



**НАУЧНЫЙ
ФОРУМ**
nauchforum.ru

ISSN 2618-9399



**LXVI Студенческая международная
заочная научно-практическая
конференция**

**ЕСТЕСТВЕННЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ.
СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ
№12(66)**

г. МОСКВА, 2023



ЕСТЕСТВЕННЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ. СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ

*Электронный сборник статей по материалам LXVI студенческой
международной научно-практической конференции*

№ 12 (66)
Декабрь 2023 г.

Издается с февраля 2018 года

Москва
2023

УДК 50+61
ББК 20+5
Е86

Председатель редколлегии:

Лебедева Надежда Анатольевна – доктор философии в области культурологии, профессор философии Международной кадровой академии, г. Киев, член Евразийской Академии Телевидения и Радио.

Редакционная коллегия:

Волков Владимир Петрович – кандидат медицинских наук, рецензент АНС «СибАК»;

Елисеев Дмитрий Викторович – кандидат технических наук, доцент, начальник методологического отдела ООО "Лаборатория институционального проектного инжиниринга";

Захаров Роман Иванович – кандидат медицинских наук, врач психотерапевт высшей категории, кафедра психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО) г. Москва;

Зеленская Татьяна Евгеньевна – кандидат физико-математических наук, доцент, кафедра высшей математики в Югорском государственном университете;

Карпенко Татьяна Михайловна – кандидат философских наук, рецензент АНС «СибАК»;

Копылов Алексей Филиппович – кандидат технических наук, доц. кафедры Радиотехники Института инженерной физики и радиоэлектроники Сибирского федерального университета, г. Красноярск;

Костылева Светлана Юрьевна – кандидат экономических наук, кандидат филологических наук, доц. Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ (РАНХиГС), г. Москва;

Попова Наталья Николаевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры коррекционной педагогики и психологии института детства НГПУ;

Е86 Естественные и медицинские науки. Студенческий научный форум.
Электронный сборник статей по материалам LXVI студенческой международной научно-практической конференции. – Москва: Изд. «МЦНО». – 2023. – № 12 (66) / [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: [https://nauchforum.ru/archive/SNF_nature/12\(66\).pdf](https://nauchforum.ru/archive/SNF_nature/12(66).pdf)

Электронный сборник статей LXVI студенческой международной научно-практической конференции «Естественные и медицинские науки. Студенческий научный форум» отражает результаты научных исследований, проведенных представителями различных школ и направлений современной науки.

Данное издание будет полезно магистрам, студентам, исследователям и всем интересующимся актуальным состоянием и тенденциями развития современной науки.

Оглавление

Секция 1. Медицина и фармацевтика	5
СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ Баударбекова Виктория Владимировна Ким Александра Александровна	5
КОРЬ. РАСПРОСТРАНЕНИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ Бахытжан А.Т. Джанкулова Г.А. Жуматаева А.А. Махмудова А.Т. Іскендірова Б.Ә. Мәлік Ажар Мәлікқызы	9
ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ КОЖИ И ПОДКОЖНО- ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ Гайсина Эльвира Ириковна Жетписбаева Рымкуль Эбынияновна	14
ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН Жарылкап Назира Калдыбекова Айнур Бейсенова Айжан Жумагазиевна	20
ПАЦИЕНТЫ С ОПОРТУНИСТИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ С ВИЧ Исагулова Анастасия Владимировна Жетписбаева Рымкуль Эбынияновна	27
ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНЫХ РИСКОВ У ЛИЦ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА Кавецкая Виктория Васильевна Кавецкий Андрей Дмитриевич Ермоленко Виктория Александровна	31
ВЛИЯНИЕ СТАТУСА «ПОЛИКЛИНИКА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ» НА СТЕПЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ЖЕНЩИН ПО ВОПРОСАМ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ Кравцова Кира Александровна Аксенова Юлия Витальевна Кириленко Вадим Владимирович	37

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ Мусина Самал Айдархановна Жетписбаева Рымкуль Эбынияновна	41
ОСНОВНЫЕ БАРЬЕРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ПРОХОЖДЕНИЮ СКРИНИНГА НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ Омарова Ризагуль Даулетбековна Балтаева Жанар Еркебековна	46
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА Погребнова Людмила Алексеевна Савельева Александра Евгеньевна Белова Ольга Львовна	52
СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ САХАРНОГО ДИАБЕТА Садуакасова Бакыт Жекеновна Балтаева Жанар Еркебековна	61
РОЛЬ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ ПРИВИВОК Темирбек Жансара Темирбековна Балтаева Жанар Еркебековна	65
СМЕРТЬ ОТ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКА, РАЗВЕДЕННОГО 2% РАСТВОРОМ ЛИДОКАИНА Эделев Антон Сергеевич Мурашова Вера Сергеевна	69
Секция 2. Науки о земле	75
ПАМЯТНИКИ ПРИРОДЫ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ Барашев Артём Сергеевич Чепарухина Елена Алексеевна	75
ОСОБО ОХРАНЯЕМЫЕ ПРИРОДНЫЕ ТЕРРИТОРИИ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ Гатаетдинова Даяна Ринатовна Чепарухина Елена Алексеевна	80
Секция 3. Сельскохозяйственные науки	85
ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОИЗВОДСТВА БЕЛКОВОЙ ОСНОВЫ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА ИМИТИРОВАННЫХ Васильева Дарья Александровна Волкова Алла Викторовна	85

СЕКЦИЯ 1.

МЕДИЦИНА И ФАРМАЦЕВТИКА

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Баударбекова Виктория Владимировна

студент,

Карагандинский областной высший сестринский колледж,

РК, г. Караганда

Ким Александра Александровна

научный руководитель,

Карагандинский областной высший сестринский колледж,

РК, г. Караганда

Многие сегодня называют инсульт болезнью века. И это не случайно, поскольку инсульт является третьей по частоте причиной смерти в большинстве развитых стран Европы и США, а также ведущей причиной инвалидности. По сведениям British Society of Rehabilitation Medicine, в США около 550 тыс. человек ежегодно переносят инсульт, а 150 тыс. человек умирает от этого заболевания. В Европе заболеваемость инсультом - 220 на 100 тыс. человек в год. Более половины из них остаются инвалидами до конца жизни.

Проблема лечения и профилактика больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга в настоящее время является особо важной.

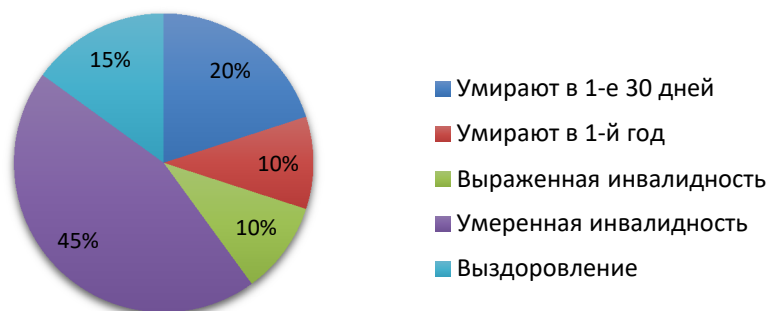


Рисунок 1. Статистика по болезни

Причиной геморрагического инсульта в половине случаев является разрыв сосуда в месте локализации атеросклеротической бляшки при высоком АД. Другими причинами могут быть: патологически измененная стенка внутримозговых артерий, опухоль, прием лекарственных препаратов, увеличивающих текучесть крови.

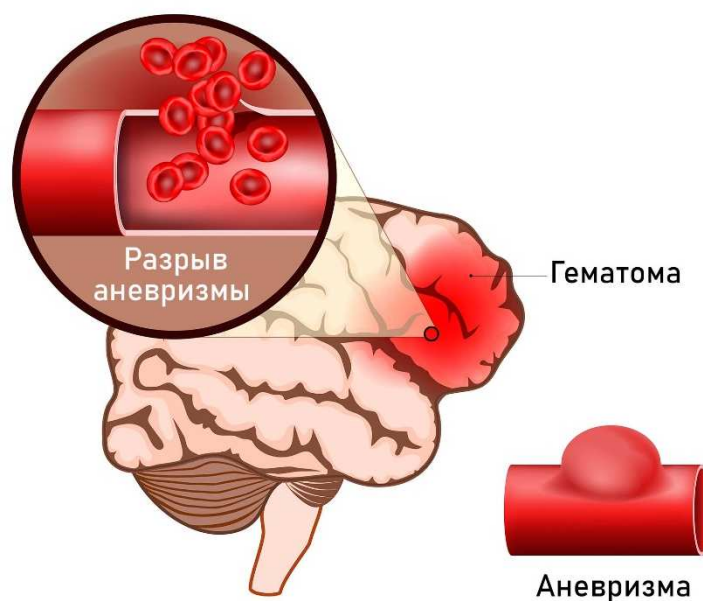


Рисунок 2. Появление болезни

Клиника при геморрагическом инсульте зависит от распространенности кровоизлияния, наличия и локализации внутримозговой гематомы. Для геморрагического инсульта характерно внезапное начало (чаще во время или после физической нагрузки, эмоционального эпизода, при активной деятельности, иногда под влиянием атмосферных условий) и быстрое нарастание угнетения сознания.

Причиной геморрагического инсульта в половине случаев является разрыв сосуда в месте локализации атеросклеротической бляшки при высоком АД. Другими причинами могут быть: патологически измененная стенка внутримозговых артерий, опухоль, прием лекарственных препаратов, увеличивающих текучесть крови.

Основными факторами риска развития инсульта являются: артериальная гипертония, патология сердца, атеросклеротическое поражение сосудов головного мозга, сахарный диабет и заболевание почек.

Сестринский уход. Основные мероприятия сестринского лечения постинсультного состояния направлены на улучшение общего физического состояния пациента, профилактику состояний, связанных с фиксацией, определение неврологических дефектов, улучшение двигательных, речевых, сенсорных функций, психоэмоционального состояния в соответствии с сохранными способностями, восстановление навыков самообслуживания и домашнего хозяйства, профилактику повторного инсульта.

Гигиенические процедуры проводятся ежедневно. Пациентам обрабатывают глаза, носовые проходы, уши, рот. Уход за кожей включает в себя мытье мылом, обработку средствами защиты кожи и питание.

Пациентам, перенесшим инсульт, следует оказывать знаки психоэмоциональной поддержки и внимания, улучшать настроение, вызывать положительные эмоции, быть уверенными, что их по-прежнему любят и признают, несмотря на их состояние здоровья. Медсестры должны активно мотивировать пациентов справляться с последствиями инсульта и позитивно относиться к значительному восстановлению утраченных функций.

Среди факторов риска инсульта выделяют те, на которые можно повлиять, а также неизменяемые. К немодифицируемым факторам относятся:

- мужской пол, мужчины чаще страдают от инсульта;
- возраст, риск повышается после 50 лет;
- наследственность, опасность выше, если болели близкие родственники.

Модифицируемые факторы риска можно разделить на заболевания, способствующие инсульту, и особенности образа жизни. Среди последних отмечают:

- курение – вредная привычка повышает риск развития инсульта в 2–4 раза;
- злоупотребление алкоголем – по данным ученых из Гарварда риск развития инсульта повышается в 2,3 раза в течение первого часа после употребления спиртных напитков;

- малоподвижный образ жизни – ВОЗ рекомендует включать не менее 150 минут умеренных или 75 минут интенсивных занятий в неделю.

Чтобы предотвратить тромбообразование в сосудах ног и дальнейшую тромбоэмболию лёгочной артерии или инфаркт лёгкого, рекомендуется проводить переменную пневмокомпрессию, если нет противопоказаний (например, острого флебита, тромбоза в зоне воздействия, повреждения кожи и др.). Это аппаратный физиотерапевтический метод, при котором кровь, лимфа и межклеточная жидкость перемещается за счёт сдавливания мягких тканей.

Первичная профилактика направлена на то, чтобы предотвратить геморрагический инсульт. Для этого рекомендуется:

- вести здоровый образ жизни: отказаться от алкоголя, бросить курить, быть физически активным, питаться сбалансированно;
- следить за артериальным давлением, при артериальной гипертензии корректировать давление под наблюдением врача;
- при высоком риске развития ОНМК нужно посещать терапевта, кардиолога или невролога не реже одного раза в год или чаще по показаниям, количество посещений определяет лечащий врач.

Список литературы:

1. Чумаченко, О.Г. Геморрагический инсульт// – URL: <https://okeydoc.ru/gemorragicheskij-insult-lechenie-posledstviya-i-prognozy> (дата обращения: 13.10.2022).
2. Клинические рекомендации «Геморрагический инсульт» (утв. Минздравом России), 2022 – 89с.
3. Денисевич, Н.К. Сестринское дело в неврологии / Н.К. Денисевич. - М.: Высшэйшая школа, 2016. - 272 с.
4. Карманный справочник медицинской сестры / Т.П. Обуховец и др. - М.: Феникс, 2015. - 672 с.
5. Сестринское дело в неврологии. Учебник / Под ред. С.В. Котова. - Москва: Мир, 2016. - 344 с.

КОРЬ. РАСПРОСТРАНЕНИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ

Бахытжан А.Т.

студент

*кафедры фундаментальной медицины,
Казахский национальный университет им. аль-Фараби,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Джанкулова Г.А.

студент

*кафедры фундаментальной медицины,
Казахский национальный университет им. аль-Фараби,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Жуматаева А.А.

студент

*кафедры фундаментальной медицины,
Казахский национальный университет им. аль-Фараби,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Махмудова А.Т.

студент

*кафедры фундаментальной медицины,
Казахский национальный университет им. аль-Фараби,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Искендірова Б.Ә.

студент

*кафедры фундаментальной медицины,
Казахский национальный университет им. аль-Фараби,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Мәлік Ажар Мәлікқызы

*PhD, ст. преподаватель, кафедры фундаментальной медицины,
Казахский национальный университет им. аль-Фараби,
Республика Казахстан, Алматы*

Аннотация. В этой статье подробно описывается вирусное заболевание корь. Дается краткое описание инфекции, включая методы распространения, эпидемиологию, профилактику и лечение.

Ключевые слова: корь, инфекция, иммунитет, эпидемия.

Корь в последнее время стала распространенной причиной эпидемий во многих странах, где инфицированные люди приобрели очень большие инфекционные группы, но она не достигла состояния пандемии. Случаи заболевания корью имели место во многих странах, но уровень распространения не достиг состояния пандемии, которая характеризуется глобальной распространенностью.

Корь острым инфекционным заболеванием возбудителем, который является морбиллов (Measles morbillivirus). Вирус морбиллов имеет РНК генетический материал и обладает оболочкой, на поверхности, которой находится специфический гликопротеин. После заражения вирус начинает размножаться в респираторном эпителии, проникает в кровь и распространяется по всему организму, вызывая характерные симптомы кори.

Вирус кори был впервые выделен Л. Эндерсом и Т. Пиблом в 1954 году. У этого вируса сферическая форма с диаметром от 150 до 250 нм. Геном вируса представлен несегментированной однонитевой РНК. Вместе с нуклеокапсидным белком NP и полимеразными белками P и L, которые образуют нуклеокапсид в виде спирали, он окружен матриксным M-белком. Оболочка вируса состоит из двойного слоя липидов и включает гликопротеины H (гемагглютинин) и F (фузионный белок).

В культуре клеток корь вирус вызывает характерные изменения, такие как образование гигантских клеток или синцитиев, а также появление включений в цитоплазме и ядре.

Как проявляется заболевание

Проявления болезни начинаются после 8-13 дней инкубационного периода. Первые симптомы включают насморк, боль в горле, конъюнктивит (часто с фотофобией), головные боли и другие. Одним из характерных признаков являются пятна Бельского Филатова – Коплика, которые обычно появляются за 24-36 часов до высыпаний на коже. Вначале появляются высыпания на голове (за ушами, на шее), а затем распространяются на тело и конечности. Через неделю температура тела возвращается к нормальным значениям, а после выздоровления организм создает стойкую иммунитет. Многократными осложнениями кори являются

бронхопневмония и средний отит, часто с сочетанием бактериальных инфекций. У пациентов с осложнениями иммунной системы возможно развитие гигантоклеточной пневмонии. Наиболее тяжелым осложнением является воспаление мозга, вызванное формированием аутоиммунных реакций. Иногда выделяются необычные формы коревой инфекции.

