят белки и жиры.

Для полноценного питания необходимо разнообразие рациона. Нельзя долгое время питаться одними и теми же продуктами. Это чревато недобором одних веществ и избытком других. Конечно, список продуктов может быть огромен. Однако надо помнить, что в рационе питания должны присутствовать основные продукты:

фрукты, мясо, рыба, орехи, молочные продукты, бобовые, хлеб, макароны из твердых сортов пшеницы, ягоды и зелень.

Питание должно осуществляться небольшими порциями и 5 раз в день. Из-за нерегулярного питания могут возникать проблемы с пищеварением.

Важно отказаться от еды всухомятку. Жидкие блюда, приготовленные на мясных, рыбных, овощных и грибных отварах, способствуют выделению желудочного сока. Супа вполне достаточно для переваривания вторых блюд: мяса, рыбы, круп, картофеля и др. Сладкое едят в конце обеда, тогда сахар усваивается организмом относительно легко.

Соблюдение питьевого режима. В среднем взрослому человеку в день требуется выпивать от 2 до 3 литров чистой воды.

Психологическая зависимость от еды является серьезным психологическим отклонением, с которым нужно бороться. Нельзя потреблять пищу, если ваш организм этого не требует (кушать «за компанию» или просто занимать чем-то рот во время просмотра фильма). Принимать пищу следует только в случае голода.

Последствия неправильного питания могут быть самые разнообразные и все они плачевны. Очень часто гастроэнтерологи сталкиваются с патологиями, развивающимися из-за неправильного питания. К таким заболеваниям относятся: заболевания печени, ожирение сердца, проблемы с желудочно-кишечным трактом, проблемы с кожей и волосами и многие другие. Для избежания развития таких патологий следует придерживаться здорового питания и регулярно посещать врачей в профилактических целях.

Выводы. Здоровье — это не тот фактор жизни, к которому можно безалаберно относиться. Человек — это то, что вы едите, так как еда приносит 80% полезных веществ. Соблюдение указанных правил питания помогут сохранить эффективную работу собственного организма и предотвратить развитие множества патологий.

Мелен В. А.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Научный руководитель: Мартынова Л. П.

МОУ «Специализированная гуманитарная школа № 65 г. Донецка», г. Донецк, ДНР

В последние годы мы видим ухудшение здоровья населения в разных возрастных группах, как среди людей преклонного возраста, так и среди молодежи, подростков и детей. Что способствует этому и как этого избежать, помешать, исправить? Конечно же это улучшение уровня жизни, улучшение финансового благосостояния и ряд других факторов. А возможно ли здоровье, без здорового образа жизни?

Здоровье человека — состояние человеческого организма как живой системы, характеризующееся полной ее уравновешенностью с внешней средой и отсутствием каких-либо выраженных изменений, связанных с болезнью.

Здоровый образ жизни — особый образ жизни человека, направленный на укрепление здоровья. Принятие профилактических мер, с целью устранения причин и последствий болезней

Конечно, нельзя не учитывать наследственность, работу организма и образ жизни (специфику работы и занятий). Тем не менее проведенное исследование в группе подростков возрастом 14–18 лет на тему здорового образа жизни показало, что на вопрос «Как именно ты понимаешь выражение «здоровый образ жизни»?» мнение респондентов разделилось.

На вопрос «Придерживаетесь (ведете) ли вы здоровый образ жизни?» только 10% ответило положительно, 50% ответило «однозначно нет» и 40% — «иногда», «затрудняюсь ответить», что однозначно показывает несформированность у подростков правильного отношения к своему здоровью, возможно в силу идеализирования своего образа жизни, а возможно и в силу низкой осведомленности в данной области.

Формирование здорового образа жизни — сложный системный процесс, охватывающий множество компонентов образа жизни современного общества и личности, включающий основные сферы и направления жизнедеятельности людей.

Насколько задействованы рычаги информирования в данной проблематике, насколько освещены все аспекты направления, готово ли общество поддержать нововведения, а государство — финансировать?

Проанализировав указанные источники, можно с уверенностью говорить о без системности, отсутствии единого научного подхода в формировании понимания здорового образа жизни.

Пропаганда здорового образа жизни — это целое искусство, которое помогает людям найти баланс между основными страстями и оптимальным уровнем своего здоровья.

Повышение мотивации к здоровому образу жизни приводит к улучшению оптимального уровня здоровья человека в целом. Оптимальный уровень здоровья представляет собой динамический баланс физического, эмоционального, социального, духовного и интеллектуального здоровья.

В динамично меняющихся условиях социума переход к здоровому обществу должен проявляться в системном подходе, проблема здорового образа жизни должна быть не сугубо личным делом каждого, а приобрести широкое общественное значение, существующая система образования должна быть комплексной и учитывать биологические, экономические, психологические, экологические, социальные условия и факторы, так как это определит перспективы развития общества в дальнейшем.

Мефодовская Е. В.

ТОНКОСТИ СОСТАВЛЕНИЯ ПРАВИЛЬНОГО РАЦИОНА ПИТАНИЯ

Научный руководитель: Шентефрац И. С.

ГОУ «Бендерский медицинский колледж», г. Бендеры.

Приднестровская Молдавская Республика

Актуальность и постановка проблемы. В настоящее время в мире существует огромное разнообразие пищи, которую мы потребляем. Зачастую, мы едим не то, что считается правильным. Перекусы вместо полноценного приёма пищи, употребление полуфабрикатов и готовой продукции производственного происхождения ко-

нечно, очень вкусно, но полезно ли? Вряд-ли. Особенно это распространено среди студентов и обучающихся. В связи с таким бесконтрольным питанием у них часто диагностируют заболевания органов пищеварения. Предотвратить подобное можно при помощи, как бы банально не прозвучало, правильного рациона питания и режима питания.

Анализ литературных источников. Издавна проблема здорового образа жизни и питания затрагивалась такими учёными и мыслителями, как Ф. Бэкон, Б. Спиноза, Х. Де Руа, Ж. Ламетри, М. Ломоносов, А. Радищев. В развитие науки о питании свой вклад внесли также многие русские ученые: И. И. Мечников в области кисломолочных продуктов, А. М. Бултеров в изучении сахаров, Н. И. Лунин в области витаминов, П. Н. Лащенко в изучении стафилококковых интоксикаций. Идея здорового подхода к питанию нашла свое отражение в теории сбалансированного питания, которую в свое время сформулировал профессор А. А. Покровский.

Цели и задачи работы. Рассмотреть правила составления рациона питания, особенности его составления для разных возрастных групп, причины исключения или добавления в рацион различных продуктов по состоянию здоровья.

Исследование проблемы. Рацион питания — что же это такое? Рацион питания — это набор пищевых продуктов, которые человек употребляет каждый день. Несмотря на индивидуальные потребности разных людей, любой рацион питания должен быть полноценным и сбалансированным, т.е. соответствует вкусовым, культурным требованиям, состоянию здоровья.

Как же составляют рацион? Его составляет каждый индивидуально, так как все люди разные. Важно следить за своим рационом и не придерживаться стереотипов о количестве калорий, процентах жира и прочих. Стоит помнить, что не все из рекомендуемых продуктов усваиваются отдельными индивидами потому что все мы различны, и то, что нравится одним — вызывает аллергию у других. Следите за своим самочувствием, питайтесь дробно, избегайте вредной пищи. Если же у вас есть проблемы с весом — ожирение или недобор массы — обратитесь к врачу до определения причины данного состояния.

Рекомендуемые продукты для различных возрастных групп:

- людям до 25–30 лет наиболее рекомендуемые продукты — это молочные продукты, фрукты, овощи, нежирное мясо.
- 30–40 лет — следует потреблять больше свежих фруктов и овощей, включить в рацион орехи, уменьшить потребление жира до 60–80 г.
- 40–50 лет: стоит уделять больше времени спорту, есть свежемороженые продукты, не перегружать рацион жирной и вредной едой.
- 50–60 лет: в организме снижается уровень кальция, поэтому его стоит поддерживать его в норме. Этому способствуют богатые им продукты, такие как свекла, белокочанная капуста, молочные продукты (помимо молока и сметаны это ещё йогурты, творог, твердые сорта сыров и другие).
- 60+: ограничить или полностью отказаться от копченого и жареного мяса, сосисок, колбасы — это снижает риск проблем с органами пищеварения.

Тонкости оставления зависят не только от возраста, но и от пола человека. Так, например, у женщин более медленный метаболизм нежели у мужчин, потому они более склонны к полноте, нежели мужчины. Если обратиться к системе калорий, то женщина в среднем за день должна съесть 1800–2000 килокалорий, а беременная женщина в 2 раза больше или плод начнет добирать недостающие ему элементы из организма матери, что приведет к ее заболеваниям. Мужчины в день съедают 2000–2900 килокалорий. А калорийность пищи ребенка должна повышаться примерно каждые полгода в связи с быстрым ростом и развитием организма и увеличением количества затрачиваемой энергии. При составлении рациона стоит проконсультироваться с врачом и диетологом. Особенно это важно при приеме лекарств, так как продукты питания могут обезвреживать лекарство или усиливать его действие, что приведет к закономерным последствиям.

Выводы и предложения. В заключение можно сказать, что составление рациона питания дело действительно очень важное и зависит от человека и его желаний. Правильный рацион питания позволяет не только быть сытым, но и чувствовать себя намного лучше, проще переносить болезни, усиливает сопротивляемость различным вирусным агентам и повышает иммунитет. По-моему, было бы здорово если бы люди поняли насколько многое зависит от приема пищи и качества той самой пищи. А из предложений, я думаю стоит организовывать различные мероприятия в учебных учреждениях и прививать детям режим правильного питания в интересной форме с самого детства, рассказывать о том, что это такое и почему это важно; помогать детям составлять рацион питания и консультировать по вопросам, возникающим в них в процессе рассказа или же составления такого рациона для самих себя.

Микешина М. В.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ОСНОВА ДОЛГОЛЕТИЯ

Научный руководитель: Терлецкая Н. А.

МОУ «Средняя школа № 47», г. Макеевка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Здоровая нация – это здоровое государство. Нашему государству необходимы здоровые граждане, поэтому важно обращать внимание школьников, студентов на необходимость соблюдения здорового образа жизни и учить ребят заботиться о своём здоровье.

В наше время, большое количество молодых людей, утратило интерес к проведению времени на улице.

Во времена наших родителей, бабушек и дедушек не было всех этих технических приспособлений, поэтому в основном молодежь занималась саморазвитием в спорте, искусстве и т.д.

Сейчас у молодежи отсутствует распорядок дня, поэтому они ведут более хаотичный образ жизни. Вредные привычки ежегодно отравляют, разрушают здоровье и уносят жизни тысяч людей. И это человек делает своими руками. Сам отравляет, разрушает и убивает себя. Зачастую не подозревая об этом.

А самое печальное то, что вредными привычками страдают не только взрослые, но и подростки. Куре-

ние больше распространено среди молодого и зрелого поколения, нежели пожилого и старого. Также немало и тех, кто страдает перееданием. Многие люди даже не задумываются о том, что они едят, сколько они едят, когда и как часто. А ведь все эти факторы влияют на работоспособность нашего организма.

Но не все так однозначно. Сейчас ЗОЖ снова набирает свою былую популярность.

В обществе сейчас тема перехода к здоровому образу жизни становится все актуальнее. Если раньше в моде были жесткие диеты, которые не только негативно сказывались на здоровье, но и не приносили должного результата, то сейчас стоит признать: юное поколение стало гораздо грамотнее в плане ведения активного образа жизни.

Подростки, наконец, стали понимать, что для поддержания здорового духа в здоровом теле важны несколько компонентов: правильное питание, физические нагрузки, полноценный сон.

Анализ литературных источников.

Литературу по данной теме можно найти из разных источников: интернет, книги, журналы. Для своей работы я использовала несколько интернет источников, а также Медицинский портал про здоровье.

Цели и задачи работы.

Цели: Изучить важность здорового образа жизни. Понять проблемы отсутствия активного образа жизни у молодежи.

Задачи: Изучить понятие о здоровом образе жизни. Выявить актуальность проблемы. Исследовать эту проблему. Сделать вывод и рекомендации.

Исследование проблемы. Исследуя эту проблему, выяснилось, что зарядку делают только 31%, при этом нерегулярно. У большинства родителей отсутствуют знания основных принципов и методов закаливания, а закаливающими мероприятиями в семьях занимаются всего лишь 1%.

Основными видами деятельности детей по приходу из школы на первом месте (50%) стоит просмотр телевизора или игра за компьютером.

Из-за того, что дети начали много времени проводить за компьютерами у них начало портиться зрение, осанка и т.д. Из-за малоподвижного образа жизни многочисленное количество людей стали страдать ожирением и другими заболеваниями. Болезни, вызываемые ожирением и малоподвижным образом жизни, одни и те же, многие связаны с сердечно-сосудистыми заболеваниями. У людей, которые ведут малоподвижный образ жизни, может возникнуть заболевание, такое как гиподинамия – ослабление мышечной деятельности организма. И это заболевание становится причиной смертей миллионов. От неё умирает даже больше, чем от курения.

Советы для здорового образа жизни:

- Употребление воды. Также периодическое посещение бюветов минеральной воды, чтобы употреблять воду, богатую полезными минеральными веществами.
- Правильное питание. Оно необходимо не только для того, чтобы привести себя в форму, но и для нормализации общего состояния организма. Мы – то, что мы едим.
- Сон. От усталости и раздражительности не избавиться, пока не отрегулировать время сна. А также необходимо заменить телевизор книгой. И, конечно, не

скупиться на хороший матрас и подушку.

- Активный образ жизни. Совершенно не обязательно бежать в фитнес-зал, чтобы поднимать железо. Достаточно пару километров пробежаться вечером перед сном или заняться любимыми танцами. Это не только подтянет мышцы, но и подарит великолепное настроение.

- Отказ от вредных привычек.

- Прогулки на свежем воздухе. В школе дети проводят время за партами, студенты в аудиториях, работающие — в офисах, на рабочих местах, поэтому прогулки необходимы.

Выводы и предложения. Вести здоровый образ жизни — это значит выполнять правила сохранения и укрепления здоровья: соблюдать режим, заниматься спортом, не иметь вредных привычек.

Морозюк М. А.

ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В СОВРЕМЕННОЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ

Научный руководитель: Берестовая А. А.

ГОУ ВПО «Донбасская национальная академия строительства и архитектуры», г. Макеевка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Осознание значимости профилактики, сохранения и поддержания здоровья нации на государственном уровне предусматривает развертывание исследований по вопросам формирования у молодежи здорового образа жизни, способствует повышению ответственности за собственное здоровье, является фундаментом профессиональной реализации личности и крепких семейных отношений. Среди общего количества старшеклассников здоровыми остается очень малый процент, около 40 процентов выпускников имеют морфо функциональные отклонения и хронические заболевания.

Анализ литературных источников. Изучение и анализ литературных источников свидетельствует, что различные аспекты формирования культуры здоровья и здорового образа жизни определенным образом разработаны в научно-методической литературе.

Цели и задачи работы. Исследовать особенности формирования здорового образа жизни учащихся 9–11 классов в учебном процессе общеобразовательной школы.

Исследование проблемы. В формировании здорового образа жизни личности ребенка большое значение имеют такие виды жизнедеятельности как обучение, общественно-полезная трудовая активность, занятия спортом, игровая деятельность.

Главным в организации здорового образа жизни является принцип единства воспитания, самовоспитания и деятельности.

Здоровый образ жизни является основой профилактики заболеваний, предотвращает их возникновение, является действенным и надежным способом сохранения и укрепления здоровья. Здоровый образ жизни — это не только материальная, практическая, но и духовная деятельность человека. От взаимодействия этих сторон образа жизни зависит состояние его здоровья.

Задача здорового образа жизни учащихся 9–11 классов

предусматривают обеспечение в течение всей их жизнедеятельности таких условий, способствующих формированию здоровой гармоничной личности.

В новых социально-экономических условиях роль занятий физическими упражнениями в формировании здорового образа жизни старшеклассников значительно повысилась и является одним из основных факторов улучшения их здоровья.

Одной из основных составляющих здорового образа жизни является профилактика вредных привычек. Курение, алкоголизм, употребление наркотиков стали настоящей проблемой современности. Серьезность этой проблемы повышается еще и тем, что вредные привычки быстро распространяются среди молодежи. Курение табака, употребление наркотиков, алкоголизм — сейчас одни из важнейших причин многих тяжелых заболеваний, особенно молодежи. С каждым годом возрастает опасность пагубного влияния вредных привычек на процессы воспроизводства населения и на здоровья подрастающего поколения. Ученые отмечают, что здоровый образ жизни молодежи невозможно сочетать с вредными привычками, потому что образ жизни, связанный с употреблением алкоголя, никотина, наркотиков приводит к потере его социальной активности, замыкание в круг своих эгоистических интересов.

Важной составной частью здорового образа жизни является личная гигиена и закаливание. Школьная гигиена изучает взаимодействие организма ребенка с окружающей средой с целью разработки на этой основе гигиенических нормативов и требований, направленных на охрану и укрепление здоровья, гармоничное развитие и совершенствование функциональных возможностей организма школьников. Ученые утверждают, что лучший оздоровительное воздействие физических упражнений на организм школьников достигается при сочетании их с закаливанием, которое является важным средством профилактики негативных последствий охлаждения организма или действия высоких температур. Целенаправленное использование энергии воздуха, земли, воды и солнца позволяет закалить организм, повысить его сопротивление к воздействию природных факторов. Важное значение в соблюдении здорового образа жизни имеет режим учебы, труда и отдыха. Хорошо составленный режим дня — основа жизнедеятельности всех учащихся. Исследователи также указывают, что значительную роль в формировании здорового образа жизни играет правильное питание.

Оно предусматривает физиологически полноценное прием пищи с учетом возраста, пола, характера обучения, труда и других факторов.

Ведущее место в структуре здорового образа жизни занимает культура общения, которая включает систему знаний, норм, ценностей и примеров поведения, установленных в обществе. Для молодежи общения является важным условием удовлетворения их взаимоотношений с окружающей жизнью, залогом психического, физического, эмоционального, социального и интеллектуального развития личности.

Выводы и предложения. Таким образом, эффективность формирования здорового образа жизни у учащихся 9–11 классов зависит от координации усилий учителей, родителей, ученых по пропаганде здорового образа жизни,

ориентации учащихся на достижения духовного наследия и популяризацию присущих народу общечеловеческих ценностей, тренингов, образовательных программ. Дальнейшего научно-педагогического поиска требует вопрос изучения и распространения регионального опыта применения здоровьесберегающей педагогики в практике работы с учащимися 9–11 классов.

Недогубченко Д. Г.

ВЛИЯНИЕ ГОРЯЧЕГО ПИТАНИЯ НА ОРГАНИЗМ УЧЕНИКА

Научный руководитель: Пащенко В. В.

МОУ «Школа № 2 имени Героя Советского Союза Ю. М. Двужильного», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. От того что мы едим, в каком количестве, когда и каким образом, зависит наша жизнь во всех её проявлениях и аспектах. Детям школьного возраста свойственны высокая двигательная активность, сопровождающаяся большой тратой энергии. Здоровье ребенка можно считать нормой, если он способен преодолевать усталость (физический аспект здоровья); проявляет хорошие умственные способности, воображение, самообучаемость (интеллектуальный аспект здоровья), коммуникабельность (социальное здоровье), уравновешенность (эмоциональный аспект здоровья).

Сегодня показатели здоровья подрастающего поколения значительно ухудшились, по сравнению с предыдущими годами. Многие исследования последних лет показывают, что за период обучения в школе число здоровых детей уменьшилось в среднем в 4 раза.

По данным Всемирной организации здравоохранения около 14% детей практически здоровы; 50% имеют отклонения в развитии опорно-двигательной системы; около 35% детей страдают хроническими заболеваниями.

Предоставление горячего питания детям во время пребывания в школе — важное условие поддержания здоровья и способности к эффективному обучению. Правильная организация школьного обеда ведёт к улучшению показателей уровня здоровья детей, так как в школе они проводят большую часть своего времени. Полноценное и сбалансированное питание способствует профилактике заболеваний, повышению работоспособности и успеваемости, физическому и умственному развитию детей и подростков, создаёт условия к их адаптации к самостоятельной жизни.

Анализ литературных источников. По данным многих источников, школьная среда сильно влияет на поведение, привычки и, следовательно, на здоровье и благополучие учащихся. Это же касается и питания. Большинство детей питается не менее одного раза в школе предоставленной учебным заведением или принесенной из дома пищи. Выбор детей часто зависит от доступности еды; кажущиеся незначительными различия в школьной среде могут оказать большое влияние на то, что потребляют дети. К сожалению, некоторые ключевые аспекты нынешнего школьного питания и многие факторы окружающей среды способствуют ожирению, развитию хронических заболеваний.

Горячее питание — организованное питание обучаю-

щихся, обеспечивающее присутствие в каждом приёме пищи не менее одного горячего блюда, не считая горячего напитка.

Цели и задачи работы: оценить влияние горячего питания на организм обучающихся школы методом анкетирования.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Привлечение внимания к принципам полноценного и здорового питания;
2. Уточнить понятие «правильное питание» в контексте ЗОЖ;
3. Предупреждение среди обучающихся инфекционных и неинфекционных заболеваний, связанных с фактором питания;
4. Провести тестовый опрос среди учащихся средней и старшей школы;
5. Провести анализ полученных данных и огласить их родительской общественности.

Исследование проблемы. В рамках исследования данной проблемы было проведено анкетирование учащихся на базе МОУ «Школа № 2 им. Героя Советского Союза Ю. М. Двужильного г. Донецка».

В опросе участвовали около 70% всех обучающихся второй школы. В числе респондентов были следующие возрастные группы: 9–11 лет (35%), 12–14 (35%), 15–17 (30%).

После обработки анкет опрошенных учеников были получены следующие данные: обучающиеся питаются в среднем 2–3 раза в день; в одно время принимают пищу всего 20% опрошенных (преимущественно возрастная категория 9–11 лет); жалобы на работу органов ЖКТ были выявлены у 20% опрошенных (около половины из них признались, что имеют клинически подтвержденные заболевания ЖКТ); считают важным соблюдать режим питания около 10% всех опрошенных; не соблюдают и не считают важным соблюдать преимущественно представители возрастной категории 12–15 лет, где было выявлено больше всего случаев жалоб на плохое самочувствие; опрошенные из категории 15–17 лет имеют большее число подтвержденных клинически заболеваний пищеварительной системы.

Выводы и предложения.

1. Опытным путем было выявлено, что в детском возрасте заболевания ЖКТ не проявляются, но формируются особенности пищевого поведения, которые впоследствии приводят к развитию этих заболеваний и в 20–40 лет — склонности к избыточному потреблению сахара, животных жиров, поваренной соли и т.п.
2. Очень важно, чтобы в период взросления ребенок научился самостоятельно соблюдать режим питания, правильно питаться независимо от присмотра взрослых, ведь это поможет выработать полезную привычку, которая пригодится в самостоятельной жизни.
3. Для обеспечения правильного питания в школе важна не только работа администрации учебного заведения, но и участие родителей в этом вопросе;
4. Проблема здоровья детей является первоочередным направлением развития образовательной системы. Изучение особенностей отношения современных школьников к основам правильного питания является актуальным, так как несет важную информацию для формирования здорового образа жизни. Что позволит

повысить работоспособность детей и повлиять на их успеваемость.

Павлова Н. В.

ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ – ЗАЛОГ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Научный руководитель: Логвиненко Е. В.

ГПОУ «Макеевский медицинский колледж», г. Макеевка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. В современных условиях пандемии, постоянных инфекционных, вирусных и других заболеваний очень важно придерживаться здорового питания. Также необходимо отметить, что эта проблема включена в число важнейших вопросов, рассматриваемых Всемирной организацией здравоохранения, так как питание является главной составляющей повседневной жизни, влияющей на организм и самочувствие человека.

В рационе современного человека все чаще встречается несбалансированная высококалорийная пища, что в совокупности с переизбытком являются главными причинами развития избыточного веса, ожирения и других заболеваний.

Анализ литературных источников. Известно, что поддерживать свой организм необходимо регулярным питанием, особенно во время болезни. Еще Гиппократ считал, что все лечение зависит от правильно выбранных продуктов в нужном соотношении.

Каждому человеку нужен разный объем пищи, когда люди заметили, что при меньшем потреблении пищи вес уходит, они приняли это за готовое решение. В XVII веке русская диетология развивалась, опираясь на труды И. А. Сибирского. Он читал лекции в Московском университете по курсу физиологии и диететики. В это же время, в Англии, врач Сиденхем, отвергавший фармацевтику и заменял ее питанием, разрабатывал диеты для больных ожирением. Позднее значительный вклад внесли русские ученые, обосновав некоторые положения с точки зрения науки.

Исследования И. П. Павлова стали целой эпохой и большим шагом: открытие закона пищеварения, который лежит в основе современной диетологии. Благодаря советскому терапевту М. И. Певзнер в лечебницах и санаториях появилось лечебно-профилактическое питание. В XX-х годах прошлого века, он разработал «калиевую» и «магниевую» диеты, используемые и по сей день, они направлены на восполнение недостатков микроэлементов. Это способствует лечению ревматизма, болезней почек и туберкулеза при помощи питания в рамках комплексной терапии.

Первым полномасштабным исследованием, подтвердившим, что здоровое питание может значительно снизить проблемы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ожирением и диабетом, стал проект «Северная Карелия», проведение которого стартовало в Финляндии в 1973 году.

Цели и задачи работы. Изучить понимание и применение здорового питания молодого населения на территории ДНР. Проанализировать литературные источники по данной теме; провести анкетирование и анализ полученных результатов; дать рекомендации правиль-

ного питания.

Исследование проблемы. Исследование проблемы направлено на анализ образа жизни и понимания основных положений здорового питания. Нами было проведено анкетирование среди студентов Макеевского медицинского колледжа в возрасте от 17 до 19 лет, общее количество студентов составило 100 человек. По результатам анкетирования были получены следующие данные:

- Большинство (87%) студентов считают, что питание оказывает существенное влияние на здоровье человека;
- 52% задумываются о полезности продуктов, но отмечают, что их выбор сильно ограничен;
- 35% опрошенных рассматривают еду больше как удовольствие;
- 66% принимают пищу 3–4 раза в день;
- 23% стараются завтракать каждый день;
- 37% опрошенных признаются, что часто позволяют себе поесть плотно перед сном;
- 56% предпочитают прием пищи во время просмотра фильмов, телепередач;
- 39% опрошенных не соблюдают питьевой режим;
- 17% имеют избыточный вес.

Результаты нашего исследования показывают, что значительное количество студентов все же стараются придерживаться правильного питания, хотя изредка позволяют себе выйти за его рамки. Также по результатам исследования выявлены проблемы в соблюдении режима питания и влияния его на самочувствие и здоровье уже в молодом возрасте.

Выводы и предложения. Состав идеального рациона человека зависит от возраста, рода деятельности, образа жизни и места проживания, однако следует придерживаться универсальных рекомендаций:

1. Рациональным считается 4-х разовый прием пищи: первый завтрак – 25% суточного рациона, второй завтрак – сравнительно легкий (15%), обед довольно сытный (50%), ужин – легкий, не обременяющий желудок (10%).
2. Питание должно быть регулярным, разнообразным, полноценным и сбалансированным по набору жизненно необходимых веществ (белки, жиры, углеводы, витамины, микроэлементы).
3. Если вы переутомились, не приступайте сразу к еде, отдохните немного.
4. Во время еды нужно отвлечься от мыслей о работе, о делах, не следует вести серьезных разговоров, читать или смотреть телевизор, есть надо медленно, так мы получаем удовольствие от трапезы и регулируем количество потребляемой пищи.
5. Последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 3–4 часа до сна, так как при хроническом недосыпе человек съедает на 40% больше.
6. Соблюдайте питьевой режим. Пейте не меньше 2–2,5 л воды в сутки.

В заключении хотелось бы отметить, что правильное питание – это не временная диета на месяц. Это перестройка системы питания и изменение пищевых привычек.

Причем цель правильного питания не просто уменьшить лишний вес, но и оздоровить организм в целом. Не откладывая вопросы здорового образа жизни на потом, начинайте исправлять пищевое поведение уже

с сегодняшнего дня. Работа о нашем здоровье — в наших руках! Это должен осознавать каждый и стараться на благо самому себе.

Плетнёва А. В.

ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ КАК ВАЖНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Научный руководитель: Мороз Ю. Б.

*ДМО лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ
ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР*

Актуальность и постановка проблемы. Современный мир адаптирован к системе потребления продуктов питания, которая, к сожалению, оказывает неблагоприятное воздействие на здоровье человека. Изменения в образе жизни вынудили нас настолько сильно, что у нас есть немного времени, чтоб действительно подумать, что мы едим и здоровая ли это пища. Глобализация серьезно повлияла на привычки в еде и заставила многих людей потреблять высококалорийные фастфуды, широко известные как вредная пища. Знания, в которых особое внимание уделяется привычкам питания, питанию и качеству нездоровой пищи, их влиянию на здоровье и профилактическим мерам, должны быть направлены на повышение осведомленности и оказание полезной помощи в переходе на практику здорового питания. В условиях высокой динамики жизнедеятельности день современного человека распланирован до минут.

И хотя формально сейчас отдается больше предпочтения умственному труду, а физический заменяется больше машинным, времени на досуг по-прежнему мало.

Автоматизированное направление развития всех сфер общества привело к тому, что работники все больше времени проводят сидя за компьютером или цифровым устройством, что плохо сказывается на их здоровье. Сидячий образ жизни приводит к заболеваниям спины, а долгая работа за устройством с подсветкой отрицательно влияет на зрение. Однако ко всем этим проблемам прибавляются болезни желудочно-кишечного тракта, так как плотный график нередко не включает в себя полноценные приемы пищи. Кроме того, чаще всего перекусы между делами тоже оказываются нездоровыми. Резкое ухудшение здоровья заставило современного человека внести в планирование своего дня серьезные изменения, таким образом, чтобы было время для активного отдыха и питания. Так, появилось новое движение здорового образа жизни. Люди, которые ему следуют, выполняют некоторые принципы, чтобы сохранить здоровье и долголетие даже в условиях развития современного мира.

Анализ литературных источников. Данные многочисленных исследований показывают, что здоровье человека в любом возрасте более чем на 50% зависит от образа жизни. Другими факторами, которые влияют на состояние организма в порядке убывания стоит считать окружающую среду и наследственность, уровень здравоохранения и жизни человека. Соблюдение ЗОЖ — ключ к хорошему самочувствию в любом возрасте. Специалисты выделяют множество его преимуществ, отвечающих на вопрос, чем полезен здоро-

вый образ жизни:

- укрепление иммунитета и снижение заболеваемости вирусными и инфекционными недугами;
- достижение активного долголетия и сохранение даже в старости дееспособности и подвижности;
- снижение риска развития хронических заболеваний, увеличение длительности периода ремиссий;
- избавление от плохого настроения, депрессий и стрессов;
- активное участие в социальной и семейной деятельности;
- возможность заниматься любимым делом даже в старости;
- ежедневно вставать и ощущать себя полным сил и энергии;
- подавать правильный пример родственникам и детям;
- иметь красивое тело и чистую кожу без прыщей и морщин;
- увеличение возраста появления первых возрастных изменений в организме;

И это далеко не весь перечень положительных результатов, которые достигаются, если соблюдать правила здорового образа жизни. Ещё ни один человек, продержавшийся на такой системе более 1–2 месяцев, не пожалел о когда-то принятом решении и своём знакомстве с ЗОЖ.

Исследование проблемы. Ведение здорового образа жизни (ЗОЖ) обобщенном варианте подразумевает под собой в первую очередь сочетание физической активности и здорового питания при полном отказе от вредных привычек. К основным составляющим ЗОЖ можно выделить 5 элементов:

- соблюдение правил личной гигиены;
- выполнение мероприятий по закаливанию организма;
- проведение регулярных спортивных тренировок и занятий, обеспечивающих физическую нагрузку;
- осуществление правильного питания; произведен отказ от вредных привычек.

Правильное питание заключается в приеме здоровой пищи, которая богата полезными веществами. В организм с едой должны поступать все необходимые витамины, минералы и элементы. В первое время людям, привыкшим к фастфуду, пище быстрого приготовления, обычная еда кажется другой по вкусу. Чаще всего производители выбирают некачественные компоненты для приготовления своей продукции, а для того, чтобы организм потребителя не заподозрил разницы, добавляют специальные вещества, которые воздействуют на мозг, давая сигнал, что потребляемый продукт является вкусным, а значит полезным.

Выводы и предложения. Следовательно, анализируя основные элементы здорового образа жизни, выделяют активные нагрузки и питание. Нагрузки заставляют работать мышцы нашего тела, разминать те области, которые пережимаются в течение рабочего дня. Во время физической активности изменяется ритм и глубина дыхания, вследствие этого мозг и кровеносная система получают больше кислорода. Конечно, эталоном занятий являются занятия на свежем воздухе, причем не в загазованном городе, а в лесу.

Однако в современных условиях такие тренировки проблематичны. В таком случае лучше заниматься в спортивных центрах, чем не заниматься вообще.

Поддубная В. В.

РОЛЬ ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научный руководитель: Белецкая Е. В.

ГПОУ «Горловский медицинский колледж», г. Горловка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. По данным Международного агентства по изучению рака (IARC, 2020 г.), в течение жизни этим страшным недугом заболит каждый пятый житель планеты. Число новых случаев в 2020 г. достигло 19,3 млн., 10 млн. скончались от этой болезни. По прогнозам, к 2040 году число ежегодных случаев онкологических заболеваний возрастет на 47%. В целом злокачественные новообразования занимают 2 место среди причин смертности населения мира. В структуре смертности населения ДНР онкологические заболевания также имеют высокий удельный вес. Приверженность населения принципам рационального питания является одним из важных направлений в борьбе с раком.

Анализ литературных источников. Заключение целого ряда специалистов-онкологов, включая экспертов Всемирного фонда исследования рака (WSRF), Национального института рака США (NCI), Международного агентства изучения рака (IARC), говорят о том, что питание остается одним из главных факторов, способствующих развитию злокачественных новообразований.

Избыток в пище любого из основных ингредиентов способствует развитию рака, так как тем или иным образом нарушает обмен веществ. Так, одним из важнейших факторов риска возникновения рака толстой кишки, молочной железы ученые считают повышенное потребление жиров (прежде всего насыщенных). Канцерогенное действие жира связано с влиянием на эндокринную, иммунную систему, образованием канцерогенных метаболитов. По мнению канадских ученых, до 50% случаев рака толстой кишки и до 25% случаев рака молочной железы можно предупредить путем изменения диеты. Исходя из этого, они советуют мужчинам употреблять не более 75 г жиров в сутки, а женщинам не более 50 г. По мнению американских онкологов, доля жиров в диете не должна быть более 30% калорийности рациона. Кроме того, имеет значение способ приготовления пищи. В экспериментальных условиях доказано, что при сгорании жира образуются канцерогенные вещества. Микронутриенты, содержащиеся в консервированных продуктах (соль, нитриты, фосфаты) повреждают слизистую оболочку пищеварительного тракта, что увеличивает риск мутагенного воздействия. Лишняя масса тела повышает риск практически всех форм рака, и чем она выше, тем выше опасность. В связи с этим чрезмерная калорийность пищи также является фактором риска развития злокачественных новообразований.

Многочисленные исследования показали, что употребление в пищу достаточного количества свежих овощей и фруктов существенно снижает риск возникновения опухолей. Противораковый защитный эффект овощей и фруктов обусловлен клетчаткой, витаминами С, Е, А, фолиевой кислотой, бета-каротином, селеном, фитостеролами, флавоноидами, кверцетином, индолем. Цели и задачи работы. Целью работы было изучить распространенность факторов риска развития злокаче-

ственных новообразований, связанных с рационом питания среди молодежи. Для достижения поставленной цели было проведено анкетирование студентов ГПОУ «ГМК» и проанализированы полученные данные.

Исследование проблемы. В анкетировании приняли участие 112 студентов колледжа. Согласно полученным данным, избыточная масса тела была выявлена у 19,6% студентов, а ожирение у 3,6%.

Нерациональное питание с недостаточным количеством овощей и фруктов в рационе отмечено у 78 человек (69,6% опрошенных). Потребление овощей и фруктов учитывалось как недостаточное, если употребление их респондентами было в среднем менее 400 г в день. Студенты (особенно живущие отдельно от родителей) едят много колбас, консервов, домашней консервации (маринады), продуктов быстрого приготовления, кондитерских изделий. Превалирующее большинство студентов в течение дня предпочитает перекусывать фастфудом (пицца, шаурма, бутерброды, выпечка и т.п.), сладкими газированными напитками, кофе и т.д. Молодых людей так же попросили указать причины, которые мешают вести более здоровый образ жизни. Из указанных причин наиболее распространенным был ответ «Я не задумываюсь над этим» (46% опрошенных).

Выводы и предложения. Рациональное питание — недорогой, легко применимый, доступный метод снижения риска развития злокачественных новообразований. Среди молодежи факторы риска онкологических заболеваний, связанные с рационом питания, широко распространены. В то же время большая часть молодых людей не задумываются над тем, какой образ жизни они ведут и к каким последствиям это приведет со временем. Информированность молодежи о принципах рационального питания, роли питания в профилактике онкологических заболеваний, мотивирование к ведению здорового образа жизни уменьшит риск развития рака в обществе.

Регусевич Д. Р.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОТИВЫ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КУРЕНИЯ

Научный руководитель: Акперова А. П.

ГПОУ «Горловский медицинский колледж», г. Горловка, ДНР

Актуальность. На сегодняшний день одной из наиболее актуальных проблем общества является широкое распространение курения. Известно, что курение пагубно влияет на здоровье: приводит к серьезным заболеваниям сердечно-сосудистой, дыхательной систем, провоцирует развитие онкологических заболеваний.

Анализ литературных источников. Табакокурение, по данным Всемирной организации здравоохранения, является причиной смерти почти шести миллионов человек ежегодно, к 2025 г. уровень распространенности употребления табака составит 31% среди мужчин и 16% среди женщин. Если срочные меры не будут предприняты, ежегодные потери от курения достигнут восьми миллионов человек к 2030 году. Также, вызывает беспокойство возраст начала курения: у 79% курильщиков это происходит в возрасте до 20 лет, в то же время, после 20 лет вероятность стать курильщиком снижается.

Как показывает анализ рынка табачной промышленности, на данный момент сформировался тренд к активной разработке молодежных брендов, что становится дополнительным фактором для вовлечения в курение молодежи.

Цели и задачи работы. Изучить психологические мотивы, обосновать физиологические последствия табакокурения. Выявить распространенность табакокурения среди обучающихся ГПОУ «ГМК», определить мероприятия по профилактике курения.

Исследование проблемы. Мотивы, побуждающие человека к курению.

1. Подражание.
2. Стремление к взрослости.
3. Способ самоутверждения.
4. «Все в жизни испробовать».
5. «Легкое общение».
6. «Эталон женской красоты».
7. «Курить модно».
8. Табак — стимулятор (обладает тонизирующим эффектом).
9. Игра (курение превращается в своеобразный приятный ритуал).
10. Комфорт (наслаждение курением, позволяет почувствовать себя более уютно и комфортно).
11. Выход из трудных ситуаций (вера в то, что курение помогает решить сложные вопросы или же находить выход из трудных ситуаций).

Среди психологических предпосылок к началу курения некоторые авторы отмечают низкую устойчивость к эмоциональным нагрузкам, повышенную тревожность, трудности социальной адаптации, склонность к рискованному поведению, низкую самооценку, ориентацию на мнение большинства и т.д. Доказано, что каждый из факторов однозначно не определяет склонности к курению, и только определенное сочетание ряда predisposing факторов более или менее однозначно определяет тенденцию к курению.

В табачном дыме содержится более 4200 различных веществ, из которых свыше 200 опасны для организма человека. Никотин в больших дозах тормозит деятельность клеток ЦНС, снижает трудоспособность, вызывает дрожание рук, ослабление памяти, спазм сосудов, повышение артериального давления и учащение сердечных сокращений, у мужчин вызывает импотенцию. Окись углерода (угарный газ, CO) при поступлении в организм вызывает кислородное голодание (гипоксию), образуя с гемоглобином стойкое соединение — карбоксигемоглобин, не позволяющее переносить кислород, что ведет к снижению возможностей дыхательной системы, ограничению физической активности.

Табачный деготь является исключительно сильным канцерогеном. Только за год человек вводит в свой организм до 700–800 г. табачного дегтя. Поэтому неудивительно, что рак губы у курящих встречается в 80 раз, легких в 67 раз, а рак желудка — в 12 раз чаще, чем у некурящих. Попадая в дыхательные пути, табачный дым вызывает раздражение слизистых оболочек полости рта, носа, гортани, трахеи и бронхов. В результате развивается хроническое воспаление дыхательных путей, чаще возникают простудные и простудно-инфекционные заболевания, ангины и другие нарушения состояния миндалин.

С целью определения распространенности курения нами было проведено анкетирование среди обучающихся ГПОУ «ГМК». Из 90 опрошенных курят 28 (31,1%) человека. Возраст начала курения большинство 25 (89,3%) респондентов указало от 10 до 20 лет. Основными причинами начала курения респонденты указали желание подражать взрослым 6 (21,4%), за компанию 7 (25%), от скуки 5 (17,8%), под влиянием сверстников 4 (14,3%).

Выводы. Табакокурение одна из причин возникновения хронических неинфекционных заболеваний среди населения Донецкой Народной Республики. В настоящее время имеется тенденция роста курильщиков, особенно, среди молодежи, а также изменение их гендерного состава. По нашему мнению, такое положение дел требует принятия незамедлительных мероприятий по профилактике курения среди молодежи: популяризацию здорового образа жизни, беседы, воспитательные часы со школьниками и обучающимися о вреде курения, социальную рекламу в средствах массовой информации. Важнейшей задачей семьи, педагогов, медиков и государства в целом, является приобщение молодежи к занятиям спортом.

Романцова И. И.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ, КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Научный руководитель: Старовойт Д. В.

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

Актуальность и постановка проблемы. В последние годы понятие здорового образа жизни и его проявления существенно изменились.

Молодое поколение выбирает здоровый образ жизни как основу для построения вектора формирования собственной жизни и как фактор ее успешности. Все больше молодых людей, которые находятся в возрасте потенциальных родителей, задумываются о полезности здорового образа жизни по отношению к будущему ребенку. Здоровый образ жизни означает не только здоровое питание, физическую активность, способность преодолевать стрессы, но и поддержание репродуктивной системы женщин и мужчин в нормальном состоянии.

Анализ литературных источников. Проанализировав такие источники, как Гуров В. А. «Здоровый образ жизни: научные идеи и реальная ситуация», Дубровский В. И. «Здоровый образ жизни», Айламазян Е. К. «Акушерство», Запорожченко В. Г. «Здоровый образ жизни и вредные привычки», я могу сделать вывод, что поддержание здорового образа жизни играет очень важную роль, потому что здоровье — это бесценный дар, который дарит нам природа. И важно помнить, что наше здоровье в наших руках.

Цели и задачи работы:

Цели работы: выявить основные проблемы здорового образа жизни во время беременности и предложить рациональные пути их решения.

Задачами работы являются: выявление основных проблем образа жизни будущей матери, разработка мер, направленных на устранение проблем здорового об-

раза жизни.

Исследование проблемы. проблема здорового образа жизни очень актуальна в наше время. По статистике, число курильщиков в последние годы, к сожалению, только увеличилось. Так, в возрасте 14–19 лет курят 45% мальчиков и 5% девочек, при этом они выкуривают в среднем 12 и семь сигарет в день соответственно. Примерно 30% курящих женщин продолжают курить во время беременности. Сигареты влияют на кровообращение матери, что, в свою очередь, влияет на ребенка. Ребенок в утробе матери полностью зависит от снабжения матери кислородом, питания и удаления опасных химических веществ. Существуют доказательства того, что никотин ухудшает рост плода и может привести к повышенному риску внезапного преждевременного прерывания беременности и преждевременных родов.

Что касается алкоголя, то было установлено, что употребление алкоголя женщиной во время беременности значительно повышает риск выкидыша, а в наиболее тяжелых случаях — развития алкогольного синдрома плода. Это название заболевания плода, вызванного внутриутробным повреждением алкоголем. Этот синдром характеризуется специфическими аномалиями лица, отставанием в физическом и умственном развитии, отклонениями в поведении, а также повреждением сердца и других органов. Наркомания — это тоже проблема. Употребление наркотиков во время беременности в 97% случаев сопровождается развитием осложнений. Наблюдается недостаток питательных веществ, снижение содержания гемоглобина, снижение скорости развития плода, кроме того, повышается вероятность развития гестоза на поздних сроках беременности.

Выводы и предложения. Беременной женщине важно вести здоровый образ жизни. Поскольку с наступлением беременности женщина уже несет ответственность за две жизни — свою и малыша, а как известно, малыш черпает свое здоровье из ресурсов организма своей матери, поэтому будущей маме следует придерживаться некоторых рекомендаций: дозированные обогащающие кислородом нагрузки полезны для здоровья, так как повышают сопротивляемость организма стрессовым ситуациям, улучшают кровообращение, дыхание, насыщение организма кислородом, что благоприятно для зачатия ребенка. Однако следует избегать чрезмерной физической активности.

Правильное питание до беременности может помочь развивающемуся плоду получить все необходимые элементы с первых недель беременности, когда закладываются все органы.

Рацион будущих родителей должен включать продукты, содержащие сбалансированное количество белков, жиров и углеводов, витаминов и минералов, а также микроэлементов, обеспечение которыми должно быть достаточным для любой женщины репродуктивного возраста, планирующей беременность. Соблюдение режима сна и отдыха играет важную роль в поддержании здорового образа жизни, особенно при планировании беременности. Недостаток сна может привести к депрессии и хронической усталости. Кроме того, недостаточный сон может спровоцировать развитие гормональных нарушений, нарушений менструального цикла и трудностей с зачатием ребенка. Сон необходим че-

ловеку для восстановления сил, отдыха.

Находясь на стадии планирования беременности, будущим родителям крайне нежелательно вступать в контакт с вредными факторами профессиональной среды. Для будущих матерей изменение климата, работа в ночные смены и частые авиаперелеты могут оказать негативное влияние на организм. К сожалению, в современном обществе невозможно полностью исключить стрессовые ситуации. Даже на этапе планирования беременности стресс может спровоцировать глубокие патологические изменения. Однако в период планирования беременности следует научиться воспринимать все происходящее спокойно. Вы можете научиться технике медитации. Положительные эмоции можно получить, наслаждаясь просмотром любимых фильмов, чтением книг, прослушиванием музыки — все это поможет улучшить ваше настроение и самочувствие и наполнит вас зарядом положительных эмоций.

Сергеев Я. М.

НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ПОДРОСТКА

Научный руководитель: Козлов Е. С.

МОУ г. Горловки «Лицей № 85 «Гармония», г. Горловка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. На данный момент проблема курения среди подростков достаточно популярна. Согласно информации ВОЗ, опубликованной на официальном сайте, ежегодно из-за табакокурения в мире умирает около 5 млн. человек. Известно, что курение табака — одна из самых распространяемых привычек, сравнимая с легким наркотиком, и наносящая огромный вред организму человека. Мода на курение среди подростков распространяется с большой скоростью, что является большой угрозой во всем мире.

Анализ литературных источников. Для последующего исследования я буду в приоритете пользоваться официальным сайтом ВОЗ (Всемирная Организация Здравоохранения), который предоставляет проверенные факты экспертами. Результаты последнего их исследования поведения детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC), посвященного вопросам здоровья и благополучия подростков, показал, что уровни распространенности курения сигарет в этой группе достигли угрожающе высокого уровня, в особенности среди 15-летних. В этой возрастной группе 15% подростков сообщают о том, что за последние 30 дней они выкурили как минимум одну сигарету, и почти каждый третий подросток упоминает о том, что уже пробовал курить.

Цели и задачи работы. Для решения данной проблемы необходимо определить распространенность табакокурения в различных государствах среди подростков

Исследование проблемы. Курение — вдыхание дыма препаратов, преимущественно растительного происхождения, тлеющих в потоке вдыхаемого воздуха, с целью насыщения организма содержащимися в них активными веществами путём их возгонки и последующего всасывания в лёгких и дыхательных путях. Установлено, что на формирование пристрастия к курению большое влияние оказывает семья: курение родителей увеличивает риск развития вредной привычки у детей в 1,5 раза, а курение братьев и сестер — в 2,5 раза. Эксперты все-

мирной организации здравоохранения вывели следующие причины злоупотребления табачными изделиями:

- Курение чаще наблюдается среди подростков, семьи которых, а также друзья и сверстники курят;
- Часто наблюдается, что подростки, не имеющие определенных жизненных целей, начинают курить;
- Курение считается неким символом мужества, независимости, а также вызовом, который с давних пор устоялся в медиа пространстве;

Также существует пассивное курение, которое имеет огромный вред. Пассивное курение – вдыхание окружающего воздуха с содержащимися в нём продуктами курения табака другими людьми. Установлено, что дети, подвергающиеся воздействию табачного дыма, чаще и тяжелее болеют респираторными заболеваниями, имеют более высокий риск развития среднего отита. Дети, на которых воздействует окружающий табачный дым, чаще обращаются к врачу, чаще госпитализируются и на их лечение тратится гораздо больше государственных денежных средств.

Выводы и предложения. Следует понять, что это очень серьезная проблема. Для ее решения необходимо элементарно поговорить с подростком на эту тему. Постараться расширить круг его интересов, оградить ребенка от компаний, подающих нежелательный пример. Если он увидел, как курят табак в рекламе, научите его критически относиться к получаемой извне информации.

Таджимуратова Раъно

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ. ЖИТЬ БЕЗ СИГАРЕТЫ ЗДОРОВО.

*Научный руководитель: Искандаров Ю. Н.
Самаркандский государственный Медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан*

Данная тема является актуальной, потому что около 1,5 млрд. людей находятся в зависимости от сигареты. Курение – это самая тяжелая форма наркомании. Каждая сигарета сокращает жизнь человека на 12–15 минут. В мире каждый год 600 тыс. людей умирают от вторичного табачного дыма или от «пассивного курения». Необходимо вести здоровый образ жизни.

По словам Шекспира «После того, как я совершенно бросил курить, у меня уже не бывает мрачного и тревожного настроения. Привычка-тиран людей»

Цель работы: пропаганда здорового образа жизни и воспитание здорового поколения.

Задачи: Определить вред курения на организм курильщика и на организм других людей.

Здоровье – это состояние физического, духовного, социального благополучия. Чтобы вести здоровый образ жизни нужно отказаться от вредных привычек. Мы рассмотрим курение.

Вред курения и действие табачного дыма на организм человека.

1. В табачном дыме имеется больше чем 3500 химических соединений: никотин, аммоний, изопрен, ацетон, сероводород, оксид углерода, мышьяк, формальдегид, бензол, радиоактивные вещества (изотопы Cs, Po, Ra, Pb).

2. Курение вызывает такие заболевания, как рак легких (90%), коронарная болезнь (25%), хронический брон-

хит(75%)

3. Капля никотина убивает лошадь

4. Из Формальдегида, который входит в состав табачного дыма получают формалин. Он используется для бальзамирования мертвых тел

5. Осложнения этой привычки приводит к онкологическим заболеваниям (рак нижней губы, трахеи и гортани, рак легких), сердечно-сосудистым заболеваниям (ИБС, тромбоз)

6. Дети – жертвы пассивного курения. У детей, у которых родители курят, чаще встречаются воспаления легких, кашель, бронхиты.

7. Курение снижает ваш иммунитет.

Вывод: Нужно вести здоровый образ жизни. Все курящие получают значительный вред курения и может стать зависимым от табака. Курение вредит вашему здоровью.

Твердая А. В.

ОСНОВЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

*Научный руководитель: Серикова Л. В.
ГОУ «Ясиноватская санаторная школа-интернат № 14»,
г. Ясиноватая, ДНР*

Актуальность и постановка проблемы. Вопрос здорового образа жизни обусловлен возникшими проблемами со здоровьем в современном обществе, что вызвано экологическими катаклизмами, темпом технического прогресса, его влияния на организм человека, изменения требований социума к личности. И, как следствие, повышение рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характера, оказывающих влияние на состояние здоровья.

Здоровье – показатель состояния функционирования всех систем организма, как в состоянии покоя, так и во время физических и психологических нагрузок.

Здоровый образ жизни – совокупность действий человека, направленных на сохранение и поддержку здоровья, используемых с целью профилактики болезней и укрепления физического и ментального здоровья.

Здоровый образ жизни считается посылом для развития разнообразных сторон жизнедеятельности человека, достижения им интенсивного продолжительного срока жизни и полноценного выполнения общественных функций.

Цели и задачи работы. Определение степени важности поставленной проблемы в жизни современного человека. Выделение направлений и способов решения поставленной проблемы.

Исследование проблемы. Состояние и показатели здоровья человека определяются следующими факторами: наследственность, определение рисков рождения ребёнка, образ жизни родителей.

Важным фактором физического и психического здоровья ребенка является позитивное отношение к себе в существующем социуме и, как следствие, уверенность в своих силах, хорошее настроение и душевное равновесие. Здоровый образ жизни формируется у ребенка с рождения: соблюдение режима здорового питания, гигиена сна и отдыха, возможность общения, активная и пассивная игровая деятельность формируют потребность «так жить» постоянно. Насыщенная жизнь людей

определяет определенное время для труда, отдыха, сна, питания. Человек, который не умеет правильно распределить время, становится раздражительным, у него накапливается переутомление, стресс, у таких людей ослаблен иммунитет. К сожалению, современному человеку сложно поддерживать правильный распорядок дня. Приходится жертвовать временем.

Поэтому, только правильный распорядок дня поможет сохранить и поддержать здоровье человека.

Самочувствие и активность человека определяет гигиена сна. Потребность во сне у разных людей может быть разной, но в среднем рекомендуется спать не менее 8–9 ч. Регулярное недосыпание ведёт к снижению работоспособности и сильной утомляемости. Для того чтобы Вас не мучила бессонница необходимо за 1 ч. до сна прекратить физическую или умственную работу. Последний приём пищи должен быть не позднее, чем за 2 ч. до сна. Спать лучше в хорошо проветриваемой комнате, а также желательно ложиться спать в одно и то же время.

Активная социальная позиция, общение с близкими, занятия спортом, своевременная правильная реакция на возникшие недомогания – единственный способ улучшить и сохранить тонус жизни.

Выводы и предложения. Чтобы здоровье не ухудшалось и не падало, необходимо соблюдать изложенные в таблице правила здорового образа жизни:

Соблюдать правильный режим дня	Чередование труда и отдыха Избегать вредных привычек
Придерживаться гигиенических норм	Защищает от инфекций Поднимает настроение Улучшает внешний вид
Правильное питание	Защищает от стрессов Восстанавливает работоспособность Улучшает память Сокращение потребления соли
Поддержание нормальной массы тела	Улучшает настроение Изменение отношения к раздражителям
Регулярные физические упражнения	Тренирует мышцы Наполняет энергией Улучшает кровообращение Развивает память
Закаливание	Укрепляет иммунитет

Трунов И. В.

ПРЕНЕБРЕЖЕНИЕ СНОМ КАК ПОСТЕПЕННОЕ РАЗРУШЕНИЕ ОРГАНИЗМА

Научный руководитель: Краснова М. Ю.

МОУ «Гимназия «Интеллект», г. Горловка, ДНР

Актуальность. В наше время человеческая активность

не прекращается даже в ночное время: телеканалы продолжают вещать кино и интересные передачи, магазины работают круглосуточно, такси принимают заказы в любое время суток и отвозят людей в места назначения. Из-за этого люди теряют понимание о том, что регулярный и длительный сон необходим.

Цель работы. Напомнить о санитарных нормах сна и преподнести проблему с новой, объективной точки зрения.

Исследование проблемы. По статистике, человек проводит третью часть жизни во сне. Каждый день мы ложимся спать, это твёрдо входит в нашу рутину. Вследствие чего люди забывают о важности сна.

Чаще всего проблема не случается только у пенсионеров. Взрослые ставят работу выше отдыха, работают сверхурочно и устраиваются на ночные смены для повышения финансовых доходов. Студенты пытаются совмещать сверхполноценную личную жизнь и отличную учёбу.

Школьники недосыпают по ночам в большинстве случаев беспричинно. Я хочу раскрыть тему и постараться объяснить, почему это колоссально вредит организму.

В первую очередь необходимо спать 8–9, в крайнем случае 7 часов каждую ночь. Недосып ночью приводит к нарушению важнейшей функции сна – восстановлению. Из мозга не успевают выводиться токсины, и спустя время это может привести к неврологическим заболеваниям. Так же приветствуется дневной сон, если чувствуется усталость, пара десятков минут сна «перезагрузит» сознание.

У каждого человека есть биоритмические часы, они работают на подсознательном уровне. К примеру, в период с 15–00 до 16–00 человек обладает самой острой реакцией, а примерно с 21–00 запускается секреция мелатонина.

Таких расписанных по времени процессов огромное множество и, ложась на 2 часа позже от обычного и пробуждаясь на 2 часа позже соответственно, вы нарушаете несколько процессов, в том числе и фазы сна, из-за чего, проспав то же время, что и вчера, вы будете чувствовать усталость и рассеянность.

После регулярных изменений в вашем распорядке дня ухудшится иммунитет и появятся проблемы с умственной деятельностью.

Так же есть такой шаблон сна, как полифазный. Но он ещё плохо исследован, и довольно сомнительно, что он не повлияет негативно на биоритмику человека. Даже если такой тип отдыха ничем не уступает монофазному сну, то он остается очень неудобным для человеческого образа жизни.

Узнавая о возможных отклонениях в работе организма, может показаться, что это какая-то глупость. Кажется, что вот уже пятую ночь провожу без полноценного сна, с утра.

Возможно, и так, но только на ближайшее время. Все ваши подобные действия имеют накопительное свойство, и организм может дать сбой как через месяц, так и через 20 лет, когда выглядишь ещё так молодо, а ресурс организма уже почти иссяк.

Предложения. Я считаю, весь мир должен по максимуму снижать активность с 23:00 до 7:00, а министерство образования в профилактических работах, связан-

ных с ЗОЖ обязано в первую очередь ставить акцент на незаменимости сна.

Вывод. Каждый раз, когда детям проводят занятия, направленные на призыв к здоровому образу жизни, рассказывают о вреде курения и алкоголя и о важности спорта в их жизни, забывают отметить ценность сна. По моему мнению, игнорирование здорового сна настолько же вредно, насколько вредно и употребление наркотических средств, ведь после более 24 часов бодрствования начинаются галлюцинации и другие помутнения рассудка. И напоследок интересное сравнение. Без еды человек может жить около 9 дней, причём неплохо себя чувствуя, а вот без сна — не более 7, такая роковая неделя будет крайне мучительна.

Федченко К. А.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – СРЕДСТВО ЗАЩИТЫ ОТ БОЛЕЗНЕЙ

Научный руководитель: Панютова С. А.

МОУ «Школа № 45 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Интерес к здоровому образу жизни вызван возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характеров, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья.

В современном обществе всё больше и больше возрастает тенденция вести здоровый образ жизни. Здоровый образ жизни предстает как специфическая форма целесообразной активности человека — деятельность, направленная на сохранение, укрепление и улучшение его здоровья.

На протяжении последних десятилетий мы, к сожалению, вынуждены констатировать тот факт, что постоянно растёт так называемая неинфекционная заболеваемость и смертность от неё взрослого населения (в первую очередь, сердечно-сосудистой системы, эндокринной, хронические бронхолёгочные заболевания, онкологические), уменьшается количество здоровых детей. Абсолютно здоровые дети в разные годы составляют от 10% до 20% от общей численности детского населения. А ведь именно в детском возрасте закладывается фундамент здоровья взрослого человека и, что немало важно, стиль его будущей жизни. Взрослое население, как правило, более половины имеют какое-либо хроническое заболевание. В процессе роста и взросления человека достаточно серьёзно повышается количество патологий.

Значение здорового образа. Здоровый образ жизни — это комплекс морально-этических и оздоровительных мероприятий, способствующих сохранению и укреплению здоровья, повышению работоспособности и активного долголетия.

Физкультура и спорт имеет настолько важное значение в здоровом образе жизни, что переоценить его невозможно. И ещё занятия физической культурой снимают психическое утомление и утомление всего организма, увеличивают его функциональность, содействуют укреплению здоровья. Важно, чтобы физическая культура была частью совместного здорового образа жизни. Чет-

кий, правильный распорядок дня, интенсивный двигательный режим совместно с систематическими закаливающими процедурами обеспечивают самую большую мобилизацию защитных сил организма, дают огромные возможности для поддержания хорошего самочувствия и увеличения продолжительности жизни.

Здоровье человека на 60% и более зависит от образа жизни: еда, режим питания, физическая активность, уровень стресса, вредные привычки. Здоровый образ жизни подразумевает ментальное здоровье, отказ от табака и употребления алкоголя, здоровые модели питания, физическую активность.

Цели здорового образа жизни:

1. Занятия спортом. Чем точнее ты обрисуешь то, что хочешь делать, тем проще будет начать (и особенно — продолжать). Если ты уже настроился и выделил время для спорта, будет сложнее от этого увильнуть. Важно также выбрать правильную программу. Например, ты хочешь накачать мышцы в нужных местах, но, если будешь все время только «тягать» штангу, пользы для организма будет меньше, чем с добавлением кардионагрузки. Если решил заняться спортом только сейчас, поищи видеоуроки для начинающих или хорошего персонального тренера.
 2. Меньше нервничать и уставать. Вечером обычно находится много интересных неотложных дел, мешающих вовремя заснуть. А сон — важная часть похудения как минимум потому, что при недостатке сна сильнее хочется есть. Важно и качество сна. Если ты читаешь с экрана смартфона перед сном, а потом пару часов вертишься и думаешь обо всем подряд — это не отдых.
 3. Перестать есть вредную пищу. Натуральный сахар содержится, например, во фруктах. Добавленный — в еде с «пустыми» калориями. Женщинам можно употребить 25 граммов в день, мужчинам — 36. А эти самые 25 граммов — всего одна баночка колы или бутылка холодного чая!
 4. Правильно питаться. Уточнение запроса помогает выработать полезные пищевые привычки и сосредоточиться на том, что можно есть.
 5. Чаще готовить дома. Звучит сурово, но это хороший способ научиться есть дома, а не тратить деньги на кафе! Кроме того, домашняя еда зачастую менее жирная, а для ее приготовления в век «видеорецептов» не нужно выдающихся кулинарных навыков.
- Вред здорового образа жизни. Вести здоровый образ жизни в последние несколько лет стало очень модно. Блогеры в социальных сетях наперебой выкладывают фотографии «полезных» завтраков, планы тренировок. Однако в погоне за здоровьем некоторые забывают о здравом смысле и осторожности. Разберемся, как не стать жертвой собственного увлечения.
- Врачи не рекомендуют заниматься спортом по утрам сразу после пробуждения, т.к. ваш организм обезвожен за ночь. Кровь становится густой, повышается нагрузка на сердце. Если встать с кровати и отправиться на пробежку (особенно с непривычки), то можно оказаться в больнице. Другая опасность подстерегает слишком увлечённых людей в спортзале.
- Вывод.** Здоровый образ жизни — единственное средство защиты от всех болезней сразу. Он направлен на предотвращение не каждой болезни в отдельно-

сти, а всех в совокупности. Поэтому он особенно рационален, экономичен и желателен. И это касается не только рабочих весов в упражнениях.

От тренировок шесть раз в неделю ваше тело не станет меняться быстрее, зато мышцы, скорее всего, потеряют способность восстанавливаться до конца, что увеличивает риск травмы.

Фесенко М. А.

ПСИХОЛОГИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Научный руководитель: Козлов Е. С.

МОУ «Лицей № 85 «Гармония»», г. Горловка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. В наши дни многие люди страдают от лишнего веса, зафиксированы даже случаи летального исхода от ожирения. А почему? Потому что большинство людей часто переедают, употребляют вредную пищу и не следят за тем, что и в каких количествах они употребляют. Очень немногие относятся к еде как к источнику энергии и осознанно подходят к этому вопросу.

Анализ литературных источников. В наше время проблема питания набирает обороты. Люди все чаще интересуются этим вопросом и меняют свои жизни. Профессия нутрициолога все более популярна и все чаще пользуется спросом. Люди, разбирающиеся в этой сфере, делятся своими знаниями с другими. Они создают курсы, снимают фильмы и пишут книги на эту тему.

Цели и задачи работы

- Выявить наиболее частые проблемы пищевого поведения;
- Выявить причины этих проблем и их пути решения;

Исследование проблемы. Я уже обозначила, что есть 2 группы людей. К первой относятся те, кто страдает от ожирения, переедания, имеют ряд вредных пищевых привычек, например: частые перекусы, потребление большого количества еды за 1 прием пищи или же наоборот, потребление малого количества воды либо вообще снижение ее потребления на «нет», заедание стресса, есть на ходу или у экрана телефона/телевизора.

Вторая группа людей питается осознанно.

Эти люди понимают, что, когда и в каких количествах нужно есть. Они относятся к еде как к источнику энергии и осознают одну простую истину: мы — то, что мы едим. Перед разбором причин вредных пищевых привычек, нужно добавить, что есть люди, которые, например, хотят похудеть или улучшить качество тела, но у них не получается, хоть они и занимаются спортом.

Все эксперты и профессионалы твердят, что главное — это не спорт, а питание. Занятия спортом составляют лишь 30% от здорового образа жизни. Человек может 7 раз в неделю заниматься спортом, но если он после этого будет есть картошку фри и бургер, то никакого эффекта он не получит. Поэтому давайте разберем основные причины проблем с весом, питанием:

1. Самая главная и основная — лень;
2. Такой образ питания привили еще с детства;

3. Невозможность остановиться, что становится причиной переедания;

4. Неосознание того, насколько та или иная еда может быть вредной;

5. Отсутствие четкой цели, непонимание зачем это делать;

6. Неумение контролировать себя;

7. Незнание того, как правильно что-то менять, убирать и внедрять в свою жизнь. Зачастую это принцип резкости: «С завтрашнего дня на диете» или «Больше никакого сладкого!».

Это крайне неправильный подход.

Как решить проблему? Начать с себя в первую очередь. Всё всегда только у вас в голове, все рамки ваших возможностей строите только вы и никто больше. Давайте разбирать пути решения:

1. Любите и берегите себя, ведь если это не нужно вам, кому тогда? Никому. Вы это все, что у вас есть. Питайтесь осознанно.

2. Сложно расставаться с привычками детства. Не покупать вредную еду, перекусы в виде конфеток и печенья. Поначалу этот будет сложно, но, если понимать, для чего ты это делаешь, привычка бесконечных перекусов уйдет из твоей жизни.

3. Опять-таки, просто слови себя в момент, когда ты чувствуешь, что уже «не лезет». Пойми, что ты делаешь себе сейчас только хуже.

4. Все полезно, но в меру. Если один раз съесть кусочек пиццы, то ничего не случится. Но если есть пиццу каждый день или раз в неделю, то это отразится не только на фигуре, но и на здоровье, и на качестве тела.

5. Невозможно измениться, ничего не делая для этого. Если не разбираться хотя бы в основах питания, не понимать свой организм, то, о чем вообще можно вести беседу?

6. Если делать что-то просто потому что так сказали или так надо, если просто хотеть похудеть, не зная, как прийти к этому, то это ни к чему не приведет. Человек будет просто топтаться на месте и регулярно срывать, потому что не будет понимать, что это нужно не обществу, в первую очередь, это нужно делать ради себя и своего здоровья.

7. Пищевые привычки нужно уметь контролировать. Если неграмотно подойти к вопросу о правильном питании, то можно получить расстройства (РПП, анорексия), от которых будет сложно избавиться. Изучайте свой организм, чтобы быть в гармонии с ним.

8. Ко всему нужен осознанный подход. Нельзя ограничивать себя резкими рамками. Нужно осознать, что это нужно и почему это вредно или плохо. А если не запрещать, а понимать, почему перекусывать каждые пять минут вредно, то желание «подъесть» само собой куда-то пропадет. Последствия избытка или недостатка имеют абсолютно все продукты питания.

Выводы и предложения. Если обобщить все мною вышесказанное, то получится небольшая памятка «Питайтесь осознанно, ничего не запрещайте. В любом вопросе нужно разбираться и искать правильный для себя подход. Профессионалы конкретной области всегда помогут, но не сделают за тебя. Все начинается с головы, поэтому нужно следить за тем, о чем вы думаете и как вы это себе преподносите. Любите и берегите себя».

Хроленок С. С.

ЦИФРОВОЕ ДЕТСТВО – ЧЕМ ОПАСНА ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ГАДЖЕТОВ

Научный руководитель: Лазаренко Л. И.

ГПОУ «Шахтерский техникум кино и телевидения имени А. А. Ханжонкова», г. Шахтерск, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. В современном мире цифровых технологий невозможно представить себе людей без гаджетов. Планшеты, компьютеры, телефоны, наушники – все это неотъемлемая часть нашей жизни. Гаджеты и компьютеры – очень полезные в обучении устройства, однако и они могут стать злом при неправильном и очень частом их использовании. Чрезмерное злоупотребление временем общения с гаджетами отрицательно сказывается на состоянии здоровья и психики подростков.

Анализ литературных источников. Современный уровень медицинской науки расширил понятие «здоровья», изменил уровень «здорового образа жизни». Здоровье определяется не только отсутствием или наличием заболеваний, а и высоким уровнем функционирования различных систем организма, и его гармоничностью развития. ВОЗ определяет здоровье как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия».

По определению В. Ю. Вельтищева, «Здоровье – это состояние жизнедеятельности, соответствующее биологическому возрасту ребенка, гармоничного единства физических и интеллектуальных характеристик, формирования адаптационных и компенсаторных реакций в процессе роста»

Цели и задачи проблемы. Целью данной работы было изучение проблемы здоровья, связанного с взаимодействием подростков с мобильными устройствами и компьютером, определение степени психической зависимости от цифровой техники.

Исследование проблемы. Современный человек уже не представляет свою жизнь без телефона, компьютера и других гаджетов. Дети, наблюдая за жизнью взрослых, с раннего возраста начинают общаться с цифровой техникой.

Еще больше дети в подростковом возрасте практически целыми днями общаются с мобильными телефонами и компьютерами: слушают музыку, общаются виртуально в соцсетях, измеряют давление и пульс, ищут ответы на вопросы во всевозможных сетях, используют роутеры для получения бесплатного интернета. Стимулирование мозга избыточным воздействием гаджетов ведет к когнитивным задержкам, повышенной импульсивности, снижению способности к саморегуляции и отрицательно влияет на обучаемость. Исследователи провели четкие параллели между телевидением, интернетом, видеоиграми и их негативным влиянием на психику подростка. Игромания часто становится причиной неудовлетворенности жизнью, увеличения тревожности и возникновения депрессии. Компьютерные игры не обучают и не создают умственного напряжения. Виртуальное пространство лишает подростка творчества и воображения. Как следствие – он ничему не учится. Такая привязанность постепенно вызывает зависимость, человек уподобляется наркоману, ему постоянно нужно проверять телефон.

В результате исследований, специалисты выделили следующие симптомы компьютерной, гаджет- и интернет-зависимости:

- неконтролируемое фанатичное отслеживание новинок техники и непреодолимое желание их получить;
- чувство эйфории, возникающее при использовании устройства;
- отсутствие других стремлений, целей и интересов;
- пренебрежение друзьями и семьей;
- возникновение проблем в школе: прогулы, плохие оценки, проблемы с поведением;
- негативная реакция на ограничение работы с гаджетом.

При таком раскладе невозможно нормальное интеллектуальное и личностное развитие подростка, так как оно может происходить только в реальных отношениях и в реальном мире. У него пропадают социальные навыки, которые так необходимы подростку в будущем. К тому же общения в социальных сетях и на форумах не дают возможности увидеть подлинную реакцию человека на последствия слов и действий.

Настоящая зависимость от гаджетов у подростков формируется достаточно редко. Но если возник хотя бы один из симптомов, то это уже является тревожным знаком для принятия неотложных решений.

Выводы и предложения. Конечно, гаджеты помогают подростковому развитию, но для полноценного развития необходимо задействовать все каналы восприятия. Некоторые подростки, к сожалению, впадают в серьезную зависимость от гаджетов. Сосредотачивая все свои интересы на виртуальном мире, он лишает себя не только общения с ровесниками, но и достойной учебы и хороших взаимоотношений с родителями.