Атипичная корь может развиваться у новорожденных, и характеризуется продолжительным инкубационным периодом, отсутствием типичных симптомов и более размытым течением болезни.

Митигированная корь может проявиться у детей, получивших противокоревую иммуноглобулиновую инъекцию, в таких случаях отмечается удлиненный инкубационный период болезни, необычная клиническая картина (раннее появление сыпи, ее исчезновение без пигментации, отсутствие интоксикации и так далее).

Патогенез и эпидемиология: Резервуаром инфекции является - больной человек. Инкубационный период кори обычно длится 10-12 дней до появления первых симптомов. Вирус морбиллов чаще всего передается воздушно-капельным путем и обычно поражает дыхательные пути.

Симптомы кори: лихорадка, насморк, конъюнктивит, характерная сыпь, кашель,

Осложнения: пневмония, энцефалит и другие инфекции.

Диагностика: Иммунологическое обследование: Проверка на наличие вируса в организме, например, тестирование на антитела к вирусу кори. ПЦР (полимеразная цепная реакция): Определяет наличие вирусной РНК в крови, слюне или других биологических жидкостях. Клинический осмотр: Врач также может провести физический осмотр и анализ клинических симптомов для постановки диагноза.

Лечение: Поддерживающая терапия; изоляция; профилактика осложнений.

Профилактика: Вакцинация: 2 раза в детском возрасте. Вакцинация в зонах повышенного риска; карантин; общие гигиенические мероприятия. Для специфической профилактики используется живая аттенуированная вакцина, которая призвана обеспечить формирование устойчивого иммунитета у 95-98% жителей с

длительным эффектом примерно на 10 лет. Вакцинация проводится однократно путем введения подкожно.

Корь у детей

Корь чаще всего встречается у детей в силу нескольких причин. То есть у детей повседневно бывает близкий контакт друг с другом в детских заведениях, школах и детских садах, что возрастает риск передачи инфекции от больного ребенка к здоровому. Так же, иммунная система детей все еще не полностью сформирована, и они более восприимчивы к вирусным инфекциям, включая корь. Также может случаться, что некоторые малыши остаются незащищенными от кори из-за неполной или недостаточно качественной вакцинации, что также содействовать высокой частоте заболеваемости корью среди детей.

Значительное уменьшение уровня заболеваемости корью среди детей во многих странах было возможно за счет государственным программам по вакцинации, то есть уделяют важный акцент вакцинации детей в самом раннем детском возрасте.

В настоящее время, в странах, где вакцинация против кори широко проводится, заболевание проявляется в виде отдельных вспышек (вспышкой считается, как правило, инфицирование трех и более людей) и эпидемий, охватывающих несколько десятков или сотен людей. Случаи, когда в течение сезона корью болеют более тысячи человек, встречаются редко. Например, в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения в XXI веке случаи, когда охват вакцинацией двумя дозами составлял более 90%, были зарегистрированы во время эпидемий кори в Армении в 2004 году, в Азербайджане в 2003 и 2005 годах, в Болгарии в 2009 и 2010 годах (более 20 тысяч случаев), в Германии в 2006, 2011, 2013, 2015 годах, в Испании в 2011 и 2012 годах, в Нидерландах в 2013 году, в России в 2003, 2004, 2006, 2012–2014, 2017 годах, в Румынии в 2005, 2006, 2011 годах (более 5 тысяч случаев).

В 2023 году корь продолжает быть глобальной проблемой общественного здоровья, особенно среди детей. Несмотря на широкое распространение вакцинации, в некоторых странах продолжают возникать вспышки кори из-за

недостаточного масштаба вакцинацией, нарушения расписания и ошибок в процессе вакцинации, а также из-за активности анти - вакцинаторов.

Кроме того, многие страны, как и прежде сталкиваются с трудностями доступа к вакцинации из-за географических, экономических, социальных причин. Это возможно приведет к новым вспышкам кори и распространению инфекции среди детей.

Поэтому важно продолжать уведомлять о вакцинации и проводить вакцинацию для профилактики новых случаев заболевания корью среди детей и поддержания контроля распространением этой болезни.

Список литературы:

1. Поздеев, О.К. Медицинская микробиология учеб. пособие для вузов / под ред. В.И. Покровского. – М . : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 765,[2] с.: ил. – ISBN 978-5-9704-0794-3.
2. Бунин К.В. Ранняя дифференциальная диагностика инфекционных болезней. // М., Издание Московский орд. Ленина мед. института имени И. М .Сеченова 1960., с. 353-354.

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ КОЖИ И ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ

Гайсина Эльвира Ириковна

студент

*Карагандинского областного высшего сестринского колледжа,
РК, г. Караганда*

Жетписбаева Рымкуль Эбынияновна

научный руководитель, преподаватель

*Карагандинского областного высшего сестринского колледжа,
РК, г. Караганда*

В статье приводятся результаты социологического исследования, которое проводилось на базе КГУ «Областная клиническая больница» УЗКО в октябре 2023 года. В исследовании приняло участие 80 пациентов отделения, контрольная группа составила 30 человек. Результаты анкетирования показали, что в отделении хирургической инфекции на недостаточно высоком уровне находится сестринская санитарно-просветительская работа, также наблюдается неполный охват пациентов оказанием психологической поддержки.

Ключевые слова: хирургическая инфекция, сестринский уход, санитарно-просветительская работа.

Хирургические инфекции кожи и мягких тканей являются результатом попадания бактерий в организм через надрезы, выполняемые в ходе хирургических оперативных вмешательств. Ежегодно в результате данных инфекций под угрозой находятся жизни миллионов пациентов во всем мире. Помимо этого, возникновение хирургических инфекций способствует распространению устойчивости к лекарственным препаратам [1]. В результате инфекционного заражения качество жизни пациентов значительно снижается, увеличивается продолжительность госпитального лечения, что, в свою очередь, увеличивает затраты на лечение. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей составляют около 25% от всех внутрибольничных инфекций [5].

Цель исследования: определение особенностей сестринского ухода при лечении хирургических инфекций кожи и мягких тканей.

Материалы и методы исследования: социологическое исследование проводилось на базе отделения хирургической инфекции КГУ «Областная клиническая больница» УЗКО. Исследование проводилось в октябре 2023 года среди пациентов отделения, посредством анонимного анкетирования, по авторской анкете, составленной в соответствии с требованиями ЛЭК.

Результаты предоставляются в обобщенном виде.

Результаты исследования:

Большинство респондентов (46%) находятся в трудоспособном возрасте 36-45 лет (рис 1) и преобладают среди них женщины (63%). Основными жалобами респондентов являются боли, вялость, температура, головная боль, тахикардия (рис 2).

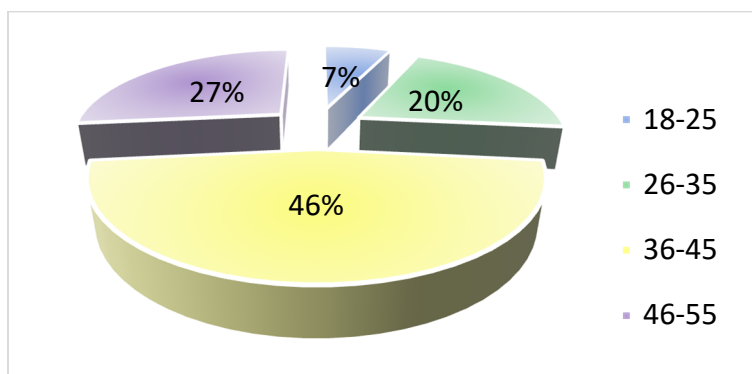


Рисунок 1. Возраст респондентов (%)

Большинство респондентов дают хорошую оценку такого аспекта работы медицинских сестер, как вежливость и тактичность, лишь 10% дали оценку «удовлетворительно». Практически все респонденты отмечают, что сестринский персонал всегда обеспечивает пациентам хороший физиологический отдых, лишь 10% указали, что не всегда. Мы попросили респондентов указать на какие темы сестринский персонал отделения проводит санитарно-просветительскую работу. Были указаны такие темы, как гигиена, осложнения и их профилактика, питание, двигательная активность, причины заболевания, вред употребления табачной и алкогольной продукции, тактика и механизм лечения (рис 3).

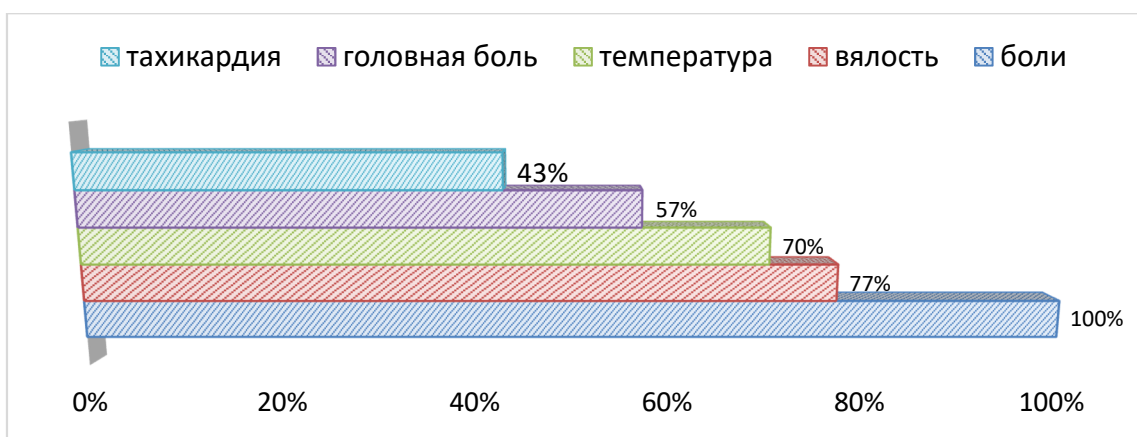


Рисунок 2. Основные жалобы респондентов, касательно своего состояния (%)

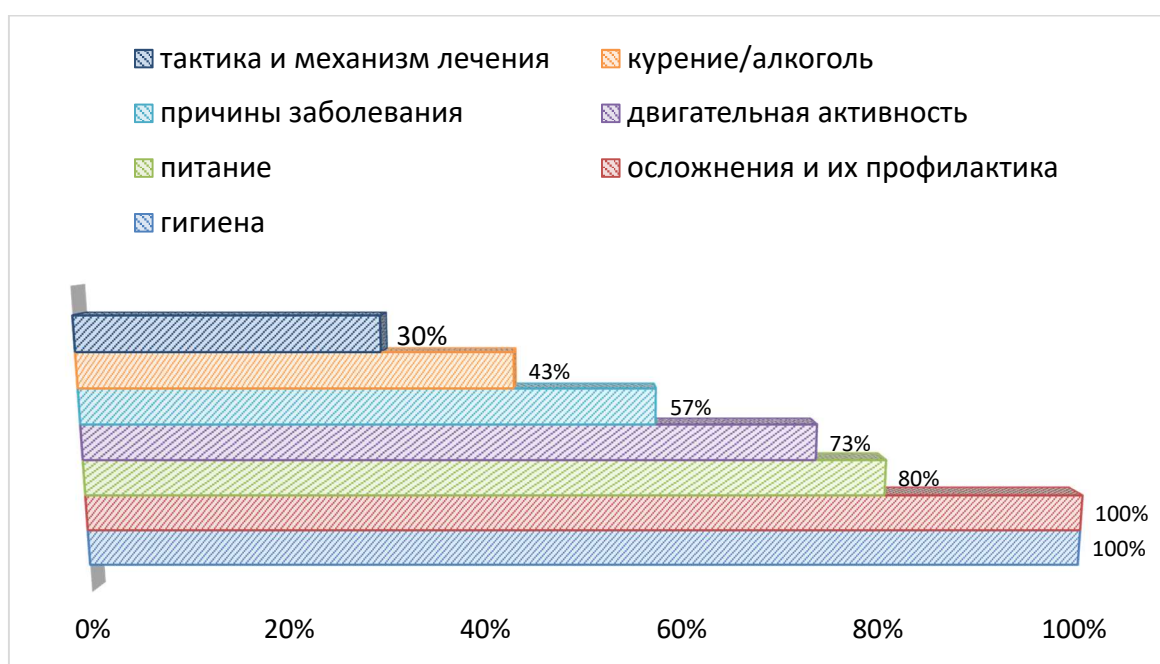


Рисунок 3. Санитарно-просветительская работа сестринского персонала (%)

Хотя большинство респондентов дают очень хорошую оценку качества санитарно-просветительской работы, проводимой сестринским персоналом отделения, лишь 13% дали оценку «удовлетворительно» (рис 4). Большинство опрошенных указывает, что медицинские сестры дают очень подробные ответы на вопросы, касательно их здоровья, все же 40% отмечают, что ответы даются лишь в общих чертах (рис 5). Преобладающее большинство респондентов указывают, что медицинские сестры оказывают психологическую поддержку, лишь 3% указали, что не оказывают (рис 6).

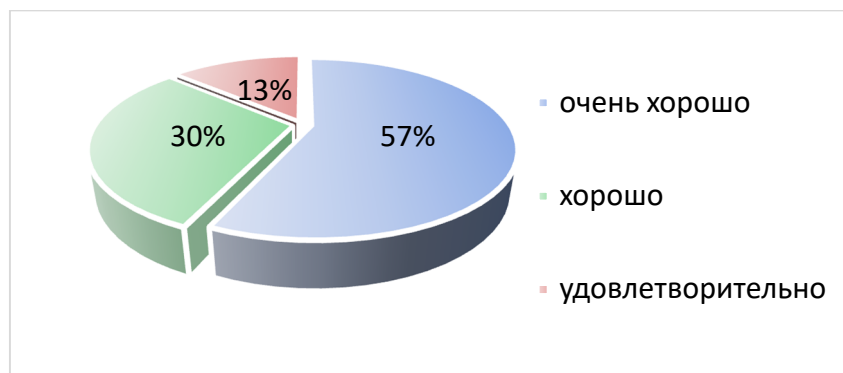


Рисунок 4. Оценка качества санитарно-просветительской работы сестринского персонала (%)

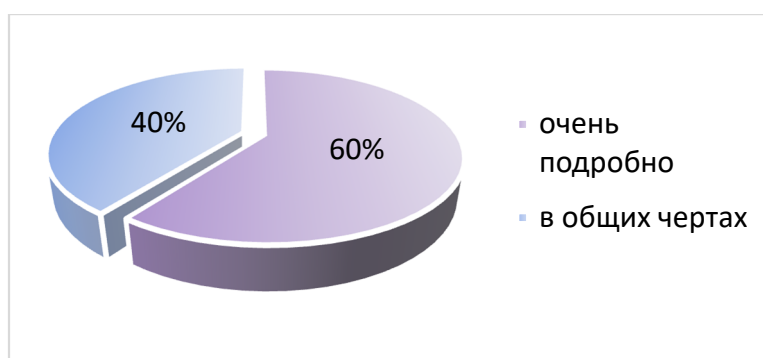


Рисунок 5. Ответы сестринского персонала на вопросы респондентов касательно своего здоровья (%)

В целом респонденты довольно высоко оценивают работу сестринского персонала отделения, лишь 7% дали оценку «удовлетворительно» (рис 7).

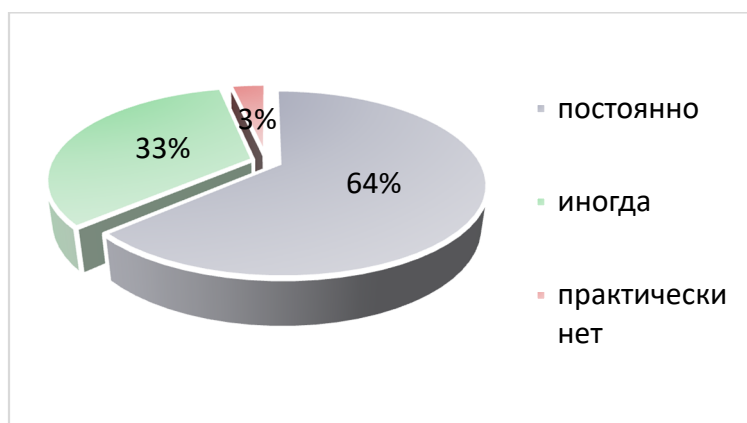


Рисунок 6. Оказание сестринским персоналом психологической поддержки (%)

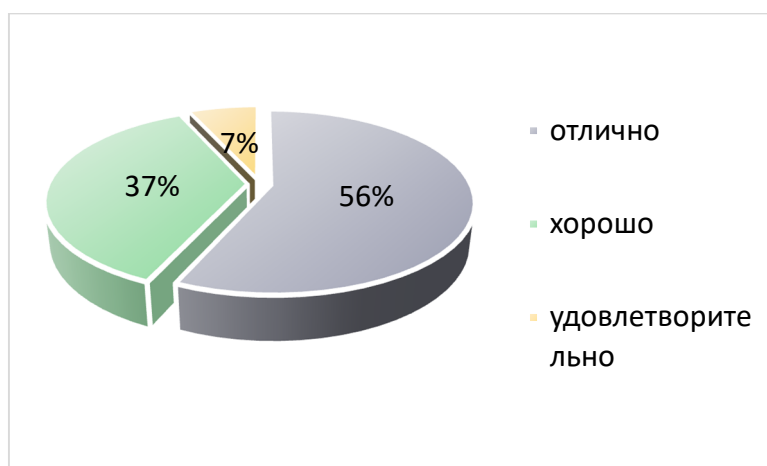


Рисунок 7. Оценка респондентами качества работы сестринского персонала (%)

Исходя из результатов проведенного исследования сделаны следующие выводы:

I. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей являются острой проблемой при проведении оперативных вмешательств;

II. Лучшим способом борьбы с хирургическими инфекциями является их профилактика;

III. Профилактика развития хирургической инфекции операционной раны должна начинаться при подготовке пациента к оперативному вмешательству;

IV. Роль медицинской сестры в профилактике хирургических инфекций операционной раны является очень значимой;

V. Одним из важных способов профилактики послеоперационных осложнений в области операционной раны является качественная санитарно-просветительская работа с пациентами;

VI. Как показало исследование, санитарно-просветительская работа в отделении хирургической инфекции находится на недостаточно высоком уровне, также наблюдается неполный охват пациентов оказанием психологической поддержки.

Список литературы:

1. 29 рекомендаций ВОЗ по профилактике хирургических инфекций и возникновения микроорганизмов, устойчивых к противомикробным препаратам. Пресс-релиз ВОЗ, 2016. <https://www.who.int/ru/news/item/03-11-2016-who-recommends-29-ways-to-stop-surgical-infections-and-avoid-superbugs>
2. Аубакирова А.Т., Абдилова Г.Б., Сатылганкызы Г., Катаева К.Т. Микробиологический мониторинг внутрибольничной инфекции в хирургическом стационаре // Вестник КазНМУ. - 2021. - №3. – С. 235-239.
3. Профилактика инфекций области хирургического вмешательства. Клинические рекомендации. – Н. Новгород: Изд-во «Ремедиум Приволжье», 2018. – 72 с.
4. Сестринский уход при хирургической инфекции / Пособие для самостоятельной работы студентов. Макушино, 2018.
5. Шестовец А. На страже здоровья кожи // Ремедиум. - 2021. - №2. – С. 86-88.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Жарылкан Назира

студент

*Казахского национального медицинского университета
имени Асфендиярова,
Казахстан, г. Алматы*

Калдыбекова Айнур

студент

*Казахского национального медицинского университета
имени Асфендиярова,
Казахстан, г. Алматы*

Бейсенова Айжан Жумагазиевна

канд. биол. наук, асс. профессор кафедры

молекулярной биологии и медицинской генетики

*Казахского национального медицинского университета
имени Асфендиярова,
Казахстан, г. Алматы*

Аннотация. Данная статья посвящена теме генетического мониторинга выродженных пороков развития в Республике Казахстан. Выродженные пороки развития представляют собой серьёзную проблему общественного здравоохранения, и понимание их генетической основы имеет решающее значение для профилактики, диагностики и лечения. Республика Казахстан признала важность генетического мониторинга для решения проблемы выродженных пороков развития среди своего населения.

Этот мониторинг включает сбор и анализ генетических данных от пострадавших лиц и их семьи. Изучая генетические факторы, лежащие в основе этих пороков развития, исследователи и медицинские работники могут получить представление об их причинах и разработать стратегии от профилактики и раннего вмешательства.

Программы генетического мониторинга в Казахстане направлены на выявление конкретных генов и генетических вариаций, связанных с врожденными пороками развития. Это предполагает создание всеобъемлющих баз данных для сбора и хранения генетической информации от пострадавших лиц. Эти базы

данных облегчают исследования и позволяют выявлять закономерности и тенденции возникновения врожденных пороков развития в различных регионах и группах населения страны. Кроме того, инициативы по генетическому мониторингу в Казахстане способствуют сотрудничеству между медицинскими работниками, генетиками и исследователями. Этот междисциплинарный подход позволяет обмениваться знаниями и опытом, что приводит к улучшению понимания и лечения врожденных пороков развития. Кроме того, пострадавшим лицам и их семьям предоставляются услуги генетического консультирования, предлагающие информацию, поддержку и рекомендации на основе генетических результатов.

Ключевые слова: Генетический мониторинг, врожденные пороки развития, распространенность, факторы риска, Республика Казахстан, стратегии профилактики, общественное здравоохранение, дородовая помощь, генетический скрининг.

Актуальность: Генетический мониторинг врожденных пороков развития в Республике Казахстан является актуальной темой, ориентированной на наблюдение и анализ генетических нарушений, имеющих при рождении. Этот тип мониторинга имеет решающее значение для понимания распространенности, тенденций и потенциальных причин врожденных пороков развития среди населения. Это может помочь выявить группы высокого риска, оценить эффективность профилактических мер и определить политику и меры общественного здравоохранения. Изучая генетические факторы, способствующие возникновению врожденных пороков развития, специалисты здравоохранения и политики могут работать над снижением их встречаемости и улучшением общих показателей здоровья пострадавших людей в Казахстане.

Цель исследования: Целью исследования было изучение и мониторинг распространенности врожденных пороков развития в Республике Казахстан посредством генетического анализа. Врожденные пороки развития представляют собой структурные аномалии, присутствующие при рождении, и они могут иметь значительные долгосрочные последствия для отдельных людей и их семьи.

Понимая генетические факторы, способствующие этим порокам развития, мы можем лучше просвещать население, предлагать генетическое консультирование и потенциально определять профилактические меры.

Методы: Генетический мониторинг врожденных пороков развития в Республике Казахстан включает различные методы сбора данных, оценки распространенности и понимания основных генетических факторов, способствующих возникновению этих пороков развития. Некоторые из методов, используемых при генетическом мониторинге врожденных пороков развития в Казахстане, включают:

1. Регистры врожденных дефектов. Создание регистров врожденных дефектов помогает собирать данные о возникновении и распространенности врожденных пороков развития. Эти регистры отслеживают количество и типы врожденных дефектов, предоставляя ценную информацию для целей мониторинга.

2. Эпидемиологические исследования. Проведение эпидемиологических исследований помогает проанализировать возникновение врожденных пороков развития на популяционном уровне. Эти исследования могут помочь выявить факторы риска, закономерности и географическое распределение пороков развития, обеспечивая понимание потенциальных генетических или экологических влияний.

3. Генетическое тестирование. Использование различных методов генетического тестирования, таких как хромосомный анализ, молекулярно-генетическое тестирование и пренатальный скрининг, позволяет выявлять генетические аномалии, связанные с врожденными пороками развития. Эти тесты могут помочь диагностировать конкретные генетические состояния и дать представление об основных генетических механизмах.

4. Анализ семейного анамнеза: анализ семейных родословных и проведение генетического консультирования помогают выявить потенциальные генетические факторы, способствующие врожденным порокам развития. Изучение семейного анамнеза может дать представление о характере наследования и оценить риск рецидива при последующих беременностях.

5. Сотрудничество с генетическими лабораториями: Сотрудничество с генетическими лабораториями помогает при анализе образцов ДНК и проведении генетических исследований для выявления конкретных генетических мутаций, связанных с врожденными пороками развития. Такое сотрудничество облегчает идентификацию специфических генетических маркеров и генов, участвующих в развитии пороков развития. Кроме того, потенциальным фактором, способствующим этому, был признан дефицит фолиевой кислоты и других необходимых питательных веществ во время беременности. Генетическое тестирование также сыграло важную роль в выявлении конкретных генетических мутаций и синдромов, связанных с врожденными пороками развития. Например, исследование, проведенное в Астане, показало, что 10% врожденных пороков развития являются генетически детерминированными, причем наиболее распространенными генетическими синдромами являются синдром Дауна и мышечная дистрофия. Кроме того, правительство Казахстана приняло ряд профилактических мер для снижения заболеваемости врожденными пороками развития. К ним относятся обязательное обогащение муки фолиевой кислотой, содействие консультированию и уходу до зачатия, а также создание справочных центров для генетического консультирования и тестирования.

Полученные результаты: Генетический мониторинг врожденных пороков развития в Республике Казахстан является важным направлением исследований, направленным на понимание распространенности, причин и закономерностей врожденных пороков развития в популяции. Его цель – выявить факторы риска и разработать стратегии профилактики и вмешательства. В Казахстане было проведено несколько исследований для оценки распространенности врожденных пороков развития и выявления потенциальных факторов риска. В этих исследованиях используются различные методологии, включая анализ медицинских записей, опросы населения и генетическое тестирование. Одно исследование, проведенное в городе Алматы, показало, что общая распространенность врожденных пороков развития составила 14,5 на 1000 живорождений. Наиболее распространенными видами пороков развития были сердечно-сосудистые пороки, за ними следовали

пороки опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта и нервной трубки. Другое исследование, проведенное в городе Караганде, выявило более высокую распространенность врожденных пороков развития - 21,6 на 1000 живорождений. Аналогичным образом, сердечно-сосудистые дефекты были наиболее распространенным типом пороков развития, за ними следовали дефекты опорно-двигательного аппарата и нервной трубки. В исследованиях также изучались потенциальные факторы риска врожденных пороков развития. Они обнаружили, что возраст матери, кровное родство (брак между близкими родственниками) и воздействие токсинов окружающей среды были связаны с повышенным риском сбора, анализа и распространения данных. Эти инициативы включают установление пороков развития. Кроме того, недостатки в специализированных регистрах, программах обучения для медицинских работников и компаниях по повышению осведомленности широкой общественности. Генетический мониторинг имеет ряд преимуществ в контексте врожденных пороков развития. Это помогает выявить группы и географические районы высокого риска, что позволяет принимать целенаправленные меры и распределять ресурсы. Кроме того, генетический мониторинг позволяет на ранней стадии выявлять пороки развития, позволяя проводить профилактические медицинские вмешательства и улучшать результаты лечения больных.

Несмотря на достигнутый прогресс, в Казахстане все еще существуют проблемы и области для улучшения генетического мониторинга врожденных пороков развития.

К ним относятся необходимость в улучшенных системах сбора данных и отчетности, повышении доступности генетического тестирования и консультационных услуг, а также в повышении осведомленности и просвещения общественности.

Кроме того, сотрудничество между различными заинтересованными сторонами, такими как поставщики медицинских услуг, исследователи и политики, имеет решающее значение для успеха программ генетического мониторинга.

В заключение, генетический мониторинг врожденных пороков развития в Республике Казахстан имеет важное значение для профилактики, ведения и лечения этих условий. Необходимы постоянные усилия и инвестиции в сбор, анализ и сотрудничество данных для дальнейшего укрепления системы генетического мониторинга в стране и улучшения результатов лечения людей с врожденными пороками развития.

Заключение: Генетический мониторинг врожденных пороков развития в Республике Казахстан является жизненно важным процессом, помогающим выявлять, отслеживать и лечить врожденные пороки развития среди населения. Результаты генетического мониторинга предоставляют ценные данные медицинским работникам, политикам и исследователям для разработки целевых вмешательств и стратегий профилактики, раннего выявления и лечения врожденных пороков развития. Генетический мониторинг включает сбор данных о врожденных пороках развития из различных источников, таких как больницы, поликлиники и регистратуры. Затем эти данные анализируются для выявления закономерностей, тенденций и факторов риска, связанных с различными типами пороков развития. Генетический мониторинг также включает генетическое тестирование и консультирование для выявления потенциальных генетических причин врожденных пороков развития и предоставления информации пострадавшим лицам и их семьям. Республика Казахстан добилась значительного прогресса в создании комплексной системы генетического мониторинга. Правительство реализовало различные программы и инициативы, направленные на улучшение ситуации с врожденными пороками развития. Кроме того, пострадавшим лицам и их семьям предоставляются услуги генетического консультирования, предлагающие информацию, поддержку и рекомендации на основе генетических результатов.

Список литературы:

1. Токтарова А.А., Мухамеджанова Ж.К., Баймуханбетов Е.Н. и др. Генетический мониторинг врожденных пороков развития в Республике Казахстан // Вестник КазНМУ. – 2016. – № 2 (10). – Сс. 38-43.

2. Акимова Е.Б., Абдрахманова Г.А., Байгазина А.С. и другие. Врожденные пороки развития в Казахстане: состояние проблемы // Медицинский журнал Казахстана. – 2017. – Том. 2, № 47. – С. 32-36.
3. Джумабекова Г.А., Абдуллаева Н.Х., Шакирова А.С. и другие. Генетический мониторинг врожденных пороков развития в Алматы // Медицинский журнал Казахстана. - 2016. – Том. 1, № 44. – С. 51-54.
4. Токтарова А.А., Баймуханбетов Е.Н., Мухамеджанова Ж.К. и другие. Врожденные пороки развития в Республике Казахстан: проблемы и перспективы // Медицинский журнал Казахстана. - 2015. – Том. 4, № 41. – С. 62-65.
5. Кулагин А.В., Хромов-Борисов Н.Н., Лебедева И.С. и др. Генетический мониторинг врожденных пороков развития в Российской Федерации // Генетика. – 2017. – Том. 53, № 9. – С. 1071-1080.
6. Гусева И.А., Широкова Е.А., Кузнецова Е.А. и др. Врожденные пороки развития: генетический мониторинг и профилактика // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. – 2018. – Том. 97, № 1. – С. 94-98.
7. Шевченко О.В., Кузнецова Е.А., Богданова Н.В. и др. Генетический мониторинг врожденных пороков развития в России // Русский медицинский журнал. – 2016. – вып. 24, № 2. – С. 69-75.
8. Стрельцова М.В., Кузнецова Е.А., Лебедева И.С. и другие. Генетический мониторинг врожденных пороков развития в Российской Федерации: анализ результатов за 2012-2016 гг. // Генетика. – 2018. – Том. 54, № 3. – С. 363-371.
9. Барашнев Ю.Л. Бахарев В.А. Джембриофетопатии. Диагностика ; профилактика аномалий центральной нервной системы и скелета. М.: Триада-Х, 2010.
10. Демикова Н.С. Информационно-справочная система по врожденным порокам развития в медицинской практике и образовании. Врачи информационные технологии. 2007 г.; 6:33-36.

ПАЦИЕНТЫ С ОППОРТУНИСТИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ С ВИЧ

Исагулова Анастасия Владимировна

студент,

Карагандинский областной высший сестринский колледж,

РК, г. Караганда

Жетписбаева Рымкуль Эбынияновна

научный руководитель,

Карагандинский областной высший сестринский колледж,

РК, г. Караганда

Аннотация. Вирус иммунодефицита человека представляет собой ретровирус. Он вызывает синдром приобретенного иммунодефицита, который является последней стадией ВИЧ-инфекции. Через две-четыре недели после попадания ВИЧ в организм пациент может жаловаться на симптомы первичной инфекции. После этого возникает длительная хроническая ВИЧ-инфекция, которая может длиться десятилетиями. СПИД в основном характеризуется оппортунистическими инфекциями и опухолями, которые без лечения обычно приводят к летальному исходу. Особенности деятельности специалиста сестринского дела в рамках своих компетенций является - контроль и оценка приверженности пациентов, назначенной антиретровирусной терапии, в том числе, обучение пациентов как справляться с проявлением симптомов СПИД-ассоциированных заболеваний.