Существуют элементарные правила безболезненного общения с гаджетами, которые надо выполнять во избежание проблем со здоровьем и психикой:

- необходимо сокращать время непосредственного использования мобильного;
- выбирать живое общение с друзьями, больше гулять;
- во время разговора по телефону стараться держать его подальше от лица;
- при длительной работе за компьютером необходимо периодически отдыхать и выполнять не сложные физические упражнения, стараться держать правильную осанку;
- отправляясь спать, необходимо класть мобильное устройство как можно дальше от себя.

Цахер А. А.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ, И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель: Гавриловчук Е. А.

МОУ «Тираспольская средняя школа № 5», г. Тирасполь, Приднестровская Молдавская Республика

Актуальность нашего исследования связана с тем, что сегодня СМИ, блогеры, реклама, повсеместно говорят о «здоровом образе жизни».

Стало очень модно «правильно» питаться, заниматься фитнесом, подсчитывать калории. Понятие «здоровый

образ жизни», стал активно использоваться в источниках с 70-х гг. прошлого века. Многие авторы в своих работах и исследованиях, давали свои трактовки. А. А. Возьмитель и Г. И. Осадчая, говорили, что это приемлемо только в «стабильном обществе». М. Мартинковский говорит о готовности «рефлексивности собственного бытия. В ряде источников, термин подразумевает «санитарную культуру», т.е. гигиена поведения и вопросы сохранения здоровья. Также мы изучили теории таких авторов, как: И. В. Силуянова, В. Л. Абушенко и др. В настоящее время здоровый образ жизни определяется «как совокупность внутренних и внешних условий жизнедеятельности, обеспечивающих здоровье и трудоспособность, активное долголетие, а также гармоничное развитие личности».

На основании изученного материала, в нашем исследовании, мы поставили цели: выяснить, как понимают обыватели понятие «здоровый образ жизни»; как оценивают свой ЗОЖ.

Задача — просветительская работа.

В исследовании участвовали учащиеся 10–11 классов и их семьи. Допускалось дать оценку на ряд вопросов исследования совместно с родителями. Временной период исследования сентябрь — апрель 2021 года.

Исследование проходило в два этапа. Первый этап — социальный опрос о теоретических знаниях по теме исследования.

На первом этапе исследования выяснилось:

- к ЗОЖ относят спорт и питание — 65%;
- спорт, питание, психологическое здоровье, образ жизни (нормы, устои, ценности, культура общения и быта) — 31%
- сомневались дать точную оценку — 4%.

После ряда просветительских мероприятий, в том числе дистанционное обучение (видео фильмы; мини-ролики психологов, психотерапевтов, врачей; анонсы книг по ЗОЖ), мы приступили ко второму этапу исследования. Второй этап предполагал сравнить основные показатели ЗОЖ до пандемии, и во время (карантин, дистанционное обучение; работа на «удаленке» и пр.).

Результаты второго этапа:

- качественное питание снизилось на 40%; доходы населения снизились из-за закрытия малого бизнеса, простых предприятий (оплата труда ТК ПМР 2/3 тарифной ставки);
- гигиена труда/учебы снизилась на 53% (в период работы/учебы дома); в ряде семей оппонентов условия проживания не позволяют качественно получать данные услуги;
- физическая подготовка, спорт — просели на 69%. Это связано с закрытием спортивных секций и нехватки времени с дистанционной работой/учебой (объемы увеличились);
- качество медицинских услуг, также снизилось от 42-до 65%, в зависимости от потребности в услугах; во время очередного роста заболеваний «Ковид», медицинские учреждения перестраивались на др. вид медработ; ряд медицинских услуг, переносились на длительный срок;
- психологическое здоровье (проблемы со стрессом, депрессивные состояния, раздражительность, качество сна и пр.)
- увеличились не в лучшую сторону. Рост жалоб, увеличился на 27%. Хочется отметить, что данный

процент намного меньше, чем в начале пандемии (февраль, март, апрель 2020 г.). Наш школьный психолог, отметила, что в марте 2020 года, запросов, касающихся психологического состояния, был намного выше;

- в период карантина, качество активного отдыха, также снизилось на 89%;

- положительный рост составил вопрос, связанный с просвещением в области ЗОЖ. Многие оппоненты и их семьи, отметили, что стали больше изучать вопросы психологического здоровья; методы борьбы со стрессом, прокрастинацией, ленью. Внедрять методики работы с памятью. Применять дыхательные упражнения и практики.

Выводы. Наше исследование показало, что большая часть обывателей, не в полном объеме имеют представление, что вкладывать в понятие «здоровый образ жизни». Культура, которую пропагандирует СМИ, к сожалению, показывает нам только «красивое тело». Просветительская работа находится на низком уровне. Понятие «здорового образа жизни» не конкретизировано с точки зрения устойчивости.

Здоровый образ жизни не рассматривается в контексте совместной деятельности людей, так, например, в семье, мама «находится на диете», а остальные члены семьи могут питаться фаст-фудом.

Многие семьи, не могут позволить себе ЗОЖ из-за низких доходов.

Вариантов здорового образа жизни может быть столько, сколько существует условий жизни. Однако надо понимать, что «здоровый образ жизни» — это способ и стиль жизни.

Шидловская Е. Ф., Бусыгина Ю. С.

ПОДРОСТКОВАЯ НАРКОМАНИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Научный руководитель: Бреусов А. В.

Российский университет дружбы народов, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность и постановка проблемы. Наркотики продолжают являться глобальной проблемой современного общества. Самое опасное в данной ситуации — понижение возраста наркозависимых. Так как в последнее время увеличивается количество новых синтезируемых наркотических средств, характеризующихся своей токсичностью, последствия для несформированного организма могут стать катастрофическими даже после первого потребления.

Анализ литературных источников. По официальным данным Министерства внутренних дел средний возраст подростка, начинающего употреблять наркотики 15–17 лет. Уже 30% обратившихся за медицинской помощью наркоманов это несовершеннолетние в возрасте от 16 лет. 60% всех наркоманов — молодежь в возрасте от 15–30 лет.

По данным о мониторинге наркоситуации в Российской Федерации также отмечается рост оборота синтетических психоактивных веществ. Этому свидетельствует повышение изъятия синтетических наркотических средств сравнительно 2017 года на момент 2019 с 26,1% до 26,4%. В их число входит карфентанил,

2-метилфентанил, 25И-НБОМе.

Цель и задачи работы. Изучить влияние наркотиков на подростков, чтобы конкретизировать проблему как для каждой семьи в отдельности, так и для общества в целом, и использовать полученные данные для разработки программы профилактических разговоров, способствующих препятствию потребления наркотиков молодым поколением.

Исследование проблемы. При потреблении наркотиков в раннем возрасте часто развивается физическое отставание в развитии, как минимум это отставание по росту и весу. Происходит также дисбаланс кальция, что делает кости наркомана очень хрупкими, потому они часто подвержены переломам.

Запрещенные вещества также пагубно влияют на все органы и системы:

При потреблении опиатов угнетается дыхательный и кашлевой центры мозга, что грозит частыми пневмониями, хроническими гипоксиями и даже смертью. Разрушительное влияние наркотики в первую очередь оказывают на сердечно-сосудистую систему. При приеме опиатов это — угнетение сосудодвигательного центра, в последствии ухудшение работы сердца, гипоксия и смерть.

Влияние наркотических средств амфитаминового ряда различается по механизму, но схоже по последствиям — это перегрузка сердца, которая чревата инфарктами и инсультами, приводящими также к смерти.

Наркотические вещества также оказывают влияние на пищеварительную систему, а именно — нарушают процесс переваривания и моторные функции кишечника. Наиболее катастрофичным является влияние синте-

тических галлюциногенов на мозг. Даже однократный прием ЛСД может вызвать тяжелые и необратимые изменения. Это приводит к потере памяти, психозам, галлюцинациям, снижению умственных способностей. Наркотики могут даже привести к таким психическим заболеваниям как шизофрения.

Не стоит забывать об инфекционных заболеваниях, распространенных у людей, страдающих наркотической зависимостью.

Заражаемость ВИЧ и гепатитом С прямо пропорциональна количеству наркозависимых в стране.

Таким образом необратимое пагубное действие наркотиков на детский организм влечет за собой последствия не только для родителей, которые столкнутся со «смертью» личности их ребенка, но и для страны в целом, ведь ее будущее это и есть подрастающее поколение.

Для полного понимания школьниками вреда, который они могут нанести себе, своей семье и в перспективе — своей стране данную расширенную информацию о влиянии наркотиков необходимо доносить на профилактических беседах.

Выводы и предложения: Проблема подростковой наркомании продолжает остро стоять в Российской Федерации. Она затрагивает интересы всего общества. Для решения данной проблемы необходимо совершенствовать антинаркотические программы, первым пунктом которых является просветительская работа со школьниками. Подробное описание последствий наркотической зависимости в детском возрасте, вероятно, могло бы повлиять на часть ребят и заставить тщательнее задуматься, прежде чем решиться на прием запрещенных препаратов.

3. СЕКЦИЯ: «ФАРМАЦИЯ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ»

Алиева А. М., Захарова Д. Е., Минеева В. А.

ДИНАМИКА ИЗВЛЕЧЕНИЯ МЕТАЛЛОВ ИЗ ГУМУСОВЫХ КИСЛОТ

Научный руководитель: Кривопалова М. А.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Российская Федерация

Актуальность и постановка проблемы. Гуминовые вещества, представляющие группу специфических органических веществ, образующихся в почвах, торфах, углях из продуктов деструкции растительных и животных организмов, обладают широчайшим спектром биологических свойств и используются в различных областях медицины и ветеринарии. В условиях стремительного развития технологий экосистемы подвергаются возрастающей антропогенной нагрузке, которая обусловлена, в частности, поступлением избыточного количества различных металлов. Грязевые озера России находятся

под воздействием неблагоприятных внешних факторов и могут утратить свои целебные свойства. Методы очистки лечебных грязей, как отработанных, так и нативных находятся в состоянии интенсивных разработок и являются актуальной задачей. Пассивная регенерация состоит в захоронении отработанной грязи в соответствующих микроклиматических условиях и бактериальных культур. Химическое воздействие связано с травмированием грязей, изменением как микробиологических свойств, так физических характеристик (пластичность, вязкость и другие).

Цели и задачи проблемы. Целью исследования явилась разработка методики очистки гуминового препарат от избыточного содержания ионов кадмия и свинца. Гуминовый препарат получен методом щелочной экстракции нативных низкоминерализованных иловых сульфидных грязей с последующей нейтрализацией раствора до нейтральной среды. Раствор освобождали от нера-

створимых примесей путем центрифугирования и последующего пропускания раствора над осадком через бумажный фильтр.

Анализ литературных источников. Для разработки методики использован следующий дизайн: к 1%-му раствору гуминового препарата добавляли известный избыток 0,1 моль/л растворов хлоридов кадмия и свинца; образовавшийся осадок отделяли фильтрованием, осадок постадийно обрабатывали фиксированным объемом (по 0,2 мл) раствора трилона В с концентрацией 0,1 моль-экв/л; полученные растворы свободного гуминового препарата фотометрировали использованием спектрофотометра СФ-56 (толщина кюветы 10 мм, длина волны 400 нм); обработку осадка раствором трилона В проводили до полного перевода гуминового препарата в раствор; по предварительно построенному калибровочному графику определяли концентрацию гуминового препарата в элюенте.

Исследование проблемы. Предлагаемая методика извлечения ионов кадмия и свинца позволила установить, что трилон В, связывает ионы кадмия и свинца в комплексы, что сопровождается высвобождением гуминового препарата из нерастворимого состояния в растворимую форму.

Выводы и предложения. Установлено, что экстрагирование ионов Pb^{2+} и Cd^{2+} имеет различный характер. Ионы свинца извлекаются за одну экстракцию, и гуминовый препарат практически полностью переходит в раствор. Извлечение ионов кадмия имеет динамический характер: высвобождение гуминового препарата и образование растворимой формы наблюдается за экстракцию в четыре цикла.

Бурцева А. И.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ И ИХ ПРИМЕНЕНИЕ

Научный руководитель: Клименко К. А.

МОУ «Школа № 101 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Данная работа посвящена лекарственным растениям. Дети — это особая категория очень подвижных, любознательных и всем интересующихся людей. Мы часто травмируемся, боеем, у многих слабый иммунитет и аллергические реакции на многие препараты. Знакомство с лекарственными растениями поможет лучшему узнаванию детьми их лекарственной ценности, мы научимся бороться с болезнями народными средствами, уменьшатся случаи аллергического действия, укрепится иммунитет, снизится пропуск учебных занятий по причине простудных заболеваний.

Анализ литературных источников. Изучив литературу, я ознакомилась с историей использования лекарственных растений, изучила методику сбора и обработки растений, изучила применение в народной медицине дикорастущих трав, растущих возле школы.

Цели и задачи работы. Цель моей работы: выявить среди дикорастущих лекарственные растения, растущие на территории МОУ № 101. Объектом исследования являются растения, растущие возле школы, предметом исследования — лекарственные растения. Для решения поставленной цели мною были определены следующие задачи: изучение соответствующей лите-

ратуры и определение роли лекарственных растений в жизни человека; проведение сбора растений, растущих возле школы, последующая их обработка, систематизация и создание гербария; выявление тех из них, которые считаются лекарственными как среди дикорастущих, так и среди культурных растений.

Исследование проблемы. Для исследования я взяла пять лекарственных растений, из множества тех, которые растут в нашей местности, и провела анализ их лекарственных свойств. Для исследования были выбраны такие представители флоры как: берёза плакучая, шиповник, тополь, калина, ромашка обыкновенная. Почки и листья березы применяют в народной медицине, они обладают бактерицидным, противовоспалительным и ранозаживляющим действием, мочегонным, желчегонным, кровоочистительным. В качестве лекарственного сырья используют почки берёзы и лист берёзы. Применяют почки и листья березы в сборах и в виде настоев. В народной медицине берёзовый сок применяется как общеукрепляющее средство при простудах, ангине, фурункулёзе, при анемии, при длительно не заживающих ранах и трофических язвах. Плоды шиповника обладают мощным бактерицидным свойством и обладают ценным поливитаминным средством. Плоды шиповника использовались в лечебных целях, особенно как антицинготное средство начиная с XVI века, а может быть и раньше, когда на них меняли соболиные и другие ценные меха, атлас и бархат. В народной медицине применяют чай из плодов шиповника, спиртовой и водный настой при скарлатине, воспалении почек, туберкулезе, болезнях кишечника, желудка, печени. Благодаря широкому спектру действия почки тополя используют для лечения острых воспалительных процессов дыхательных путей и хронического бронхита. В народной медицине многих стран препараты из почек тополя чаще всего применяют при заболеваниях мочеполовых органов, болезнях почек, циститах, недержании мочи. Кора калины, заготавливаемая в апреле — мае, используется в народной медицине. Она используется при болезненных менструациях, а также для уменьшения и остановки маточных кровотечений. В народной медицине кора используется: в виде отвара при заболеваниях желудочно-кишечного тракта; в виде настоя — при гипертонической болезни, от неврозов, истерии, эпилепсии; как гемостатическое и противовоспалительное средство при геморрое; в составе сборов — при лечении сахарного диабета; в виде капель, орошений, ингаляций — при остром или хроническом рините, для профилактики ларингита, тонзиллита. Соцветия ромашки лекарственной применяют как внутренне, так и наружно — в виде компрессов и ванн, для полоскания горла и полости рта, в виде примочек при воспалительных заболеваниях кожи. При гриппе вдыхают горячие пары настоя ромашки. При ангинах настоем полощут горло, также полоскание отваром ромашки или заваренная, как чай, поможет при болях и хрипе в горле. Чай из ромашки на ночь укрепляет сон. Проанализировав способы применения вышеуказанных растений и их лекарственные качества, можно сделать вывод, что ценность природных средств была недооценена, так как существует огромное разнообразие форм выпуска и диапазона излечиваемых болезней с помощью природных препаратов.

Выводы и предложения. Не только медицинские исследования, но и народная практика подтверждает правомочность использования лекарственных трав. Первое — на начальной стадии заболеваний лекарственные растения способны обеспечить полноценное лечение, которое оказывает более мягкое воздействие на те или иные органы человека. Они менее токсичны. Второе — во время развития заболеваний лекарственные растения достаточно важны для эффективного поддержания и укрепления защитных свойств организма. Они уменьшают побочное воздействие лекарственных средств и усиливают эффект основного лечения. Третье — в период реабилитации лекарственные растения играют основополагающую роль в поддерживающей жизненную активность терапии, особенно это касается хронических болезней. Однако необходимо учитывать, что применение лекарственных растений также требует значительного внимания: как, когда и в каком количестве их употреблять. Будьте здоровы!

Вайновская А. Н.

ФАРМАЦИЯ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ

Научный руководитель: Верещагина А. Д.

МОО «Харьцызская средняя школа с углубленным изучением иностранных языков № 26», г. Харьковск, ДНР

Береза повислая (*Betula pendula* Rooth). Дерево высотой 20–25 м семейства березовых. Распространена в северных районах Донецкой и Луганской областей. С лечебной целью используют почки, в народной медицине листья и сок березы, реже кору, корень и ветки. Из древесины получают деготь и уголь. Применяют также березовый гриб (чага) — наросты на стволах.

Заготавливают: почки — с января по март (до начала распускания). Сок — из надрезов в стволе вначале сокотдвижения вслед за первыми оттепелями; листья — во время (в мае), когда они еще молодые, душистые, клейкие и не огрубевшие; чагу — круглый год, но лучше осенью или весной.

Лекарственное сырье березы содержит ценные биологически активные вещества: в почках и листьях — эфирное масло, фитонциды, смолу, сапонины, флавоноиды, каротин, аскорбиновую и никотиновую кислоту, дубильные и другие вещества. В чаге — смолу, птерины, хромогенный комплекс, калий, марганец и другие веществ. Препараты березы применяются в медицине при заболеваниях почек и мочевых путей, печени и желчных путей, лямблиозе, гипо — и авитаминозе С, ларингите, бронхите, трахеите, сердечных отеках, спазмах кишечника и других гладкомышечных органах.

Очень популярен в фитотерапии сладковатый смолистый березовый сок. Это не только приятный освежающий диетический поливитаминный, но бодрящий и лечебный напиток. Способ применения: взрослым по 3 стакана в день, а детям по 100 г в течение 3–4 недель при анемии, общей слабости, подагре, ревматизме, фурункулезе.

Активированный уголь в порошке или таблетках (карболон) применяют как хороший адсорбент при метеоризме, изжоге, колите, тошноте, отравлениях ядами и бактериальными токсинами, пищевых токсикоинфекциях, дизентерии, заболеваниях печени и туберкулезе

легких.

Березовый деготь содержит фенолы, смолы и другие вещества. Он обладает дезинфицирующим, инсектицидным и местно-раздражающим действием. Входит в состав мазей (дегтярная, Вилькинсона, Вишневского), линиментов, дегтярной воды (10%) и серно-дегтярного мыла для лечения чесотки, ран, экземы, псориаза и грибковых заболеваний кожи.

Крапива двудомная (*Urtica dioica* L.). В медицине используются листья, а в народной медицине — сок, цветы, семена и корневища. Листья крапивы богаты витаминами. Они содержат витамины С, К, В₂, каротин, каротиноиды, гликозид уртицин, муравьиную и кремниевую кислоту, фитонциды, много микроэлементов (железо, медь, марганец), минеральных солей, хлорофилла и дубильных веществ. Крапива обладает кровоостанавливающим и кроветворным действием усиливает свертываемость крови. Суживает просветы кровеносных сосудов, увеличивает

гемоглобин, тромбоциты в крови, поднимает уровень протромбина при избыточном введении антикоагулянтов, повышает тонус гладкой мускулатуры матки и кишечника, регулирует обмен веществ и стимулирует грануляцию и эпителизацию пораженных тканей. Входит в состав препарата аллохол, применяемого при заболеваниях печени и кишечника. В сбор М. Н. Здренко. Свежий сок и отвар листьев снижает уровень сахара в крови.

Заготавливают листья весной и в начале лета, срывая руками в перчатках.

Волкова С. М., Валуйский М. А.

ЦЕЛЕБНЫЕ РАСТЕНИЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Научный руководитель: Зверьяка С. У., Кондратов Е. А.

ОП «ЛПТКК ЛГПУ», г. Луганск, ЛНР

Лекарственные растения и фармация достаточно неразрывно связаны с самого начала. По истории видно, что все начиналось с собирания трав знахарками, которые точно знали, когда и какую травку приложить, какой отвар сделать и т.д. Но нетрадиционная медицина постепенно теряла свои позиции, на первый план выходит наука и научный подход, с полным исследованием на атомном и микронном уровне. И хотя достижения медицины очевидны, без лекарственных растений порой просто не обойтись. Именно это и является актуальным в нашей работе, где предлагается рассмотреть использование знакомых зеленых помощников в критической ситуации, без доступа квалифицированной медицинской помощи.

Вдали от дома на даче или во время путешествий нас могут подстерегать разные неприятности. Чтобы всегда быть готовым к таким неожиданностям надо иметь под рукой походную аптечку. Первое, что должно быть в этой аптечке — это лекарства для лечения хронических заболеваний и оказания первой помощи. Если же по каким-то причинам нужного лекарства в аптечке не оказалось, не стоит отчаиваться. Отдельные проблемы со здоровьем можно решить и с помощью природных лекарственных средств — целебных растений, растущих повсюду — на огороде и в лесу, возле речки. Глав-

ное — знать, какие растения, их внешний вид и свойства. Вот некоторые популярные рецепты народной медицины для оказания предварительной скорой помощи. Укусы насекомых. Без этой беды в теплое время года мало кто обходится. Если ужалила пчела или оса, не забудьте сначала извлечь пинцетом жало. Обеззаразить, уменьшить боль, а также избежать отека с большим успехом поможет сок чеснока, лука или петрушки. Аллергия и малина. Увеличение заболевания данным видом организма постепенно принимает массовый характер. Причиной возникновения аллергической реакции может быть самое различное, например, шерсть животных, пыльца растений, укусы насекомых, пищевые продукты, особенно те, которые обрабатываются химическими реактивами и т.п. При первых проявлениях аллергических симптомов, до посещения врача — аллерголога, можно облегчить состояние отварами корня малины. Но и тут надо следить, чтобы не навредить, особенно, если это происходит в первый раз. Попробовать принимать отвар надо по 2 столовой ложке три раза в день, но обязательно при этом следует поставить в известность своего лечащего врача.

Травмы, растяжения, порезы и царапины. Получение такого вида нарушения поверхностного нарушения кожного покрова или даже внутреннего повреждения требует навыков оказания предварительной первой помощи. Особенно это становится актуальным в условиях удаленности местонахождения от пункта медпомощи, например, в походе или путешествии. В таком случае для оказания первой помощи можно использовать не только лекарства, которые должны быть в походной аптечке, но и растения, известные со времен Авиценны. В его «Каноне врачебной науки» из пяти две книги содержат описания лекарственного сырья и средств, способы их изготовления и употребления. Например, для остановки кровотечения предлагается смазать порезанное место соком листьев подорожника, крапивы или календулы. Это широко используется и сегодня, но при этом предварительно все-таки следует промыть чистой водой или протереть рану чистой тряпочкой. Сок легко получить, достаточно потереть листья между ладонями. Сок поможет не только остановить кровь, но и уменьшить болевые ощущения.

Алоэ. В домашних условиях при небольших порезах или царапинах хорошо помогает и столетник — алоэ лекарственный, сок которого полезен в различных случаях даже при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Именно его как лучшего «доктора» пропагандировал в свое время Абу Али ибн Сина. Описанный в его «Каноне» среди других 2600 лекарственных средств, где 1400 — растительного происхождения, алоэ способствует укреплению иммунитета, лечит заболевание глаз, очищению крови, заживляет раны и язвы. Из листьев алоэ делают сок, который применяется в медицине, в нем содержится много полезных микроэлементов. Сегодня гель из алоэ вера применяют в косметологии для лечения и профилактики кожных заболеваний и поддержания молодости и чистоты кожных покровов.

Но не всегда можно полностью доверять растениям, которые могут быть как полезными (лекарственными), но и опасными (ядовитыми). И различать их надо учиться, чтобы не навредить.

Положительными примерами могут стать ромашка

лекарственная, широко распространённое растение с мелкими цветочками и подорожник с его широкими листьями. Отварами ромашки можно полоскать горло, использовать её как противовоспалительное средство. Ромашку также применяют создания кремов, шампуней и зубной пасты. Подорожник помогает остановить кровь, заживляет раны и порезы, снимает отёки от укусов пчёл и ос. Также листья подорожника применяют для смягчения кашля, обладают обезболивающими и ранозаживляющими действиями.

Но в то же время есть и борщовник, ожог которого может спровоцировать достаточно тяжелые последствия. Для дыхательных путей может быть вредным даже цветение липы или пух тополя.

Из всего вышеперечисленного можно сделать, что в нашей области всегда можно найти лекарственных помощников, которые помогут как доврачебное лечение. Но без последующего обращения к врачам не следует забывать и не заниматься исключительно самолечением.

Гаврилова А. В.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В МЕДИЦИНЕ: ПАСТУШЬЯ СУМКА И ЧАБРЕЦ

Руководитель: Мороз Ю. Б.

*ДМО лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ
ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР*

Актуальность и постановка проблемы: Еще до нашей эры люди использовали различные травы для лечения болезней все возможных видов и, хотя с тех пор прошло много времени, люди не перестают использовать растения в лечебных целях. Если раньше их было довольно сложно достать, то сейчас человек может просто прийти в народную аптеку и купить, все то, что ему необходимо: будь эти травы в своем истинном обличии или в виде таблеток. Одними из таких лечебных растений является пастушья сумка и чабрец. Они широко применяются как в народной, так и в научной медицине.

Анализ литературных источников: Пастушья сумка — Об ее лекарственных свойствах знали еще в Древнем Риме и Греции. В средние века это растение стали использовать алхимики — искатели философского камня. Широкое применение пастушья сумка получила в Китае, где ее разводили, как овощную культуру. Так же пастушью сумку можно встретить в рецептах корейских салатов или как альтернативу крапиве или щавелю в борще.

В современной Индии это растение и вовсе применяют для борьбы с глистами.

Ее фармакологическое действие таково: Усиливают сократительную деятельность гладкой мускулатуры матки, оказывают выраженное кровоостанавливающее действие, снижают артериальное давление, суживают периферические сосуды, ускоряют перистальтику кишечника. Имеет гомеостатические, гипотензивные, фитонцидные, желчегонные, вяжущие, жаропонижающие лечебные свойства. Содержит большое количество калия.

Траву применяют наружно для заживления порезов при чистых и гнойных ранах. Мелкие раны и ушибы пропитывают чистым свежим соком растения с помощью при-

мочек и компрессов. Входит в сборы, которые активно используются для лечения туберкулеза, цистита, мочекаменной болезни. Так же активно используется и в гинекологии. Ее используют при всех кровотечениях, так как она способствует свёртыванию крови. Назначают даже при раке матки.

Но не рекомендуется использовать больные или повреждённые листья пастушьей сумки, так как поражающие их грибы зачастую ядовиты.

Цели и задачи работы: Рассмотреть и изучить лекарственные свойства пастушьей сумки и чабреца. Влияние этих лекарственных растений на организм человека.

Исследование проблемы: Чабрец — в научной и народной медицине занимает одно из лидирующих мест. Применяется чабрец (тимьян) в парфюмерии, пищевой промышленности, лекарственных средствах, используют как приправы, пряности, заваривают как чай. В народе его называют лекарством от всех болезней. Он имеет бактерицидные, противомикробные свойства, тем самым снимает нагрузку на иммунную систему. Снижает риск развития онкологических заболеваний, за счет нейтрализации свободных радикалов. Сборы с чабрецом применяют при патологиях сердца и сосудов, так же очень полезны его общеукрепляющие эффекты при сердечной недостаточности. Благодаря высокому содержанию в тимьяне витамина А, может предотвратить катаракту. Известно, что витамин В6, выявленный в тимьяне, связаны с гормонами стресса, поэтому если включить в свой ежедневный рацион тимьян, то можно заметить улучшение настроения и уменьшение симптомов стресса.

Еще издавна его применяли при заболеваниях дыхательных путей таких как: бронхита, хронической астмы, простуды, воспалений придаточных пазух носа и даже сезонной аллергии

Но не стоит чрезмерно увлекаться чабрецом для лечения различных заболеваний, ведь кроме положительного воздействия на организм, он имеет и отрицательное, например, у людей с чувствительным желудком могут быть желудочно-кишечные расстройства, а в некоторых случаях аллергическая реакция. Поэтому для исключения таких случаев, перед началом лечения следует проконсультироваться у врача.

Вывод. Исходя из исследований проблемы, можно сделать вывод, что пастушья сумка, как и чабрец имеют много полезных лекарственных свойств, помогающих в различных болезнях, но всегда нужно помнить, что заниматься самолечением опасно и всегда стоит проконсультироваться с врачом. Рассмотрев подробно данные растения, мы доказали, что пастушья сумка, что чабрец положительно влияют на организм.

Грачев А. В.

ФИТОТЕРАПИЯ ГЛАЗ

Научный руководитель: Мороз Ю. Б.

ДМО лицей-предуниверсарий ГОО ВПО ДОННМУ
ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Несмотря на технологический прорыв в создании химических лекарств, в наше время популярность фитотерапии возрастает. Благодаря стремительно развивающимся

исследований в биологии, медицине и фармакологии — возрастает интерес к природным целительным веществам и препаратам. Из-за стремительного развития фитотерапии, её часто внедряют как сопутствующую помощь при основном лечении либо общей профилактики. Для фитотерапии нашлось и применение в области офтальмологии, а почти все патологии в этой области актуальны в наше время. Ведь с каждым годом рост людей, имеющих патологию зрения растёт с огромной скоростью.

Анализ литературных источников. Фитотерапия — это метод лечения патологий человека, в основе которого используются лекарственные растения и препараты из этих растений. Хотя и понятие «фитотерапия» имеет более широкое значение, оно нередко использовалось в русскоязычной литературе как термин «траволечение». Мир растений невероятен и огромен, он включает в себя помимо трав и растений подобные организмы: грибы, водоросли, кустарники и деревья. Почти все растения обладают лекарственными свойствами. Раздел медицины, который изучает лечение природными веществами, те же растения, называется фармакогнозией. Фитотерапия — древняя наука, более шести тысяч лет назад началась её история. В то время травы были не только источником питания, но и средством лечения многих болезней. В результате археологических раскопок домов Древнего Шумера были обнаружены первые доказательства применения растений в качестве лекарств. Шумерские лекари знали о целебных свойствах многих растений и использовали их. В Древнем Египте, входе раскопок, были найдены 10 медицинских папирусов, в том числе и записи Эберса, в которых было много прописей с применением множеством лекарственных растений. В Древней Индии и Китае уже умели лечить травами большое количество заболеваний, включая доброкачественные и злокачественные опухоли.

Высоко оценивали возможности фитотерапии медики Боткин С. П. и Пирогов Н. И., и внесли большой вклад в развитие этой науки. В 1998 г. был выпущен практически первый капитальный труд по клинической фитотерапии коллективом специалистов учёных и практиков при активном участии военного фармаколога Виноградова М. В.

Цели и задачи работы. Изучение влияния различных растений на зрение человека. Узнать какие растения как помогает при различных патологиях зрения. Изучить методы профилактики различных заболеваний с помощью фитотерапии.

Исследование проблемы. Гинкго двулопастный (гинкго билоба) — в лечебных целях используют листья и плоды. Листья содержат флавоноиды, бифлавоноид аментофлавоноид, гексакозанол, пинит, различные кислоты, терпены, воск, катехины и так далее. Препараты из листьев обладают спазмолитическими, сосудорасширяющими и бактериостатическими свойствами. Они ускоряют кровообращение в периферическом и мозговом участках, способствуют снабжению их кислородом. Препараты из этого растения улучшают приток крови к сетчатке. Экстракты этого растения улучшают зрение у людей с глаукомой. Гинкго двулопастный это мощный антиоксидант, он защищает нервные клетки, в том числе и глазные. «Живая окаменелость» — так называл его

Чарльз Дарвин.

Чабрец обладает антисептическим, противовоспалительным, болеутоляющим и слабым снотворным действием. Он положительно влияет на зрение человека из-за высокого содержания каротиноидов, которые способствуют улучшению кровообращения в глазах, а также защищают хрусталик от дегенеративных изменений.

Благодаря содержанию антиоксидантов в зелёном чае, он способен помочь уничтожить в клетках свободные радикалы, которые становятся причиной многих хронических заболеваний глаз (глаукома, катаракта и т.п.). Очанка (глазница аптечная) входит в состав большого количества офтальмологических лекарств. Это растение помогает нормализовать отток глазной жидкости, внутриглазное давление. Входит в состав многих препаратов, которые помогают в лечении конъюнктивита. А также другие растения, способствующие улучшению зрения, например, различные ягоды (голубика, земляника, клюква, черника), большое количество овощей (картофель, капуста, морковь, помидоры), плоды (калина, рябина, шиповник, облепиха), молодые побеги трав (одуванчик, крапива).

Выводы и предложения. Исходя из исследований проблемы, можно сделать вывод, что лечение с помощью лекарственных растений эффективно. Как среди врачей, так и среди пациентов неуклонно растёт интерес к лечению травами. Возрождению интереса к фитотерапии способствует возвращение натурфармации, в рамках которой развивается такое клиническое направление как биоинформационная медицина. А в следствии широкого применения современных препаратов из лекарственных растений — улучшается их качество. А исходя из исследований, проведённых в рамках работы, мы доказали, что различные лекарственные растения имеют лечебные свойства, помогающие при различных патологиях зрения.

Гужва М. Г.

ПРЕПАРАТЫ-БРЕНДЫ И ИХ АНАЛОГИ НА СОВРЕМЕННОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ ПРИДНЕСТРОВЬЯ

Научный руководитель: Наумова О. О.

ГОУ «Бендерский медицинский колледж», г. Бендеры.

Приднестровская Молдавская Республика

Актуальность и постановка проблемы. В условиях нынешнего уровня экономического развития, материального благосостояния населения при выборе лекарственных средств, предпочтение отдается в большей степени генерикам (дженерикам), поскольку не требуется огромных финансовых затрат на создание и дальнейшее изучение свойств, более низкая стоимость по сравнению с оригинальными препаратами. Здоровье главное богатство человечества, когда речь идет о здоровье, то вопрос эффективности и безопасности лекарственного средства ставится на первое место и тогда выбор уже в пользу бренда, вне зависимости от цены.

Анализ литературных источников. Распространенность генериков на национальных фармацевтических рынках неоднородна: объем продаж воспроизведенных лекарственных средств в США и странах Запад-

ной Европы колеблется в пределах 25–35%, в Восточной Европе — 55–70%, а в странах СНГ превышает 75%. На фармацевтическом рынке ПМР преобладают генерики зарубежного (преимущественно российского и украинского) производства. Главное преимущество таких препаратов — более низкая стоимость по сравнению с оригинальными лекарственными средствами, а недостаток — качественная неоднородность, что, несмотря на невысокую цену, при низкой эффективности и неподт из-за побочных реакций и осложнений. Например, частота проявления нежелательных эффектов у отдельных лекарственных средств, содержащих в качестве активной фармацевтической субстанции диклофенак натрия ~ 16,9%, в то время как для Вольтарена она значительно ниже — ~ 3,7%. В связи с этим возникают проблемы обоснованной фармацевтической замены и выбора критериев соответствия воспроизведенного лекарственного средства бренду.

Цели и задачи работы. Цель работы — исследование потребительского спроса на препараты, брендов и их аналогов на современном фармацевтическом рынке Приднестровья.

Задачи:

1. изучение тенденций фармацевтического рынка;
2. анализ ассортимента и реализации брендов и аналогов на базе аптеки № 9 ООО «Вивафарм», г. Бендеры.

Исследование проблемы. Как и любой вид рынка, фармацевтический имеет свои особенности и свой специальный язык. Очень часто мы слышим термин «оригинальный» препарат, бренд. В нормативно — правовой документации Приднестровья в законе «О фармацевтической деятельности в Приднестровской Молдавской Республике» дается следующая формулировка понятию «оригинальное (новое) лекарственное средство»: — защищенное патентом лекарственное средство, впервые появившееся на фармацевтическом рынке.