Цель исследования: изучить сестринский процесс при СПИД-ассоциированных заболеваниях.

Материалы и методы: Наше исследование имеет поперечный дизайн исследования. Нами была использована анкета, одобренная локальной этической комиссией колледжа.

Было проведено анонимное анкетирование пациентов, имеющих оппортунистические инфекции. Опрос проводился в КГП «Карагандинский Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД».

Большая часть респондентов была в возрастной группе 36-40 лет. О признаках начала инфекционного заболевания, связанного со СПИДом осведомлены лишь 57% опрошенных лиц. Половина опрошенных респондентов из симптомов

инфекционного заболевания выбрали кашель с мокротой (50%), 33% респондентов отметили вариант ответа – затрудненное глотание. В случае появления симптомов инфекционного заболевания лишь 27% респондентов обратятся за медицинской помощью. Известно, что прием антиретровирусной терапии является целью профилактики заболеваний, связанных со СПИДом. Об этом знают 33% опрошенных, а у остальных 67% демонстрируется необходимость повышения уровня знаний относительно своего заболевания (рис. 1) [1].

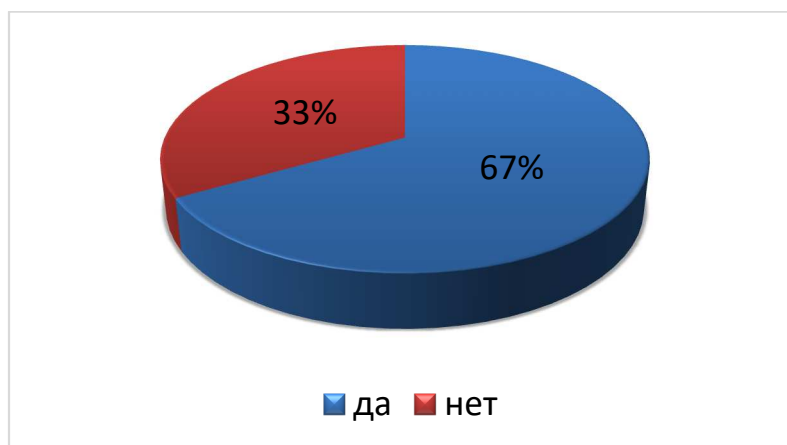


Рисунок 1. Регулярный прием назначенных лекарств (%)

Приверженность лечению включает в себя начало лечения ВИЧ, посещение всех посещений врача и ежедневный прием лекарств от ВИЧ в точном соответствии с предписаниями. Для людей с ВИЧ соблюдение режима лечения является ключом к сохранению здоровья. Поскольку ВИЧ требует пожизненного лечения, людям с ВИЧ важно регулярно посещать своего врача. Медицинская сестра также может контролировать приверженность пациентов терапии.

Презервативы остаются наиболее эффективным барьером против передачи вируса иммунодефицита человека половым путем. В ходе нашего исследования респонденты единогласно отмечают, что ими были получены рекомендации от медсестры/врача о применении барьерных методов контрацепции (презервативов) при половом акте, с целью профилактики присоединения оппортунистических инфекций и заражения других [2] (рисунок 2).

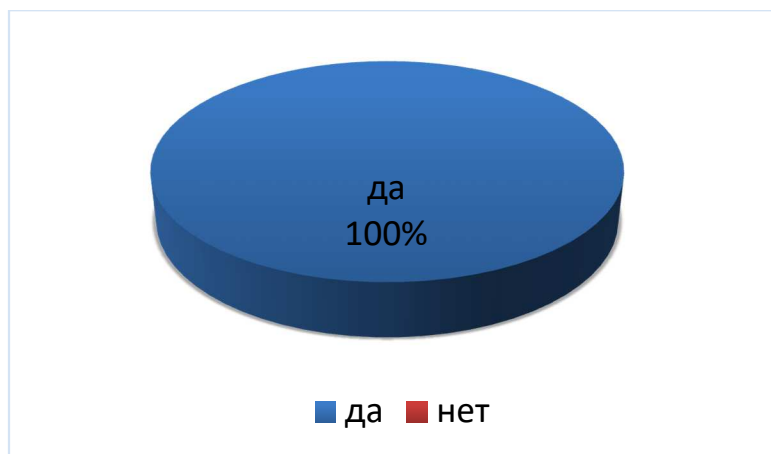


Рисунок 2. Рекомендации медсестры/врача о применении барьерных методов контрацепции (презервативов) при половом акте (%)

На протяжении десятилетий измерение количества клеток CD4 использовалось для понимания прогрессирования заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека ВИЧ. ВИЧ – смертельная инфекция, характеризующаяся поражением и разрушением CD4 Т-лимфоцитов в периферической крови. Подсчет клеток CD4 – это лабораторный тест, который измеряет количество Т-клеток CD4. Клиницисты используют этот тест для мониторинга разрушения клеток CD4, а также для контроля эффективности антиретровирусного лечения. Знания необходимости регулярного подсчета CD4 отметились у лишь 57% опрошенных (рисунок 3).

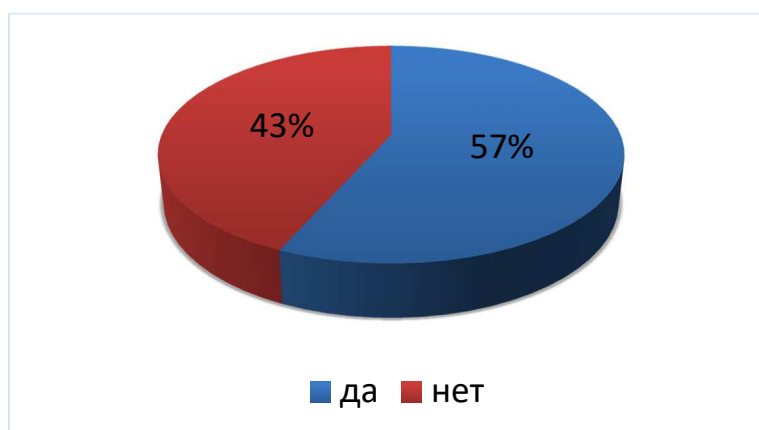


Рисунок 3. Необходимость регулярного подсчета CD4 (%)

Консультирование медсестрой о необходимости проветривания помещения в целях профилактики инфекций отмечается лишь 27% опрошенными респондентами.

Несмотря на повышение осведомленности и просвещение общественности по вопросам ВИЧ/СПИДа, которое проводится уже несколько десятилетий, стигма и дискриминация продолжают во многом определять реакцию общества на людей, живущих с ВИЧ.

Сохраняющаяся стигма, связанная с ВИЧ-инфекцией, вынуждает пациентов разрабатывать стратегии и тайно пользоваться услугами консультирования, тестирования и лечения. Это может позволить им скрыть свой ВИЧ-статус от некоторых родственников и друзей, чтобы избежать потенциальной стигматизации. Следовательно, пациенты должны быть субъектами, которые могут принять решение о безопасном использовании услуг в медицинских учреждениях [3].

И как показало наше исследование, при общении с медицинскими работниками респонденты не всегда уверены в конфиденциальности общения.

Вывод: согласно проведенному исследованию пациенты, живущие с ВИЧ нуждаются в повышении уровня знаний, необходимости приверженности лечению с целью контроля заболевания и профилактики возникновения оппортунистических инфекций.

Список литературы:

1. Josefsson L, Dahl V, Palmer S. Can HIV infection be eradicated through use of potent antiviral agents? *Curr Opin Infect Dis.* – 2012. - №23(6):628-32. doi: 10.1097/QCO.0b013e32833ff1d0. PMID: 20847693.
2. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, et al. for the iPrEx. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men // *N Engl J Med.* – 2012. - №363:2587–99.
3. Wood, E.M., Zani, B., Esterhuizen, T.M., & Young, T. (2018). Nurse led home-based care for people with HIV/AIDS. *BMC health services research*, 18(1), 219. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3002-4>.
4. Wang H, Zhou J, Huang L, Li X, Fennie KP, Williams AB. Effects of nurse-delivered home visits combined with telephone calls on medication adherence and quality of life in HIV-infected heroin users in Hunan of China. *J Clin Nurs.* 2012;19:380–388. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03048.x.

ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНЫХ РИСКОВ У ЛИЦ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Кавецкая Виктория Васильевна

студент,

*Гомельский государственный медицинский университет,
РБ, г. Гомель*

Кавецкий Андрей Дмитриевич

студент,

*Гомельский государственный медицинский университет,
РБ, г. Гомель*

Ермоленко Виктория Александровна

научный руководитель, старший преподаватель кафедры,

*Гомельский государственный медицинский университет,
РБ, г. Гомель*

Суицид и парасуицид являются одной из самых злободневных проблем мирового значения. Каждый год в мире совершается в среднем 936 500 самоубийств, а число незавершенных суицидальных попыток в 10–20 раз больше [1, с. 6]. Предупреждение суицидов считается одной из пяти наиболее приоритетных задач в области охраны психического здоровья в XXI веке [2, с. 56]. Это обусловлено наиболее высокой частотой суицидов в мире и ее влиянием на рост преждевременной смертности населения. Частота суицидов является одним из наиболее объективных индикаторов общественного психического здоровья, социального благополучия и качества жизни людей [3, с. 328].

К индивидуально-психологическим особенностям суицидентов зрелого возраста относятся дисгармоничная структура копинг-стратегий, высокий уровень суицидальной мотивации, нарушения смысловой сферы личности. К факторам риска суицида в зрелости относятся дезадаптивные копинг-стратегии и такие составляющие экзистенциального кризиса, как утрата жизненных смыслов, неудовлетворенность собой и жизнью, проблемы свободы и ответственности, тяжелые переживания. Протективными факторами суицидальной мотивации, обуславливающей суицидальное поведения в зрелом возрасте, являются адаптивные виды копинга, осмысленность жизни и экзистенциальная исполненность [4, с. 185].

Суицидальное поведение – это образ мышления и патологическая форма действий пассивного типа, сопровождающиеся аутоагрессивной активностью индивида, преднамеренно или сознательно направленной на лишение себя жизни [5, с. 64].

Основными диагностическими инструментами, используемыми для оценки суицидального риска, являются стандартизированные тесты, опросники и клинические шкалы. Они подразделяются на две группы: методики, включающие относительно прямые вопросы на тему суицидальных тенденций и переживаний, склонности к самоповреждающему поведению и опросники выявляющие индивидуально-типологические факторы личности, наиболее тесно связанные с высокой вероятностью совершения суицида [6, с. 40].

Цель исследования – оценить суицидальные риски у лиц среднего возраста г. Гомеля, а также доказать статистическую значимость факторов с высоким риском.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось методом онлайн анкетирования. Использовался стандартный опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой, состоящий из восьми суицидальных и антисуицидальных факторов. По каждому из факторов подсчитывалась сумма положительных ответов, перемноженная на специальный коэффициент. Чем ближе значение фактора к максимально возможной его величине, тем более выражен риск суицидального фактора. В исследовании приняло участие 34 человека, в возрасте 35–57 лет, преподаватели клинических кафедр ГомГМУ и врачи г. Гомеля. Все анкетированные были проинформированы о целях исследования и дали свое согласие на использование данных. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакета прикладных программ Триал-версия Statistica 13.3 EN. Рассчитывалась медиана (Me), ошибка средних значений ($\pm CO$), процентное соотношение параметров.

Результаты исследований и их обсуждение. В анкетировании приняли участие 28 (82,4 %) женщин и 6 (17,6 %) мужчин, медиана возраста опрошенных составила 38 ($\pm 6,23$) лет.

В нынешних реалиях глобальной проблемой профессии врача становится термин «эмоциональное выгорание», когда разнообразные и частые интенсивные стрессогенные воздействия приводят к «профессиональной деформации личности» в виде постепенной утраты эмоциональной, физической и когнитивной энергии, проявляющиеся в симптомах общего истощения и утомления, равнодушия и снижения удовлетворения исполнением работы. Официально термин был введен К. Маслач в совокупности с трехкомпонентной моделью «выгорания»: занижение самооценки – обесценивание собственного достоинства и личных достижений; деперсонализация – утрата собственного «Я» и «обезличивание» и эмоциональное истощение. Комплекс неполноценности, некомпетентности и безнадежности и есть фактор несостоятельности. Высокий риск фактора несостоятельности был выявлен у 4 человек (11,76 %), средним риском – 8 человек (23,53 %), низким риском – 22 человек (64,71 %).

В связи с правилами медицинской этики и деонтологии, а также надобностью не подвергаться эмоциям в экстренных ситуациях, врачи обязаны их подавлять. Зачастую эти эмоции проявляются в личной жизни, а при длительном их подавлении, они копятся внутри медработника, что в дальнейшем приводит к чрезмерной эмоциональности (бурная реакция на нейтральные триггеры), происходит доминирование эмоций над интеллектуальным контролем, а в крайнем варианте – аффективная блокада интеллекта, все это представляет собой фактор аффективности. Высоким риском обладает 16 человек (47,06 %), средним риском – 6 человека (17,65 %), низким риском – 12 человек (35,29 %).

Следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем – это фактор временная перспектива. Большинство опрошенных обладают низким риском 22 человека (64,71 %), средним – 6 (17,65 %) и высоким – 6 (17,65 %) опрошенных.

Замкнутость и стремление к изоляции от общества иногда приводит к объединению в определенные субкультуры, что дает им чувство принадлежности и неповторимости. Субкультура позволяет реализовываться «отверженным»

личностям в иной среде, предоставляя им возможность существовать в иной культурной форме. Зачастую это приводит к слому культурных барьеров, поиску культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Высоким риском обладает 2 человека (5,88 %), средним риском – 20 человек (58,82 %), низким риском – 12 человек (35,29 %).

Вовлеченность в субкультуры является следствием социального пессимизма. Социальный пессимизм наблюдается по формуле внутреннего монолога – «Вы все недостойны меня». Мир воспринимается как враждебный, не соответствующим представлениям о нормальном для человека. Высоким риском обладает 8 человека (23,53 %), средним риском – 18 человек (52,94 %), низким риском – 8 человек (23,53 %).

Являясь частью субкультур некоторые составляющие личности склонны к чрезмерным крайностям, завышенным претензиям к жизни, бескомпромиссности в решениях, видение жизни в чёрном и белом цветах, не обращая внимания на оттенки, аффективной фиксации на неудачах – это все характерно для фактора максимализм. Высоким риском обладает 6 человек (17,65 %), средним риском – 12 человек (35,29 %), низким риском – 16 человек (47,06 %).

Слом культурных барьеров так же зачастую сочетается с таким фактором, как демонстративность, проявляющимся желанием привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания, демонстративное суицидальное поведение – как «шантаж». Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной ригидностью, когда «диалог с миром» может зайти очень далеко. Большинство опрошенных обладают низким риском 28 человек (82,35 %), однако 6 человек (17,65 %) имеют средний риск.

В состоянии самоутверждения человек стремится доказать, что он явление уникальное, не похожее на других, подразумевающее исключительные варианты выхода, в частности суицид (фактор уникальность). Большинство опрошенных обладают низким риском 32 человека (94,12 %) и лишь 2 человека (5,88 %) имеют средний риск.

Препятствием для совершения суицида могут являться антисуицидальные факторы личности. Антисуицидальный фактор – это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга, представление о греховности самоубийства, не эстетичности, обесценивающие самоубийство как способ разрешения проблем и формирующие антисуицидальный барьер. Высоким показателем обладает 26 человек (76,47 %), а средним – 8 человек (23,53 %).

По суицидальным и антисуицидальным факторам выраженность рисков среди мужчин и женщин статистически значимо не различалась.

Анализируя данные, наиболее часто высокий риск отмечался у фактора аффективность ($U=16$, $p \leq 0,05$) – статистическая значимость данного фактора составила – $7,80 \cdot 10^{-11}$ и социальный пессимизм ($U=8$, $p \leq 0,05$) – статистическая значимость данного фактора составила – $4,48 \cdot 10^{-14}$.