Часто понятие бренд (брендовый препарат) приравнивают к понятию оригинальный препарат. Правильно ли это? Нет, не правильно.

Оригинальный препарат конечно обладает большими шансами стать брендом. Построение бренда — сложный, долгий и затратный процесс. Поэтому не каждый оригинальный препарат становится брендом.

В нормативно — правовой документации в законе «О фармацевтической деятельности в Приднестровской Молдавской Республике» дается следующая формулировка понятию «воспроизведенное лекарственное средство (генерик)» — лекарственное средство, воспроизведенное на основе оригинального после истечения срока действия патента, и содержащее то же действующее вещество, в той же дозе и лекарственной форме, что и оригинальный препарат.

Большинство населения при простудах и легких недомоганиях занимается самолечением, но когда что, то серьезное мы идем на прием к врачу. Пациент получает от врача внушительный список лекарственных препаратов. Вы идете в аптеку и, немного посетовав на цену, с покорностью выкладываете кругленькую сумму за те лекарства, которые должны поднять вас на ноги. Пациенты редко задумываются об экономической стороне лечения, пока, конечно, сумма не превысит некую пороговую величину доступную для пациента. Для того, чтоб не потерять пациента и помочь ему максимально

в лечении фармацевт может рассказать какие есть аналоги для прописанных оригинальных лекарственных средств, какова их цена, чем они отличаются от оригинальных лекарственных средств или брендов. Нами был проанализирован по цене ассортимент брендов и генериков на базе аптеки № 9 ООО «Вивафарм»:

Аспирин кардио-100мг N56 79–30 - АСК 75 мг N50 23–30;

Бепантен 105–15 — Пантенол аэрозоль 46–85;

Вольтарен 72–20 Диклофенак 25–45;

Венарус 295–00 — Детралекс 174–55;

Зовиракс 118–25 - Ацикловир 25–40;

Имодиум 79–25 — Лоперамид 4–55;

Зиртек 156–95 — Цетиризин 15–35 и т.д.

Из представленных данных видно, что отличия по цене существенные от разницы в 2 раза до разницы в 10 раз. Наличие генериков спасает такие категории населения как пенсионеры, инвалиды, малоимущие, многодетные семьи, однако без брендов тоже никуда, есть препараты, которым аналоги не созданы, или помогают только они.

Вывод и предложения. Для более рационального распределения своего бюджета и понимания процесса лечения пациент должен стать активным участником своего лечения для этого нужно знать, что почти всегда есть аналоги назначаемых лекарств с тем же действующим веществом и большим разбросом по цене. Также необходимо осведомиться о вспомогательных веществах.

Дмитрова А. Р.

LIGUSTRUM VULGARE L. КАК ПЕРСПЕКТИВНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ РАСТЕНИЕ

Научный руководитель: Попович В. П., Виноградова Н. А. ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. С целью расширения сырьевой базы лекарственных растений необходимо проводить анализ малоизученных видов. Большинство видов бирючины обладают высокими декоративными качествами и ценятся за устойчивость к неблагоприятным условиям выращивания. Род *Ligustrum* насчитывает около 50 видов.

Анализ литературных источников. Бирючина (*Ligustrum vulgare L.*) род семейства оливковых (*Oleaceae L.*). Родина Корейский полуостров, средний и южный Китай. Плоды бирючины представляют собой черные, округлые, глянцевые костянки, с красноватой мякотью, диаметром до 0,8 см.

Листья бирючины простые, от яйцевидной до ланцетной формы, заостренные, кожистые, с верхней стороны темно-зеленые, с нижней — светло-зеленые. Цветет в первой половине лета в течение 20–25 дней. Растет быстро, довольно морозостойка, засухоустойчива. В настоящее время сырьё бирючины не применяется в официальной медицине в связи с недостаточной изученностью ее химического состава, однако, является популярным растением в народной медицине.

Цель и задачи работы. Изучение химического состава бирючины обыкновенной (*Ligustrum vulgare L.*) и оценки перспективности её использования в качестве лекар-

ственного сырья. Для достижения цели перед нами были поставлены следующие задачи: изучить литературные данные о химическом составе бирючины обыкновенной, использовании в народной медицине, провести качественное и количественное определение биологически активных веществ в плодах и листьях бирючины, на основании полученных данных сделать выводы о медицинском применении растения бирючины обыкновенной.

Исследование проблемы. С помощью реакции с раствором железоммониевых квасцов было установлено преобладание конденсированной группы дубильных веществ в плодах и листьях бирючины.

Экспериментально было выявлено содержание в листьях бирючины обыкновенной таких классов флавоноидов как, халконы, ауруны, 5-оксифлавоны, 5-оксифлавонолы, а в плодах — антоцианов. При проведении количественного анализа наибольшее содержание аскорбиновой кислоты было выявлено в листьях бирючины обыкновенной.

Сравнимо с содержанием в плодах шиповника (*Rosa spp.*) (в соответствии с требованиями нормативной документации: не менее 0,2%). Данное сырьё целесообразно использовать в качестве источника аскорбиновой кислоты.

Установлено, что плоды бирючины содержат значительное количество антоцианов, которое превышает содержание данной группы биологически активных веществ в цветках василька синего (*Centaurea cyanus L.*) (в соответствии с требованиями Фармакопеи: не менее 0,6%). Выявлено, что содержание дубильных веществ в листьях и плодах превышает содержание таковых в плодах черемухи обыкновенной (*Padus avium Mill.*) (в соответствии с требованиями Фармакопеи: не менее 1,7%).

Выводы и предложения. В народной медицине из высушенного сырья готовят лечебные отвары и настойки. Настойки и отвары из бирючины справляются со многими заболеваниями. Но применять их нужно с большой осторожностью, так как бирючина обыкновенная это очень ядовитый кустарник.

Результаты исследований показывают, что в качестве источника аскорбиновой кислоты и дубильных веществ целесообразно использовать листья бирючины, а в качестве источника антоцианов — плоды. Наличие значительного количества аскорбиновой кислоты позволяет прогнозировать витаминное, а дубильных веществ — вяжущее и противовоспалительное, антоцианов — антиоксидантное действие для анализируемого сырья. Полученные данные свидетельствуют о том, бирючина обыкновенная является перспективным растением для изготовления лекарственных препаратов на их основе. Необходимо дальнейшее фитохимическое изучение сырья данного растения.

Дмитрова А. Р., Николаенко К. В.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ НИКЛОЗАМИДА В ТАБЛЕТКАХ

Научный руководитель: Романова Л. А. ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Никлозамид — антигельминтный препарат класса салициланилидов.

Также никлозамид обладает противоопухолевой активностью, что и вызывает интерес для дальнейшего его исследования. Средство назначают для приема внутрь и в виде таблеток. Учитывая особенности его применения, представляет интерес изучение и разработка новых методов контроля качества данного препарата.

Анализ литературных источников. Никлозамид-антигельминтное медикаментозное средство, которое предназначается для терапии цестодозов. Препарат вызывает паралич мускулатуры ленточных гельминтов, это приводит к снижению их способности закрепляться на слизистой оболочке.

Цель и задачи работы. Эта работа была выполнена с целью идентификации никлозамида качественными реакциями на фенольный гидроксил и ароматическую нитрогруппу. Объектом исследования нами были выбраны таблетки «Никлозамид» 500 мг. Перед нами была поставлена задача — для определения подлинности никлозамида провести следующие качественные реакции:

1. На фенольный гидроксил. Соединения, содержащие фенольный гидроксил, образуют соли с железа (III) хлоридом характерной окраски.

2. Нитрогруппу обнаруживают после восстановления до аминогруппы с последующим проведением реакции образования азокрасителя.

Исследование проблемы. При добавлении к исследуемому раствору, содержащему никлозамид, раствора железа (III) хлорида наблюдали появление сине-фиолетового окрашивания. Нитрогруппу восстанавливали цинком в присутствии кислоты соляной, с последующим добавлением нитрита натрия в присутствии кислоты соляной. Наблюдалось появление желтого окрашивания, обусловленного образованием соли диазония. После добавления к полученному раствору щелочного раствора б — нафтола наблюдали появление красного окрашивания. Наблюдаемые аналитические сигналы соответствуют таковым в реакциях идентификации на фенольный гидроксил и ароматическую нитрогруппу.

Выводы и предложения. Проведенные качественные реакции на фенольный гидроксил и ароматическую аминогруппу могут быть рекомендованы в качестве нефармакопейных реакций идентификации никлозамида в таблетках.

Авраменко К. Д., Лобанова А. В.

ИЗМЕНЕНИЯ НАРУШЕНИЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЫ БЕЛЫХ КРЫС, ВЫЗВАННЫХ ДЛИТЕЛЬНОМ ВВЕДЕНИЕМ ДЕКСАМЕТАЗОНА

Научный руководитель: Линник А. В.

МОУ «Школа № 93 им. Н. П. Жердева г. Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Впервые на базе ГОУ ВПО «Донецкий национальный университет» учащиеся общеобразовательного учреждения проводили исследование, целью которых были динамики функциональных изменений в скелетной мышце белых крыс при длительном введении терапевтических доз дексаметазона, сочетаемых с применением умеренной физической нагрузки.

Анализ литературных источников. Широкое распро-

странение естественных и синтетических глюкокортикоидов (ГК) в клинической практике в связи с выраженным их противовоспалительным, антиаллергическим и иммуносупрессорным эффектами предопределило увеличение частоты ятрогенного гиперкортицизма среди людей. Вместе с тем, наряду с полезными клиническими эффектами, эти гормоны в фармакологических дозах оказывают выраженное негативное влияние на лимфоидные органы, кожу, хрящевую и костную ткани, скелетную мускулатуру [87, 92].

Изменения в опорно-двигательном аппарате при ятрогенном гиперкортицизме носят дистрофический характер, сопровождаются развитием остеопороза и стероидной миопатии, что предопределяет нарушение двигательной активности больных, развитие мышечной слабости и высокую утомляемость мышц, влекущие за собой ухудшение качества жизни [16, 17]. Причем это единственные лекарственные средства, оказывающие очень быстрый, выраженный и долго сохраняющийся противовоспалительный и иммуносупрессивный эффект [31].

Невзирая на полезные терапевтические эффекты (иммуносупрессивный, антиаллергический, противовоспалительный, анальгезирующий), ГК оказывают и негативное влияние, которое распространяется на ткани и органы, в которых ГК усиливают катаболизм белков — скелетную мышечную ткань, лимфоидные органы, кожу [104].

Цели и задачи работы. Целью настоящей работы явилось исследование динамики функциональных изменений в скелетной мышце белых крыс при длительном введении терапевтических доз дексаметазона, сочетаемых с применением умеренной физической нагрузки. Для достижения поставленной цели нами были определены следующие задачи:

— исследовать изменение амплитудных и временных параметров одиночного и тетанического сокращений мышцы, а также ее работоспособности в динамике насыщения животного организма дексаметазоном;

— изучить характер изменения параметров одиночных сокращений мышцы после выполнения утомляющей работы относительно соответствующих исходных значений, на основании чего оценить степень утомляемости и скорость восстановления после утомления нервно-мышечного аппарата животных, подвергавшихся длительному введению дексаметазона.

Исследование проблемы. Эксперименты проводились на 130 белых крысах, первоначально разделенных на 3 группы. Животные первой группы (n=10) служили контролем. У животных второй группы (n=60) воспроизводили гиперкортицизм различной степени выраженности путем хронического введения синтетического аналога глюкокортикоидов дексаметазона в терапевтической дозе (0,25 мг/кг, внутривенно, через день) на протяжении от 10 до 60 дней. Животные третьей группы (n=60) подвергались комбинированному воздействию хронического применения дексаметазона и умеренных физических 66 нагрузок. Умеренные физические нагрузки моделировали путем принудительного плавания возрастающей длительности при температуре комфорта (32–34 °С).

Первоначальное плавание всех животных начиналось с 5-ти минутной длительности, после чего каждые 2 дня

период плавания увеличивали на 1 минуту. По окончании срока введения дексаметазона, сочетаемого и несочетаемого с плаванием, на животных проводили острый опыт, в котором исследовали некоторые параметры функционального состояния передней большеберцовой мышцы крыс при вызванном ее сокращении. Сокращение мышцы индуцировали путем раздражения сверхпороговым электрическим током (напряжение 200 мВ) малоберцового нерва.

Физическая нагрузка модулирует некоторые эффекты дексаметазона на скелетную мышцу. Так, ежедневное кратковременное плавание предотвратило снижение скорости и надежности нервно-мышечной передачи, массы передней большеберцовой мышцы и ухудшение ее силовых характеристик, вызванное хроническим введением дексаметазона без плавания.

Спустя 5–25 инъекций дексаметазона, сочетаемых с плаванием, наблюдались некоторые признаки, свидетельствующие в пользу возможного увеличения доли быстрых мышечных волокон в передней большеберцовой мышце: укорочение латентного периода сокращения мышцы и фазы укорочения (спустя 5–30 инъекций), общей продолжительности одиночного сокращения (спустя 10–20 67 инъекций), увеличение частоты тетанизации мышцы (спустя 10–25 инъекций) и увеличение продолжительности вработывания мышцы (спустя 5–25 инъекций).

Выводы и предложения. Ежедневное кратковременное плавание предотвратило снижение скорости и надежности нервно-мышечной передачи, массы передней большеберцовой мышцы и ее силовых характеристик, вызванных хроническим введением дексаметазона. Вместе с тем, у крыс, подвергавшихся введению дексаметазона и плаванию, наблюдались признаки повышенной утомляемости мышцы, обусловленные энергетическим дефицитом в мышечных волокнах.

Заика И. К.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФЛОРА ДНР

Научный руководитель: Загумённая О. Н.

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

Актуальность. Вызвана в первую очередь дороговизной фармакологических лекарственных средств, большим количеством различных побочных явлений, аллергических реакций, популяризацией экологического мышления и жизни, доступностью сырья.

Цели. Изучить разнообразие лекарственных растений, произрастающих на территории ДНР, их фармакологические свойства и возможные лекарственные формы.

Методы и объекты исследования. Объектом исследования выступили растения естественной флоры ДНР. Методы исследования: обзор литературы, поиск лекарственного растительного сырья, составление гербариев. **Достигнутые результаты.** Умение применять полученные знания после исследований, составлена памятка для людей, интересующихся деятельностью фитотерапии по заготовке лекарственного сырья, использование лекарственного сырья для приготовления фиточаёв общеукрепляющего и иммуномодулирующего, ранозаживляющего, антисептического действий.

Использование растительного лекарственного сырья.

Весь зелёный мир — это своего рода аптека, дающая нам бесплатные лекарства, с помощью которых предупреждаются и вылечиваются различные заболевания. Давно заметил человек, что некоторые растения излечивают от недугов. Стал запоминать, что от чего может помочь. Так из поколения в поколение передавались сведения о лечебных свойствах растений. Лекарственные растения, которые составляют часть естественной флоры ДНР, легко доступны в сборе жителям. Сухие измельчённые листья подорожника употребляют в форме настоя в качестве противовоспалительного средства при бронхитах, коклюше, астме и других заболеваниях органов дыхания. Отвар из листьев перечной мяты помогает регулировать артериальное давление. Листья мяты перечной добавляют в травяные сборы для лечения холециститов, гепатитов и желчнокаменной болезни. Плоды шиповника улучшают регенерацию тканей, нормализуют процессы свертываемости крови и увеличивают защитные силы организма к инфекциям. Заваренные цветки ромашки помогают в случае нарушения секреции пищеварительных желез, при гастрите, язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Заваренные цветы липы обладают желчегонным, противовоспалительным и жаропонижающим действиями.

Вывод. Изучила наиболее доступные лекарственные растения флоры ДНР. Составила краткий каталог согласно официальным этапам исследования. Научилась заготавливать лекарственное растительное сырьё. Закрепила знания, умения и навыки в составлении купажа фиточаёв общеукрепляющего, иммуномодулирующего, ранозаживляющего, антисептического действий.

Ковалёв Р. А.

ЗЕЛЕНЫЕ НАСАЖДЕНИЯ – ОСНОВА ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Научный руководитель: Новицкая Е. Л.

МОУ «Сельская школа № 58», г. Горловка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Наша школа самая зелёная и самая красивая. Народная мудрость гласит, что школа — это наш второй дом. Здесь мы познаём науки, взрослеем и влюбляемся. Благоустройство пришкольного участка играет важную санитарно-гигиеническую и учебно-воспитательную роль. Учебный класс-помещение с ежедневной наполняемостью группами детей. При чём за день таких групп сменяется несколько. «Оздоровляющее» воздействие на атмосферу помещения оказывает комнатные растения, а также растения, растущие вокруг школы.

В учебных кабинетах особенно ценятся растения, которые влияют на снижение излучения от электромагнитных волн, повышение уровня влажности в помещении, очищение воздуха от выделяемых различными пластиками вредных веществ, антибактериальную обработку окружающей среды. Особенно актуально это в данный момент с широким распространением болезни COVID-19.

Анализ литературных источников. При подборе растений в классах следует убедиться, что растение не является ядовитым, не способно вызывать аллергических реакций, неприхотливо для классных комнат и просты

в уходе за ними. Герань-однолетнее и многолетнее растение со стеблями высотой около 50 см. Герань обладает массой полезных свойств для человека. К примеру, растение выделяет в воздух бактерицидные вещества. А эти вещества губят различные виды микробов, в том числе и стафилококка. Каланхоэ является суккулентным многолетним растением, которое в любое время года зелёного цвета. Каланхоэ обладает противовоспалительным, кровоостанавливающим, бактерицидным свойствами, применяющееся как заживляющее различные раны.

Свежий сок растения содержит множество полезных веществ, таких как дубильные вещества, ферменты, флавоноиды, органические кислоты, микро- и макроэлементы. Хлорофитум универсальное растение, активно очищает воздух от бактерий и токсинов. Считается, что несколько горшков с хлорофитумом в комнате способны полностью очистить воздух от всех вредных веществ. Если хлорофитум поливать почаще, он может даже увлажнять воздух. Считается, что он может собирать такие соединения, как угарный газ, аммиак, ацетон, бензол, формальдегид и др. Алоэ вера обладает бактерицидными свойствами и активно в отношении таких бактерий как стрептококк, стафилококк, дифтерийная и дизентерийная палочки. Оно эффективно при облучении, воспалительных заболеваниях, свежих ранах, ускоряя процесс регенерации. Алоэ действует как иммуномодулятор, способствуя общему оздоровлению организма. Сансевиерия является многолетним травянистым бесстебельным растением. Ему не страшны сквозняки, он хорошо переносит сухой воздух и отсутствие полива. Сансевиерия — кладёз полезных веществ. В первую очередь очень активно используется в домашних условиях способность очищать воздух помещения от многих вредных компонентов, которые выделяются пластиком, что оказывает положительное воздействие на состояние дыхательной системы и способствует повышению иммунитета.

Цели и задачи работы. Целью данного исследования было выявить влияние комнатных растений в школе на самочувствие учащихся, в нашем случае на посещаемость. Задачи нашей работы: изучить и проанализировать научную литературу, выработать методику опыта, провести наблюдения за посещаемостью в школе проанализировать полученные данные, сделать выводы и предложения.

Исследование проблемы. Объектом данной работы было исследование таких комнатных растений, имеющих в школе, как герань, алоэ, каланхоэ, хлорофитум и сансевиерия. Предмет исследования: влияние данных растений на заболеваемость детей ОРВИ, в нашем случае их посещаемость школы. Опыт заложили по такой схеме: в 5 классе расположили только растение сансевиерия; в 6 классе - алоэ; в 7 классе - каланхоэ; в 8 классе - хлорофитум; в 9 классе - герань; в 10 классе - все выше перечисленные растения; в 11 классе — все растения убрали. Наблюдение проводили на протяжении трёх месяцев: это январь-март.

Для «оздоровления» климата в классном кабинете создают растения алоэ, герани, а также полный их набор (100% посещаемость) отсутствие зелёных насаждений отрицательно влияют на посещаемость (80% посещаемость). Вокруг нашей школы растут посадки берёз, лип,

рябины, других древесных и кустарниковых растений. А какие у нас великолепные цветники! Мы с уверенностью можем сказать, что они положительно влияют на самочувствие школьников и педагогов.

Выводы и предложения. Правильное размещение комнатных растений, озеленение вокруг любых предприятий и учреждений способствует «оздоровлению» атмосферы. Предложить применять при озеленении своих комнат, классов и т.д. такой набор комнатных растений: герань, алоэ, каланхоэ, хлорофитум и сансевиерия.

Козырев М. В.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ РАСТЕНИЕ КУНЖУТ КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ОСНОВА ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИИ

Научный руководитель: Панютова С. А.

МОУ «Школа № 45», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. На сегодняшний день гипертония — это заболевание, которое занимает одно из лидирующих мест среди основных причин смертности населения мира. Гипертонической болезнью страдает каждый пятый житель планеты, а в России, по данным статистики, каждый третий. Но если раньше в мире болезнь в основном диагностировалась у людей старше сорока, то теперь около 33.4% гипертоников — это молодые люди, 7.2% подростки и 2% дети. В связи с этим, ученые постоянно работают над созданием медицинских препаратов, способствующих снижению артериального давления.

Однако не стоит забывать о роли лекарственных растений в борьбе с целым рядом заболеваний, в том числе и гипертонии. Среди огромнейшего числа видов лекарственных растений одно из немаловажных мест занимает кунжут. Изучение полезных свойств кунжута как лекарственного растения и определение его места как необходимой вспомогательной основы лечения гипертонии объясняет актуальность написания данной работы.

Анализ литературных источников. Изучению полезных свойств кунжута посвящено достаточно немалое количество научных публикаций ученых, среди которых следует назвать Кароматова И. Д., Истамову Д. М., Алекберли Ф., Альван Амин, Минакову А. Д., Щербакова В. Г. и др. Однако, проведенный анализ литературы показал, что полезные свойства кунжута изучаются в комплексном влиянии на состояние здоровья человека. При этом непосредственно применение кунжута как вспомогательной основы при лечении гипертонии и его эффективность исследованы недостаточно.

Цели и задачи работы. При написании данной работы поставлена цель изучения лекарственного растения кунжута как вспомогательной основы при лечении гипертонии. Поставленная цель обусловила следующие задачи исследования: изучение химического состава полезных питательных веществ кунжута, их влияние на организм человека в сторону снижения артериального давления.

Исследование проблемы. Латинское название рода растений *Sesamum* происходит от др.- греч. σῆσαμον, которое, в свою очередь, заимствовано из семитских языков (арамейское *šūmshēmā*), от поздне-вавилонского *shawash-shammu*, от ассирийского *shamash-shammū*, от

shaman shammi — «масляное растение».

Семена растения кунжут, культивируемого с древнейших времен (более 7000 лет назад) и по сей день в Индии, Пакистане, Средней Азии, Китае, средиземноморских странах, с давних пор использовались не только в кулинарии, косметологии, но и народной медицине. Например, упоминания о целебной силе кунжутных семян встречаются в медицинских трактатах Авиценны, а в древнем Египте кунжутное масло уже в 1500 г до н.э. находило широкое применение в народной медицине). Другое название кунжута — «сезам», что в переводе с ассирийского языка означает «масляное растение» (содержание в семенах сезама ценного кунжутного масла достигает 60%).

В одной унции (28 г) семян кунжута определено следующее содержание питательных веществ:

Марганец — 0,7 мг, Медь — 0,7 мг, Кальций — 277 мг, Железо — 4,1 мг, Магний — 99,7 мг, Триптофан — 93 мг, Цинк — 2 мг, Волокно — 3,9 мг, Тиамин — 0,2 мг, Витамин B6 — 0,2 мг, Фосфор — 179 мг, Белки — 4,7 г. Иными словами, семена кунжута содержат до 55% масла и 20% белка. В них много аминокислот (триптофана и метионина), линолевой и олеиновой кислот, витамина E и лигнинов, которые обладают высокой антиоксидантной и противовоспалительной активностью.

Именно данные свойства кунжута позволяют замедлить развитие атеросклероза, который, в свою очередь, в большинстве случаев, является одной из основных причин гипертонии. В исследовании, опубликованном в журнале «Molecular Nutrition & Research Food» в 2010 году, было показано, что кунжут частично блокирует образование сгустка крови на начальных стадиях атеросклероза, предотвращает выработку молекул, которые способствуют воспалению и тромбозу в эндотелиальных клетках.

Результаты этого исследования доказывают, что семена действуют на молекулярном и генетическом уровне, имеет измеримое влияние на экспрессию генов, которые участвуют в развитии атеросклероза.

Если рассматривать варианты биологической доступности для организма человека, то следует отметить, что применение кунжута в виде кунжутного масла в сыродавленном варианте позволяет увеличить биологическую доступность полезных веществ, а, следовательно, может способствовать более выраженному полезному эффекту его использования.

Выводы и предложения. По итогам проведенного исследования можно сделать вывод, что кунжут как лекарственное растение известно еще с древних времен. Однако с развитием фармацевтической промышленности данное растение было незаслуженно забыто. Однако с ростом заболеваемости, в частности гипертонией, возникает необходимость изучения дополнительных вспомогательных лекарственных растений, которые благодаря своему химическому составу позволяют снизить уровень артериального давления у больных гипертонией.

Конько Д. П.

ПОЛЕЗНЫЕ СВОЙСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ

Научный руководитель: Булеева Л. В.

МОУ «Школа № 105 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Люди ещё с давних веков лечились средствами народной медицины. Это будет продолжаться даже при самых высоких уровнях развития научной медицины. Никакие запреты и ограничения не смогут заставить человека отказаться от пользования природными средствами. Многие лекарственные препараты пользуются большим спросом на основе лечебных трав. К сожалению, в последнее время растительная популяция очень сократилась. Главной причиной данной проблемы является безответственное отношение людей к природе. Но не стоит забывать и о том, что растения не только используют в медицине, но также они имеют очень важную роль в нашей жизни, снабжая Землю кислородом. Поэтому, каждый из нас, должен заботиться о растениях. Также говоря о лекарственных растениях, необходимо выделить, что на организм они воздействуют слабее, чем синтетические препараты и лечение лекарственными растениями всегда длительное и они не в силах помочь при заболеваниях во время обострения.

Цели и задачи работы. Цель моей работы заключается в изучение и обобщение сведений о лекарственных растениях, а также правильности использования их в современном мире для лечения и профилактики различных заболеваний.

Задачи моей работы: изучить литературу об использовании лекарственных растений, проанализировать полученные знания и сделать выводы.

Анализ литературы. Работая над данной темой, я изучила следующую литературу: Калюжный, С. И. Лекарственные и пряные растения. Выращиваем, собираем, заготавливаем, применяем / С. И. Калюжный. — М.: Феникс; Лекарственные растения // Биология / [авт. ст.: Г. А. Белякова и др.], Гл. ред. А. П. Горкин. — М.: Росмэн, 2006 (Современная иллюстрированная энциклопедия). Меньшикова З. А. Лекарственные растения в каждом доме / З. А. Меньшикова, И. Б. Меньшикова.

Исследование проблемы. Испокон веков постепенно формировалась народная медицина. Особой популярностью пользуются лекарства растительного происхождения. Лечебные свойства растений обусловлены тем, что в них содержатся вещества, которые способны оказывать определенное влияние на организм, его органы и системы.

В народной медицине лекарственные растения используют как в свежем виде, так и в виде различных форм и препаратов. Из свежих и высушенных лекарственных растений в домашних условиях можно приготовить различные отвары, настои, мази, соки и т.д. Примером лекарственных растений являются зверобой, ежевика, девясил, валериана, крапива, одуванчик и многие другие. В своей статье, я бы хотела рассказать о преимуществах лекарственных растений, на примере алоэ: уникального растения, обладающего массой полезных свойств. Это растение можно встретить не только в полупустынных областях, но также и повсеместно, как комнатное растение.

Сок листьев алоэ имеет большое количество ферментов и витамин. Он улучшает пищеварение, очищает раны и язвы, проявляет аппетит. Также сок листьев алоэ применяют для лечения туберкулёза или хронической пневмонии.

Применяют это растение и для помощи в лечении глаз-

ных заболеваний, к примеру весеннем катаре или блефаритах. А при покраснении век или усталости глаз делают примочки, для которых разводят сок растения с кипячённой водой. Что касается меня и моей семьи, мы также пользуемся этим лечебным растением. К примеру, сок алоэ можно использовать, как хорошее средство от кашля.

Для этого необходимо в равных пропорциях смешать его с мёдом и принимать по $\frac{1}{2}$ чайной ложки 3 раза в день. Алоэ можно применять при воспалении горла, для этого сок алоэ нужно смешать с водой 1/1. Листья растения можно использовать даже для снятия зубной боли. В таком случае, кусочек листика алоэ кладут на больной зуб, срезанной части. Кроме того, это растение можно использовать для лечения туберкулёза.

Для этого нужно $\frac{1}{2}$ пачки сливочного масла растереть с 20 г сока алоэ, затем добавить полстакана мёда и 3 столовые ложки какао, после чего хорошо всё перемешать. Пить такое лекарство 3 раза в день по 1 столовой ложке.

Выводы и предложения. Роль лекарственных растений со временем возрастает, их всё больше применяют при различных заболеваниях. Пользоваться народными средствами, в особенности лекарственными травами дешевле и безопаснее, чем синтетическими препаратами.

Всё это потому, что лекарственные травы очень редко вызывают аллергические реакции, не нарушают иммунную систему, а наоборот, укрепляют ее, и побочных действий у них значительно меньше. Но не смотря на всё это, необходимо помнить, самолечение может быть очень опасным, и поэтому всегда лучше проконсультироваться с врачом.

Тарнавская Е. В.

АРОМАТЕРАПИЯ КАК РАЗНОВИДНОСТЬ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Научный руководитель: Лазаренко Л. И.

ГПОУ «Шахтерский техникум кино и телевидения имени А. А. Ханжонкова», г. Шахтерск, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Сегодня идет активный процесс возвращения современного человека ко всему природному и натуральному. К таким забытым природным компонентам относятся и эфирные масла. Множествами исследований доказано, что эфирные растительные масла помогают воссоздать наиболее комфортные условия для организма человека в период выздоровления или для профилактики многих заболеваний. Они натуральные и не содержат вредных компонентов.

Современная ароматерапия — это заманчивый и очень интересный способ сохранить или улучшить свое здоровье и душевное состояние. Ученые доказали, что эфирные масла благоприятно влияют на психику, самочувствие и внешний вид человека.

В теперешних условиях коронавирусной пандемии вопрос профилактики сезонных респираторных заболеваний становится все более актуальным. Частые простудные заболевания ослабляют иммунную систему человека, в результате — повышается риск присоединения серьезных болезней, которые могут привести

к осложнениям.

Действие растительных эфирных масел многогранное и неоднозначное. Они оказывают комплексный эффект и подходят для решения многих проблем со здоровьем.

Однако, применение эфирных масел — не панацея, но вероятность улучшения состояния здоровья очень велика.

Цели и задачи проблемы. Целью данной работы является повышение интереса к проблеме использования эфирных масел в ароматерапии, показать несложность процесса применения их в домашних условиях для лечения и профилактики вирусных и бактериальных заболеваний при помощи ароматического массажа, приготовления ванны или ингаляций.

Исследование проблемы. Ароматерапия является разновидностью альтернативной медицины, в которой используются свойства различных растительных эфирных масел, как способ поддержания и улучшения здоровья и внешнего вида человека.

Человечество начало создавать благовония очень давно. Уже древние египтяне знали, как меняется психическое и физическое состояние организма под действием эфирных масел. Парфюмерия и медицина, косметика и похоронные ритуалы (бальзамирование тел) — вот кратко те сферы, в которых египтяне применяли восковые духи, пасты и настои.

Это была заря ароматерапевтических практик. В наше время ароматерапия активно изучается, проводятся различные исследования, открываются все новые и новые её возможности.

К сожалению, к лечению ароматами эфирных масел многие относятся не серьезно. И напрасно! Исследователи крупнейшего в Великобритании Нотрумбрийского университета провели массу экспериментов и выяснили, что с помощью ароматерапии можно улучшить память, повысить обучаемость, мышление и другие когнитивные способности. Свои заключения медики подтвердили экспериментами на добровольцах.

Эфирные растительные масла обладают широким спектром косметического и лечебного действия, так как в их состав входит множество химически активных веществ. Они помогают снимать воспаление многих органов, согревать, улучшать память, снимать зуд от укусов насекомых, обезболить, отгонять насекомых, защищать организм от инфекций, ускорять рост волос, бороться с морщинами, вялостью и жирностью кожи, улучшать состояние ногтей, снижать холестерин в крови, нормализовать давление и улучшать работу сердца.

Все перечисленные качества эфирных масел, с точки зрения медицины, возможны, так как воздействие на организм идет по линии нервно-рефлекторной и гуморальной системы. Влияние на здоровье происходит благодаря капиллярной сети дыхательных путей, коже и альвеолам легких.

Это они обеспечивают быстрое всасывание эфирных масел в кровь. Ускоренное проникновение масел и объясняет такой терапевтический эффект и влияние их на все перечисленные сферы человеческого организма.

Выводы и предложения. Ароматерапия как альтернативная медицина позволяет регулировать лечение организма, благодаря ей оздоравливается не отдель-

ный орган, а весь организм. Даже малые концентрации эфирных масел оказывают незаменимое лечебное и профилактическое действие. Они включают в организм человека процессы, способствующие саморегуляции, самоизлечению, предотвращению болезней и улучшению здоровья.

В психологии ароматерапия помогает достичь гармоничного состояния и спокойствия.

Действие растительных эфирных масел многогранное. По сути, масла оказывают комплексный эффект на организм человека и подходят для решения многих проблем со здоровьем и его профилактикой.

Малькова Д. А.

ВЛИЯНИЕ ТИОКТОВОЙ КИСЛОТЫ НА БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Научный руководитель: Пономарева С. Н.

ФГБОУ ВО «Кировский Государственный медицинский университет», г. Киров, Российская Федерация

Актуальность и постановка проблемы. До сих пор не изучены причины возникновения, механизмы развития, дальнейшее течение, влияние генетической и расовой предрасположенности рассеянного склероза, поэтому лечение данной патологии вызывает немало вопросов. В последние годы окислительный стресс рассматривается как один из наиболее значимых факторов патогенеза данного заболевания.

Окислительный стресс возникает в результате избыточного количества свободных радикалов-продуктов жизнедеятельности организма, которые повреждают клетки ГЭБ, способствуя миграции лейкоцитов в центральную нервную систему, нападению их на нейроны и обострению заболевания. Также тиоктовая кислота участвует в регулировании углеводного и липидного обмена, тем самым увеличивая биосинтез фосфолипидов (в частности, фосфоинозитидов), восстанавливая повреждение клеточных мембран и нормализуя энергетический обмен и проведение нервных импульсов, что также может эффективно применяться в качестве профилактики неврологической симптоматики при обострении заболевания.

Анализ литературных источников. Для изучения эффективности применения тиоктовой кислоты при рассеянном склерозе были рассмотрены следующие научные статьи: Yadav V., Marracci G., Lovera J., et al. Lipoic acid in multiple sclerosis: a pilot study.. Multiple Sclerosis. 2005;11:159–65; Хабилов Ф. А., Есин Р. Г., Хайбуллин Т. И., и др. Сенсорные расстройства при рассеянном склерозе и возможности их коррекции тиоктовой кислотой. Неврологический вестник. 2010; XLII(1):37–40.

Результаты литературного обзора показали, что этот вопрос слабо освещается, в том числе и в нормативной литературе.

Цели и задачи работы. Изучить влияние тиоктовой кислоты при обострении рассеянного склероза. Проанализировать научные статьи, касающиеся эффективности ее применения.

Исследование проблемы. Основу исследования составил анализ анкетирования пациентов с рассеянным склерозом от 18 до 74 лет. Анкета состояла из нескольких вопросов, которые касались применения тиоктовой

кислоты в качестве профилактики неврологической симптоматики при обострении заболевания. Анкетирование проводилось путем распространения анкет среди пациентов.

Обработка данных анкетирования включала обобщение полученных результатов и определение влияния тиоктовой кислоты на организм больного. В анкетировании приняли участие 30 человек, среди которых 80% имеют ремиттирующий тип течения заболевания. По результатам исследования, было выявлено, что принимали тиоктовую кислоту в качестве симптоматической терапии для снятия обострения 86,7% опрошенных. Среди них 30% замечали незначительные улучшения в самочувствии, 16,7% имели общие улучшения в состоянии, но не связывают их с применением тиоктовой кислоты. 50% пациентов не наблюдали улучшений.