Среди опрошенных в большинстве случаев отмечался низкий риск по суицидальным факторам, высокий риск по одному или нескольким показателям может быть связан с особенностями кризиса среднего возраста.

Выводы. Большинство опрошенных обладали низким уровнем суицидального риска. Наиболее высокий риск среди участников опроса был выявлен по таким факторам как: эффективность и социальный пессимизм (факторы статистически значимы), что может быть обусловлено особенностями данной возрастной группы.

Список литературы:

1. Vlassov, V. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 / V. Vlassov // The British Medical Journal. – 2019. – Vol. 364. – P. 1–11.
2. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения [Электронный ресурс] / Б.С. Положий // Журн. «Клинические особенности психических заболеваний». – Москва. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/integrativnaya-model-suitsidalnogo-povedeniya/viewer>. – Дата доступа: 20.11.2023.

3. Ekimova V.I., Kokurin A.V., Litvinova A.V., Orlova E.A. The implementation of simulation modeling in the extreme psychology master's course // New perspectives in science education. Conference Proceedings 6th Conference Edition. Edited by Pixel. 2017. Florence, Italy: Libreriauniversitaria.It edizioni, 2017. P. 327–330.
4. Сенкевич Л.В., Орешкина А.С. Особенности мотивационной сферы и копинг-стратегий суицидентов зрелого возраста в контексте переживания ими экзистенциального кризиса [Электронный ресурс] / Л.В. Сенкевич, А.С. Орешкина // Журн. «Человеческий капитал». – Москва, 2019. – Режим доступа: https://humancapital.su/wp-content/uploads/2019/08/2019-08_p185-199.pdf. – Дата доступа: 20.11.2023.
5. Превенция развития суицидальных рисков у подростков: модель деятельности психолога образования: учеб.-метод. пособие / И.Г. Маланчук [и др.]. – Красноярск, 2017. – 108 с.
6. Судебно-психологическая экспертиза в гражданском и уголовном процессе: учеб.-метод. пособие / Е.Ю. Федоренко, А.А. Лопатин. – Красноярск, 2012. – 83 с.

ВЛИЯНИЕ СТАТУСА «ПОЛИКЛИНИКА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ» НА СТЕПЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ЖЕНЩИН ПО ВОПРОСАМ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Кравцова Кира Александровна

*студент,
Санкт-Петербургский Государственный
Педиатрический Медицинский Университет,
РФ, г. Санкт-Петербург*

Аксенова Юлия Витальевна

*студент,
Санкт-Петербургский Государственный
Педиатрический Медицинский Университет,
РФ, г. Санкт-Петербург*

Кириленко Вадим Владимирович

*научный руководитель, канд. экон. наук, доцент,
Санкт-Петербургский Государственный
Педиатрический Медицинский Университет,
РФ, г. Санкт-Петербург*

Актуальность: Среди большого числа факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье детей, особое место занимает нерациональное питание. Нарушения в организации вскармливания детей первого года жизни являются одной из ведущих причин распространенности алиментарно-зависимых заболеваний. Учитывая данные факты, организаторы здравоохранения, ученые и врачи предпринимают меры, направленные на оптимизацию вскармливания детей грудного и раннего возраста. Одной из таких мер стала декларация ВОЗ «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания». Чтобы закрепить принципы из этой декларации, ВОЗ совместно с ЮНИСЕФ разработала инициативу «Больница, доброжелательная к ребенку». Больница, доброжелательная к ребенку, или baby-friendly hospital, – это международный статус, который ВОЗ и ЮНИСЕФ стали присуждать больницам за поддержку грудного вскармливания. В первую очередь инициатива касалась роддомов, но позже к ней присоединились женские консультации и детские поликлиники.

В основе инициативы лежит документ «10 шагов к успешному грудному вскармливанию», где перечислены принципы работы медицинских учреждений. В редакции документа от 2018 года эти принципы выглядят следующим образом:

1. У медучреждения есть прописанные правила о практике грудного вскармливания, с которой знакомят весь персонал.

2. Сотрудников учат правилам грудного вскармливания.

3. Сотрудники рассказывают пациенткам о методах грудного вскармливания и его плюсах для матери и ребенка.

4. В первые 60 минут после рождения малыша кладут рядом с мамой для контакта кожа к коже: так реализуется правило «золотого часа», во время которого ребенок должен узнать и запомнить маму, а женщина – осознать материнство.

5. Специалисты по грудному вскармливанию учат женщин, как правильно кормить грудью и как сохранять лактацию, если они с ребенком разлучаются.

6. Грудное молоко стараются оставить единственным источником питания новорожденных, а молочные смеси не дают без медицинских показаний. Основания давать смеси перечислены в документе от ВОЗ «Приемлемые причины для использования заменителей грудного молока», последняя его редакция – 2009 года.

7. Мать и ребенок круглосуточно должны находиться в одной палате.

8. Грудь нужно давать ребенку не по расписанию, а по первому требованию.

9. В роддоме не дают детям средства, которые успокаивают их или имитируют грудь.

10. Врачи медучреждения консультируют женщин по телефону горячей линии или в группах на разных ресурсах [1].

Цель исследования: Оценить осведомленность матерей о проблеме грудного вскармливания (ГВ) и определить их отношение к ней.

Материалы и методы: Проведено анкетирование 2 групп матерей, имеющих на данный момент ребенка от 0 месяцев до 1 года. Первая группа опрошенных была прикреплена к городской поликлинике, имеющей статус

«доброжелательная к ребенку», вторая группа – к областной поликлинике, не имеющей такого статуса.

Анкета включала в себя 22 вопроса, составленных самостоятельно на основании изучения литературных данных.

Результаты: В опросе приняли участие 106 человек: 56 в первой группе и 50 во второй. Возраст опрошенных: от 21 до 46 лет.

57,54% опрошенных имели одного ребенка, 29,25% - двух детей, 8,49% - трех детей, 4,72% - четырех детей.

В первой группе у 75,00% дети находятся исключительно на ГВ, остальные 25,00% докармливают детей смесью. При этом 83,93% опрошенных относятся к ГВ положительно и считают его полезным, 16,07% - нейтрально.

Во второй группе результаты опроса значительно отличались: лишь у 32,00% опрошенных дети получают исключительно грудное молоко, у 48,00% дети получают докорм смесью и у 20% дети питаются только адаптированной молочной смесью. 40% опрошенных имеют положительное отношение к ГВ, 54% - нейтральное, 6% - отрицательное.

Детальный анализ представленных в анкетах данных показал, что на отношение к ГВ оказали влияние такие факторы как информирование от медицинского персонала и школы материнства (57,89% в 1 группе и 22% во 2 группе), публикации в СМИ и интернете (35,09% в первой группе и 68% во второй группе) и данные, полученные от друзей и родственников (7,02% в первой группе и 10% во второй группе).

подавляющее большинство женщин указали, что во время беременности осуществляли подготовку к ГВ. Однако данные о способах подготовки требуют обсуждения. В первой группе опрошенных 85,71% женщин получали помощь от медперсонала в овладении навыками ГВ и уходу за молочными железами в период кормления. Во второй группе наиболее «популярным» методом оказалась самоподготовка женщин (76,00%).

Определенную тревогу вызывают данные о наличии обучающих плакатов в поликлинике. По данным опроса в первой группе 100% опрошенных ответили,

что плакаты есть и они информативны, во второй группе 100% опрошенных отмечают, что не видели плакатов, однако 86% убеждены, что плакаты информативны и будут доступно доносить информацию.

Также стоит отметить, что 86,00% опрошенных в обеих группах считают, что такие организационные мероприятия как школы материнства во время беременности, активная поддержка (информирование и обучение) при рождении ребенка, назначение молочных смесей только по показаниям, повышение пособия, которое отсрочит необходимость выхода на работу помогут женщинам сделать выбор и сохранить ГВ.

Выводы: ГВ является одним из наиболее эффективных способов обеспечения здоровья и выживания ребенка. Грудное молоко является идеальной пищей для младенцев. Оно является безопасным, безвредным и содержит антитела, которые помогают защитить ребенка от многих распространенных детских болезней[2]. Тем не менее, большой процент младенцев не получает исключительно ГВ в течение рекомендованных шести месяцев. Значительную роль в формировании представлений о правильном питании ребенка первого года жизни играет просветительная работа, проводимая в поликлинике. Такие средства информирования как плакаты, школы материнства и обучающие беседы с врачом-педиатром способствуют большему представлению об аспектах техники и пользы ГВ, поддержания лактации и правильном уходе за молочными железами, и помогают женщинам чувствовать себя увереннее в роли матери.

Список литературы:

1. А.П. Пигалов, Г.А. Кулакова, Н.А. Соловьева, Е.А. Курмаева. О статусе «Больница, доброжелательная к ребенку» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-statuse-bolnitsa-dobrozhelatel'naya-k-rebyonku/viewer>
2. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации (4-е издание, переработанное и дополненное). - Утверждена на XVI Съезде педиатров России (февраль 2009 г.). – Москва, 2019.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Мусина Самал Айдархановна

студент,

Карагандинский областной высший сестринский колледж,
РК, г. Караганда

Жетписбаева Рымкуль Эбынияновна

научный руководитель,

Карагандинский областной высший сестринский колледж,
РК, г. Караганда

Как показывает статистика в последние годы во всем мире прогрессивно возрастает количество мозговых инсультов (МИ), в первую очередь за счет ишемических нарушений мозгового кровообращения. Также в ближайшие десятилетия эксперты ВОЗ предполагают дальнейший рост количества ишемических инсультов (ИИ), что обусловлено ростом числа людей пожилого возраста и значительной распространенностью таких факторов риска ИИ, как артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, курение и др.

Проблема мозговых инсультов актуальна в РК, и очень обширен уровень смертности является одним из высоких в мире - 239,9 на 100000 умерших, что несопоставимо выше, чем, например, в Японии - 75,8 и США - 48,0.



Рисунок 1. Статистика по ишемическим инсультам

К 2020 г. смертность от инсульта почти удвоилась в основном в результате увеличения доли пожилых людей. Несмотря на это, в исследование инсульта вкладывается значительно меньше средств, чем в исследование болезней сердца или онкологических заболеваний.

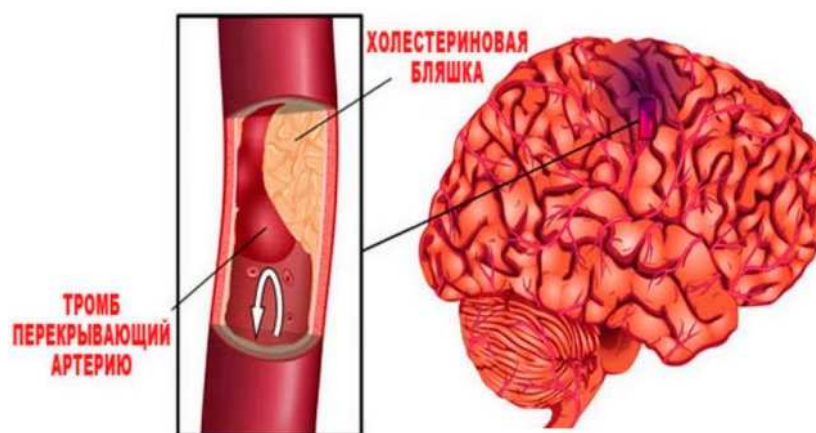


Рисунок 2. Иллюстрация болезни

Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся внезапным (в течение нескольких минут, часов) появлением очаговой (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и других нарушений) и/или общемозговой (изменения сознания, головная боль, рвота) неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов или приводит к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие цереброваскулярной патологии.

Чаще всего причиной инфаркта мозга становится движение тромба по артерии и закупоривание ее в узком месте. Тромб представляет собой сгусток крови, который в основном состоит из тромбоцитов. При нормальной проходимости сосудов тромбоциты отвечают за свертываемость крови, но при атеросклерозе образуются холестериновые бляшки, сужающие просвет артерии, из-за этого привычный ток крови нарушается, образуются побочные завихрения, и тромбоциты склеиваются между собой в сгустки.

Причинами инфаркта мозга может стать и сужение просвета крупной артерии более чем на половину. При сужении артерии не происходит полной

остановки кровоснабжения мозга, поэтому часто человек переживает так называемый малый инсульт. Хотя степень поражения много меньше, но такое состояние требует безотлагательного обращения за медицинской помощью: дальнейшее ухудшение состояния артерий может привести к инсульту со всеми его последствиями.

Основными симптомами ишемического инсульта являются: головокружение, потеря ориентации в пространстве, рвота, судороги, нарушение координации, речи, зрения, письма, чтения, глотания, отсутствие возможности пошевелить отдельными конечностями и/или выполнения простых манипуляций вроде поднятия двух рук одновременно, чистки зубов или перелистывания листов книги.

В рекомендациях ВОЗ предложена концепция под названием «Время – мозг». Ее суть проста: чем раньше пациенту с инсультом окажут медицинскую помощь, тем выше шанс сохранить максимально возможное количество клеток мозга, и, как следствие, восстановить большинство функций.

Важно вовремя распознать симптомы ишемического инсульта и обратиться за экстренной медицинской помощью. Как показали исследования, сами пациенты узнают симптомы инсульта только в 33–50% случаев. Поэтому ответственность ложится на родственников и людей, оказавшихся рядом.

Диагностика инсульта достаточно комплексна, ведь для выявления причины и оценки поражения мозга, а значит, и последствий инсульта, врачу потребуется большое количество данных.

Для визуализации состояния сосудов мозга может использоваться КТ или МРТ в зависимости от ситуации. Достаточно информативным исследованием по состоянию кровотока станет ангиография – рентгенологическое исследование с использованием контрастирующего вещества, вводимого в сосуды. Помимо этого, врач может назначить анализ крови, мочи; тест на уровень глюкозы, холестерина; провести УЗИ-обследование.

Ни один специалист в медицине не может заранее предвидеть, какие именно последствия обнаружатся в организме после инсульта. Поэтому основная цель,

которую ставят перед собой специалисты неврологического отделения нашего центра заключается в мерах по минимизации негативных последствий инсульта с учетом зачастую пожилого возраста пациентов и недопущение рецидива.

В отделении интенсивной терапии или в отделении реабилитации пациента после нарушения кровоснабжения головного мозга медсестра действует строго по установленному плану:

1. Пациенты обследуются для определения степени повреждения, оценки их общего состояния, выявления потенциальных осложнений.

2. Ставится предварительный сестринский диагноз (двигательные расстройства, речь, чувствительность, жизненно важные функции, астения).

3. Для обеспечения жизнедеятельности пациента и ускорения процесса выздоровления разрабатывается план действий, независимо от указаний врача.

4. Достижение поставленных задач в процессе взаимодействия с остальным медицинским персоналом.

5. Оценка результатов выполненной работы с учетом первоначально поставленных целей.

В обязанности медсестры входит уход за пациентами, перенесшими инсульт. Важность сестринского ухода при острых нарушениях мозгового кровообращения обусловлена возможностью возникновения множества неожиданных проблем на каждом этапе лечения. Общее состояние пациента и скорость выздоровления зависят от наблюдательности медсестры и ее реакции.

Роль медсестры, обучающей родственников уходу за пациентами. Задача медсестры - ознакомить родственников с особенностями ухода за пациентом после инсульта, диетой и питьевым режимом, следить за состоянием пациента, научить простым способам измерения артериального давления и пульса. Практически вы можете обучить методам лечения, проводимым в больнице.

В период лечения и реабилитации пациент должен получать лекарственные препараты в виде инъекций, капельниц, пероральных форм лекарств. Медсестрам необходимо раздавать лекарства и делать внутривенные инъекции в палате, а также следить за тем, чтобы пациент получал необходимые продукты.

Медсестра должна быть хорошим психологом, потому что она должна общаться с пациентом и его родственниками. Во время лечения пострадавшего можно подтолкнуть к выполнению некоторых манипуляций по уходу за собой.