Также был проведен анализ научных исследований об эффективности применения тиоктовой кислоты при рассеянном склерозе. По результатам анализа нескольких небольших научных статей, было определено, что препарат показал хорошую переносимость и эффективность в качестве средства симптоматической терапии сенсорных расстройств. Доказан эффект в плане значительного снижения в сыворотке маркеров окислительного стресса, уменьшения проницаемости гематоэнцефалического барьера у испытуемых.

Выводы и предложения. Обработка анкет показала, что половина опрошенных не заметила улучшений после приема тиоктовой кислоты. Другая половина заметила незначительные улучшения.

По результатам анализа научных исследований с позиции классической доказательной медицины СОР, равное 65,6%, уровень ОШ — 0,12 и ЧБНЛ ≈ 1,92 позволяют говорить о высокой степени эффективности тиоктовой кислоты в схеме терапии обострения РС. Однако с учетом малой выборки пациентов и неоднородности их по тяжести обострения и длительности заболевания необходимо проведение больших контролируемых исследований по всем правилам доказательной медицины для обоснования необходимости назначения исследуемого препарата в составе комплексной терапии обострения РС.

Мельников М. А.

ИСКУССТВЕННЫЕ КИСЛОРОДОПЕРЕНОСЯЩИЕ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛИ

Научный руководитель: Пащенко В. В.

МОУ «Школа № 2 имени Героя Советского Союза Ю. М. Двужильного», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Интенсивная терапия критических состояний — один из наиболее важных и интересных разделов современной анестезиологии и реаниматологии. Именно при критических состояниях, когда на правильные действия врача отводятся часы, а иногда минуты, «спасение жизни» — не красивые слова, а повседневная реальность.

Одна из повседневных задач интенсивной терапии — восполнение объема циркулирующей крови. Кровотечение как следствие травмы, осложнения заболевания либо разрушения эритроцитов под воздействием токсических веществ приводит к дефициту эритроци-

тов и гемоглобина, содержащегося в них. Нарушается газотранспортная функция крови, что приводит к гипоксии тканей, накоплению недоокисленных продуктов, смещению pH в кислую сторону и необратимому нарушению гомеостаза.

С момента внедрения в медицинскую практику переливания крови и её компонентов именно они восставляли нарушения газотранспортной функции в организме пострадавших.

Цели и задачи работы. Целью данной работы является анализ современных искусственных кровезаменителей и их достоинств и недостатков в сравнении с препаратом крови человека.

Задачи:

- 1) проанализировать газотранспортные возможности искусственно созданных кровезаменителей;
- 2) оценить преимущества и недостатки искусственных кровезаменителей в сравнении с препаратом крови человека.

Исследование проблемы. На данный момент известны три подхода к созданию кровезаменителей, обладающих газотранспортной функцией: на основе перфторуглеродной (ПФУ) эмульсии; на основе свободного модифицированного полигемоглобина; на основе искусственных эритроцитов.

Проанализированы инструкции к кровезамещающим препаратам, используемым в РФ и статьи по их применению в клинической практике. Единственным искусственным кровезаменителем, обладающим газотранспортной функцией, является перфторан.

Данный препарат разработан в 1980-х годах на основе перфторуглеродных соединений и обладает следующими свойствами:

- способен доставлять кислород к тканям;
- легче проникает в ткани, так как его частицы имеют размер в 50–70 раз меньше размеров эритроцитов;
- не метаболизируется в организме человека;
- имеет период полувыведения около 24 часов;
- не обладает антигенной структурой (отсутствует риск несовместимости с организмом реципиента);
- не несёт опасности заражения вирусным гепатитом, СПИДом и другими заболеваниями;
- хранится в замороженном виде, требуется время на разморозку.

Перфторан является уникальным кровезаменителем и не имеет аналогов.

В отличие от него препараты крови человека:

- имеют ограниченный срок хранения;
- обладают антигенными свойствами;
- требуют проведения групповой совместимости и резус-фактора;
- длительность циркулирования донорских эритроцитов имеет значительную вариабельность;
- в большинстве случаев вызывают вторичную иммуносупрессию у реципиента за счёт трансфузии лейкоцитов донора.

Выводы и предложения.

1. Перфторан является единственным зарегистрированным кровезамещающим препаратом с газотранспортной функцией.

2. Перфторан обладает уникальными свойствами (малый размер частиц, отсутствие антигенных свойств), делающими его препаратом выбора в случаях воспол-

нения кровопотери и замещения эритроцитов при экзогенных и эндогенных интоксикациях.

3. Наличие запаса перфторана особенно актуально для лечебных учреждений небольших отдалённых городов и служб экстренной медицинской помощи, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий катастроф и чрезвычайных ситуаций.

Никитина А. Д.

АНТИГИСТАМИННЫЕ СРЕДСТВА ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Научный руководитель: Авдиянц О. А.

МОУ «Школа № 125 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. В настоящее время по данным ВОЗ аллергические заболевания приобрели огромное распространение: каждый третий житель планеты страдает аллергическим ринитом и каждый десятый — бронхиальной астмой. В связи с этим в сфере фармакологии большое внимание уделяется разработке и совершенствованию антигистаминных препаратов.

Однако данные препараты в большинстве случаев могут наносить вред другим органам (в частности, печени), поэтому имеет смысл поиск более безопасных средств, купирующих симптомы аллергии.

Анализ литературных источников. При исследовании проблемы были использованы статьи из сети Интернет, включая интервью с главным внештатным специалистом аллергологом-иммунологом САО и СЗАО города Москвы Е. Н. Бобриковой, а также заметки из блогов больных аллергическими заболеваниями (в частности, поллинозом).

Поскольку большинство больных не имеют медицинского образования, их мнение не может считаться достаточно авторитетным, однако компетентность известных российских аллергологов и иммунологов не подлежит сомнению.

Цели и задачи работы. Целью работы является исследование возможности купирования симптомов аллергии с помощью лекарственных растений в качестве более безопасной для организма альтернативы антигистаминным препаратам. В связи с этим ставятся следующие задачи: изучить лекарственные растения, содержащие антигистаминные вещества природного происхождения; изучить общее влияние этих растений на организм человека; определить целесообразность применения таких растений вместо специализированных лекарственных препаратов.

Исследование проблемы. Гистамин — один из основных медиаторов, ответственных за аллергические реакции немедленного типа, антигистамин, соответственно, — вещество, блокирующее его действие. Антигистаминное действие на организм могут оказывать: зелёный чай, ромашка лекарственная, крапива, черноплодная рябина, корень имбиря, перечная мята, листья грецкого ореха, красный клевер, люцерна, корень и листья лопуха, череда, фиалка трёхцветная, гинкго двулопастный, а также продукты, содержащие витамин С.

Однако все вышеперечисленные растения имеют ряд противопоказаний. Зелёный чай, лопух и отвары ромашки являются мочегонными средствами и вредны

для людей, имеющих проблемы с почками. Крапива, рябина, люцерна и листья грецкого ореха повышают свёртываемость крови, что может спровоцировать тромбоз. Наоборот, красный клевер и гинкго билоба являются антикоагулянтами и могут быть опасны для тех, у кого плохая свёртываемость крови. При острых заболеваниях желудочно-кишечного тракта противопоказаны имбирь, клевер, гинкго, грецкий орех и настойки фиалки трёхцветной.

Перечная мята и череда снижают давление, при этом мята снижает скорость реакции и не рекомендована водителям, а череда, напротив, стимулирует нервную систему и нежелательна к употреблению людям с бессонницей и перевозбудимостью. Фиалка трёхцветная может провоцировать спазм бронхов и противопоказана людям, страдающим бронхиальной астмой. Гипервитаминоз, связанный с чрезмерным употреблением аскорбиновой кислоты, может спровоцировать образование камней в почках и желчном пузыре.

Практически все вышеперечисленные продукты не рекомендуется употреблять беременным женщинам и маленьким детям, на долю которых в последнее время приходится немалая доля случаев заболевания. Также немаловажен и тот факт, что все эти растения сами по себе также могут являться аллергенами и при употреблении только усугублять состояние больного.

Выводы и предложения. На основе рассмотренных фактов можно заключить, что лекарственные растения не могут полностью заменить искусственные препараты, так как они являются гораздо менее универсальными в плане применения. По той же причине нельзя дать однозначных рекомендаций относительно использования лекарственных растений для купирования симптомов аллергии.

Я считаю, что их применение может являться частью терапии, однако только при условии учёта всех индивидуальных особенностей организма и консультации с врачом.

Ополоник З. В.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ: «ЗА» И «ПРОТИВ»

Научный руководитель: Панютова С. А.

МОУ «Школа № 45 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность. Именно в лесу и степях растёт самое большое количество растений и деревьев. Многие из них являются не только украшением природы, но и помощниками-лекарями. Сегодня мы живем во времена, когда преобладают лекарственные препараты и рецепты, но должны ли они быть единственным подходом к исцелению?

Даже имея под рукой все эти инженерные решения, многие люди возвращаются к лекарственным растениям, с которых все началось: лечебным травам, которые обладают способностью исцелять и повышать физическое и психическое благополучие.

Ассортимент лекарственных растений, которые используются в современной, а также международной медицине, очень велик. Огромная часть лекарственных растений имеет многовековую историю и известна, еще с древности.

Значение лекарственных растений для фармации.

Фармация-наука об изготовлении, хранении и отпуске лекарственных средств.

История фармации начинается с глубокой древности и связана с развитием первых цивилизаций. И на сегодняшний день роль фармацевта является такой же важной, как и роль врача.

Возможность использования растений в лечебных целях зависит от вида медицины, в которой они используются. Возникновение лекарственных растений затеряно в глубине первобытной эпохи. Зависимость первобытного человека от внешнего мира была очень велика. Для того, чтобы облегчить свою жизнь от болезней и страданий, он решил использовать разные средства из окружающей среды.

Сбор лекарственных растений. Плоды, орехи, грибы, ягоды — ценные пищевые продукты. Лекарственные растения — важное сырьё для многих медицинских препаратов. Чтобы собирать их, необходимо быть очень осторожным, чтобы не истощить их запасы, и ни в коем случае нельзя собирать растения, которые занесены в Красную книгу.

Существует несколько правил для сбора лекарственных растений:

- 1) Собирать траву, цветы, листья нужно только в сухую погоду, даже лучше с самого утра, когда спадёт роса, так как сырые растения могут почернеть и испортиться.
- 2) Лекарственные растения нельзя утрямбовывать в корзину или другой любой ящик, пакет, они испортятся.
- 3) Нельзя собирать грязные растения, которые были объедены насекомыми или пораженные грибами.

Польза и вред лекарственных растений. В настоящее время каждый человек делает сам свой выбор, кто-то доверяет традиционной медицине, используя средства лекарственных отваров наших бабушек и прабабушек, а кто-то больше доверяет современной медицине и современным технологиям.

Ученые выяснили, что материалом для лекарственных препаратов служат дикорастущие лекарственные растения, и в большинстве случаев применяются без какой-либо обработки. Тогда зачем же нам нужны таблетки? На этот вопрос мы ответим в следующих доказательствах.

Приведем примеры нескольких лекарственных растений и выясним их пользу и вред.

Специи и травы (чеснок, горчица, корица, тмин, гвоздика, тимьян, базилик, перец, имбирь, розмарин и т.д.) использовались в качестве пищевых добавок, как ароматизаторы и натуральные пищевые консерванты. Ряд специй проявляет антимикробную активность в отношении различных видов микроорганизмов.

Ромашка использовалась как лечебное средство с древних времён. Список условий, при которых она использовалась, обширен: лихорадка, головные боли, проблемы с почками, печенью и мочевым пузырем, расстройство пищеварения, мышечные спазмы, беспокойство, бессонница, раздражение кожи, синяки, подагра, язвы, ревматическая боль, сенная лихорадка.

Существует и вред использования ромашки, например, при сахарном диабете. Некоторые исследования показали, что ромашковый чай может снизить уровень сахара в крови у людей с диабетом.

Лекарственное растение — женьшень. С женьшенем связаны следующие преимущества для здоровья: по-

вышенная энергия, может стимулировать физическую и умственную активность людей, которые чувствуют себя слабыми и усталыми. Но есть и побочные эффекты от женьшеня, например, диарея, бессонница, головные боли, учащенное сердцебиение, колебание артериального давления.

Вывод. У большинства лекарственных препаратов есть побочные действия. Люди пьют лекарства от болезни, а потом приходится пить лекарства от самих лекарств. Пользоваться народными средствами, особенно лекарственными травами, безопаснее.

Лекарственные травы редко вызывают аллергические реакции, не нарушают иммунную систему, а даже наоборот, укрепляют ее, и побочных действий у них очень мало.

Саввон А. А.

ФАРМАЦИЯ И ЦЕЛЕБНЫЕ РАСТЕНИЯ

Научный руководитель: Ткаченко Д. А.

МОУ «Школа № 116 г. Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. С самых древних времен люди использовали различные растения с целью лечения болезней и недугов. В странах со слабо развитой медициной данные методы лечения до сих пор являются актуальными.

Анализ литературных источников. Люди издавна используют природные дары и найдена при раскопках шумерского города (приблизительно III тысячелетие до н.э.). Это является самым древним, из дошедших до нас, источником.

На той табличке было нацарапано 15 рецептов, из них следует, что ранее целители «Шумеры», как правило, использовали следующие растения: пихта, горчица, сона, ива, чабрец, плоды груши, слив и другие растения. Однако не исключительно шумеры применяли растения с целью лечения различных недугов. Литературные источники также указывают на то, что ими пользовались и в Египте, и в Ассирии, и в Индии (примерно за III тысячи лет до н.э.).

Также от вышеперечисленных государств не отставали и вавилоняне, которые использовали в лечебных целях корень солодки, семена льна, дурман, белену и прочие целебные растения.

Вавилоняне заметили, что солнечный свет оказывал негативное воздействие на лечебные свойства некоторых растений, поэтому высушивали их в тени, а некоторые травы им приходилось собирать ночью. Также широко было распространено применение лекарственных растений и в Китае.

Ещё в 3216 году н.э. китайским императором Шэньнуном была написана работа по медицине под названием «Бэнь-цао», что в переводе обозначает «Травник». Основная часть, которой была посвящена описанию именно растительных лекарственных средств.

В традиционной китайской медицине того времени использовалось более 1500 растений, но преимущественно в ней было применение астрагала, китайского лимонника, женьшеня, кизила, имбиря, корицы, лука, кожуры мандарина, примулы, солодки, спаржи и чеснока.

Цели и задачи работы. Целью работы является разобраться, что же считается лекарственными растениями

и является ли такой метод лечения эффективным и насколько он безопасен.

Исследование проблемы. Лекарственные или целебные растения (от лат. *Plantae medicinalis*) – дикие и культивируемые растения, употребляемые с целью профилактики и лечения различных заболеваний человека и животных. Фитотерапия – это система лечения лекарственными (целебными) растениями.

Официальными лекарственными растениями считаются те, применение которых разрешается для производства лекарственных средств. Виды таких растений указаны в Государственном реестре лекарственных средств Российской Федерации.

Фармакопейными лекарственным растениями являются те, требования к качеству которых описаны в статье Государственной Фармакопеи.

Целебные растения в народной медицине – это довольно-таки обширная категория растений, однако большинство растений недостаточно полно описано, и информация об эффективности их применения не подтверждается.

Применение многих целебных растений можно сравнить с эффектом плацебо. Тем не менее, сравнительно большое количество растений данной категории активно используются в странах, где медицина слабо развита, либо является чрезмерно дорогостоящей, где других доступных альтернатив не имеется.

Также ранее растительные средства в очень малых дозах применялись в виде гомеопатии, однако принцип воздействия гомеопатии на организм человека аналогично сравнивается с эффектом плацебо.

В целебных травах, как правило, содержится как минимум одно вещество, которое обладает лечебными свойствами. Важно учитывать тот факт, что полезное вещество зачастую распределены неравномерно по тканям и частям растения. В связи с этим при сборе лекарственных трав необходимо знать, где будут содержаться полезные элементы.

Основная цель применения целебных трав и растений – это производство лекарственных средств для внутреннего и наружного применения. Внутрь возможно применение различных растворов: настои, отвары и т.д. Для наружного применения, как правило, применяются травяные ванны, примочки и компрессы.

Для лечения различных заболеваний применяются самые разнообразные целебные растения, например: для лечения ангины использовали герань, землянику, ромашку, для лечения диабета – чернику, землянику и манжетку обыкновенную и так можно продолжать до бесконечности.

Выводы и предложения. Однако не забывайте, что медицина не стоит на месте и фармакология постоянно развивается. Поэтому не занимайтесь самолечением и при появлении признаков болезни обращайтесь за помощью к квалифицированным специалистам. Берегите своё здоровье и свою жизнь!

Чубатова Н. А.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ В БОРЬБЕ С ПНЕВМОКОНИОЗОМ

Научный руководитель: Байкова Е. А.

МОУ «Лицей «Спектр» города Тореза», г. Торез, ДНР

Актуальность. Донецк – цивилизованный город. Промышленный центр, шумный и суетливый, в нем много заводов, фабрик и шахт, в которых добывается каменный уголь. В связи с этим множество сильных и отважных мужчин выбирают шахтерский труд. Профессия шахтера сложна и опасна, она требует быстрого логического мышления, крепкого физического здоровья, большого самообладания, терпения, выдержки и силы воли. Все тело в шахте покрывает пыль, вокруг невыносимая жара.

А теперь представим, что та же пыль смена за сменой, год за годом, попадает с каждым вдохом в легкие. В итоге с организмом происходит некое подобие того, что и у злостных курильщиков, после стадии относительно доброкачественного «пылевого бронхита» – их органы дыхания буквально чернеют. Подобное поражение легких носит общее название «пневмокониоз». Пневмокониоз – группа заболеваний лёгких, необратимых и неизлечимых, вызванных длительным вдыханием производственной пыли и характеризующихся развитием в них фиброзного процесса; относятся к профессиональным болезням. Пневмокониоз шахтеров обычно протекает бессимптомно.

Анализ литературных источников. В ходе работы мной была изучена литература о лекарственных растениях и их использовании для профилактики и лечения заболеваний дыхательных путей. В процессе работы по данной теме я обнаружила множество литературных источников. Наиболее значимой для моей работы я считаю книгу А. Я. Губергриц и Н. И. Соломченко «Лекарственные растения Донбасса».

Цели и задачи работы. Предложить виды лекарственных растений, для лечения и профилактики пневмокониоза.

Для лечения этого заболевания существует множество химических препаратов. Но наряду с ними можно поставить лекарственные травы, растущие на территории нашего края.

Исследования. Для отхаркивания можно принимать отвары из мать-и-мачехи или ромашки. Эти растения обладают отхаркивающим действием за счет восстановления активности реснитчатого эпителия трахеи и бронхов, оказывает выраженное противовоспалительное, смягчающее действие.

На основе ромашки можно делать ингаляции и полоскание, она разжижает мокроту, стимулирует ее отхождение и обладает потогонным действием. Помогает ромашка при нервных перегрузках, усталости и бессоннице, является болеутоляющим средством.

Также корни алтея обладают отхаркивающими свойствами. Их используют в форме порошка, настоя, сухого экстракта и сиропа. В алтее содержится высокий процент крахмала, пектин, каротин, жирные масла, лецитин, минеральные соли, аминокислоты и большое количество слизистых веществ. Как слизесодержащее растение, корень алтея часто приравнивают

к семенам льна.

Благодаря рекордному содержанию витамина С в плодах шиповника, он рекомендован к применению больных пневмокониозом в виде отваров. Не стоит перед завариванием измельчать шиповник, потому что для снижения интенсивности окисления полезнее просто помять его, несколько раз проткнуть защитную кожу зубочисткой или разрезать плод пополам.

Бузина – незаменимое средство при кашле.

Для лечения применяются только соцветия растения. Отвар из цветков бузины эффективно разжижает мокроту при сухом кашле. Его можно пить как лечебный чай, а можно применять в виде полосканий для дезинфекции слизистых оболочек ротовой полости.

Корень девясила при кашле эффективен благодаря тому, что имеет тройное действие: уничтожает патогенные микроорганизмы; снимает воспаления; способствует отхаркиванию. Средства на его основе помогают быстрее избавиться от слизи, в том числе от густой. Девясил богат витаминами Е и С, эфирным маслом, слизями и смолами, содержит органические кислоты, инулин, камедь, алантоин, сапонины, геленин, проазулен, инулицин, алкалоиды.

Подорожник – одно из самых эффективных растений для лечения заболеваний легких. За счет слизи, иридоидов и флавоноидов листья подорожника оказывают муколитическое, иммуностимулирующее, противовоспалительное, обезболивающее, антигипоксическое, антибактериальное и противовирусное действие.

Слизи образуют защитный слой, уменьшают раздражение слизистых оболочек верхних дыхательных путей, способствуют муколитическому эффекту, снижают раздражение кашлевых рецепторов и выступают барьером для инфекции.

Принимается в виде отвара из листьев.

Благодаря содержанию дубильных веществ, эфирного масла, витаминов и смол шалфей способствует разжижению и отхождению мокроты из бронхов, уничтожает бактерии и патогенные микроорганизмы.

Корень солодки имеет отхаркивающие свойства растения возможны за счет глициризина, который стимулирует активность реснитчатого эпителия бронхов и трахеи, усиливает секреторную функцию слизистых оболочек верхних дыхательных путей.

Компоненты корня солодки покрывают слизистые оболочки ротовой полости и горла, обеспечивают смягчающий эффект, устраняют раздражение и сухой кашель.

Вывод. Природу по праву можно считать зелёной аптекой. Лечение целебными травами имеет давние традиции. От истоков медицины и до наших дней люди использовали множество разнообразных методов и средств лечения. Положительное действие обуславливается содержанием в них различных биологически активных веществ к которым относятся: алкалоиды, гликозиды, эфирные масла, дубильные вещества, витамины, органические кислоты, смолы и т.д.

4. СЕКЦИЯ: «ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА»

Карпук К. В.

КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЕ КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТРАВМАХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Научный руководитель: Алёхова Е. В.

МОУ «Специализированная школа с углубленным изучением иностранных языков № 115 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. В наше время тейпирование набирает все большую популярность. Сегодня травматология и ортопедия эффективна, изобретательна и высокотехнологична. В практике травматологов и ортопедов часто возникают ситуации, когда в определенном положении нужно зафиксировать травмированную конечность или участок тела. Тем более, похожая фиксация входит в набор инстинктов, которым обладает организм человека. Не случайно при вывихе, растяжении, ушибе или закрытом переломе мы сразу же кладем руку на место травмы и пытаемся зафиксировать конечность в менее дискомфортном положении. Бывают не настолько серьезные травмы и их достаточно тейпировать, а не гипсовать. Поэтому значительное количество специалистов должно знать об этом методе.

Анализ литературных источников. Целью данной работы является выяснение эффективности тейпирования при разнообразных травмах. По этому вопросу были рассмотрены статьи в интернете и изучены книги, методические пособия по кинезиотейпированию. Основными источниками, раскрывающими теоретический материал, явились работы М. С. Касаткина, А. И. Ключикова, М. С. Кагановича.

Цели и задачи работы. Изучение различных методов тейпирования; сбор информации по данной теме; систематизация и структурирование материала.

Исследование проблемы. Кинезиотейпирование — метод альтернативной медицины с использованием специальных эластичных цветных лент, то есть тейпов. Главная цель тейпирования — это защита от повреждений и травм, оказание помощи поврежденному участку. Автором этого метода является доктор Кензо Касе. Изобретение кинезиотейпирования как метода лечения обычно считают датой первой публикации Касе на эту тему; первое появление кинезиотейпов «на публике» и последующее их распространение связывают с Олимпийскими Играми 1988 года официальное признание и внедрение в российскую клиническую практику относят к началу 2000-х годов. В практике долгое время использовались различные биндажи, эластичные бинты и повязки для поддержки участков опорно-двигательного аппарата, а также реабилитации травм. Некоторые из них имеют отрицательные свойства, потому что ограничивают функции как травмированных,

так и здоровых тканей. Именно поэтому и появились тейпы, которые локально иммобилизируют или исключают из работы поврежденные фрагменты опорно-двигательного аппарата. На данный момент данная методика получила значительное распространение не только в медицине, но и в спортивной практике, заручившись авторитетом у врачей, тренеров, спортсменов и массажистов. Идея тейпирования заключается в том, что тейп берет на себя нагрузку перегруженных участков тела, помогая им в работе. Это происходит из-за натяжения тейпа, который так схож с натяжением кожи человека. Чтобы тейпировать больное место нужно особым способом приклеить тейп-ленту определенной длины и ширины. В зависимости от желаемого эффекта, существуют разные способы наклеивания тейпа. Основные физиологические эффекты кинезиотейпа:

- уменьшение боли и внутритканевого давления;
- поддержка мышц;
- устранение застойных явлений;
- коррекция биомеханики.

Тейпирование можно применять, для:

- реабилитации при травмах или после перенесенных операций;
- профилактики перегрузок;
- профилактики развития перенапряжения хронического микротравматического процесса;
- поддержания биндажей или повязок.

Выделяют четыре основных техники тейпирования:

- мышечная техника;
- лимфатическая техника;
- техника механической коррекции.

Выводы и предложения. Главный эффект метода — противовоспалительный и обезболивающий. Если правильно наложить тейп, то облегчение происходит уже через несколько минут, а объем движения больной конечности увеличивается. Кинезиотейпирование сохраняет и увеличивает подвижность больного участка, улучшает кровообращение и лимфоток, по восстановлению происходит быстрее. Однако есть обратная сторона медали. При неправильном нанесении лент можно нанести ущерб здоровью. Поэтому тейп лучше наносить у специалиста. Кинезиотейпирование — это не чудодейственная пилюля от всех болезней, а действительно актуальный метод физиотерапии, поэтому его стоит изучать. Как следует, разобравшись в данном методе и правильно применяя его, можно улучшить состояние и даже добиться излечения больного.

Бирюкова В. В.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ТО, КАК ОНИ МОГУТ БЫТЬ ОПАСНЫ

Научный руководитель: Краснова М. Ю.

МОУ «Гимназия «Интеллект»», г. Горловка, ДНР

Актуальность. Изучаемая тема актуальна по причине активного распространения заболеваний органов пищеварения, а в наше время зачастую имея характерные тяжёлые осложнения.

Цель. Оповестить о значимости и серьёзной опасности, к которой могут привести болезни желудочно-кишечного тракта. Показать влияние на органы желудочно-кишечного тракта вредных привычек.

Исследование проблемы. Пожалуй, начать нужно с того, что практически 90% людей по всему миру имеют те или иные проблемы желудочно-кишечного тракта, будь то типичный гастрит (обнаружен у 60% населения по всему миру) или же серьёзнейшая язва (обнаружена у 4% населения по всему миру).

Один из самых распространённых симптомов при болезнях желудочно-кишечного тракта — боль в животе. Казалось бы, иногда люди совершенно не обращают своего внимания на такой важный аспект, однако боль в желудке может предупреждать о многих болезнях желудочно-кишечного тракта. А что же вообще такое заболевание пищеварения?

Самые распространённые болезни желудочно-кишечного тракта:

1. Гастрит — это воспаление слизистой оболочки желудка. Это одна из самых распространённых болезней пищеварительной системы. Чаще всего он возникает у людей преклонного возраста. Существуют острые и хронические формы гастрита. Острый можно распознать, когда болезнь развивается впервые и в течение недолгого времени, а хронический присутствует в жизни больного практически на постоянной основе. Если не начать немедленное лечение острого гастрита, он стремительно перейдёт в хронический и тогда вылечить его станет нерешаемой задачей.

Причины возникновения гастрита:

Ключевая причина — заражение опасной бактерией *Helicobacter pylori*. Она разрушает клетки, образующие соляную кислоту. Из-за этого в желудке образуется большое количество кислоты, что мешает перевариванию пищи. Заражаются ею люди из-за несоблюдения личной гигиены.

Одной из немаловажных причин является нездоровое питание. В современном мире мало кто задумывается о вреде фастфуда, жирной и чересчур сладкой пищи. Главное, что организм тут же получит желаемую энергию и витаминов человек испытает моральное наслаждение от вкуса вредной пищи. Но что получит взамен потребитель, решивший отдать предпочтение неправильному перекусу? Канцерогены (вещества, содержащиеся в масле, провоцирующие онкологию), трансжиры (ненасыщенные жиры, провоцирующие ожирение), избыток соли и специй, что тоже плохо сказывается на здоровье потребителя. Ко всему прочему, аналогично плохо влияет на желудочно-кишечный тракт чрезмерное употребление алкоголя, табачных продуктов.

2. Язвенная болезнь представляет собой дефект слизистой оболочки. Почти все язвенные болезни вызваны той же бактерией, что и гастрит. Язвы возникают чаще всего у молодых людей до тридцати пяти лет. Можно сказать, что язва — последствие гастрита запущенной степени, ведь гастрит является предвестником многих язвенных болезней.

Причины возникновения язвенных болезней:

Всего есть две причины прогрессирования болезни: заражение Хеликобактером и злоупотребление алкоголем и курением.

3. Панкреатит — группа заболеваний, характеризуется воспалением ткани поджелудочной железы. Болеют преимущественно мужчины от тридцати пяти до пятидесяти лет. Возникает панкреатит из-за избыточного употребления алкогольных продуктов, табакокурения. Осложнениями панкреатита являются формирование псевдокиста в поджелудочной железе, механическая желтуха.

Причины возникновения панкреатита:

Инфекция патогенными бактериями. Бактерии находятся абсолютно везде, включая нашу внутреннюю среду. Однако, многие бактерии могут привести к серьёзнейшим заболеваниям. Для профилактики заражения нужно следить за личной гигиеной, чаще мыть руки, стирать одежду.

Алкогольная интоксикация. Алкоголь является провокатором многих болезней, которые связаны не только с желудочно-кишечным трактом, но и со всеми органами человека. Алкоголизм и частые запои могут привести к отмиранию клеток печени, а далее — к циррозу.

4. Цирроз печени — серьёзнейшее и опаснейшее хроническое заболевание, на начальной стадии проявляющееся как печёночная недостаточность, а в дальнейшем приводящее к полному поражению функций печени. Чаще всего встречается у мужчин преклонного возраста. Чаще всего цирроз не может излечиться у человека полностью, а лечение ведёт лишь поддерживающий характер.

Причины возникновения цирроза печени:

Первая и самая значимая причина — алкоголизм. По статистике, каждая двадцатая смерть в мире связана со злоупотреблением алкоголя. В год от алкогольной зависимости умирает свыше трёх миллионов человек. Вывод. Каждый знает, что желудочно-кишечный тракт, как и любая другая система органов, играет очень важную роль в жизнедеятельности организма. С его помощью человек получает все важнейшие микроэлементы, полезные кислоты, жиры, белки, углеводы.

Именно они обеспечивают нас энергией и гарантируют хорошее самочувствие. Поэтому, заболевания желудочно-кишечного тракта могут не только нарушить привычный ритм жизни человека, но иногда даже привести к летальному исходу.

Бусыгина Ю. С., Шидловская Е. Ф.

ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНОЙ ДИЕТЫ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ

Научный руководитель: Гресь С. Н.

Российский университет дружбы народов», г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. В последнее десятилетие интерес населения к растительным моделям питания, таким как вегетарианство (употребление только растительной и молочной пищи) и веганство (употребление только растительной пищи), возрастает. Ежегодно отмечается рост количества вегетарианцев и веганов. На 2019 год количество людей, придерживающихся растительной диеты, составляет: около 3,4% взрослого населения

ния США, 5–10% взрослого населения Германии, 1–2% взрослого населения в Великобритании, 1–2% взрослого населения в России. Однако до конца не изучены эффекты, которые оказывает растительная диета на организм человека.

Анализ литературных источников. был проведен анализ пяти крупных эпидемиологических исследований, таких как «Adventist Health Study», «EPIC-Oxford study», «45 and Up Study», «Низкоуглеводные диеты: общая смертность и смертность от конкретных заболеваний», «Связь потребления животного и растительного белка с общей смертностью и смертностью от конкретных заболеваний».

Цели и задачи работы. Изучить позитивные и негативные эффекты, которые оказывает на организм человека растительная диета, в частности на продолжительность жизни.

Исследование проблемы. Потенциальное влияние растительной диеты на смертность остается предметом изучения в крупных эпидемиологических исследованиях, таких как «Adventist Health Study» (исследование проводилось в течение 6 лет, в течение которых было зафиксировано 2570 смертей среди 73308 участников). Отношение рисков (hazard ratio, HR) смертности у вегетарианцев по сравнению с невегетарианцами составил 0,88. Показатель HR у веганов смертности составлял 0,85. Что демонстрирует более низкие показатели смертности у лиц, придерживающихся растительной модели питания. Также была выявлена зависимость вегетарианской диеты со снижением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных заболеваний, почечной недостаточности.

В тоже время другие исследования, например, «EPIC-Oxford study» (исследование было проведено на 64234 участников в возрасте 20–89 лет) при сравнении вегетарианцев с мясоедами, у которых не было сердечно-сосудистых или злокачественных заболеваний (коэффициенты скорректированы с учетом возраста, пола, курения и потребления алкоголя) для ишемической болезни сердца (ИБС) составили HR=0,81 и HR=1,03 общая смертность. Соответственно лица, придерживающиеся растительной диете менее подвержены развитию ИБС, чем мясоеды. В исследовании «45 and Up Study» (исследование было проведено с участием 267180 мужчин и женщин в возрасте 45 лет и выше) было зарегистрировано 16836 случаев смерти в течение 6 лет наблюдения. Ученные не выявили значительных различий значений коэффициента HR между веганами, вегетарианцами и теми, кто употребляет мясо. Соответственно связи между продолжительностью и растительной диетой в этом исследовании выявлено не было. Исследование «Низкоуглеводные диеты: общая смертность и смертность от конкретных заболеваний» проводилось на 85168 женщинах (возраст 34–59 лет) и 44548 мужчинах (возраст 40–75 лет) без заболеваний сердца, злокачественных заболеваний, сахарного диабета. У группы людей, рацион которых был низкоуглеводным, выявлена увеличение общей смертности. Напротив, у группы людей, употребляющих много овощей, выявлена более низкая общая смертность (HR=0,80) и более низкая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (HR=0,77). Данное исследование доказывает, что употреблению большого количества овощей

полезней, чем употребление большого количества мяса и небольшого количества овощей.

Исследование «Связь потребления животного и растительного белка с общей смертностью и смертностью от конкретных заболеваний» было проведено на 131342 участниках. Потребление животного белка не было связано с общей смертностью (HR=1,02), но было связано с большим риском возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы (HR=1,08). Высокая доля животного белка в рационе увеличивает смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, а высокая доля растительного белка обратно пропорционально связана с общей смертностью и смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний. Замена животного белка растительным белком, связана с более низкой смертностью, что указывает на важность источника белка.

Вывод. Исследования по изучению зависимости растительной диеты и смертности не являются исчерпывающими и требуют продолжения на более крупных выборках. Однако некоторые из них продемонстрировали достоверные данные того, что высокая доля растительных элементов в употребляемой пище уменьшает общую смертность, а также смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.

Ганиев Бахтияржан, Холикова Н. А.

ОСТРАЯ ТЯЖЕЛАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА: ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА

Научный руководитель: Мамасалиев Н. С.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Цель исследования — путём фармакоэпидемиологического (ФЭ) мониторинга проанализировать качество первой помощи и разработка региональных способов оптимизации лечения острой тяжелой бронхиальной астмы (ОТБА) среди взрослого населения Узбекистана. Такие данные не были получены, они представляют интерес, во — первых, для ориентации научных исследований в будущем в регионах; во-вторых, в планировании «прицельных» неотложных мер по фармаконадзору у больных ОТБА. На основе данных анкетирования и ФЭ анализа 768 историй болезни проведена оценка качества первой экстренной помощи при ОТБА. Было отмечено, что основной региональной проблемой, приводящей к нерациональным назначениям, являются ошибка врачей при интерпретации тяжести состояния пациента. Проведенный анализ позволил заключить, что среди исследуемых пациентов с ОТБА, только в 46,2% случаев проводилась фармакотерапия, соответствующая требованиям GINA. Среди больных с тяжелой бронхиальной астмой 8% пациенте получали ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС), на долю комбинированной терапии приходилось только 21% случаев и 54% получали ГКС внутрь. В предстатии ОТБА 25% больных не получали ИГКС, только 15% больных получали комбинированную терапию, но наряду с этим 12% пациентов принимали и ГКС внутрь. Таким образом, по результатам ФЭ анализа мы выявили, что наиболее эффективным способом оптимиза-

ции лечения ОТБА среди взрослого населения отдельных регионов, Узбекистана является ФЭ мониторинг/фармаконадзор и активный контроль соответствие назначаемых препаратов и доз к требованиям GINA. По пятому опыту, также необходимо более активное использование специальных программ ФЭ мониторинга (такие программ нами рекомендованы для регионов) путем включения их в региональные клинические рекомендации, стандарты терапии.

Гусакова В. Р.

ПРОФИЛАКТИКА ОРВИ И ГРИППА

Научный руководитель: Ткаченко Д. А.

МОУ «Школа № 116 города Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. ОРВИ считается самой распространенной группой заболеваний в мире, так как объединяет в себе и грипп, и риновирусную, аденовирусную, коронавирусную инфекции, а также включает в себя обыкновенную простуду. Итак, собственно ОРВИ (острые респираторные вирусные инфекции) — это группа морфологически и клинически подобных острых воспалительных заболеваний органов дыхания, возбудителями которых могут являться различные вирусы.

Цели и задачи работы. Все мы не раз сталкивались с таким диагнозом, однако не все знают, как же правильно бороться с данным недугом и способами его профилактики.

Исследование проблемы. Как правило, в подавляющем большинстве случаев ОРВИ протекают в виде лёгкого заболевания (как принято называть — простуда) и проходят сами по себе, так как иммунная система самостоятельно справляется с вирусами. Заболевания проходят тяжело в тех случаях, когда вирусы проникают в нижние дыхательные пути. К таким заболеваниям относятся: бронхит, вирусные пневмонии и др., а также возможно обострение каких-либо хронических заболеваний.

Грипп — это острое респираторное вирусное заболевание, которое вызывается вирусами гриппа. Грипп, как и ОРВИ в большинстве случаев проходит сама, однако может возникать и серьёзное течение болезни. По данным ВОЗ ежегодные эпидемии приводят к 3–5 миллионам случаев тяжелой болезни и к 400–650 тысячам смертей. Во избежание этого самой действенной профилактикой гриппа является вакцинация. Вакцины от гриппа доступны. Вакцины от гриппа являются инактивированными (убитыми) и от них невозможно заболеть гриппом. В случае заражения вакцина значительно уменьшает риск развития осложнений.

Кроме вакцинации существует еще ряд мер, которых необходимо придерживаться:

- Регулярное мытьё рук (именно это часто становится источником заражения)
- Не трогать нос, глаза, рот, лицо в целом (через слизистые оболочки происходит заражение)
- Минимизировать контакты с больными людьми, избегать массовых скоплений людей
- Полноценное и разнообразное питание
- Хороший сон и отдых
- Физические нагрузки

- Проветривание помещений

Это то, что касается мер профилактики. У большинства людей при соблюдении данных правил риск заражения и возникновения осложнений значительно снижается.

Выводы. В случае заражения необходимо помнить, что для скорейшего выздоровления вам понадобится полноценное питание, сон, отдых, а также важную роль играет воздух (он должен быть прохладным и влажным). Полноценно питаясь, вы получите все необходимые витамины для вашего организма и никакие дополнительные лекарства вам не понадобятся. Также стоит отметить, что универсального противовирусного препарата не существует, существуют препараты, которые воздействуют на определенные вирусы, например: от герпеса. Также и антибиотики не воздействуют на вирусные инфекции, так как антибиотики борются с бактериальными инфекциями. Придерживайтесь данных правил, чтобы сохранить своё здоровье и всегда быть в тонусе!

Дадонкина Д. Д.

ВЛИЯНИЕ ГИГИЕНЫ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Научный руководитель: Линник А. В.

ОУ «Лицей «Коллеж», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Впервые на базе ОУ «Лицея «Коллеж» проведено комплексное изучение гигиенической грамотности, гигиенической культуры детей, учитывая физическое развитие, заболеваемости, социально-гигиенических условий жизни и др. Разработана программа с учетом комплекса медико-биологических, социально-гигиенических и психологических форм пропаганды может быть использована в учреждениях общего образования для формирования гигиенической грамотности, гигиенической культуры детей.

Анализ литературных источников. Сохранение и укрепление здоровья детей всех возрастов на фоне неблагоприятной демографической ситуации является приоритетной государственной задачей. На протяжении последнего десятилетия увеличивается общая распространенность нарушений здоровья и развития, хронических заболеваний, сохраняется достаточно высокий уровень смертности детей от 5 до 14 лет, что определяет формирование выраженных медицинских и социальных последствий, значимых как для каждого ребенка, так и для государства в целом. Изучение показателей, характеризующих здоровье детского населения, является одной из основных задач системы здравоохранения, а фундаментально-ориентированные и прикладные исследования закономерностей формирования здоровья и жизнедеятельности детей являются приоритетными направлениями научных исследований. Целью лечебных мероприятий является не просто сохранение жизни и функций организма, а их влияние на общий статус ребенка, его качество жизни.

По мнению ряда авторов, исследование качества жизни позволяет оценить эффективность профилактических, лечебных, образовательных и реабилитационных программ, разработать обоснованные рекомендации по совершенствованию системы медико-социальной помощи детям. Исследования проводились как правило, для из-

учения качества жизни и здоровья детей с различными заболеваниями. В то же время изучение нормативных показателей является первоочередной задачей, так как позволит определить уровень «оптимального качества жизни ребенка», выявить закономерности изменения качества жизни при развитии патологии. Разработка мероприятий по укреплению здоровья и качества жизни является одним из основных направлений социальной педиатрии.

Цели и задачи работы. Научно обосновать и разработать подходы к оценке гигиенического обучения и воспитания детей, педагогов и родителей в учреждении общего образования. Определить информированность детей на базе Лицея «Коллеж» на предмет гигиенической грамотности. Установить особенности физического развития детей. Выявить зависимость качества жизни от медицинских, биологических и социально-гигиенических факторов и психологических особенностей личности ребенка. Установить современные тенденции уровня и структуры показателей гигиенической грамотности детей, педагогов и родителей.

Исследование проблемы. При проведении комплексной оценки состояния здоровья детей наряду с общепринятым перечнем исследований рекомендуется изучение качества жизни с помощью опросника PedsQL. Использовать разработанные таблицы для оценки уровня и гармоничности физического развития. Подводя итоги, отметим, что в результате проведенного исследования выявлено основное содержание санитарно-гигиенического образования школьников, которое определяется санитарно-гигиеническими знаниями, умениями, опытом творческой деятельности и эмоционально-ценностных отношений. Санитарно-гигиенические знания целесообразно представлять с помощью адекватных групп анатомо-физиологических, экологических, генетических, гигиенических, медицинских, общебиологических и культурологических понятий. Исследование позволило также выяснить основные формы, методы и средства освоения учащимися общеобразовательного учреждения санитарно-гигиенической культуры. Основными формами санитарно-гигиенического образования школьников признаны урок, экскурсия, беседа, а также индивидуальная, групповая, фронтальная и домашняя работа. Методы санитарно-гигиенической подготовки учащихся разнообразны. При их выборе следует учитывать возрастные особенности детей и подростков, особенности их психического развития.

Выводы и предложения. Подростки большую половину дня находятся школе, где формируется их представление о здоровом образе жизни. Таким образом, такое содержание программы по формированию у детей основ культуры гигиены позволяет подвести детей к пониманию того, что составляющей здорового образа жизни является гигиеническое обучение и воспитание.

Калинюк Н. С.

ГИГИЕНА И ПРОФИЛАКТИКА НЕПРИЯТНОГО ЗАПАХА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Научный руководитель: Лазаренко Л. И.

ГПОУ «Шахтерский техникум кино и телевидения имени А. А. Ханжонкова», г. Шахтерск, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Ничего нет удивительного и сверхъестественного в том, что человек потеет. Но для подростка круги подмышками на одежде, да еще с неприятным, ярко выраженным запахом — иногда сродни катастрофе. Но почему у одних потливость еле заметна, а у других она чувствуется за версту? И как бороться с этой проблемой? Куда бежать: в магазин за новым супердезодорантом или на прием к врачу?

Анализ литературных источников. Гигиена детей и подростков — отрасль медицины, посвященная проблемам охраны и укрепления здоровья подрастающего поколения. Она разрабатывает гигиенические нормативы и требования к окружающей среде подростка, а также к различным видам его деятельности, обосновывает и осуществляет профилактические мероприятия, направленные на сохранение и улучшение здоровья детей. Исследователи — гигиенисты широко изучают влияние различных факторов как внешней, так и внутренней среды на состояние организма человека, состояние его здоровья и работоспособности.

Одной из ведущих проблем гигиены детей и подростков является проблема их обучения и воспитания.

Цели и задачи работы. Целью данной работы является выяснение причин плохо пахнущего пота именно в подростковом возрасте и способы их устранения. Мы решили поискать ответ в гигиенических исследованиях на этот щекотливый вопрос, смущающий многих современных подростков.

Исследование проблемы. Потовые железы играют важную роль в организме любого человека. Пот в совокупности с выделениями сальных желез создают на поверхности кожи слой, который выполняет защитную функцию.

При повышенных температурах окружающей среды, физической нагрузке активность работы желез возрастает. Во время полового созревания, когда меняется обмен веществ, идет активный период перестройки организма у подростка, в работу включаются и половые гормоны. Поэтому потовые железы работают очень интенсивно, отсюда и чрезмерная потливость в этом возрасте.

Активация работы потовых желез в любом случае приводит к мокрым подмышкам, усиленному размножению микробов на коже. Специфический запах пота и формируется из-за продуктов жизнедеятельности бактерий. Однако, каким бы обильным не было потоотделение у подростков, в норме у всех запах нерезкий, который хорошо устраняется с помощью обычных гигиенических процедур. Очень важно в этот период ежедневно принимать душ и чаще менять рубашки.

Но если запах пота все-таки неприятный — «кислый», «прелый» и т.д., то это уже должно насторожить подростка и его родителей. Есть повод обратиться к врачу! Какое бы лечение не назначил врач, никто не отменяет элементарные правила гигиены тела: регулярный душ, режим дня, правильное и полноценное питание.

Иногда изменение запаха пота может быть вызвано серьезными заболеваниями: болезнью щитовидной железы, диабетом, онкологическими заболеваниями, инфекционными, в том числе туберкулезом, СПИДом, малярией, заболеваниями сердца.

Как подростку избавиться от характерного запаха пота? Учитывая вышесказанную информацию, можем дать

очевидные советы:

- Пересмотреть свой ежедневный рацион питания, чтобы убрать из него продукты, усиливающие потоотделение и неприятный запах. Меньше употреблять слишком соленую и жирную пищу, побольше есть фруктов и овощей;
- Стараться носить одежду из дышащих натуральных тканей, а не плотную или синтетическую;
- Активно использовать антиперспиранты. При правильном подборе и применении они не только маскируют запах, но и уменьшают количество выделяемого пота;
- Не надевать закрытую обувь без носков, необходимо регулярно её проветривать, мыть и просушивать;
- Обязательно посетить эндокринолога, чтобы убедиться в отсутствии гормональных сбоев.
- Чаще применяйте душ или пользуйтесь антибактериальными салфетками.

Выводы и предложения. Пот сам по себе практически лишен запаха. То, что мы подразумеваем под запахом пота, по сути им не является. Специфический запах появляется в результате жизнедеятельности бактерий, обитающих на поверхности кожи каждого человека. Они, питаясь белковыми и жировыми компонентами пота, разлагают органические вещества до ненасыщенных жирных кислот и аммиака. Чем больше численность бактерий, тем более явным будет запах пота. Кроме того, на интенсивность потоотделения и его запах оказывают влияние некоторые особенности образа жизни и питательного рациона подростка.

Любому человеку присущ свой характерный запах. Но во время полового созревания организм вырабатывает больше пота, и сам пот начинает сильнее пахнуть. Подростки потеют значительно больше, чем дети, но соблюдение правил личной гигиены, позволят ему не стесняться этих перемен.

Минаков Э. Ю.

О НЕОБХОДИМОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ COVID-19 В УЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Научный руководитель: Пащенко В. В.

МОУ «Школа № 2 имени Героя Советского Союза Ю. М. Двужильного», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. В современном мире Covid-19 одна из самых опасных болезней. Несмотря на интенсивные исследования, в настоящее время нет эффективной вакцины против нового тяжелого острого респираторного синдрома – коронавируса-2 (SARS-CoV-2), который появился в конце 2019 года и стал причиной пандемии COVID-19. Это позволило коронавирусу быстро распространиться во всем мире.

Совпадение пандемии COVID-19 с учебным процессом в прошлом учебном году привело к необходимости применения карантинных мероприятий, что сказалось на качестве обучения. Соответственно, проведенные профилактические мероприятия в образовательных учреждениях города и Республики напрямую связаны с эффективностью образовательного процесса.

Анализ литературных источников. Коронавирусная инфекция – это заболевание, которое вызывает поражение органов дыхательной системы и кишечника. Среди

симптомов выделяется: по затрудненное дыхание, как при большинстве видов простуд. Заболевание, провоцируемое этим микроорганизмом, может протекать в тяжелой форме и стать причиной летального исхода. Обстоятельствами, которые способствуют быстрому распространению инфекционных заболеваний являются многочисленность детских коллективов образовательных учреждений, отсутствие или недостаток необходимого медицинского персонала, схожесть симптомов коронавируса с другими, менее агрессивными инфекционными заболеваниями и, как следствие, более позднее реагирование на возникшую проблему. Как и любые другие болезни, инфекционные заболевания проще не допустить, чем потом лечить. Для этого используется комплекс мероприятий, именуемых мерами профилактики.

Цели и задачи работы: оценить взаимосвязь комплекса мероприятий по профилактике COVID-19 в МОУ «Школа № 2 им. Героя Советского Союза Ю. М. Двужильного г. Донецка» с уровнем заболеваемости участников учебно- воспитательного процесса коронавирусом.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Изучить литературу по профилактике инфекционных заболеваний в образовательных учреждениях;
2. Провести анализ соответствия мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний с мероприятиями по профилактике COVID-19, проводимыми в школе;
3. Проанализировать уровень заболеваемости учащихся COVID-19 и другими инфекционными заболеваниями в условиях строгого соблюдения профилактических мероприятий.

Исследование проблемы. Для исследования проблемы была проанализирована школьная документация по указанной проблеме, использован метод наблюдения за учебно- воспитательным процессом и режимными моментами, анализ медицинских карт учащихся школы. Результаты исследования показали, что с целью профилактики распространения коронавирусной инфекции, согласно нормативным документам Республики, в школе определен Комплекс мероприятий на период действия режима повышенной готовности в ДНР. Комплекс включает в себя следующие мероприятия:

1. Обучение в учреждении образования проводится с учетом требований Инструкции осуществления образовательного процесса в период действия режима повышенной готовности, в условиях сохранения риска распространения COVID-19;
2. Особое внимание уделено ежедневным профилактическим мероприятиям, а именно:
 - 2.1. Ежедневные «утренние фильтры»:
 - термометрия учащихся и сотрудников школы;
 - наличие нескольких входов в школу и установка на входе в здание дозаторов с антисептическим средством;
 - максимальное закрепление обучающихся за своими классными комнатами;
 - изменение расписания звонков с учетом увеличения времени на перемену;
 - смешанное обучение, которое включает в себя чередование очных и дистанционных форм обучения;
 - разведение классов при организации питания;

- запрет массовых мероприятий для детей.
- 2.2. Использование средств индивидуальной защиты (маски, перчатки, сменная обувь) педагогическими работниками и техническим персоналом, учениками школы.
- 2.3. Обеспечение условий соблюдения личной гигиены для участников учебно-воспитательного процесса (наличие мыла, одноразовых полотенец, туалетной бумаги, наличие мест складирования использованных СИЗ).
- 2.4. Дезинфекция в здании школы и установка средств дезинфекции в учебных аудиториях, буфете, туалетах.
- 2.5. Соблюдение графиков влажной уборки и проветривания помещений.

Выводы и предложения. Строгое соблюдение полного комплекса профилактических мероприятий имеет положительный результат в предотвращении распространения инфекционных заболеваний. Благодаря реализации озвученных мероприятий, в школе не зафиксировано ни одного случая заболевания коронавирусом, уровень заболеваемости учащихся сезонными болезнями с сентября по март не превысил отметку в 12%. Соответственно, эффективность проведенной профилактики подтверждена эмпирически и должна реализовываться для предотвращения распространения инфекционных заболеваний.

Минеева В. А., Алиева А. М., Захарова Д. Е.

НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН И СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВИЛ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ В СВЯЗИ С ВЛИЯНИЕМ ПАТОГЕННЫХ АГЕНТОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Научные руководители: Мякишева Ю. В., Богданова Р. А. Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Российская Федерация

Актуальность и постановка проблемы. На сегодняшний день распространенной причиной нарушения мужской фертильности являются инфекционно-воспалительные заболевания. Инфекционный процесс и его осложнения могут воздействовать изолированно или последовательно на различные органы мочеполового аппарата, нарушая работу репродуктивной системы. Инфекции приводят к возникновению хронического воспалительного процесса в половых железах, вызывающего токсическое воздействие на сперматозоиды, нарушение реологических свойств и химических компонентов семенной жидкости, снижению критериев подвижности. Инфекционные заболевания рассматривают как прямую или косвенную причину мужского фактора бесплодия.

Анализ литературных источников. В качестве материалов для работы использовались данные амбулаторных карт ЗАО «Медицинская компания ИДК», современная отечественная и зарубежная литература с использованием баз данных PubMed/Medline и Embase.

Цели и задачи работы. Изучение роли инфекционных заболеваний в развитии воспалительных процессов у мужчин, приводящих к нарушению репродуктивной функции и снижению фертильности, выяснение влияния инфекционных агентов на половую систему; анализ данных обследованных больных по критериям: концентрация, живые формы, морфология, класс под-

вижности, количество лейкоцитов; сравнение данных критериев здоровых пациентов с нормальной фертильностью и пациентов с инфекционными заболеваниями. Исследование проблемы. Исследование и сравнение показателей анализов, взятых из амбулаторных карт пациентов ЗАО «Медицинская компания ИДК» с инфекционными заболеваниями и здоровых мужчин с нормальной фертильностью, показало, что по всем критериям (концентрация, живые формы, морфология, класс подвижности, количество лейкоцитов) показатели больных стабильно ниже, чем здоровых. Особенно снижен критерий класс подвижности (в 2 раза), уменьшающий вероятность оплодотворения сперматозоидом яйцеклетки.

Выводы и предложения. Мужская фертильность зависит от состояния здоровья пациента и наличия у него инфекционных агентов. Показатели морфологических и количественных критериев сперматозоидов больных ниже показателей здоровых пациентов. На мужскую фертильность в наибольшей степени влияет наличие инфекционных агентов: уреоплазмы, герпес-вируса, вируса гепатита В и С. Инфекционные заболевания являются прямой или косвенной причиной снижения репродуктивной функции мужчин. Соблюдение правил личной гигиены необходимы для профилактики инфекционных заболеваний и предотвращения снижения репродуктивной функции мужчин.

Скворцова П. Д.

ПРОФИЛАКТИКА НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Научный руководитель: Конаныхина Г. Н. ГПОУ «Тульский областной медицинский колледж», г. Тула, Российская Федерация

Введение. В конце 2019 г. в Китае произошла вспышка новой коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11.02.2020 г. определила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, – COVID-19 («Coronavirus disease 2019»). Международный комитет по таксономии вирусов присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2.

ВОЗ определил развитие данной эпидемии как пандемию и включила COVID-19 в группу особо-опасных инфекционных заболеваний (ООИ). Человеческая популяция раньше не встречалась с SARS-CoV-2, и поэтому оказалась совершенно беззащитной против новой угрозы. Для того, чтобы защитить население от инфицирования коронавирусной инфекцией COVID-19, правительства всех стран были вынуждены в невиданных ранее масштабах использовать свои экономические ресурсы для финансирования лечебных и противоэпидемических мероприятий.

Цель. Изучить роль профилактики для предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции. Профилактика. Согласно Постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации № 15 от 22.05.2020 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3597–20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» понятие профилактики включает в себя мероприятия, направленные на разрыв трех звеньев

эпид процесса.

Огромную роль в неспецифической профилактике играет проведение информационной и санпросвет работы с населением и пропаганды использования средств индивидуальной защиты.

Специфическая профилактика. Кампания по проведению массовой вакцинации во многих государствах мира началась в декабре 2020 г. На данный момент по всему миру активно проводится разработка и применение вакцин против новой коронавирусной инфекции. Для изучения данной темы нами было проведено анкетирование среди населения г. Тулы, было опрошено 100 человек разной возрастной категории. Среди них: 45% в возрасте 19–24 года, 22% в возрасте 25–40 лет, 19% в возрасте 40–60 лет, 14% в возрасте 60 и более лет. Основным направлением анкетирования выступает изучение мнения населения в вопросе проведения вакцинации против COVID-19.

Самым популярным и достоверным источником информации для населения являются официальные сайты (Оперативного Штаба при Правительстве РФ – СТОП-КОРОНАВИРУС, ВОЗ, Министерства Здравоохранения РФ) – это говорит о том, что вероятность получения не достоверной информации среди респондентов достаточно мала.

Исследование показало, что вакцинацию прошли около 38% опрошенных, 11% собираются сделать прививку в ближайшее время, 18% не собираются делать прививку из-за опасения получить неизученные осложнения и 33% переболели коронавирусной инфекцией. Основной причиной отказа от вакцинации среди населения является опасение возникновения неизученных ранее последствий. Для проведения массовой вакцинации среди населения используются не только медицинские учреждения и отдельные кабинеты, но и создаются отдельные специализированные участки в доступных местах, таких как торговые центры, многофункциональные центры обслуживания населения.

Настоящее поколение медработников и жителей планеты стали свидетелями и участниками пандемии COVID-19, которая находится в стадии развития и увеличивает число своих жертв. Большинство медицинских работников ранее не имели дела с коронавирусной инфекцией, что заставляет разрабатывать тактику организационных профилактических и лечебных мероприятий в процессе активной работы. Профилактика и ранняя диагностика новой коронавирусной инфекции является одним из приоритетных направлений здравоохранения в сложившейся эпидемиологической обстановке, отличительными характеристиками которой является привлечение всех возрастных категорий граждан, использование всевозможных средств профилактики и методов ранней диагностики COVID-19. Эта новая эра «вакцины плюс» в битве с Covid-19 уже наступила, и 2021 год требует продолжения этой борьбы. Вакцинация приближает нас к победе в этом бою.

Степанюк К. М.

ПРОБЛЕМЫ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ

Научный руководитель: Стецура Л. В.

МОО «Харьцызская средняя школа № 5», г. Харьковск, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Важным условием работоспособности организма является здоровье. Одним из главных аспектов сохранения здоровья является личная гигиена. Из-за всех морфологических, функциональных и эмоциональных изменений, крайне важно не только регулярно выполнять комплекс санитарно-гигиенических мер, но и делать это правильно. Подрастающему поколению важно научить правильно соблюдать гигиенические меры, а главное приучить его к потребности соблюдать их.

Анализ литературных источников. В Древней Греции выделяли две системы воспитания: афинскую и спартанскую. Плутарх описал яркую картину спартанского воспитания в биографии спартанского законодателя Ликурга. Афинская система воспитания, в отличие от спартанской предполагала интеллектуальное развитие и развитие культуры тела. В трудах Сократа и Аристотеля говорится о необходимости формирования культуры тела. Педагоги эпохи Возрождения заботились о благополучии детей и разрабатывали методику физического воспитания – Томмазо Кампанелла, Франсуа Рабле, Томас Мор, Мишель Монтень. Джон Локк, в своем главном труде «Мысли о воспитании» предлагает тщательно разработанную систему физического воспитания будущего джентльмена, он подробно описывает приемы закалывания, обосновывает значение строгого режима в жизни ребенка, дает советы об одежде, пище, прогулках, занятиях спортом. В конце 40-х – начале 50-х годов вновь получает актуальность проблема формирования здоровья. Необходимость послевоенного времени вызвала новую установку на гигиенический аспект здорового образа жизни.

Основоположителем советской системы гигиенического воспитания школьников признан И. И. Мильман. Еще в 20-е годы он разработал систему уроков здоровья, а его последователи – серию учебных пособий по личной и социальной гигиене, профилактике, сохранению работоспособности.

Н. А. Бернштейн, В. А. Воскресенский, В. И. Загвязинский и др. исследовали вопросы гигиенического воспитания в 70–80-е годы. Вопросы по охране здоровья обучающихся детей, соблюдению гигиенических требований к организации учебных предметов исследовал Д. А. Изуткин и др.

Цели и задачи. Изучить литературу по данному вопросу. Выяснить причину возникновения проблемы гигиенического воспитания подростка. Дать рекомендации подросткам для соблюдения гигиенических мер. Исследование проблемы. К моменту полового созревания ребенка (12–14 лет), у него уже сформирован ряд гигиенических навыков, например, чистить зубы по утрам, принимать душ перед сном, вовремя ложиться спать. При созревании эндокринной системы, у подростков возникает желание быть «взрослым» и «самостоятельным», ребенок стремится резко поменять свой образ жизни. А между тем, важность соблюдения гигиенических правил многократно увеличивается.

Во время полового созревания на теле начинают расти нежелательные волосы, потовые и сальные железы всего тела начинают работать с большей интенсивностью, нежели раньше. Эти факторы приводят к появлению двух проблем: появление угревой сыпи и постоянного запаха пота, от которого трудно избавиться.

Изменения в организме мальчиков и девочек просто колоссальны, но главный аспект полового созревания — повышенный интерес к противоположному полу. Из-за этого подросток начинает уделять больше внимание своему внешнему виду, беспокоиться о своей привлекательности. Для подростка важно более уверенно общаться со сверстниками, и именно поэтому они пытаются выглядеть более привлекательными. Ради этого девочки и мальчики постоянно маскируют прыщи тональными средствами, когда нужно лечить воспаленную кожу. Они чрезмерно пользуются дезодорантами, когда было бы разумнее принять душ и надеть чистую одежду. Девочки часами могут крутиться перед зеркалом, наносить слои макияжа; мальчики тоже начинают проявлять интерес к одежде и увлекаться модой. Но часто в фокусе внимания оказывается только внешний вид, и в погоне за красотой подростки забывают о чистоте. Также, есть вероятность того, что неухоженность подростка может быть признаком какого-либо недомогания, физического или психологического например, депрессии. Так что помимо обучения гигиеническому воспитанию может потребоваться помощь психотерапевта или врача. Чаще всего подростки не обращают внимание на акне, перхоть или неприятный запах, ссылаясь на то, что это распространено в их круге сверстников и пройдет само. В таких случаях стоит обратиться к специалисту, так как в скором времени это может выйти из-под контроля.

Выводы и предложения. В подростковом возрасте проблема гигиены подростка особо актуальна, и ребенку очень важно знать и понимать необходимость принятия гигиенических мер. Мы предлагаем:

- При повышенном потоотделении, характерном для подростков, нужно ежедневно менять нижнее белье и носки;
- принимать душ хотя бы раз в день, желателен вечером;
- тщательно умываться и защищать кожу;
- хороший дезодорант-антиперспирант поможет в том случае, если наносить его на чистую сухую кожу;
- девочкам стоит напомнить, что оставленный на ночь макияж забивает поры и может вызывать воспаление;
- не экономьте на косметических средствах. Важно хорошо подобрать уходовые средства и косметику;
- важно соблюдать правильный режим дня;
- не пренебрегайте хорошим завтраком и другими приемами пищи.

Точина Т. А.

ОБЗОР ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Научный руководитель: Пащенко В. В.

МОУ «Школа № 2 имени Героя Советского Союза Ю. М. Двужильного», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Эндокринная система вырабатывает и выделяет в кровь гормоны — биологически активные вещества, отвечающие за гуморальную регуляцию. Гормоны выделяются непосредственно в кровь и выполняют свою функцию далеко от места синтеза. За выработку гормонов отвечают железы внутренней секреции. От работы эндокринной

системы зависит гуморальная регуляция организма человека. Соответственно, знания о механизме работы эндокринной системы и профилактике заболеваний играют важную роль.

Анализ литературных источников. Эндокринные заболевания включают в себя либо чрезмерную выработку гормонов (гиперфункция), либо же недостаточную выработку гормонов (гипофункция). Так, например, гиперфункция гипофиза вызывает гигантизм или же акромегалию, а гипофункция — карликовость, а также задержку полового развития.

Цели и задачи работы: провести анализ наиболее часто встречающихся заболеваний эндокринной системы по литературным источникам и определить меры их профилактики.

Исследование проблемы. Все заболевания эндокринной системы человека можно отнести к двум группам: первые связаны с повышенной активностью желез секреции (гиперфункция), вторые — с пониженной (гипофункция). Среди заболеваний эндокринной системы выделяют следующие виды болезней:

Гипертиреоз — болезнь, вызванная гиперфункцией щитовидной железы. Появляется по причине увеличения потребления кислорода, интенсификации энергетического обмена и выделения большого количества тепла. Сопровождаются эти процессы повышением температуры в организме с ощущениями жара; плохой переносимостью тепла и потливостью; учащенным сердцебиением, одышкой, дрожанием конечностей, мышечной слабостью; раздражительностью, тревожностью, суеживостью, повышенной возбудимостью и т.д.

Гипотиреоз — заболевание, вызванное гипофункцией щитовидной железы. Развивается в результате развития хронического аутоиммунного тиреоидита, а также упомянутой ранее гипофункции щитовидной железы. У данного заболевания отсутствует специфическая симптоматика, соответственно его тяжело диагностировать. Болезнь Кушинга — патология, вызванная гиперфункцией коры надпочечников. Симптоматика: лунообразное лицо с плеторической внешностью; центральный тип ожирения с видными надключичным и надшейными скоплениями жировой ткани; обычно очень тонкие конечности и пальцы. Характерна атрофия мышц и слабость. Кожа атрофирована, раны заживают плохо и легко образуются кровоподтеки. Часто отмечаются артериальная гипертония, нефрокалькулез, остеопороз, нарушение толерантности к глюкозе, снижение сопротивляемости инфекциям, а также психические отклонения.

Болезнь Аддисона — заболевание, вызванное гипофункцией коры надпочечников. Надпочечники перестают вырабатывать необходимое количество гормонов — кортизола и альдостерона. Симптоматика: постоянно прогрессирующая усталость; слабость мышц; беспокойство, раздражительность, тревожность; депрессия; сухость во рту, жажда, необходимость в частом и обильном питье; тахикардия, сильное сердцебиение; изменение вкуса пищи и напитков, которые начинают казаться чересчур кислыми либо солеными; постоянное расстройство пищеварительного тракта, тошнота, нарушение процесса глотания пищи; потеря аппетита и снижение веса и т.д.

Акромегалия — болезнь, вызванная гиперфункцией ги-

пофиза. При проявлении у человека данного заболевания характерно увеличение отдельных частей тела (нос, уши, челюсть, верхние и нижние конечности)

Карликовость — патология, вызванная гипофункцией гипофиза. Симптоматика проста — низкорослость.

Сахарный диабет — Выделяется два типа диабета. I тип проявляется при недостаточном производстве инсулина, а II тип — при невосприимчивости организма к инсулину. Сахарный диабет выражается в следующих симптомах: постоянное ощущение жажды, не прекращающееся при потреблении жидкости; учащённое мочеиспускание; повышенный аппетит; сухость кожных покровов, зуд, гнойничковые инфекции; сниженная работоспособность, бессонница; судороги в икрах; снижение зрения. Гигантизм — патология, вызванная гиперфункцией гипофиза. Симптоматика — Чрезмерная потливость, неприятный запах тела; разрастание нижней челюсти с протрузией и расширением межзубных пространств; голос становится низким и хриплым; язык часто увеличен, складчатость усилена; бочкообразный вид грудной клетки; боль в суставах и дегенеративные артриты; головная боль; увеличение размеров сердца, печени, почек, селезенки, щитовидной, поджелудочной и околощитовидных желез; у женщин нарушение менструального цикла; развитие галактореи; у мужчин эректильная дисфункция.

Выводы и предложения. Таким образом, профилактика заболеваний эндокринной системы предусматривает соблюдение режима питания, прием биологически активных и йодосодержащих пищевых добавок. Если заболевание вызвано недостаточной активностью эндокринных желез, то основу лечения, как правило, составляет гормонозаместительная терапия. В обратном случае, когда наблюдается чрезмерная активность данных желез, может потребоваться хирургическое вмешательство для удаления патологических тканей. Но при проявлении первых симптомов заболеваний эндокринной системы следует немедленно обратиться к специалисту соответствующего профиля.

Кибкало Е. С.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ЙОДНОМ ДЕФИЦИТЕ

Научный руководитель: Черная О. В.

Донецкая республиканская специализированная музыкальная школа-интернат для одарённых детей, г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. По данным мониторинговых исследований Всемирной организации здравоохранения, в мире сохраняется йодный дефицит различной степени выраженности. Данное явление происходит в результате недостаточного поступления йода в организм, как детей раннего возраста, так и взрослого населения, что приводит к развитию йододефицитных заболеваний. Осведомленность населения о факторах риска и дальнейших последствиях имеет колоссальное значение.

Анализ литературных источников. Самые распространённые йододефицитные заболевания — диффузный нетоксический зоб, узловой и многоузловой эутироидный зоб, тиреотоксикоз, гипотериоз, врождённый гипотиреоз. Йод регулирует обмен веществ, стиму-

лирует работу клеток иммунной системы, у женщин может нарушаться менструальный цикл. Недостаток йода отражается и на деятельности нервной системы: снижается внимание, человек становится раздражительным и забывчивым, появляется сонливость, у беременных может ребенок родиться мертвым или с пороком развития.

Цели и задачи работы: оценить осведомленность учащихся и учителей о йододефицитных заболеваниях, мерах профилактики.

Исследование проблемы. В данной работе были применены методы научного литературного поиска и анализа, обобщения и составления опросных анкет. Проводилось анкетирование учащихся и учителей Донецкой республиканской специализированной музыкальной школы-интерната для одарённых детей об осведомлённости о йодном дефиците и мерах его профилактики. Всего анкетировано 52 человека. Большинство респондентов — это люди подросткового возраста (63% в возрасте 13–18 лет) и 37% учителя с высшим образованием.

Результаты исследования. Более половины опрошенных (63%) знают о том, что жители нашего региона страдают от нехватки йода в организме, 27% респондентов заявили об отсутствии у них заболеваний йододефицита, при этом медицинского обследования по данным критериям они не проходили, 10% — проходят курс лечения у эндокринолога.

При оценке пищевого рациона 59% респондентов отметили редкое употребление ламинарии и морской капусты, фейхуа, морепродуктов, однако часто употребляют йодированную соль. 69% опрошиваемых считают, что профилактика йододефицита возможна с помощью йодированной соли, 21% уверены, что невозможно, 10% затруднились с ответом. Йодированную соль необходимо употреблять вместо обычной поваренной соли в обычном количестве (54%), 46% затруднились с ответом. Приобретая йодированную соль, 88% не смотрят на срок годности, так убеждены, что данный продукт имеет неограниченный срок хранения, 11% затруднились дать ответ. Периодически принимают капсулы рыбьего жира 13%.

Выводы и предложения. Большинство опрошенных знают о наличии йодного дефицита у жителей региона и многие употребляют йодированную соль, однако этот уровень осведомленности недостаточен для ликвидации йододефицитных заболеваний.

Таким образом, необходимо продолжать проведение профилактических мероприятий, повышать информированность населения о способах и методах профилактики йодного дефицита с целью достижения оптимального потребления йода.

Щербатюк А. Д.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СКОЛИОЗА

Научный руководитель: Серикова Л. В.