Забота о пациентах, перенесших инсульт, важна на каждом этапе работы. Люди, перенесшие сильные потрясения, не чувствуют уверенности в своем теле и способностях, они нуждаются в постоянной поддержке. Помощь, совет и внимание опытной медсестры могут вернуть пациенту нужное настроение. Это обеспечит более плавный выход из критического периода и повысит эффективность фазы восстановления.

Как показывает практика инсульт остается актуальной темой для исследования: регулярно появляются новые методики реабилитации, эффективные препараты, схемы лечения.

Список литературы:

1. Беленький, В.Е. Разорвать оковы инсульта: комментарий специалиста / В.Е. Беленький; подгот. А. Лушникова; фот. М. Шабалина // Здоровье. 2004. N 9. С. 102.
2. Инсульт по расписанию // Вопросы социального обеспечения. 2009. N 19. С. 47: ил.
3. Кислова, Ю. Инсульт и виртуальная реальность / Юлия Кислова // В мире науки. 2005. N 7. С. 8.
4. Сестринское дело. Практическое руководство: учебное пособие / под ред. И.Г. Гордеевой, С.М. Отаровой, З.З. Балкизова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017 – 576 с.
5. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела: практикум [Текст] : учеб. пособие / Т.П. Обуховец ; под ред. Б.В. Кабарухина. – 14-е изд., стер. - Ростов н/Д : Феникс, 201.

ОСНОВНЫЕ БАРЬЕРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ПРОХОЖДЕНИЮ СКРИНИНГА НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Омарова Ризагуль Даулетбековна

студент,

Карагандинский областной высший сестринский колледж,

Казахстан, г. Караганда

Балтаева Жанар Еркебековна

научный руководитель,

Карагандинский областной высший сестринский колледж,

Казахстан, г. Караганда

Актуальность. Рак шейки матки по-прежнему остается серьезной проблемой общественного здравоохранения в развивающихся странах, включая Республику Казахстан. Рак шейки матки в значительной степени можно предотвратить. Хотя рутинный скрининг мазка Папаниколау позволил снизить смертность от рака шейки матки на 70-80% во всех странах и примерно на 90% в развивающихся странах, гинеколог по-прежнему сталкивается с женщинами на поздних стадиях заболевания. Искоренение рака шейки матки зависит от раннего выявления заболевания и устранения барьеров на пути его своевременного выявления [1, 2, 3]. Однако только 81% женщин в возрасте 21-65 лет проходят скрининг в соответствии с современными требованиями. Было осуществлено много мероприятий по повышению эффективности скрининга на рак шейки матки, но существует ограниченное понимание того, какие компоненты вмешательства являются наиболее успешными [4].

Цель работы. Выполнить обзор современных литературных публикаций, посвященных преодолению барьеров, препятствующих прохождению скрининга на раннее выявление рака шейки матки.

Материалы и методы. В базах PubMed и Cochrane, произведен поиск публикаций с применением ключевых слов «Cervical Cancer Screening», «Cervical Cancer», «Obstacles to cervical cancer screening» за период с 01.11.2018 по 01.11.2023 гг. Всего было обнаружено 314 источников, подходящих под

параметры поиска. При этом, для полноценного анализа доступна 71 работа. Из них было отобрано 21 наиболее релевантная публикация.

Результаты. Рак шейки матки легко поддается профилактике и может быть легко вылечен, если обнаружен на ранних стадиях. Однако в странах с низким и средним уровнем дохода, где отсутствуют организованные программы скрининга и профилактики, существует непропорционально высокий уровень заболеваемости раком шейки матки и смертности от него. В настоящее время имеются надежные фактические данные о профилактике и скрининге рака шейки матки [5]. Однако существуют препятствия для принятия и внедрения в конкретных странах. Это создает уникальные проблемы, такие как организация предоставления услуг по профилактике и скринингу с использованием существующей инфраструктуры здравоохранения, доступ к средствам скрининга, последующее наблюдение и надлежащие связи для подтверждения диагноза и последующего лечения. Общие показатели скрининга на рак шейки матки и онкологический скрининг среди женщин все еще остаются неоптимальными во многих медицинских учреждениях. Учитывая сложности, связанные с организацией, внедрением услуг и осуществлением популяционных программ профилактики и скрининга рака шейки матки [6, 7]. Основными препятствиями для прохождения скрининга на раннее выявление рака шейки матки были стоимость скрининга, боязнь положительных результатов, недостаточная осведомленность о тестировании, нежелание проходить скрининг, восприятие низкого риска и нехватка времени [8]. Напротив, наличие брака, увеличение возраста, осведомленность о методах скрининга и рекомендации врача были наиболее документально подтвержденными факторами содействия [9]. Такие методы скрининга, как цитология, хотя и широко используются в странах с высоким уровнем дохода, имеют ограниченную актуальность во многих странах с ограниченными ресурсами [10]. Всемирная организация здравоохранения рекомендует проводить скрининг с использованием тестирования на вирус папилломы человека везде, где это возможно; однако, хотя первичное тестирование на вирус папилломы человека более чувствительно и выявляет предраковые заболевания раньше, чем цитологическое, в настоящее время существуют затраты,

инфраструктурные соображения и проблемы специфичности, которые ограничивают его использование в странах с низким и средним уровнем дохода [11]. Всемирная организация здравоохранения принимает альтернативный подход к скринингу, заключающийся в визуальном осмотре с использованием кислотных реактивов, в рамках программ «скрининг и лечение» как простой и недорогой тест, который может быть проведен подготовленными медицинскими работниками и, следовательно, обеспечить более широкий охват скринингом; однако субъективность и вариативность в интерпретации результатов у разных поставщиков вызывают проблемы ложноположительных результатов и чрезмерного лечения [12, 13]. Криотерапия с использованием закиси азота или углекислого газа является признанным методом лечения предраковых поражений в рамках программ «скрининг и лечение»; совсем недавно термическая абляция была признана подходящей для условий с низким потреблением ресурсов из-за легкого оборудования, короткого времени лечения и ручных моделей, работающих на батарейках и солнечных батареях [14, 15, 16]. При более крупных поражениях и раковых заболеваниях для оптимального ухода за женщинами требуются комплексные клинические методы (включая иссечение петли, хирургическое вмешательство, лучевую терапию, химиотерапию и паллиативную помощь). Однако обеспечение каждого из этих компонентов борьбы с раком часто ограничено из-за ограниченной инфраструктуры и нехватки подготовленного персонала. Следовательно, глобальные инициативы по снижению смертности от рака шейки матки должны основываться на целостном подходе к укреплению систем здравоохранения [17]. Необходимы экономически эффективные стратегии и инструменты для снижения уровня заболеваемости раком шейки матки во всем мире, чтобы смягчить существующие различия в уровне заболеваемости раком шейки матки между стран с низким и высоким уровнем ресурсов [18]. Действующие руководящие принципы профилактики и скрининга рака шейки матки основаны на наиболее достоверных фактических данных, полученных в результате рандомизированных испытаний и перекрестных исследований, проведенных в контексте социально-экономических, культурных систем и систем здравоохранения в различных географических

условиях, и, следовательно, соответствуют применимости для широкомасштабного, устойчивого и единообразного внедрения популяционного скрининга рака шейки матки и профилактическая программа [19, 20, 21].

Заключение. Множество барьеров препятствуют эффективности программы скрининга. Его успех требует использования образовательных мероприятий, профессионального и межпрофессионального сотрудничества, выделения достаточных ресурсов и сосредоточения внимания политиков на устранении барьеров. Будущие вмешательства могут включать образовательные занятия с медицинскими работниками или общение с пациентками один на один для улучшения скрининга рака шейки матки. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы установить масштабы эффекта от крупномасштабных вмешательств и скрининга на раннее выявление рака шейки матки. Таким образом, необходимо срочно рассмотреть следующие ключевые факторы: сбор точных и широко репрезентативных данных в реестрах онкологических заболеваний, расширение численности целевой группы и увеличение государственного финансирования на подготовку персонала, улучшение санитарного просвещения женщин, усиление контроля качества услуг по скринингу и совершенствование системы для увеличения числа случаев наблюдения за женщинами с положительными результатами.

Список литературы:

1. Pimple SA, Mishra GA. Global strategies for cervical cancer prevention and screening. *Minerva Ginecol.* 2019 Aug;71(4):313-320.
2. Sawaya GF, Smith-McCune K, Kuppermann M. Cervical Cancer Screening: More Choices in 2019. *JAMA.* 2019 May 28;321(20):2018-2019.
3. Bouvard V, Wentzensen N, Mackie A, Berkhof J, Brotherton J, Giorgi-Rossi P, Kupets R, Smith R, Arrossi S, Bendahhou K, Canfell K, Chirenje ZM, Chung MH, Del Pino M, de Sanjosé S, Elfström M, Franco EL, Hamashima C, Hamers FF, Herrington CS, Murillo R, Sangrajrang S, Sankaranarayanan R, Saraiya M, Schiffman M, Zhao F, Arbyn M, Prendiville W, Indave Ruiz BI, Mosquera-Metcalf I, Lauby-Secretan B.N The IARC Perspective on Cervical Cancer Screening. *Engl J Med.* 2021 Nov 11;385(20).
4. Gilham C, Crosbie EJ, Peto J. Cervical cancer screening in older women. *BMJ.* 2021 Feb 5;372.

5. Salehiniya H, Momenimovahed Z, Allahqoli L, Momenimovahed S, Alkatout I. Factors related to cervical cancer screening among Asian women. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021 Oct;25(19):6109-6122.
6. Midwifery J. Cervical Cancer Screening. *Womens Health*. 2022 Mar;67(2):285-286.
7. Yimer NB, Mohammed MA, Solomon K, Tadese M, Grutzmacher S, Meikena HK, Alemnew B, Sharew NT, Habtewold TD. Cervical cancer screening uptake in Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2021 Jun;195:105-111.
8. Taneja N, Chawla B, Awasthi AA, Shrivastav KD, Jaggi VK, Janardhanan R. Knowledge, Attitude, and Practice on Cervical Cancer and Screening Among Women in India: A Review. *Cancer Control*. 2021 Jan-Dec.
9. Popalis ML, Ramirez SI, Leach KM, Granzow ME, Stoltzfus KC, Moss JL. Improving cervical cancer screening rates: a scoping review of resources and interventions. *Cancer Causes Control*. 2022 Nov;33(11):1325-1333.
10. Di J, Rutherford S, Chu C. Review of the Cervical Cancer Burden and Population-Based Cervical Cancer Screening in China. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(17):7401-7.
11. Hammer A, Haubjerg L, Gibrael HS, Winther A, Pedersen LH, Fuglsang K, Jensen PT. Screening, diagnostics, and treatment of cervical cancer in pregnancy. *Ugeskr Laeger*. 2022 Aug 29;184(35).
12. Hill EK. Updates in Cervical Cancer Treatment. *Clin Obstet Gynecol*. 2020 Mar;63(1):3-11.
13. Goodman A. HPV testing as a screen for cervical cancer. *BMJ*. 2015 Jun 30;350:h2372.
14. Xue P, Ng MTA, Qiao Y. The challenges of colposcopy for cervical cancer screening in LMICs and solutions by artificial intelligence. *BMC Med*. 2020 Jun 3;18(1):169.
15. Abboud S, De Penning E, Brawner BM, Menon U, Glanz K, Sommers MS. Cervical Cancer Screening Among Arab Women in the United States: An Integrative Review. *Oncol Nurs Forum*. 2017 Jan 1;44(1):E20-E33.
16. Okolie EA, Barker D, Nnyanzi LA, Anjorin S, Aluga D, Nwadike BI. Factors influencing cervical cancer screening practice among female health workers in Nigeria: A systematic review. *Cancer Rep (Hoboken)*. 2022 May;5(5):e1514.
17. Saitoh E, Saika K, Morisada T, Aoki D. Status of cervical cancer screening among adolescents and young adults (AYA) in Japan. *Int J Clin Oncol*. 2022 Mar;27(3):473-480.
18. Popadiuk C. Cervical Cancer Screening in Canada. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019 Dec;41 Suppl 2:S177-S180.
19. Cubie HA, Campbell C. Cervical cancer screening - The challenges of complete pathways of care in low-income countries: Focus on Malawi. *Womens Health (Lond)*. 2020 Jan-Dec;16:17.

20. Orji AF, Sodeyi MY, Anoke CI, Cevasco KE, Orji BC. Disparities in Cervical Cancer Screening by Disability Types: a Systematic Review. *J Cancer Educ.* 2023 Jun;38(3):752-760.
21. Chunlin Chen, Wei Wang, Hongzhen Zhou et al. Pharmacokinetic comparison between systemic and local chemotherapy by carboplatin in dogs. *Reprod Sci* 2019; 16 (11).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Погребнова Людмила Алексеевна

студент,

ФГБОУ ВО Саратовский государственный

медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава РФ,

РФ, г. Саратов

Савельева Александра Евгеньевна

студент,

ФГБОУ ВО Саратовский государственный

медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава РФ,

РФ, г. Саратов

Белова Ольга Львовна

научный руководитель, доцент кафедры

профпатологии, гематологии и клинической фармакологии,

канд. мед. наук,

ФГБОУ ВО Саратовский государственный

медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава РФ,

РФ, г. Саратов

Актуальность: Недоношенность – это рождение ребенка до завершения 37 полных недель беременности (менее 260 дней). Данный диагноз является проблемой, привлекающей серьезное внимание в области педиатрии.

Глобальные масштабы данного явления впечатляют: более 15 миллионов новорожденных, что составляет примерно 10% от общего числа, рождаются недоношенными ежегодно. Неутешительные статистики указывают на то, что свыше миллиона из них подвергаются риску преждевременной смерти, а выжившие нередко сталкиваются с физическими, неврологическими и когнитивными осложнениями [5].

Факторы, обуславливающие преждевременные роды, включают интегральный спектр воздействий, таких как история прежних случаев преждевременных родов, медицинские состояния матери, включая гипертонию и диабет, многоплодные беременности, а также дефицит антенатальной заботы. Факторы стиля жизни, такие как курение и употребление алкоголя, а также социально-экономические аспекты, такие как низкий социально-экономический статус, формируют

сложный мозаичный образ возможных рисков. [4]. Генетические детерминанты также заслуживают внимания в контексте формирования стратегий профилактики и управления беременностью для предотвращения недоношенности [1].

Мировое внимание к проблеме недоношенности подчеркивается учреждением Международного дня недоношенных детей в 2009 году под эгидой Европейского фонда по уходу за новорожденными. Этот день служит платформой для обращения к научным и практическим аспектам улучшения медицинской помощи и социальной поддержки недоношенным новорожденным [3, с. 9].

В 2022 году в Саратовской области зафиксировано свыше 1000 случаев недоношенности детей с различными патологиями. Поэтому особо актуально освещать эту проблему, а также анализировать клинические практики по выхаживанию недоношенных детей [2].

Цель: провести анализ факторов риска преждевременных родов, описать выхаживание недоношенных детей на примере клинического случая в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области».

Описание клинического случая. Пациент П. поступил в отделение реанимации интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) ГУЗ «КПЦСО» в сентябре 2023 г. Ребенок рожден от 1 беременности, на сроке гестации 25,4 недели. Во время беременности у матери диагностированы тяжелая преэклампсия, маловодие, прогрессирующая фетоплацентраная недостаточность, нарушение маточно-плацентарного кровотока II степени, анемия беременных средней степени.

Масса тела при рождении 905 г, рост – 32 см, окружность головы – 24 см. В родильном зале по Шкале Апгар через минуту после рождения был выставлен балл 2, через 5 минут – 3, через 10 минут – 4. Оценка по шкале Балларда 4 балла, что соответствует сроку гестации, по системе Integrowth-21 физическое развитие среднее гармоничное.

После оказания реанимационной помощи доставлен в ОРИТН на ИВЛ в транспортном кувете. На этапе родильного зала с заместительной целью введен препарат «Куросурф» в дозировке 200мг/кг, эндотрахеально.

При поступлении состояние тяжелое, обусловлено дыхательными расстройствами, неврологической симптоматикой на фоне недоношенности, морфофункциональной незрелости. Сознание соответствует сроку гестации, поза вялой экстензии, двигательная активность угнетена.

На основании анамнестических данных и физикального осмотра поставлен предварительный диагноз:

Основной: Крайняя незрелость, недоношенность, срок гестации 25 4/7 недель. Экстремально низкая масса тела при рождении.

Осложнения: Синдром дыхательных расстройств у новорожденных, дыхательная недостаточность 3 степени.

Новорожденному назначили лечение и план обследований:

1. Режим лечебно-охранительный, кувез, мониторинг, фиксация шейного отдела головы, учет диуреза.

2. Респираторная терапия: Высоочастотная осцилляторная ИВЛ, под контролем газов крови, сатурации гемоглобина, санация верхних дыхательных путей и трахеобронхиального дерева.

3. Энтеральное питание: «Нутрилон Пре 0».

4. Инфузионная терапия по физиологической потребности (ФП) глюкозо-электролитными растворами: 90 мл/кг/сутки в объеме 80,9 мл/сутки.

5. Парентеральное питание: Аминовен 10% из расчета по ФП по белкам, Смофлипид 20% из расчета по ФП по жирам

6. Антибактериальная терапия: Ампициллин/Сульбактам 75 мг/кг/с Гентамицином 5 мг/кг в течение 48 часов.

7. Аналептическая терапия: Кофеин – бензоат натрия 20% нагрузочная доза 20 мг/кг однократно.

8. Профилактика геморрагического синдрома: Менадиона натрия бисульфит 1% 0,1 мг/кг.

Одновременно с назначенной терапией ребенку назначили лабораторные обследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмму, посев крови на стерильность, посев мокроты на стерильность, общий анализ

мочи, копрограмму и бактериальный посев кала. В этот же день назначены инструментальные методы: электрокардиография, доплер-эхокардиография, ультразвуковое исследование внутренних органов, нейросонография, рентгенография органов грудной клетки и обзорную рентгенография органов брюшной полости.

В результате полученных результатов лабораторных и инструментальных исследований через 3 дня был выставлен окончательный диагноз и скорректирована терапия недоношенного:

Основной диагноз: Крайняя незрелость, недоношенность, срок гестации 25 4/7 недели. Экстремально низкая масса тела при рождении. Конкурирующее заболевание: Ранний неонатальный сепсис. Осложнения: Синдром дыхательных расстройств у новорожденных, дыхательная недостаточность 3 степени. Септический шок (полиорганная недостаточность, геморрагический синдром). Сопутствующие заболевания: Внутрижелудочковое кровоизлияние 2 степени с обеих сторон. Церебральная ишемия. Сопор. Открытое овальное окно.

С учетом полученных лабораторных, инструментальных данных, клинической картины состояния недоношенного – крайняя незрелость, недоношенность, срок гестации 25 4/7 недели, экстремально низкая масса тела при рождении, дыхательная недостаточность 3 степени, полиорганная недостаточность, геморрагический синдром, внутрижелудочковое кровоизлияние 2 степени с обеих сторон, церебральная ишемия, ребенка перевели на ИВЛ в режиме SIMV с соответствующими параметрами, провели коррекцию терапии. С антибактериальной целью на 12 суток назначен Меронем 20 мг/кг в течение 12 часов – внутривенно (с 01.10.2023 по 12.10.2023), Линезолид 10 мг/кг в течение 12 часов – внутривенно (с 01.10.2023 по 12.10.2023); скорректирована аналептическая терапия с целью возбуждения дыхательного и сосудодвигательного центра продолговатого мозга: кофеин – бензоат натрия 20% в поддерживающей дозе 10 мг/кг в сутки – внутривенно.

Добавлена кардиотоническая терапия для купирования сердечной недостаточности:

Добутамин 1,25% с титрование по эффекту (с 01.10.2023 по 08.10.2023)

Допамин 4% с титрованием по эффекту (с 01.10.2023 по 08.10.2023)

Адреналин 0,1% с титрованием по эффекту (с 01.10.2023 по 06.10.2023)

Норадреналин 0,2% с титрованием по эффекту (с 01.10.2023 по 06.10.2023).

Кроме этого, назначена гемостатическая терапия (Этамзилат 0,1 мл/кг каждые 6 часов с 01.10.2023 по 05.10.2023), системная глюкокортикостероидная терапия с целью потенцирования эффекта кардиотоников (Дексаметазон 0,5 мг 4 раза/сутки с 01.10.2023 по 04.10.2023). А также назначена медикаментозная седация (Мидазолам 0,2 мг/кг в час с 01.11.2023 по 03.11.2023)

На 19.10.2023 масса ребенка составляет 1035 г. Состояние тяжелое за счет септического процесса, дыхательной недостаточности, неврологической симптоматики на фоне глубокой недоношенности. Сознание формальное. На осмотре реагирует вялой двигательной активностью кистей и стоп. Глаза закрыты, мышечный тонус снижен. Физиологические рефлексы угнетены.

Кожа чистая, розово-субиктеричная, теплая. На коже правой конечности экхимозы в стадии разрешения. Видимые слизистые оболочки влажные, розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка отсутствует, позиционные отеки.

Продолжается ИВЛ в режиме SIMV с параметрами соответствующие состоянию, с аппаратом синхронен, респираторно компенсирован.

Гемодинамика компенсирована, стабильна, в кардиотонической поддержке не нуждается. Энтеральное питание в трофическом объеме усваивает.

На 29.10.2023 масса ребенка 1255 г. Состояние тяжелое за счет дыхательной недостаточности, неврологической симптоматики на фоне крайней незрелости. На осмотр реагирует вялой двигательной активностью конечностей, гримасой недовольства. Глаза открывает редко. Видимых судорог нет.

Кожа чистая, розовая с субиктеричным оттенком, теплая. Видимые слизистые влажные, розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка отсутствует.

Продолжается ИВЛ в режиме SIMV с параметрами соответствующие состоянию, с аппаратом синхронен, респираторно компенсирован.

Гемодинамика компенсирована, стабильна, в кардиотонической поддержке не нуждается. Энтеральное питание в трофическом объеме усваивает. Мочеиспускание свободное.

Благодаря правильно подобранной терапии и контролю клинических данных к данному периоду удалось купировать и разрешить такие состояния, как ранний неонатальный сепсис, септический шок (полиорганная недостаточность, геморрагический синдром), внутрижелудочковое кровоизлияние 2 степени с обеих сторон, церебральная ишемия. Поэтому лечение к 30 дню жизни было скорректировано.

Отменены кардиотоническая, гемостатическая, системная глюкокортикостероидная терапия с целью потенцирования эффекта кардиотоников терапии и медицинская седация.

Антибактериальная терапия продолжается («Меронем» 20 мг/кг каждые 8 часов, «Линезолид» 10 мг/кг каждые 8 часов) с 12.10.2023 по 02.11.2023.

Для профилактики анемии новорожденных назначен «Эпокрин» 200 Ед/кг.

У недоношенных детей повышен риск развития бронхолегочной дисплазии, в соответствии с этим назначены «Дексаметазон» 0,02 мл 2 раза в сутки, «Пульмибуд» 250 мкг 2 раза в сутки через небулайзер.

06.11.2023 масса ребенка 1415. Ребенок был экстубирован и переведен в режим nCPAP, так как по данным кислотно-основного состояния газовый обмен был компенсирован на минимальных параметрах ИВЛ. Энтеральное питание усваивает в полном назначенном объеме.

Отменена антибактериальная терапия. Для профилактики анемии продолжается подкожное введение препарата «Эпокрин» в дозировке 200 Ед/кг 3 раза в неделю. Также назначен «Мальтофер» 4 мг/кг/с. Продолжается терапия бронхолегочной дисплазии («Дексаметазон» 0,01 мл 2 раза в сутки, «Пульмибуд» 250 мкг 1 раз в сутки через небулайзер, «Верошпирон» 2,5 мг 2 раза в сутки). Кроме этого, добавлена терапия для профилактики рахита («Аквадетрим» 1000 МЕ 1 раз в сутки).

Состояние ребенка тяжелое, стабильное. Неврологический статус прежний. Кожа бледно-розовая, теплая, чистая. Дыхание спонтанное с респираторной поддержкой в режиме nCPAP с соответствующими параметрами, проводится над всеми полями легких.

11.11.2023 у ребенка наблюдается восстановление спонтанного дыхания, вследствие этого nCPAP отменен, налажена подача увлажненного кислорода в кувез. Лекарственная терапия сохраняется в таком же объеме.

23.11.2023 масса ребенка составляет 1479 г. Состояние тяжелое за счет дыхательных расстройств, неврологической симптоматики на фоне крайне незрелости. В сознании, поза вялой экстензии. На осмотр реагирует двигательной и эмоциональной активностью. Мышечный тонус снижен, физиологические рефлексы фрагментированы. Кожа бледно-розовая, теплая, видимы слизистые оболочки влажные, розовые, чистые. Дыхание спонтанное с дотацией увлажненного кислорода через лицевую маску до 2-3 л/мин. Ритм синусовый, тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул самостоятельный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное.

Энтеральное питание усваивает в полном объеме через желудочный зонд, калораж на данном этапе составляет 140 ккал/сутки.

На данном этапе сохраняется инфузионная терапия: Sol. Glucosae 10% - 60 мл, Sol. Glucosae 40% - 5 мл, Magnesiisulfatis 25% - 0,3 мл, Kaliichloridi 7,5% - 4,5 мл. Также сохраняется аналептическая терапия («Кофеин бензоат натрия 20%» - 0,03 мл 2 раза в сутки, п/к), терапия для профилактики железодефицитной анемии («Мальтофер» 6,0 мг 1 раз в сутки), терапия бронхолегочной дисплазии («Верошпирон» 3 мг 2 раза в сутки), терапия для профилактики рахита (Колекальциферол «Аквадетрим» 1000 МЕ 1 раз в сутки).

По решению врачебной комиссии 29.11.2023 ребенок может быть переведен в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей ГУЗ «КПЦСО», так как urgentные состояния, требующие наблюдения в палате интенсивной терапии, купированы.

Диагноз при выписке из отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных:

Основной: Крайняя незрелость, недоношенность, срок гестации 25 4/7 недели. Экстремально низкая масса тела при рождении.

Осложнения: Бронхолегочная дисплазия. Дыхательная недостаточность 1 степени. Сопутствующие заболевания: Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС средней степени тяжести. Открытое овальное окно.

Заключение: В заключении хочется отметить, что вопрос рождения недоношенных детей является сложным и многогранным. Необходим тщательный анализ факторов риска, таких как история преждевременных родов, медицинские состояния матери и социальные аспекты, подчеркивает необходимость активного вмешательства для предотвращения этого явления.

На примере вышеописанного клинического случая можно сделать вывод, что лечение недоношенных детей длительный и сложный процесс, который предусматривает различные виды терапии и использование большого количества лекарственных препаратов. Кроме этого, длительное пребывание ребенка в палате интенсивной терапии приводит к появлению различных сопутствующих заболеваний в будущем. И к сожалению, на данный момент отсутствует универсальный метод лечения, который может предупредить развитие осложнений.

В связи с этим, мы считаем, что важность предотвращения факторов риска рождения недоношенных детей не может быть недооценена. Разработка и внедрение эффективных стратегий профилактики, укрепление антенатальной заботы, поощрение здорового образа жизни у будущих матерей, а также активная работа по ранней диагностике и мониторингу беременностей являются ключевыми компонентами снижения риска преждевременных родов.

Особое внимание следует уделить внедрению системы ранней постановки на учет, обеспечивающей своевременное выявление потенциальных рисков и целенаправленное вмешательство. Такие меры не только содействуют уменьшению случаев недоношенности, но и способствуют повышению качества материнского и детского здоровья.

Список литературы:

1. Алсет Дема, Генетические аспекты задержки развития плода. Обзор // «Живые и биокосные системы». – 2021. – № 35.
2. Информационно-аналитический доклад «О положении детей и семей, имеющих детей, в Саратовской области», Правительство Саратовской области, 2022 [Электронный ресурс]. URL: https://social.saratov.gov.ru/statisticheskaya_informatsiya_o_deyatelnosti_ministerstva/statisticheskie_dannye/doklad_o_polozenii_detej/ (Дата обращения 01.12.2023).
3. Землянская Н.В. Международный день недоношенного ребенка - светлый праздник! // Главврач Юга России. 2015. №1 (42). – С. 9 – 11.
4. Скрипниченко Ю.П., Баранов И.И., Токова З.З. Статистика преждевременных родов. Проблемы репродукции. 2014;(4). – С. 11-14.
5. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. –URL: <https://www.who.int/ru/news/item/15-11-2022-who-advises-immediate-skin-to-skin-care-for-survival-of-small-and-preterm-babies>. (Дата обращения 01.12.2023).

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Садуакасова Бакыт Жекеновна

студент,

*Карагандинский областной высший сестринский колледж,
РК, г. Караганда*

Балтаева Жанар Еркебековна

научный руководитель, магистр медицинских наук,

*Карагандинский областной высший сестринский колледж,
РК, г. Караганда*

Сахарный диабет - это хроническое нарушение обмена веществ, характеризующееся гипергликемией, возникающей в результате нарушений секреции инсулина, действия инсулина или того и другого вместе. Со временем неконтролируемый диабет может привести к различным поздним осложнениям, поражающим множество систем органов. Ведение пациентов с поздними осложнениями сахарного диабета требует комплексного и междисциплинарного подхода, при этом сестринский уход играет решающую роль в улучшении самочувствия пациентов и предотвращении дальнейших осложнений [1, с. 172].

Сахарный диабет затрагивает эндокринную систему. В результате организм начинает страдать от недостатка вырабатываемого поджелудочной железой гормона (инсулин). Следствием заболевания становятся нарушения обменных процессов: углеводный, белковый, жировой. Из-за нарушения обмена углеводов, уровень сахара в крови повышается значительным образом, превышая предельно допустимые значения во много раз.

Исследование проводилось на базе КГКП Областная клиническая больница г. Караганда, в гнойном отделении. КГКП Областная клиническая больница - специализированное лечебное учреждение в городе Караганда, которое обеспечивает оказание амбулаторной, консультативной, лечебно- диагностической помощи при различных заболеваниях. Также КГКП Областная клиническая больница является отличной базой прохождения производственной практики для студентов медицинских университетов и медицинского колледжа. Больница оснащена

современным медицинским оборудованием и аппаратурой, благодаря этому обеспечивается высокий уровень комплексной диагностики.

В данном исследовании принимали участие 20 пациентов с сахарным диабетом, лежавшие в терапевтическом отделении. Среди опрошенных пациентов возрастные границы были определены в рамках от 40 до 60 лет.

Для данной исследовательской работы использовались следующие методы:

- Теоретический анализ специальной литературы по уходу за пациентами с сахарным диабетом
- Анкетирование
- Метод математической обработки результатов.

Что Вы знаете о своем заболевании?//Сіз ауруыңыз туралы не білесіз?

 Copy

20 responses

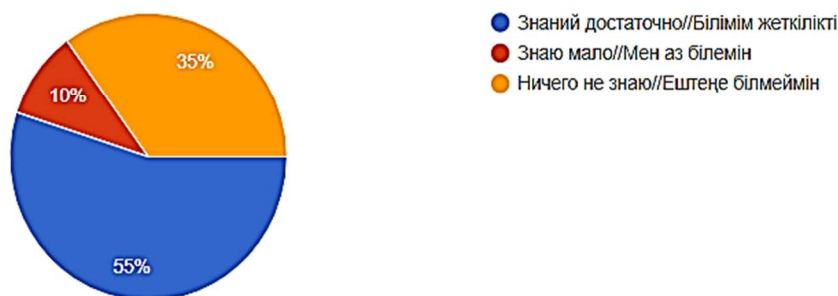


Рисунок 1. Уровень знание про заболевание

Диаграмма на рисунке 1 показывает, что 1/3 людей не знают о своей болезни и данный факт является негативным. Поскольку данная болезнь требует особого ухода и внимания, при котором может быть прогресс в лучшую сторону.

Диаграмма на рисунке 2 показывает, что большинство людей осведомлены о данной болезни. Я считаю, что данный факт положителен, потому что люди знают про болезнь и его осложнения.