ГОУ «Ясиноватская санаторная школа-интернат № 14», г. Ясиноватая, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Статистика после раскрытия сколиоза у детей свидетельствует, что эта деформация — одно из наиболее частых заболева-

ний опорно-двигательного аппарата, которое располагает направленность к прогрессирующему. Несомненно, тяжелые формы сколиоза подлежат корригирующему хирургическому лечению. Однако начальные сколиозы — I–II степеней (около 80–85% больных) требуют длительного активного консервативного лечения с включением современных методов лечебной гимнастики, массажа, плавания, электростимуляции мышц, ортопедических укладок, разгрузок позвоночника во время школьных занятий и прочее. В сложном патогенезе сколиотической болезни определенную роль играют нарушения функции внешнего дыхания и гемодинамики. Тяжелая деформация позвоночника и грудной клетки при сколиозе III–IV степеней резко ухудшает физиологию дыхательной и сердечно-сосудистой системы, вызывая легочно-сердечную недостаточность.

Анализ литературных источников. Тихомирова Л. А.: Лечение и обучение детей, больных сколиозом, в санаторных школах-интернатах. Методические рекомендации. — М: ЦИТО, 1989. — 32с.

Вайнруб Е. М., Волощук А. С.: Гигиена обучения и воспитания детей с нарушениями осанки и больных сколиозом -К: Здоровья, 1988. — 136 с.

Фищенко В. Я.: Консервативное лечение сколиоза-К: УНИТИ-Атлант, 1994.-188с.

Цели и задачи работы. Раскрыть проблему сколиоза: искривление позвоночника в равной степени возникают как у школьников, сидящих в неправильном положении за партами, так и у офисных работников. Актуальную задачу, разумеется, представляет реабилитация сколиоза, когда болезнь впервые развилась много лет назад и стала давать о себе знать первыми симптомами со стороны, например, нервной и сердечно-сосудистой системы.

Болезнь можно смело относить не только к разряду коварных состояний, но и длительно бессимптомно текущих, маскируясь изредка под другие соматические патологии. Фактически, восстановительное лечение начинают или при случайных профилактических осмотрах обращении к врачу уже достаточно взрослого человека с имеющимися проблемами со здоровьем, вызванными вовремя не выявленным сколиозом.

Исследование проблемы. Увесистые перекашивания хребта основательно воздействуют на функции внутренних органов: сокращают размер плевральных полостей, расстраивают механику дыхания, что в свою очередь усугубляет функцию наружного дыхания, сокращает концентрирование кислорода в крови, меняет уклон мануфактурного дыхания, активизирует гипертензию в малом кругу кровообращения, гипертрофию миокарда — формирование симптомокомплекса легочно-сердечной недостаточности.

Многолетние наблюдения за большим контингентом детей и изучение эволюции сколиоза у многих тысяч больных позволили сделать три основополагающих вывода:

1. Торсия (скручивание позвонков в процессе роста) является основным компонентом сколиоза, без торсии нет сколиоза. Одно боковое искривление позвоночника есть лишь нарушение осанки, которое не переходит в сколиоз.

2. Сколиоз проявляется в раннем детском возрасте, обычно до 6 лет, и первый симптом — торсия. Нет раз-

ных возрастных периодов возникновения сколиоза. Предлагаемая рядом авторов классификация с делением сколиоза на детский, подростковый и юношеский на самом деле основана не на возрасте возникновения, а на возрасте выявления сколиоза.

3. Деформация позвоночника развивается по определенным законам, и знание их дает возможность прогнозировать течение болезни.

Клинические и лабораторные исследования доказывают единство происхождения и патогенеза диспластических, идиопатических и врожденных сколиозов. Современные представления о сколиозе позволяют четко отличать диспластический сколиоз от нарушений осанки. Нарушение осанки во фронтальной плоскости является нестойким боковым отклонением позвоночника и исчезает в положении пациента лежа на спине или животе. Клинически и рентгенологически торсия позвонков при нарушении осанки не определяется.

Несмотря на большую распространенность заболевания, только 10% пациентов нуждаются в хирургических методах лечения. Основная же масса людей со сколиозом имеет первую степень, которая не прогрессирует. Пациент с искривлением позвоночника нуждается в специальной постели с жестким матрацем. Нужно следить, чтобы больной спал чаще на спине.

Выводы и предложения. Сколиоз — генетически обусловленное заболевание опорно-двигательного аппарата, характеризующееся искривлением позвоночника во фронтальной плоскости с торсией позвонков, ведущее к нарушениям функции органов грудной клетки, а также к косметическим дефектам.

Сколиоз встречается у 3–4% детей, тяжесть заболевания различна и в многолетнем комплексном ортопедическом лечении нуждаются 0,3% детей. Одним из основных методов профилактики искривления позвоночника является занятие физической культурой и спортом, ведение здорового образа жизни, соблюдение режима дня, рациональное питание, общеукрепляющие и закаливающие процедуры.

Яранцева К. С.

О НЕОБХОДИМОСТИ СОБЛЮДЕНИЯ ГИГИЕНЫ СНА

Научный руководитель: Пащенко В. В.

МОУ «Школа № 2 им. Героя Советского Союза Ю. М. Двужильного г. Донецка», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Сон — это физиологическое состояние мозга, которое характеризуется значительным обездвиживанием, почти полным отсутствием реакций на внешние раздражители и, в тоже время, особенной организацией активности нейронов головного мозга. Это периодически повторяющееся состояние организма человека. Продолжительность сна в норме — 7–8 часов. В 1953 году американские ученые Н. Клейтман и Ю. Азерински установили цикличность сна и доказали, что сон состоит из периодически повторяющихся фаз, сопровождающихся изменением работы головного мозга.

Сон — это естественный физиологический процесс пребывания человека в состоянии с минимальным уровнем мозговой активности и пониженной реакцией на факторы окружающей среды.

Отсутствие сна или нарушение его режима приводит к тяжелым последствиям для организма человека. Если у человека нарушен режим сна, то через 30–60 часов нарушается восприятие окружающей среды; через 90 часов начинаются галлюцинации, через 200 часов — психоз и, как следствие, летальный конец. Поэтому соблюдение гигиены сна является необходимым условием физического и психического здоровья человека.

Анализ литературных источников. Гигиена сна — это поведение, которое способствует хорошему сну с помощью поведенческих вмешательств. Наше поведение в течение дня, а не только перед сном, может повлиять на то, насколько хорошо мы спим. На качество сна не последнюю роль играет выбор еды и напитков, режим дня, вечерний распорядок и многие другие действия. Гигиена сна может улучшить общее качество сна и сделать его более спокойным и крепким.

Нарушение гигиены сна — это форма бессонницы, которая в первую очередь вызвана неправильным сном. Многие общие факторы могут мешать ночному сну, например, фоновый шум, экстремальные температуры, неудобная кровать, чрезмерный сон в течение дня, нерегулярное время отхода ко сну, сидячий образ жизни, стимулирующая активность перед сном, кофеин, алкоголь, прием большого количества жидкости перед сном. Последствия нарушения гигиены сна можно ощутить по-разному, и они столь же сильны, как и другие нарушения сна. Это может выражаться в отсутствии жизненной энергии и общей усталости, отсутствии мотивации и стремления к выполнению дел, перепадам настроения, проблемам с памятью, концентрацией внимания и головным болям.

Цели и задачи работы: проанализировать литературные источники, провести изучение проблемы соблюдения гигиены сна в среде школьников. Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

- Привлечь внимание к принципам полноценного и здорового сна, необходимости соблюдения его гигиены;
- Уточнить понятие «гигиена сна» в контексте ЗОЖ;
- Провести анализ режима дня и анкетирование по

вопросам соблюдения гигиены сна у учащихся 4–9 классов школы;

- Проанализировать связь соблюдения режима дня, гигиены сна и уровня работоспособности.

Исследование проблемы. Для исследования указанной проблемы были проанализированы режимы дня и анкеты учащихся 4–9 классов школы.

В результате исследований установлено:

- соблюдают режим дня — 75% респондентов;
- правильное соотношение дневной и вечерней активности установлено у 65% респондентов;
- проблемы, связанные с режимом питания выявлены у 43% респондентов;
- обращают внимание на соблюдение температурного режима при отходе ко сну 28% опрошенных;
- проблемы с успеваемостью (рассеянное внимание, нарушения долгосрочной памяти, снижение умственной активности в течении учебного процесса) имеют 23% респондентов.

Результаты исследований позволяют акцентировать дополнительное внимание учащихся школы на вопросах соблюдения гигиены сна и требуют профилактики нарушений режима дня и питания.

Выводы и предложения. Биологическое значение сна заключается в необходимости возобновления энергетического потенциала и структуры нервных клеток, переведения информации в долговременную память. Физиологическим механизмом сна является торможение деятельности коры головного мозга. Потребность во сне жизненно необходима.

Сон может нарушаться в результате несоблюдения режима дня, режима питания, информационной перегрузки, болезненных состояний, негативных факторов внешней среды. Нарушения сна отрицательно влияют на организм человека и могут привести к летальному исходу.

Соблюдение гигиены сна является залогом физического и психического здоровья человека, обязательным условием для гармоничного развития современного школьника.

5. СЕКЦИЯ: «ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ, МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ»

Баева А. Ю.

«АНГЛИЙСКИЕ» КОРНИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА ДОНЕЦКА

Научный руководитель: Аникеенко Н. В.

МОУ «Школа № 60 города Донецка», Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Нет ничего важнее жизни и здоровья человека, поэтому одним из приоритетных направлений в ДНР всегда будет развитие медицинской науки и забота о здоровье граждан нашей республики. Исследование истории развития медицины и здравоохранения очень важно, так как возмож-

ность узнать о людях и событиях прошлого позволяет лучше понять настоящее. Донецкие историки Бунтовский С. Ю. и Зеленская Л. И. посвятили свою жизнь изучению истории Донбасса и становлению медицинского обслуживания его жителей.

Цели и задачи работы. Цель данного исследования: расширить знания об истории медицины и здравоохранения нашего города. Задачи: ознакомиться с историческим фактическим материалом по изучаемой теме; выработать навыки поиска и анализа работы с историческими источниками; расширить историко-культурный кругозор. Гипотеза: Развитие медицины и здравоохранения

нения нашего города имеет «английские» корни. Исследование проблемы. В 1869 году Джон Джеймс Юз, британский промышленник купил землю у русского князя Сергея Кочубея в Екатеринославской губернии, на берегу реки Кальмиус, где построил металлургический завод с рабочим посёлком вблизи села Александровка. Для разработки угля он основал «Новороссийское общество каменноугольного, железного и рельсового производств». Вместе с ним в нашу местность прибыло около полутора сотен мастеров из Великобритании. Они селились отдельно от русских рабочих, а впоследствии на деньги предприятия для них построили добротные дома из красного кирпича со стеклянными верандами. Жизнь английских рабочих состояла не только из работы на предприятии. Они отправлялись на охоту, катались на велосипедах, играли в бильярд или крикет (позднее в футбол).

В 1900 году под руководством сыновей Юза Артура и Альберта было учреждено Юзовское велосипедно-атлетическое общество. 29 марта 1904 года на предприятии открыли Английский клуб, численность которого к 1914 году превышала 40 человек. А основной состав футбольной команды металлургического завода составляли также английские специалисты. Англичане вели активный и здоровый образ жизни, чего нельзя сказать о русских рабочих предприятия. Множество рабочих хаотично строили свои дома этой части города не было ни водопровода, ни канализации. Воду брали из колодцев, но только 3 из них были пригодны для использования. В связи с тяжелыми жилищными условиями, плотностью построек и грязью, в посёлке была антисанитария. В 1892 году вспыхнула эпидемия холеры: 708 больных (из 908 по всему району). Эпидемия держалась в 1893 году, а в 1896 году бушевали тиф и дизентерия.

В своей книге «История Донбасса» Сергей Бунтовский описывает первую больницу в нашем городе, открытие которой было обусловлено тяжестью жизни в практически необжитом месте и высокой травмоопасностью работ на заводе и шахтах Юзовки.

Первоначально в ней было только 12 мест, а в 1892 году в больнице открыли палату со стенами, обитыми деревом, рассчитанную на душевнобольных. Хотя «деревянная палата» чаще использовалась для особо буйных пациентов с белой горячкой.

В 1900 году комиссия, которая занималась обследованием рудников и заводов Донбасса, составила описание заводской больницы в Юзовке. Палаты больницы чередовались с маленькими комнатами и коридорчиками, где, из-за недостатка мест в палатах, находились больные. Коек насчитывалось около 112, по словам врача, объем соответствовал требованиям и нормам, но всё же атмосфера в палатах была тяжёлой. А резкий запах плохо выветривался из-за отсутствия вентиляции. Сама больница занимала центральное место среди заводских построек, рядом имелся сад и библиотека (50–100 книжек). Заведовало больницей 6 врачей.

В своем исследовании «Медицина в Бахмутском уезде в конце XIX — начале XX вв.» Л. И. Зеленская отмечает, что в 1884 г. в больнице работали: 1 врач, 1 фельдшер и 1 провизор. Обслужила она 5494 жителя Юзовки. К 1914 г. в ней работало уже 9 врачей, 20 фельдшеров, 6 акушерок, 1 провизор и 2 его помощника. В 1914 г.

больница обслужила уже около 30000 человек. Из них амбулаторно — 86542 и стационарно — 3125.

Юзовская больница считалась лучшей в округе. Заводские рабочие лечились и получали лекарства в больнице бесплатно, а другие жители Юзовки платили и за лечение, и за лекарства. Больница имела прекрасное хирургическое отделение. В 1894 году в заводской больнице открылось женское отделение на 34 койки (вместе с родильными). Для работы была приглашена одна акушерка. В 1900 году в больнице работало уже две акушерки, а в 1911 их стало три.

Стоит отметить, что помимо больницы Новороссийское общество в 1880 году открыло первую в Юзовке аптеку для своих сотрудников. А в 1886 году в Ливенском посёлке появилась и вторая аптека, которая в отличие от первой обслуживала всех желающих. В 1891 году аптеку в Ливенском поселке приобрело Новороссийское общество. По имеющимся сведениям, к началу революции в Юзовке существовали 4 аптеки, 5 аптекарских магазинов, которые торговали перевязочными материалами, химическими товарами и средствами гигиены.

Вывод. Исходя из вышеизложенного, можно сказать, что у истоков здравоохранения нашего города были выходцы из Великобритании.

Грейц Е. И.

КРЕСТОВОЗДВИЖЕНСКАЯ ОБЩИНА СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ

Научный руководитель: Терлецкая Н. А.

МОУ «Средняя школа № 47 г. Макеевки», г. Макеевка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Выдающийся русский хирург Н. И. Пирогов и Крестовоздвиженская община сестер милосердия осуществили грандиозный и исторически значимый цивилизационный проект оказания женской благотворительной помощи во время сражений Крымской войны и осады Севастополя. Именно Н. И. Пирогову принадлежит великая честь введения этого вида оказания медицинской помощи раненым в армии. Недюжинный гений Пирогова определил три вектора оказания реальной помощи пострадавшим на полях сражений: как хирург, как ученый, как талантливый администратор и руководитель.

Анализ литературных источников. В исследовании использовалась литература по истории медицины и истории России:

История медицины и фармации/ Под ред. Д. В. Михеля, М., «Эксмо», 2010 г.; Гулова Е. М. Награды сестрам Крестовоздвиженской общины и сердобольным вдовам. // Родина. 2000. № 7; Пирогов Н. И. Автобиографические произведения // Пирогов Н. И. Собрание сочинений. — М.: Госиздатмедлит, 1962; Беляков Н. А., Михайлович В. А. Сестры милосердия России — СПб. // Лики России, 2005.

Цели и задачи работы. Акцентировать значимость исторических событий русской военной медицины: Пирогов стал первым в мире врачом, который смог организовать и применить женский уход за ранеными в местах боевых действий.

Исследование проблемы. 5 ноября 1854 г. в церкви Михайловского дворца состоялась торжественная церемония открытия Крестовоздвиженской общины. Главной

целью общины была подготовка сестёр милосердия для ухода за ранеными и больными в действующей армии. Община объединила представительниц разных слоёв общества — от образованных до малограмотных. Руководить их деятельностью было поручено действительному статскому советнику Н. И. Пирогову. Всего активно участвовали в Крымской войне 342 женщины. В Севастополе 1854 г. Пирогов был совершенно потрясен тем, что «горькая нужда и медицинское невежество соединились вместе в баснословных размерах». Бригада хирургов Пирогова действовала непрерывно и неуспынно, выполняя огромный объём неотложных оперативных вмешательств. В сортировке раненых, в «хирургическом конвейере», во всех действиях врачей Пирогов установил, по его словам, «фабричный» порядок — при сплошном потоке раненых за семь часов на трех столах выполнялось до ста операций. Далее раненые поступали на попечение сестер милосердия. Помощь оказывалась всем раненым без исключения, даже пленным.

Содержание деятельности Общины были разработаны Н. И. Пироговым, который видел в ней, прежде всего, медицинское учреждение с чёткой специализацией труда сестёр. Поэтому, сразу же по прибытии в Крым, он разделил их на сестёр перевязочных, аптекарш и хозяйек. Он же составил «Инструкцию сестрам на время их дежурства в госпиталях и перевязочных пунктах», подробно изложив в ней обязанности подопечных. Позже он сформировал транспортную группу, которая сопровождала раненых на этапах эвакуации. Для них также написана специальная инструкция. Под руководством врачей сестры милосердия работали в перевязочных и операционных, ухаживали за ранеными в палатах, готовили лекарства в аптеках, следили за выдачей пищи, помогали готовить её, строго наблюдали за тем, чтобы раненые не страдали из-за хищений продуктов и белья. При исполнении своих обязанностей они не боялись ни неприятельских пуль и снарядов, ни «ужасающего зрелища самых страшных разрушений человеческого тела». Условия работы были очень тяжёлыми. В войсках наблюдалась высокая летальность из-за осложнённого течения огнестрельных ран, свирепствовали эпидемии инфекционных болезней, уносящие тысячи жизней защитников Севастополя.

В те времена женщин не привлекали для оказания медицинской помощи непосредственно в местах боевых действий, они работали только в мирное время, и только в больницах и госпиталях. Это событие стало первым мировым опытом по подготовке сестёр милосердия к работе в военно-полевых условиях. Нужно упомянуть, что иностранцы, особенно немцы, сделали попытку приписать инициативу в организации женского ухода за ранеными бойцами в войне англичанке Нейтингель. Пирогов против подобного предположения очень резко высказывался. В качестве доказательств он привёл год создания «Крестовоздвиженской общины сестер попечения о раненых и больных» — осень 1854 г. А ведь Мисс Нейтингель во главе 37 медицинских сестёр появилась в стане неприятеля только в начале 1855 года, то есть спустя 2 месяца. Пирогов настаивал на том, что русские должны бороться за истину и не позволять зарубежным странам оспаривать вклад отечественных медсестер и врачей в развитие медицины.

Выводы. Медсестры-крестовоздвиженки незамедлительно и добровольно приняли на себя все самое тяжёлое и рискованное, что выпало на долю многострадальных и мужественных защитников Севастополя. Бесконечные артобстрелы и тысячи спасённых солдатских жизней, ежедневная изнуряющая живая реальность с подлинными слезами, кровью и гибелью невинных людей и коллег — и сегодня не опускают высокого звучания совершенного ими подвига. Их убеждения, величие мыслей и действий способствовали возрождению национального самосознания, духовного иммунитета и державного единения русских.

Жуков Д. Н.

ПРОБЛЕМЫ УТИЛИЗАЦИИ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Научный руководитель: Берестовая А. А.

ГОУ ВПО «Донбасская национальная академия строительства и архитектуры», г. Макеевка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. В период пандемии вырос спрос на средства индивидуальной защиты, особенно медицинские маски и одноразовые перчатки. Следовательно, актуальными стали вопросы о правильности их последующей утилизации. Проблема приобретает мировой масштаб, так как медицинская маска является обязательным атрибутом во многих городах и странах нашей планеты.

Цели и задачи работы. Исследовать проблемы утилизации средств индивидуальной защиты. Разработать алгоритм их правильной утилизации.

Исследование проблемы. Хирургическая маска содержит биологические следы человека, который ею пользовался, а потому принадлежит к опасным отходам. Она изготовлена из полипропилена — материала, который не растворяется в воде и который сложно переделать даже в случае обеззараживания.

Медицинские маски относятся к отходам класса Б, то есть потенциально опасным. Этот класс можно характеризовать как материалы, контактирующие с биологической жидкостью, непригодные к дальнейшему применению отходы.

Маски нельзя выбрасывать в обычные мусорные контейнеры, ведь это создает угрозу передачи вторичных болезней другим людям.

Латексные перчатки, которые также стали часто использовать во время пандемии, разлагаются несколько быстрее (2–4 года), однако также относятся к категории опасных медицинских отходов. Медицинские латексные одноразовые перчатки также являются отходами класса Б и подлежат эффективной и своевременной утилизации. В медицинских учреждениях перед утилизацией их обеззараживают и герметично упаковывают. Больницы отправляют опасные медицинские средства на утилизацию в лицензированных компаний.

Возможность повторного использования (после стирки, глажки или дезинфекции), с одной стороны, является большим преимуществом самодельных масок из ткани. Несмотря на это, такое средство индивидуальной защиты тоже не стоит выбрасывать вместе с остальным мусором. На маске из ткани могут остаться микроорганизмы даже после домашней дезинфекции. Поэтому

ее рекомендуют сдавать на утилизацию вместе с другими медицинскими отходами. То же самое касается и многократных респираторов, которые обычно имеют комбинированный немаркированный пластик, который не подлежит переработке.

Рассмотрим возможные пути утилизации медицинских масок.

1. Возможная безопасная утилизация медицинских масок, путем передачи их на специальную сортировочную станцию. Маски и перчатки следует приносить в полиэтиленовых шариках отдельно от остальных отходов, от одного человека принимают не более одного пакета таких отходов.

Опасные отходы утилизируют методом температурной деструкции, сжигая в печи специальной конструкции в потоках горячего воздуха с температурой от 1200 °С. Образующиеся газы впоследствии дожигаются, а химическим выбросы — очищают.

2. Искать специальные контейнеры для такого мусора.

3. Позаботиться о безопасности окружающих.

При ежедневном использовании средства индивидуальной защиты должны быть правильно утилизированы, а именно предлагается специальный алгоритм:

1. Аккуратно за завязки снять повязку, не касаясь лица и других частей тела.

2. Герметично упаковать в одноразовый пакет и плотно завязать

3. Поместить в урну или мусорный бак.

При раздельной сортировке отходов, воспользоваться серым баком, предназначенным для неперерабатываемых или «грязных» отходов.

4. Тщательно вымыть руки с мылом

Если все-таки вам придется выбросить использованные маски или перчатки в обычный мусорник, их следует предварительно обработать дезинфектором, отрезать резинки, а потом положить в пакет. Таким образом биологические остатки не будут распространяться на остальные отходы и составят минимум угрозы, попадая на полигон.

Выводы и рекомендации. Маски, которые используют больные люди, которые находятся на домашнем карантине, отправляются, как правило, просто в мусорное ведро. Подобная утилизация далеко не безопасна. Маска защищает человека, только если она правильно используется, меняется каждые 2–3 часа. Но просто выброшенная в мусор маска, может оказаться настоящим рассадником инфекции.

Люди должны особым образом избавляться от используемых средств гигиены и защиты — не только масок, но также резиновых перчаток и др. Все это должно складываться в отдельный пакет.

Неправильная утилизация использованных медицинских масок и средств защиты может вредить здоровью большого количества людей.

Золотухин А. В.

РОБЕРТ КОХ — «ПОБЕДИТЕЛЬ ТУБЕРКУЛЁЗА»

Научный руководитель: Капустина А. В.

МОУ «Школа № 13», г. Горловка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Эпидемиологи и бактериологи каждый день ищут и разрабатывают

вакцины для защиты населения от множества заболеваний и их возбудителей. Каждый из нас, на сегодняшний день, не осознает значимость этих профессий. Поэтому я хотел бы рассказать о человеке, который внес значительный вклад в эпидемиологию и бактериологию, а также победил туберкулёз и сибирскую язву.

Цель и задачи работы. Целью данной статьи является знакомство с Робертом Кохом и историей его открытий в области бактериологии.

Исследование проблемы. Кох Генрих Герман Роберт родился в городке Клаусталь-Целлерфельд 11 декабря 1843 года. Его родители были обеспеченными — отец был горным инженером, а мать была дочерью главного инспектора Ганноверского королевства. В 8 лет будущий врач поступил в гимназию, он считался одним из лучших учеников. Из всех предметов Коху больше все нравились физика, ботаника и конечно медицина. В 1862 году Роберт поступает в Геттингенский университет.

После окончания университета в 1866 году он работал в немецких больницах. Через год после окончания университета Роберт женится на Эмме Адельфине Жозефине Фрац. Около 5 лет были попытки открытия частной больницы. После были попытки переквалифицироваться в фронтового врача.

Он бывал во многих странах, так как путешествовал на корабле в качестве судового врача. В итоге Кох устроился ассистентом в больницу для душевнобольных городка Раквиц, где он успешно практиковал до начала войны.

В 1870 году, во время франко-прусской войны, Роберт добровольно уходит на фронт в полевой госпиталь. На войне медик получает важнейший для себя опыт в полевой хирургии, а также в борьбе с различными заболеваниями. В 1871 году врач возвращается домой и устраивается санитарным врачом. Жена на день рождения дарит ему микроскоп, с этого момента Кох начинает изучать микроорганизмы.

В 1872 году, работая санитарным врачом в Вольштейне, Роберт замечает животных, которые были больны сибирской язвой. Врач, изучая причины заболевания у овец, находит возбудителя-бактерию *Bacillus anthracis*. Изучив её, Кох начинает писать свои научные труды, благодаря которым он и получает свою известность. Ученые оценили его труды, после чего он устроился на должность советника министерства.

Следующим заболеванием, которое ученый начал изучать, стал туберкулёз. Каждый день он занимается обследованием больных в лечебнице Шарите, но обнаружить возбудителя туберкулеза ему не удается, так как бактерия находится в оболочке из воска и красители отталкиваются. Тогда Роберт решает использовать метод двойного окрашивания, который и помог выявить ему возбудителя опасного заболевания. Бактерию назвали в честь первооткрывателя — «палочка Коха».

За внушительный вклад в борьбу с туберкулёзом в 1882 году германское правительство поручают Коху найти и исследовать возбудителя холеры. Врач отправляется в Индию, где он и сумел выделить холерный вибрион, а также пути его передачи.

Последние годы своей жизни ученый посветил продолжению изучения туберкулеза. В 1890 году Кох сумел выделить такое вещество как туберкулин, которое помогает в диагностике недуга.

В 1905 году великому ученому присудили Нобелевскую премию, а еще через 5 лет Роберт Кох ушел из жизни из-за сердечного приступа.

Выводы и предложения. Кох способствовал наступлению «золотого века» научных открытий, которые выявили основные бактериальные патогены, лежащие в основе многих самых смертоносных болезней. Кроме того, его постулаты и лабораторные методы послужили основой для медицинских разработок, продолжавшихся до 20 века.

Кацько К. А.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ, МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ

Научный руководитель: Серикова Л. В.

ГОУ «Ясиноватская санаторная школа-интернат № 14», г. Ясиноватая, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Экологическая медицина основана на синтезе медицинских дисциплин и экологии в середине XX века, в связи с экологическими трудностями развитых стран мира. В настоящее время разработаны подходы к диагностике, лечению и профилактике большинства заболеваний, которые зависят от экологии.

Анализ литературных источников. Большая Советская Энциклопедия. Гл. Ред. А. М. Прохоров. Изд. 3. М.: «Советская Энциклопедия», Т 15. Ломбард. -Мезинтол. 1974, 632 с.,—563–571 сс.

Цели и задачи работы. Биология относится к ведущим наукам. Для прогресса медицины необходим высокий уровень развития биологии. По мере развития биологии как науки происходило накопление фактического материала и знаний, которые привели к созданию различных гипотез и теорий.

Исследование проблемы. Попытки формирования знаний о гигиене основаны на наблюдениях и опыте человечества, и были закреплены в обычаях, приемах лечения, защиты от болезней, они и являлись основой народной медицины и гигиены, возникла необходимость систематизировать знания для передачи информации будущему поколению. Важную роль среди предупреждающих и лечащих мер играло использование сил природы, поиск лекарственных средств растительного и животного происхождения.

Изначально болезни рассматривались как живое существо, проникающее в тело, вызывающее нестабильное состояние. Бессилие перед силами природы и отсутствие понимания окружающего мира, привели к тому, что возникло представление о злых духах, которые вселяются в человека. Существовала «храмовая медицина»: учение о богах как вершителях судеб человека. Главная причина болезней — гнев богов, и лечение состояло из просьб сменить гнев на милость.

В середине IX в. В Византии возникла медицинская школа: основные данные в области естествознания основывались на трудах Аристотеля, главный источник медицинских знаний — «Гиппократов сборник» и сочинения Галена. Большое значение для науки имело изобретение Галилео Галилея в 1609 году — «телескоп». За 20 лет до этого в Голландии братьями Янсенами был сконструирован первый микроскоп.

Гениальный итальянский художник Леонардо да Винчи

кроме искусства увлекался и анатомией (чтобы правильно написать человеческое тело нужно в мельчайших деталях его знать). Изучая человеческие трупы, он сделал большие открытия в области анатомии. Леонардо да Винчи первым правильно определил формы и пропорции всех частей тела, сделал первую классификацию мышц, установил, что сердце — полый мышечный орган, состоящий из 4-х камер.

Врачи Герофил и Эрасистрат заложили основы науки о строении и функциях человеческого тела, смогли провести первые эксперименты и доказали, что мозг — сложная функциональная система, показали различия между чувствительными и двигательными нервами, описали оболочки, извилины и желудочки мозга.

Основоположник анатомии современности А. Везалий возразил теории Галена и на основании повторяющихся анатомирований трупов описал строение и функции тела человека. Значительное влияние на медицину оказали внедрение и популяризация опытного метода исследования философом Ф. Бэконом, а также описание У. Гарвеем системы кровообращения, чем было заложено основание для изучения физиологии — нового раздела человеческих знаний. С. Санторио изучал обмен веществ в организме человека, с помощью построенных им весов развил учение о солидарной патологии. Открытие рентгеновских лучей положило начало рентгенологии. Возможности рентгенодиагностики были расширены применением контрастных веществ, методов послойных рентгеновских снимков.

Открытие натуральной радиоактивности и вытекающие за этим исследования в области ядерной физики зародили развитие радиобиологии, которая изучает воздействие на живые организмы ионизирующих излучений. Огромное влияние на медицину оказала генетика, которая установила законы и механизмы наследственности, изменчивости и мутаций организмов. Изучение наследственных заболеваний привело к возникновению медицинской генетики.

На современном этапе важную роль в биосфере приобретают естественные биогеоценозы, создаваемые человеком. Термин Медицинская Экология впервые употреблен выдающимся микробиологом Рене Дюбо, в концепции, согласно которой природные системы, которые предназначены для многих человеческих потребностей. Физические и химические элементы — обычные загрязнители окружающей среды. Специфика образа жизни человека должна быть включена в список факторов риска. В настоящее время существует категория агроценозы врачей, занимающихся экологической медициной. Специалисты в области экологической медицины должны идентифицировать хронические состояния человека с учетом устранения причин, их вызывающих.

Выводы и предложения. Медицинская экология — это комплекс научных дисциплин, который рассматривает все стороны воздействия окружающей среды на здоровье человека, с упором на заболевания связанных со средой обитания. Отличительная черта медицины — имеет профилактическое направление. В условиях бесплатной, общедоступной и высококвалифицированной медицинской помощи населению профилактика приобрела общегосударственное значение, стала основой охраны государством и обществом здоровья народа.

Львова А. А.

ИНСТИТУТ НЕОТЛОЖНОЙ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ИМЕНИ В.К. ГУСАКА

Научный руководитель: Байкова Е. А.

МОУ «Лицей «Спектр» города Тореза», г. Торез, ДНР

Вступление. Взрослея, каждый из нас начинает задумываться о своём дальнейшем обучении после школы, о будущем, в котором нам будет интересно, и что немаловажно, кем стать и найти своё призвание в жизни.

Ещё с детства я хотела связать свою жизнь с медициной, я начала внимательно изучать медицину Донецкого края. Больше всего меня заинтересовал институт неотложной и восстановительной хирургии В. К. Гусака. Анализ литературных источников. При работе со статьёй я использовала сведения из интернета.

Владимир Корнеевич Гусак. Являлся доктором медицинских наук, профессором, медиком и членом-корреспондентом Академии медицинских наук Украины. За время его руководства было создано отделение неотложной кардиологии, онкогематологический центр и отделение рентгеноваскулярных исследований. Поскольку в нашем регионе очень развита угольная промышленность и, к сожалению, на производстве люди получают сильные ожоги, была организована научная лаборатория по выращиванию искусственных клеток кожи. Также лично провёл не менее пяти тысяч операций. Первым в Донбассе освоил и внедрил реплантацию конечностей и операции на открытом сердце. В период с 1943 по 1945 больница стала военным госпиталем. Однако сразу после окончания войны на его базе начал свою работу Донецкий медицинский институт, где действовали: клиника факультетской терапии, ортопедии и травматологии, госпитальной хирургии, госпитальной терапии, также действовали клиники неврологии и ЛОР-отделение. Через некоторое время больницу и поликлинику объединили и ею стал руководить М. И. Аснес.

Михаил Ильич Аснес. Родился в Таганроге. С отличием закончил гимназию и поступил на юридический факультет Лейпцигского университета, но вскоре перешёл на медицинский факультет, который успешно окончил. Работал хирургом в Таганроге Ростовской области, а уже с 1945 начал работу в ОЦКБ г. Донецка.

Руководители института. В период с 1960 по 1990 года главным врачом больницы был В. Д. Байда (заслуженный врач УССР, разработал и внедрил систему контроля качества предоставления медицинской помощи в учреждениях охраны здоровья УССР). По его рекомендациям больница стала проводить семинары для медицинских работников сёл. Вследствие чего больница получила статус Республиканской школы передового опыта.

С 1983 по 1990 главой больницы был М. К. Кокин (кавалер ордена Октябрьской революции и двух орденов Трудового Красного Флага, заслуженный врач УССР). В годы его управления были введены новые методы исследований: доплерография, эхокардиография, ультразвуковая диагностика.

В 1991 году Областная центральная клиническая больница была репрофилирована в Донецкое областное лечебно-клиническое объединение, были объединены

кафедры Донецкого медицинского университета. Это послужило развитию сосудистой кардиохирургической деятельности больницы. В это время главным врачом стал Владимир Корнеевич Гусак.

В 1999 году по решению Кабинета Министров Украины на базе ДОЛКО был создан Институт неотложной и восстановительной хирургии, став одним из самых больших в системе Академии медицинских наук Украины. В 2002 году институт возглавил В. К. Гринь.

Владислав Константинович Гринь. Закончил государственный медицинский институт имени М. Горького. Работал врачом-кардиоревматологом Шахтёрской районной больницы Донецкой области. В 1986 году начал работать в Областной центральной клинической больнице. После этого стал директором данного института. Являлся доктором медицинских наук, кардиологом, профессором, лауреатом Государственной премии Украины в области науки и техники, организатор науки и здравоохранения. По его инициативе и под его руководством и по сей день успешно работает уникальная лаборатория клеточного и тканевого культивирования, продолжает развиваться кардиохирургическая служба, начал работу международный центр биотехнологий «Биостэм».

С 2014 года и по сей день директором больницы является Э. Я. Фисталь.

Эмиль Яковлевич Фисталь. До девятого класса увлекался историей, а после решил стать врачом. Поступил со второго раза в Донецкий медицинский институт. Получив образование, стал работать в Старобешевской центральной районной больнице в течение года. Затем перевёлся в Донецкую областную клиническую больницу имени М. И. Калинина, работая там ортопедом хирургического отделения. Начал работать в институте неотложной и восстановительной хирургии. Награждён орденом «За заслуги» II степени, орденом «За заслуги» III степени. Имеет почётное звание «Заслуженный деятель науки и техники Украины».

Заключение. Наш Донбасс-это край умных, целеустремлённых и талантливых людей, которыми можно и нужно восхищаться. Особого уважения заслуживает то, что медицинские работники остались на своей Родине в столь тяжёлое для неё время и трудятся в благо родного края, своих земляков, оттачивая с каждым годом свой талант и готовя себе достойную замену в лице будущего поколения.

Шелепова Д. А.

РЕТРОАСПЕКТ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ШАХТЕРОВ ДОНЕЦКОГО КРАЯ В 50-Е – 60-Е ГОДЫ XX В.

Научный руководитель: Мальцева Т. А.

ГПОУ «Донецкий профессионально-педагогический колледж», г. Донецк, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Донбасс — один из крупнейших промышленных регионов в Украине и в масштабах всей Европы. Главное достояние края — уголь, однако работа на шахтах сопряжена с рядом трудностей: тяжелые условия труда, сложность технологических процессов и т.д. Это негативно влияет на здоровье горняков, поэтому вопрос охраны труда

и здоровья шахтеров чрезвычайно актуален. Несмотря на военные действия ряд угольных предприятий, сохранили свой потенциал, а опыт советских ученых в деле охраны труда и сохранения здоровья трудящихся региона бесценен.

Анализ литературных источников. Следует отметить, что тема слабо освещена в литературе. За исключением небольшого числа статей в научно-медицинских журналах, историей развития здравоохранения в регионе детально никто не занимался.

А между тем, впервые в России идеи в области охраны гигиены труда горнорабочих были высказаны еще М. В. Ломоносовым в его работе «Первые основания металлургии и рудных дел».

В послевоенные годы Донецкий (Сталинский) научно-исследовательский институт гигиены труда и профзаболеваний занимался гигиенической оценкой существующих и новых машин и оборудования. Научные разработки по этой теме принадлежат ученым Л. Э. Жаслину, Щ. И. Щербакову и др.

В 1964–1966 г. ученые Г. С. Ган, М. В. Ратнер, Н. К. Сподин и др. посвятили свои работы вопросам запыленности воздуха горных выработок.

Донецкой научно-медицинской школой были достигнуты успехи в методах диагностики и лечения пневмоканиозов, хронических пылевых бронхитов, вибрационной и шумовой болезней. Исследованиями занимались А. И. Кунин, В. Е. Любомудров и др.

Ценным источником для исследователей являются материалы Донецкого областного государственного архива (фонд р-4856).

Цели и задачи работы. Цель работы — демонстрация достижений советской медицины в области профпатологии, оценка действенности сети медицинских учреждений на предприятиях угольной отрасли. Задача — проследить на базе архивных материалов и научных статей развитие медобслуживания шахтеров в период 50-х — 60-х гг. XX века.

Исследование проблемы. В 50-е гг. Донбасс становится одной из основных строительных площадок в стране. Завершено восстановление разрушенных войной шахт, развернулось строительство новых предприятий.

На развитие угольной отрасли отчислялись весомые суммы, но нельзя было забывать и о медобслуживании. С увеличением числа шахт росло и число работающих на них людей. Для решения проблемы нехватки кадров новых лечебных учреждений, в области создаются медучилища: в Енакиеве, Артёмовске и др. городах.

В больничном строительстве существенную помощь оказывали сами угольные предприятия. Так, в перечне строек Минуглепрома СССР, например, в 1954 г. указывалось строительство 3-х больниц: в поселке Голубовка, больница при шахте им. Титова, при поселке шахты Кременная.

В послевоенные годы медико-санитарное обслуживание значительно улучшилось благодаря объединению больниц с клиниками, осуществленному в 1947–53 г. Продолжались научные разработки в области обеспыливания рудничного воздуха. К решению этого вопроса подключился научно-исследовательский центр в Макеевке. Ключевой темой была проблема борьбы с внезапными выбросами угля и газа, но используемая для этого инертная пыль является силикозообразующей.

Также бедой угольщиков являлся травматизм на шахтах. Архивные материалы позволяют проследить динамику показателей инвалидности от травм.

Анализ показателей 2-х произвольно взятых лет показывает, что общая инвалидность за 1 год снизилась на 4,5%, а от производственных травм на 11,2%.

Кроме больниц медобслуживание осуществляли медико-санитарные части, здравпункты, цеховые участки, обеспечивавшие скорейшее оказание медпомощи, учет статистики заболеваний, проведение профосмотров, диспансеризации шахтеров и т.д.

В области была проведена работа по развитию специализированной медпомощи: открыты крупные центры (ожоговый, травматологический и др.)

Выводы. Анализ архивных материалов и литературы, позволяет сделать вывод: за достаточно короткий промежуток времени руководством здравоохранения области была создана разветвленная сеть медучреждений на предприятиях, вступили в действие специализированные медцентры.

Успешной работе способствовала финансовая помощь государства и финансирование медучреждений предприятиями угольной отрасли, что привело к снижению показателей заболеваемости.

Удалось решить проблему кадрового обеспечения, активизировал свою деятельность мединститут, где разрабатывались основы теоретической и клинической медицины и гигиены.

Неоценим вклад в развитие медобслуживания в регионе института труда и профзаболеваний. Научные разработки в области профпатологии были важны для Донецкого региона и для всей страны.

Таким образом, 1950-е — 1960-е гг. явились важным этапом в развитии угольной отрасли, и важное место в её восстановлении и совершенствовании сыграла медслужба Донбасса.

Мишкинова В. В.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ. ВЕТЕРИНАРИЯ.

Научный руководитель: Дмитренко С. В.

МОУ «Лицей № 85 «Гармония»», г. Горловка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. С давних времен животные находились рядом с людьми, отдавая всех себя на благо людей. Кормили, давали молоко, яйца и элементы одежды. Кажется, что человек бы не выжил бы без помощи «друзей наших меньших». И чтобы эти животные прожили дальше и дали хорошее потомство, люди придумали способы их лечения. Так основалась новая отрасль медицины — Ветеринария. Однако отход от традиционных взглядов на суть и функции ветеринарии связан с рядом проблем. В частности, требуют развития методические подходы к оценке результатов ветеринарного обслуживания, а также с точки зрения его экономической эффективности. Методы оценки эффективности отдельных ветеринарных мероприятий или систем профилактики конкретных болезней и лечения животных разработаны в достаточной степени и широко применяются в научных исследованиях и на практике. И чтобы лучше понять проблемы и суть всей темы необходимо изучить историю этой отрасли медицины.

Анализ литературных источников. В основном, в городах коммерческие ветеринарные учреждения больше обслуживают мелких домашних животных и поэтому штат работников устанавливается с учётом особенностей ветеринарных работ. При осуществлении платных ветеринарных услуг ветеринарные учреждения заключают договор с владельцами животных. Такой договор является возмездным, так как потребители ветеринарных услуг должны их оплачивать. Договор является публичным, так как мероприятия осуществляются публично. Форма типового договора ветеринарных услуг разрабатывается органами исполнительной власти субъектов РФ. (Никитин И. Н., Апалькин В. А. /2006/)

Цели и задачи работы. Как обычно задач бывает много, а цель одна. Целью моей работы является изучить историю ветеринарии. А задачи, выявить актуальность и постановку проблемы, изучить различную литературу по данной теме, исследовать проблему и сделать вывод.

Исследование проблемы. Старейшие сведения относятся к 4 в. до н.э. в Египет и Индию. В основном ветеринарией занимались пастухи, жрецы и скотоводы. В древней Греции животных лечили гиппиатры (от *hippos* — лошадь и *iатros* — врач) и не редко обычные медики. Эта медицина осваивалась в Греции, Риме, арабских и других странах. Болезни животных описаны в трудах римских ученых, таких как Катон Старший, Варрон и Колумелла. Впервые законодательные акты о мерах борьбы с эпизоотиями, рукописные и печатные книги по ветеринарной помощи, появились в России в 16–18 вв. Ветеринарную помощь осуществляли коновалы, знания которым передавались ремесленным путем. Коновалами изначально назывались вет. врачи из-за того, что в основном они лечили только лошадей.

Выводы и предложения. Подведя итог моей работы, можно сказать что с поставленными задачами я справилась, а что еще главное цель я выполнила. Теперь мы с вами можем смело сказать, что историю ветеринарии мы хоть немного, но знаем. С каждым годом эта отрасль медицины развивается все больше и больше. Но с уходом эпохи религиозного мистицизма ветеринарная наука получила дополнительные возможности к развитию, что позволило ей развиваться быстрыми темпами.

Шевченко В. С.

ЭКСКУРС В ИСТОРИЮ МЕДИЦИНЫ

Научный руководитель: Терлецкая Н. А.

МОУ «Средняя школа № 47», г. Макеевка, ДНР

Актуальность и постановка проблемы. Актуальность данной темы состоит в том, что история медицины не ограничивается исследованием только ее прошлого. Развитие медицины как науки непрерывно вплоть до наших времен. Проблема темы доклада заключается в том, что многие люди не имеют представления об истории медицины, как люди с самых древних времен развивали и модернизировали ее, каким образом и какими усилиями было создано то, что мы имеем сейчас.

Анализ литературных источников. Изучая историю медицины с момента первобытного строя, уделяется большое внимание периоду античности, названного пиком развития медицины. Многие ученые считают,

что врачебное искусство этого периода достигло своей вершины в деятельности великого древнегреческого врача Гиппократ.

Гиппократ говорил: «Врач должен быть по своему нраву человеком прекрасным и добрым. Он должен быть справедливым при всех обстоятельствах». А Гален считал, что хороший врач обязательно должен быть философом. Тем не менее, у нас сохранилось множество информации в самых разных источниках литературы о том, как же развивалась медицина.

Цели и задачи работы.

Цели: Изучить развитие медицины в разные периоды жизни общества. Поставить прошлое на службу настоящему. Помочь увидеть перспективу развития медицины. **Задачи:** Узнать, какой была медицина в странах Древнего мира, а также нового и новейшего периода истории. Выяснить, какой вклад в современную медицину внесли целители тех времен.

Исследование проблемы. История медицины — это наука о развитии, улучшении медицинских знаний, медицинской деятельности разных народов мира на протяжении всей истории человечества, которая находится в единой связи с философией, историей, естествознанием. По сути, история медицины изучает закономерности развития медицины и врачевания, их историю с древнейших времен до современности.

Врачевание в первобытном обществе. Одновременно с появлением человека на Земле появилась и медицина, т.е. несколько сотен тысяч лет назад (до н.э.). В это время жили древнейшие люди, ведущие кочевой и полукочевой образ жизни, занимающиеся собирательством, охотой, рыболовством.

С появлением нового орудия труда число травм увеличивалось; с кочеванием в места с другим климатом число больных так же увеличивалось, поэтому людям было просто необходимо применять элементарные приемы первой медицинской помощи. Первобытный человек имел очень слабое здоровье, он постоянно страдал от холода, голода, антисанитарии и поэтому рано умирал.

Но время шло, и люди научились оказывать помощь при родах, травмах, кровотечениях. Появились примитивные инструменты для лечения, сделанные из камня, косточек, деревьев. Именно в это время начинается развитие настоек и лекарственных трав, которые собирали женщины и дети, а затем замачивали в воде, получалось своего рода лекарство. Беспомощность перед силами природы заставляли прибегать к помощи колдунов, чтобы установить контакт с высшими силами и найти спасение.

История медицины древнего мира. Общие черты различия врачевания в древнем мире: написание первых текстов с медицинским содержанием; формирование двух направлений врачевания: эмпирического (практический опыт) и культового (религиозные верования); развитие представлений о происхождении болезней; обучение врачей; создание древнейших санитарно-технических сооружений, развитие гигиенических навыков.

Врачи древности оставили богатое литературное наследие. Многочисленные медицинские труды древности на протяжении долгого времени служили основными пособиями для врачей.

В Древнем Египте производили ампутацию конечностей, трепанацию черепа, операции на позвоночнике, др. Изготавливались металлические хирургические инструменты: ланцеты, пинцеты, ножи, ножницы и т.д. При операциях использовались обезболивающие средства. Имеются сведения, что в Древнем Египте была впервые применена перевязка кровоточащих сосудов. В индийской медицине лекарства распределялись по их действию. Были известны потогонные, рвотные, слабительные, мочегонные, наркотические и возбуждающие средства, которые применялись в различных формах и разными способами (порошки, пилюли, настои, настойки, отвары, мази, втирания, окуривание, вдыхание, обливание). Греческая медицина не была объединением знаний и практики, а представляла собой набор разных методов и убеждений. Наблюдение за

симптомами — отличительная черта греческих врачей. Гиппократ — самый известный древнегреческий целитель, который написал около 60-ти трактатов. Гиппократ и его ученики (последователи) были первыми, кто верно описал некоторые болезни и расстройства. Медицина средневековья V–XV веков. Отличительная суеверием, медицина средневековой Европы не нуждалась в исследованиях. Молитвы, пост, покаяние — являлись главными лечебными средствами.

Выводы и предложения. Как видим, медицина как наука прошла длинный путь становления, который отнюдь не был линейным. Но даже ошибки, хотя и обходились слишком дорого, в конечном итоге служили науке. Тем не менее, точку в развитии медицины ставить рано. А это означает и новые прорывы, и новые открытия, и достижения.

Содержание

1. СЕКЦИЯ «ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ»

Аврамова В. В. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СОТряСЕНИИ МОЗГА	5
Аль Асаад Д. Д. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ	5
Аматуни Ю. А. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ	6
Бабинцев Б. С. СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ	7
Бакуменко Е. Ю. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СПАЗМОФИЛИИ	8
Бачурин Д. А., Лисаченко И. И. РАНЕНИЕ СЕРДЦА	8
Бересневич А. С. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПИЩЕВОМ ОТРАВЛЕНИИ	9
Бизюк М. А. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ ТКАНЕЙ	9
Бокач В. В. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ	10
Борздая А. Р. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕПЛОВОМ И СОЛНЕЧНОМ УДАРЕ	11
Бугакова Н. В. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОМ ПРОИСШЕСТВИИ	11
Войтенко Р. С. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	12
Волошина А. И. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ИНСУЛЬТЕ	13
Воропаева Е. С. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ	14
Григоренко Г. А. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТЕ	14
Давидова А. С. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ	15
Долматова С. А. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСЕ ЗМЕИ	15
Дубова А. М. ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	16
Дьячкова М. И. ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НАРКОТИЧЕСКОМ ОТРАВЛЕНИИ ГЕРОИНОМ	17
Землянников И. Д., Ферзалиева З. Р. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАДИАЦИОННЫХ АВАРИЯХ	17
Зимбалеvский И. Я. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ	18
Ивлева Я. П. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНСУЛЬТЕ	19
Игумнова Н. Р. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ И ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ	20
Исаенко К. Ю. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ	21
Ищук И. П. ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ	22
Кащеева К. Г. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПИЩЕВОМ ОТРАВЛЕНИИ	22

Кепина К. С. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОЖЕНИЯХ	23
Кешвединова А. А. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ГРАНТОВОГО ПРОЕКТА «КРЫМСКИЙ АПГРЕЙД»	24
Кинаш Т. А. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОКЕ	25
Ковалёва Д. С. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗАХ	26
Комарова В. Д. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ	27
Коростылёв Е. А. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КОНТУЗИЯХ ОРГАНА ЗРЕНИЯ	27
Кудлюк А. Р. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УДУШЕНИИ (МЕХАНИЧЕСКАЯ АСФИКСИЯ).....	28
Кузнецова А. В. ПЕРВАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА.....	29
Лисаченко И. И., Бачурин Д. А. КАРДИОГЕННЫЙ ШОК.....	30
Лознева М. П. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УКУСЕ «ЧЁРНОЙ ВДОВЫ».....	31
Лютая К. Э. ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ	31
Майоров С. И., Гужвенко Е. И. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ.....	31
Мальк Н. В. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ И КРОВООБРАЩЕНИЯ	32
Матвеева Е. В. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ (ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА)	33
Матвиенко Е. Д. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛИНОВОМ ШОКЕ	34
Мирошник Д. Р. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ УДАРЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ	34
Мокрецова О. С. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ	35
Мороз Б. А. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ.....	36
Николаева Е. И. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ.....	36
Осадчук И. В. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОЛИТРАВМАХ	37
Осипова Е. С. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ.....	38
Осиченко К. К. ПРИСТУП ТАХИКАРДИИ ПРИ WPW СИНДРОМЕ	39
Павлова Н. В., Хмеленко Д. А. НЕОБХОДИМОСТЬ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ УКУСЕ КЛЕЩЕЙ.....	39
Папуна В. П. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ	40
Пашкова Д. С. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОКЕ	41
Петрова А. С. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОКЕ	41
Плешкова В. С. ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ И ВЫВИХАХ.....	43

Поликарпова О. Д. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ.....	44
Разумов Д. В. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЕПЛОВОМ УДАРЕ	44
Першина Т. А. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ	44
Котлярова Т. С. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОБМОРОЖЕНИИ.....	45
Димитров В. В. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ ГЛАЗ.....	46
Романовская Т. Р. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ	46
Рубанова А. Р. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ	47
Рыбина К. А. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОБОСТРЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	48
Попенко В. В. ОСНОВЫ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАНЕНИЯХ.....	49
Смирнова А. А. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТЕПЛОВОМ И СОЛНЕЧНОМ УДАРЕ	50
Сонина М. Ю. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ	50
Шелехова М. А. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПЕРТЕРМИИ У ДЕТЕЙ.....	51
Стефанов Г. М. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	52
Сушко К. А. ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	52
Таджимуратова Р. М. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ОСН).....	53
Теревгулова А. Р. ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СЕДАТИВНО-ГИПНОТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ	54
Ульянова Б. А. ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОБТУРАЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	54
Харина А. Ю. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ.....	55
Чипигин В. В. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УДАРЕ МОЛНИИ	56
Чуприна П. Р. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИСТУПАХ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА	57
Шабалина С. А. ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ.....	58
Шамкова Б. Е. ОСНОВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ	58
Шиленко В. И. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ	59
Штырба М. В. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ У ДЕТЕЙ	60
Юрченко П. Ю. ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ ПРИПАДКЕ	61
Ютовец Е. Е. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМЕ ПОЗВОНОЧНИКА.....	61
Яновский А. Э. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ.....	62

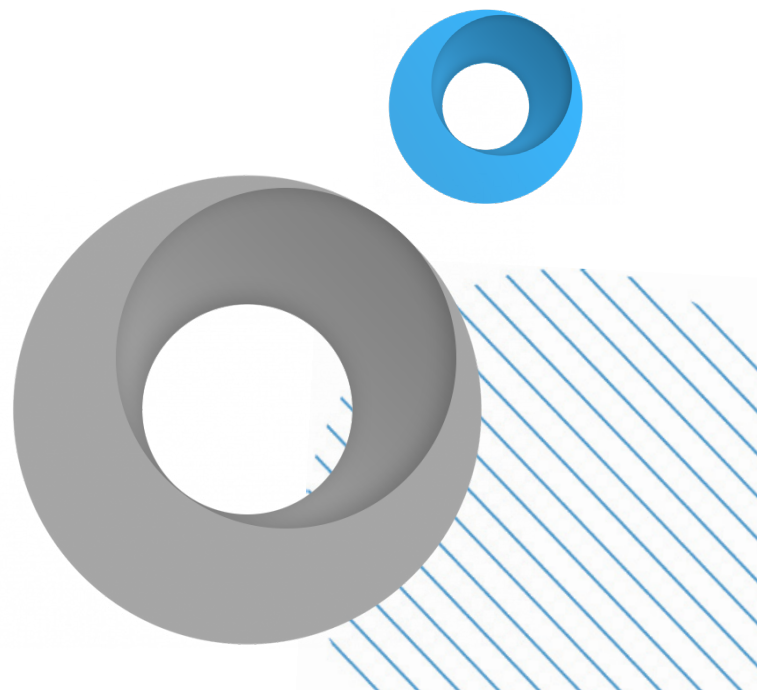
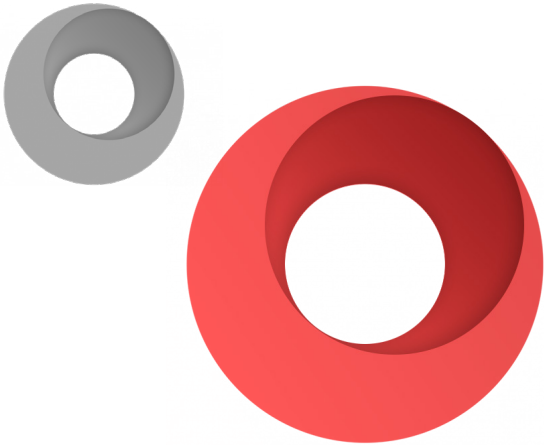
2. СЕКЦИЯ «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»

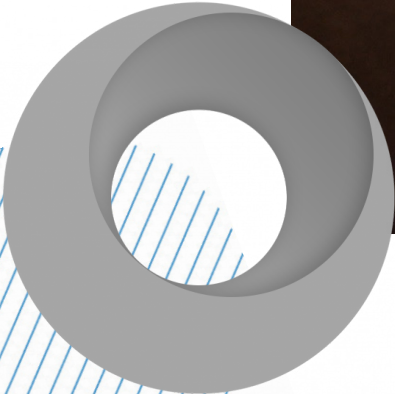
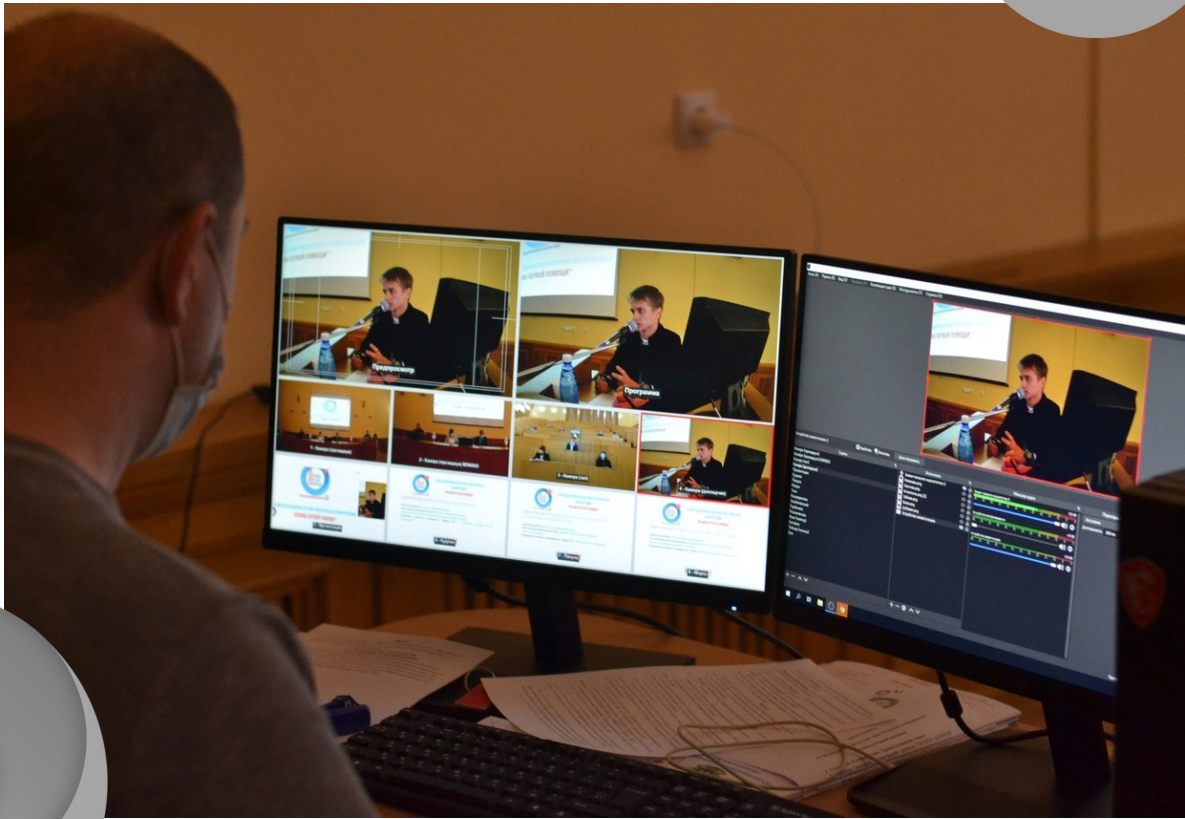
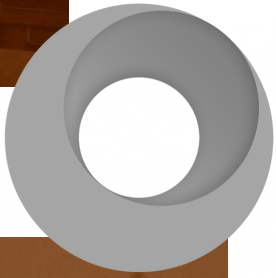
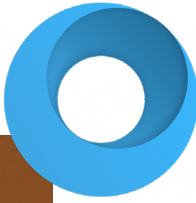
Андреев А. А., Григорьянц Э. О. РАЗВИТИЕ КАРИОЗНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ПАТОГЕННОМ ДЕЙСТВИИ СТРЕПТОКОККОВ.	63
Афанасьева Л. В. ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И СПОСОБЫ БОРЬБЫ С НИМ	63
Ахроменко Е. С. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ	64
Балуева А. А. СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	65
Балуева А. А. ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ НАПИТКИ ЛЮБИМЫ СТУДЕНТАМИ.	66
Бурак О. В. ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА БЕРЕМЕННУЮ ЖЕНЩИНУ	67
Волокжанин Д. В. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ	68
Горя Н. Е. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, КАК ЭЛЕМЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ: ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ПАНДЕМИЮ	69
Гнечка А. Е. ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В НАШИ ДНИ	70
Говорущенко Е. С. ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ	70
Горбачева Е. А. КУРЕНИЕ И ПАРЕНИЕ: ЧЕМ ОПАСНА «МОДНАЯ» ПРИВЫЧКА	71
Грудий Д. А. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ	72
Данелия Д. М. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ	72
Донченко У. С. ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ШКОЛЬНИКОВ 11–12 ЛЕТ	73
Емелвёва В. А. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЕГО АКТУАЛЬНОСТЬ В НАШИ ДНИ	74
Казак Д. М. ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	75
Кицын Э. В. ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА СОБЛЮДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	76
Лисоводский Н. Г. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕ И ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ У ПОДРОСТКОВ, ИХ РОДИТЕЛЕЙ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.	77
Лобунцова В. Е. ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ КАК НЕОТЪЕМЛЕМЫЙ КОМПОНЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	77
Мелен В. А. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ	78
Мефодовская Е. В. ТОНКОСТИ СОСТАВЛЕНИЯ ПРАВИЛЬНОГО РАЦИОНА ПИТАНИЯ	79
Микешина М. В. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ОСНОВА ДОЛГОЛЕТИЯ	80
Морозюк М. А. ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В СОВРЕМЕННОЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ	81
Недогибченко Д. Г. ВЛИЯНИЕ ГОРЯЧЕГО ПИТАНИЯ НА ОРГАНИЗМ УЧЕНИКА	82
Павлова Н. В. ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ – ЗАЛОГ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	83
Плетнёва А. В. ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ КАК ВАЖНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	84

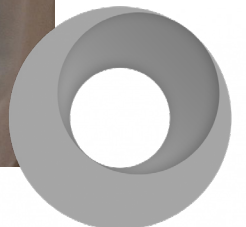
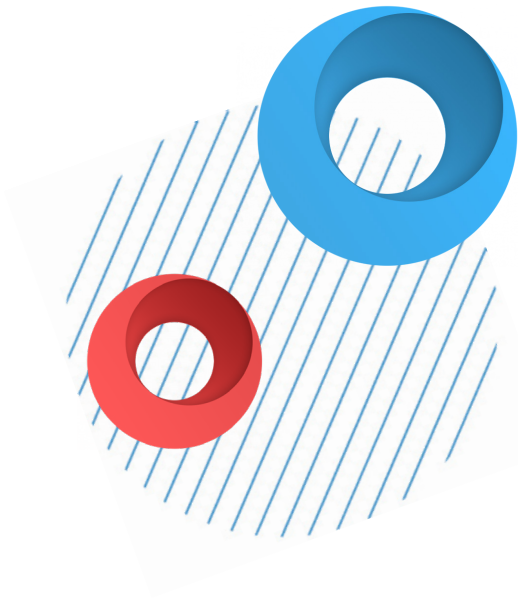
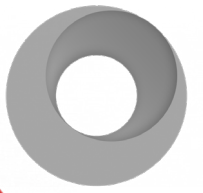
Поддубная В. В. РОЛЬ ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	85
Регусевич Д. Р. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОТИВЫ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КУРЕНИЯ	85
Романцова И. И. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ, КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ	86
Сергеев Я. М. НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ПОДРОСТКА	87
Таджимуратова Раъно ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ. ЖИТЬ БЕЗ СИГАРЕТЫ ЗДОРОВО	88
Твердая А. В. ОСНОВЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	88
Трунов И. В. ПРЕНЕБРЕЖЕНИЕ СНОМ КАК ПОСТЕПЕННОЕ РАЗРУШЕНИЕ ОРГАНИЗМА	89
Федченко К. А. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – СРЕДСТВО ЗАЩИТЫ ОТ БОЛЕЗНЕЙ	90
Фесенко М. А. ПСИХОЛОГИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ	91
Хроленок С. С. ЦИФРОВОЕ ДЕТСТВО – ЧЕМ ОПАСНА ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ГАДЖЕТОВ	92
Цахер А. А. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ, И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА	92
Шидловская Е. Ф., Бусыгина Ю. С. ПОДРОСТКОВАЯ НАРКОМАНИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА	93
3. СЕКЦИЯ «ФАРМАЦИЯ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ»	
Алиева А. М., Захарова Д. Е., Минеева В. А. ДИНАМИКА ИЗВЛЕЧЕНИЯ МЕТАЛЛОВ ИЗ ГУМУСОВЫХ КИСЛОТ	94
Бурцева А. И. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ И ИХ ПРИМЕНЕНИЕ	95
Вайновская А. Н. ФАРМАЦИЯ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ	96
Волкова С. М., Валуйский М. А. ЦЕЛЕБНЫЕ РАСТЕНИЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ ПОМОЩИ	96
Гаврилова А. В. ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В МЕДИЦИНЕ: ПАСТУШЬЯ СУМКА И ЧАБРЕЦ	97
Грачев А. В. ФИТОТЕРАПИЯ ГЛАЗ	98
Гужва М. Г. ПРЕПАРАТЫ-БРЕНДЫ И ИХ АНАЛОГИ НА СОВРЕМЕННОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ ПРИДНЕСТРОВЬЯ	99
Дмитрова А. Р. LIGUSTRUM VULGARE L. КАК ПЕРСПЕКТИВНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ РАСТЕНИЕ	100
Дмитрова А. Р., Николаенко К. В. ИДЕНТИФИКАЦИЯ НИКЛОЗАМИДА В ТАБЛЕТКАХ	100
Авраменко К. Д., Лобанова А. В. ИЗМЕНЕНИЯ НАРУШЕНИЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЫ БЕЛЫХ КРЫС, ВЫЗВАННЫХ ДЛИТЕЛЬНОМ ВВЕДЕНИЕМ ДЕКСАМЕТАЗОНА	101
Заика И. К. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФЛОРА ДНР	102
Ковалёв Р. А. ЗЕЛЕНЫЕ НАСАЖДЕНИЯ – ОСНОВА ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	102
Козырев М. В. ЛЕКАРСТВЕННОЕ РАСТЕНИЕ КУНЖУТ КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ОСНОВА ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИИ	103
Конько Д. П. ПОЛЕЗНЫЕ СВОЙСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ	104

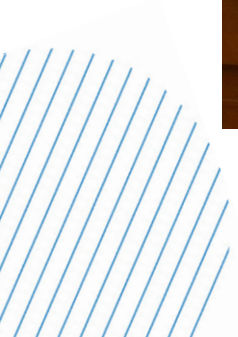
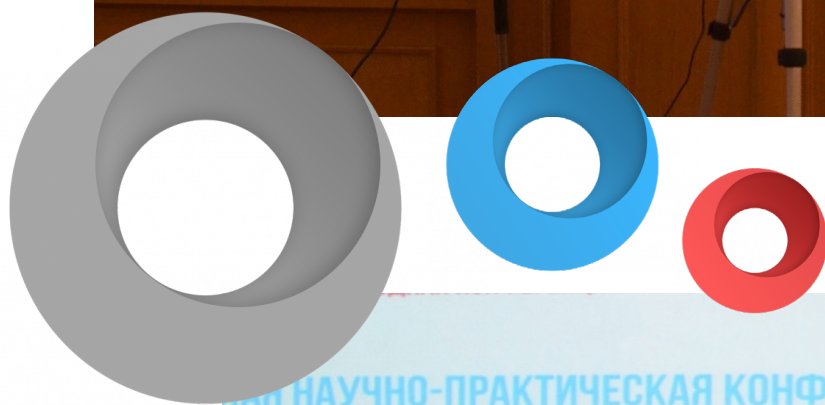
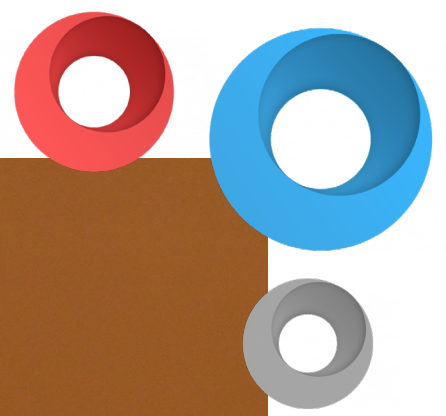
Тарнавская Е. В. АРОМАТЕРАПИЯ КАК РАЗНОВИДНОСТЬ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ.	105
Малькова Д. А. ВЛИЯНИЕ ТИОКТОВОЙ КИСЛОТЫ НА БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ.	106
Мельников М. А. ИСКУССТВЕННЫЕ КИСЛОРОДОПЕРЕНОСЯЩИЕ КРОВЕЗАМЕНИТЕЛИ	106
Никитина А. Д. АНТИГИСТАМИННЫЕ СРЕДСТВА ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ	107
Ополоник Э. В. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ: «ЗА» И «ПРОТИВ».	108
Саввон А. А. ФАРМАЦИЯ И ЦЕЛЕБНЫЕ РАСТЕНИЯ.	109
Чубатова Н. А. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ В БОРЬБЕ С ПНЕВМОКОНИОЗОМ.	109
4. СЕКЦИЯ «ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА»	
Карпук К. В. КИНЕЗИОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТРАВМАХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	110
Бирюкова В. В. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ТО, КАК ОНИ МОГУТ БЫТЬ ОПАСНЫ	111
Бусыгина Ю. С., Шидловская Е. Ф. ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНОЙ ДИЕТЫ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ.	112
Ганиев Бахтияржан, Холикова Н. А. ОСТРАЯ ТЯЖЕЛАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА: ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА	113
Гусакова В. Р. ПРОФИЛАКТИКА ОРВИ И ГРИППА	114
Дадонкина Д. Д. ВЛИЯНИЕ ГИГИЕНЫ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА.	114
Калинюк Н. С. ГИГИЕНА И ПРОФИЛАКТИКА НЕПРИЯТНОГО ЗАПАХА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.	115
Минаков Э. Ю. О НЕОБХОДИМОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ COVID-19 В УЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ.	116
Минеева В. А., Алиева А. М., Захарова Д. Е. НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН И СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВИЛ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ В СВЯЗИ С ВЛИЯНИЕМ ПАТОГЕННЫХ АГЕНТОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ	117
Скворцова П. Д. ПРОФИЛАКТИКА НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19	117
Степанюк К. М. ПРОБЛЕМЫ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ.	118
Точинина Т. А. ОБЗОР ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА.	119
Кибкало Е. С. ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ЙОДНОМ ДЕФИЦИТЕ	120
Щербатюк А. Д. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СКОЛИОЗА.	120
Яранцева К. С. О НЕОБХОДИМОСТИ СОБЛЮДЕНИЯ ГИГИЕНЫ СНА.	121
5. СЕКЦИЯ «ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ, МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ»	
Баева А. Ю. «АНГЛИЙСКИЕ» КОРНИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА ДОНЕЦКА.	122
Грейц Е. И. КРЕСТОВОЗДВИЖЕНСКАЯ ОБЩИНА СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ.	123
Жуков Д. Н. ПРОБЛЕМЫ УТИЛИЗАЦИИ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ	124

Золотухин А. В. РОБЕРТ КОХ – «ПОБЕДИТЕЛЬ ТУБЕРКУЛЁЗА»	125
Кацько К. А. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ, МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ	126
Львова А. А. ИНСТИТУТ НЕОТЛОЖНОЙ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ИМЕНИ В.К. ГУСАКА	127
Шелепова Д. А. РЕТРОАСПЕКТ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ШАХТЕРОВ ДОНЕЦКОГО КРАЯ В 50-Е – 60-Е ГОДЫ XX В.....	127
Мишкинова В. В. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ. ВЕТЕРИНАРИЯ.	128
Шевченко В. С. ЭКСКУРС В ИСТОРИЮ МЕДИЦИНЫ	129









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