Вы знаете об осложнениях при сахарном диабете?//Сіз қант диабетінің асқынуы туралы білесіз бе?

20 responses

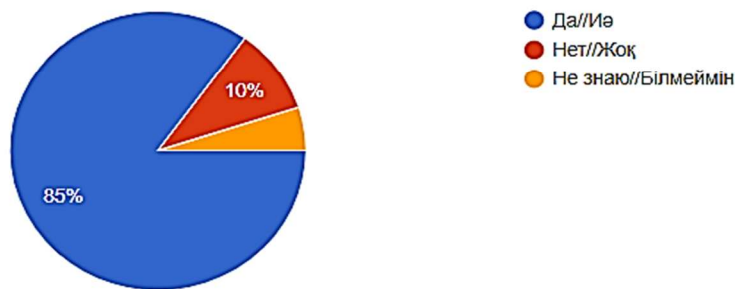


Рисунок 2. Вопрос об осложнениях болезни

Проводились ли с Вами беседы о профилактике сахарного диабета?//Сізбен қант диабетінің алдын алу туралы әңгімелер болды ма?

[Сору](#)

20 responses

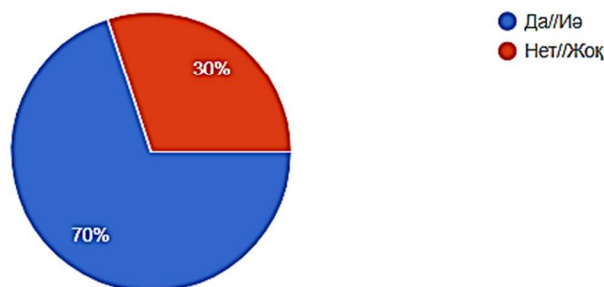


Рисунок 3. Проведение беседы о сахарном диабете

Из рисунка 3 можно узнать, что с 70% людей была проведена работа по ознакомлению с данной болезнью. Исходя из этого вопроса, складываются следующие вопросы. Сестринский уход за пациентами с поздними осложнениями сахарного диабета - это динамичная и многогранная деятельность. Как медицинские работники, находящиеся на переднем крае взаимодействия с пациентами, медсестры играют ключевую роль в лечении симптомов, обучении и поддержке. Меняющийся ландшафт лечения диабета требует, чтобы медсестры были в курсе последних исследований и достижений. Благодаря совместному подходу, ориентированному на пациента, сестринское дело становится краеугольным камнем в повышении качества жизни людей, ориентирующихся в сложной ситуации поздних осложнений сахарного диабета.

Список литературы:

1. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Семенов Н.Н - Сестринское дело в терапии - М.: - ООО МИА, 2020. - 544 с. (Дата обращения 30.11.2023).

РОЛЬ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ ПРИВИВОК

Темирбек Жансара Темирбековна

студент,

*Карагандинский областной высший сестринский колледж,
РК, г. Караганда*

Балтаева Жанар Еркебековна

научный руководитель,

*Карагандинский областной высший сестринский колледж,
РК, г. Караганда*

Введение. Иммунопрофилактика является одной из самых важных составляющих успеха современной медицины. Ежегодно посредством иммунопрофилактики происходит спасение людей всех возрастных категорий от смерти в результате таких заболеваний, как дифтерия, столбняк, коклюш, грипп и корь. Это один из самых действенных и эффективных по затратам инструмент в охране здоровья населения. Ежегодно посредством иммунизации предотвращается от 3,5 до 5 млн случаев смерти, тогда как улучшение глобального охвата вакцинацией может позволить предупредить еще более 1,5 млн случаев смерти во всем мире [1].

Вместе с тем, несмотря на большие достижения в данной области, охват вакцинацией не является полным, причем в последние годы он оставался на одном уровне, а в 2020 году и вовсе снизился, что произошло впервые за десятилетие – 23 млн детей остались не охваченными вакцинацией, что на 3,7 млн больше, чем в 2019 году [2].

Расширение доступа к иммунизации – одно из важнейших условий достижения Целей в области устойчивого развития [3].

Применение вакцин помогает не только предотвращать инфекционные болезни, но и способствует достижению широких успехов в сфере образования и экономического развития.

В Республике Казахстан плановая профилактическая иммунизация детям проводится в соответствии с Национальным календарем прививок РК [4]. Все обязательные прививки делают бесплатно, за счет бюджетных средств.

Одной из проблем недостаточного охвата населения иммунизацией является человеческий фактор, и во многом – недоверие к вакцинам. Наличие людей, которые отказываются или откладывают вакцинации, становится большой проблемой для систем здравоохранения в достижении целей по глобальному охвату населения иммунопрофилактикой [5]. Недоверие к вакцинам может иметь различные причины, которые необходимо выявлять и устранять, для обеспечения благополучия населения.

Таким образом, данное исследование является актуальным, так как важность иммунопрофилактики доказана многолетним опытом международной системы здравоохранения, но, несмотря на это, наблюдается неполный охват населения профилактическими прививками, и одной из глобальных причин этого является недоверие населения к вакцинам.

Цель исследования: определение роли медицинской сестры в увеличении охвата населения профилактической иммунизацией.

Материалы и методы исследования: Социологическое исследование проводилось среди пациентов поликлиники на базе КГП «Многопрофильная больница №1» г. Караганда. Для исследования были выбраны лица, имеющие несовершеннолетних детей, чтобы определить охват обязательной иммунизацией уязвимых групп населения – детей. Исследование проводилось посредством анкетирования по авторской анкете, составленной в соответствии с этико-деонтологическими принципами. Выборка составила 30 человек. Обработка результатов исследования проводилась при помощи программы Microsoft Excel. Результаты предоставляются в обобщенном виде при помощи диаграмм.

Результаты исследования и обсуждение: На вопрос о том, считают ли респонденты, что вакцинация является необходимостью, только 37% (11) ответили утвердительно; 53% (16) ответили, что не считают вакцинацию необходимостью; 10% (3) затруднились ответить на этот вопрос. Лишь 27% (8) респондентов

отмечают, что их дети всегда проходят вакцинопрофилактику; 73% (22) отметили, что не всегда. На вопрос о том, предупреждает ли участковая медицинская сестра заранее о предстоящих прививках, 83% (25) респондентов ответили утвердительно; 17% (5) ответили, что не всегда. На вопрос о том, объясняет ли участковая медицинская сестра важность проведения вакцинаций, механизм действия вакцин, и риски отказа от них, 34% (10) респондентов ответили, что объясняет очень подробно; 53% (16) - что объясняют, но лишь в общих чертах; 13% (4) - что практически не объясняют.

На вопрос о том, объясняет ли медицинская сестра, какие препараты будут использованы для прививки, возможные побочные действия и риски осложнений, 17% (5) респондентов ответили, что объясняют очень подробно; 43% (13) - что объясняют, но лишь в общих чертах; 27% (8) - что практически не объясняет; 13% (4) ответили, что не объясняют (рисунок 5). На вопрос о том, рассказывает ли медицинская сестра о правилах подготовки перед вакцинацией, 73% (22) респондентов ответили утвердительно, 27% (8) - отрицательно. На вопрос о том, проводит ли участковая медицинская сестра профилактический патронаж (посещение на дому перед проведением вакцинации), лишь 10% (3) респондентов ответили утвердительно; 63% (19) ответили, что проводит, но не всегда; 27% (8) - что не проводит. 57% (17) респондентов отмечают, что испытывают доверие к медицинской сестре; 43% (13) - что испытывают, но не полное. На вопрос о том, как респонденты оценивают качество работы медицинской сестры, 57% (17) ответили «очень хорошо»; 33% (10) - «хорошо»; 10% (3) - «удовлетворительно» (рисунок 9).

В ходе исследования были сделаны следующие выводы:

1. Наблюдается недостаточно широкий охват населения иммунизацией;
2. Выявлен низкий уровень информированности населения по вопросам иммунизации;
3. Выявлен недостаточно высокий уровень сестринской санитарно-просветительской работы с населением по вопросам иммунизации;
4. Выявлен недостаточно высокий уровень доверия населения к сестринскому персоналу.

Заключение: Современная медицина обладает эффективным инструментом для сбережения здоровья населения, предупреждения и подавления вспышек инфекционных заболеваний, в виде вакцин, посредством которых ежегодно удается спасти миллионы человеческих жизней.

Эти факты свидетельствуют о необходимости разработки эффективных программ для обучения и расширения охвата иммунизацией. Важно помнить, что качественно построенные коммуникации медицинских сестер ведут к повышению доверия населения, и следственно имеют большое значение для улучшения показателей здоровья населения и качества предоставляемой медицинской помощи.

Список литературы:

1. 10 фактов об иммунизации. Материалы ВОЗ [Электронный источник] (По состоянию на 10.11.2023) <https://www.who.int/ru/news-room/facts-in-pictures/detail/immunization>
2. Вакцины и иммунизация. Материалы ВОЗ [Электронный источник] (По состоянию на 10.11.2023) https://www.who.int/ru/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1
3. Цели в области устойчивого развития. ООН [Электронный источник] (По состоянию на 10.11.2023) <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/sustainable-development-goals/>
4. Национальный календарь вакцинации в Казахстане [Электронный источник] (По состоянию на 10.11.2023) <https://egu.kz/calendar>
5. Недоверие к вакцинации: растущая проблема для программ иммунизации. Пресс-релиз ВОЗ [Электронный источник] (По состоянию на 10.11.2023) <https://www.who.int/ru/news/item/18-08-2015-vaccine-hesitancy-a-growing-challenge-for-immunization-programmes>

СМЕРТЬ ОТ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКА, РАЗВЕДЕННОГО 2% РАСТВОРОМ ЛИДОКАИНА

Эделев Антон Сергеевич

студент,

*Приволжский исследовательский медицинский
университет Минздрава России, РФ, г. Нижний Новгород*

Мурашова Вера Сергеевна

студент,

*Приволжский исследовательский медицинский
университет Минздрава России,
РФ, г. Нижний Новгород*

DEATH FROM ANAPHYLACTIC SHOCK AFTER ADMINISTRATION OF AN ANTIBIOTIC DILUTED WITH 2% LIDOCAINE SOLUTION

Anton Edelev

Student,

*Privolzhsky Research Medical University
of the Ministry of Health of Russia,
Russia, Nizhny Novgorod*

Vera Murashova

Student,

*Privolzhsky Research Medical University
of the Ministry of Health of Russia,
Russia, Nizhny Novgorod*

Аннотация. Смерть от анафилактического шока в результате внутримышечного введения антибиотика, разведенного раствором лидокаина является серьезным медицинским происшествием, требующим внимательного изучения и предотвращения. Анафилактический шок – это резкая и тяжелая реакция гиперчувствительности, вызванная резким высвобождением медиаторов воспаления из мастоцитов и базофилов. Такая реакция может быть вызвана компонентами антибиотика или лидокаина, вводимых в ткани.

Аннотация предполагает проведение исследования данного случая, а также анализ литературных данных о схожих клинических случаях. В рамках исследования предлагается изучить клиническую картину анафилактического шока от

внутримышечного введения антибиотика с лидокаином, определить причины возникновения такой реакции и выявить факторы риска. Также возможно разработать меры предотвращения подобных происшествий и рекомендации по безопасному введению антибиотиков и анальгетиков. Полученные результаты могут привести к улучшению клинической практики и предотвращению подобных инцидентов в будущем.

Abstract. Death from anaphylactic shock as a result of intramuscular administration of an antibiotic diluted with lidocaine solution is a serious medical incident requiring careful study and prevention. Anaphylactic shock is a sharp and severe hypersensitivity reaction caused by the abrupt release of inflammatory mediators from mastocytes and basophils. Such a reaction may be caused by components of an antibiotic or lidocaine injected into tissues.

The abstract suggests conducting a study of this case, as well as analyzing the literature data on similar clinical cases. As part of the study, it is proposed to study the clinical picture of anaphylactic shock from intramuscular administration of an antibiotic with lidocaine, determine the causes of such a reaction and identify risk factors. It is also possible to develop measures to prevent such incidents and recommendations for the safe administration of antibiotics and analgesics. The results obtained may lead to an improvement in clinical

Ключевые слова: Anaphylaxis; lidocaine; ceftriaxone;

Keywords: aortic dissection; COVID-19.

Анафилактический шок (АШ) – острая недостаточность кровообращения в результате анафилаксии, проявляющаяся снижением систолического артериального давления (АД) ниже 90 мм рт.ст или на 30% от рабочего уровня и приводящая к гипоксии жизненно важных органов. Без выраженных гемодинамических нарушений диагноз шока неправомерен: например, жизнеугрожающий бронхоспазм в сочетании с крапивницей – анафилаксия, но не АШ [2].

По данным эпидемиологических исследований распространенность анафилактического шока в РФ составляет 1 случай на 70000 населения в год [4]. Однако, данных о распространенности именно лекарственного анафилактического шока в РФ в доступной литературе встречается мало. В практике отделения НОБСМЭ случаев смерти от данного вида патологии за последние 10 лет не было.

Клинические проявления АШ в том числе, лекарственного зависят от его формы. Как правило в стадии разгара, для него характерны: потеря сознания, судороги, гипотония - менее 90/60 мм рт. ст., бледность кожного покрова, цианоз губ, холодный пот, одышка, снижение диуреза. Могут быть кожные реакции в виде крапивницы и отек Квинке [2,3].

Судебно-медицинская литература содержит недостаточное количество информации о патоморфологических характеристиках лекарственного анафилактического шока. Кроме того, эта информация неспецифична. В результате анафилактического шока могут наблюдаться следующие изменения: кровоизлияние в надпочечники, жидкое состояние крови в сосудах трупа из-за прижизненного или посмертного фибринолиза, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Этот синдром проявляется микротромбами в мелких венах и капиллярах, а также рассеянными кровоизлияниями в коже, слизистых оболочках и внутренних органах. Также может наблюдаться задержание крови в капиллярах, что приводит к неравномерному кровенаполнению внутренних органов и признакам гиповолемии, таким как "пустое сердце" и малое количество крови в крупных венозных стволах.

Шунтирование крови приводит к уменьшению количества капилляров и их кровенаполнения, а также к заполнению кровью веноулярных отделов органов, преимущественно почек, печени и легких. Этот процесс чаще всего провоцирует гипоксические повреждения органов и тканевой отек, которые могут затронуть сердце, легкие, желудок, кишечник, головной мозг и почки. Миокард может быть подвержен очагам повреждения, в то время как слизистая оболочка дыхательных путей, таких как гортань и бронхи, может подвергаться отеку, бронхоспазму и гиперсекреции слизи. Интерстициальные ткани легких и альвеолы становятся

отечными, возможно появление ателектазов («шоковое легкое»). В слизистой оболочке пищеварительной системы наблюдаются острые эрозии и язвы, а также могут возникать различные формы некрозов и кровотечений. Также развивается отек и набухание ткани головного мозга. В случаях тяжелого течения наблюдается развитие кортикальных некрозов в почках [1,2].

В 2022 году, в отделение НОБСМЭ поступил труп девочки Л. 8 лет. Из постановления о назначении экспертизы следует, что ей, в домашних условиях внутримышечно был введен «цефтриаксон», разведенный 2% раствором «лидокаина». После чего самочувствие Л. резко ухудшилось, в связи, с чем родители осуществили вызов скорой медицинской помощи. Со слов матери Л. препарат «цефтриаксон» использовался, для лечения Л. ранее, а препарат «лидокаин» вводился впервые. Установлено, что внутрикожная проба на препарат «лидокаин» не проводилась. Других сведений нет.

Из медицинской документации, представленной на экспертизу отмечено АД 40/20 мм рт. ст. ЧСС 52 уд. в мин. ЧДД 15 в мин. SpO₂ 54%. При осмотре врачом в ЦРБ ребенок без сознания, признаков жизни не подает. После введения препаратов девочка пожаловалась на тошноту, рвоту, потеряла сознание. Аллергических реакций не было. Цианоз, мраморность кожного покрова. Самостоятельного дыхания нет. Тоны сердца не выслушиваются, пульс не определяется. Артериальное давление 0/0 мм рт. ст.

При наружном исследовании отмечаются единичные темно-красные точечные кровоизлияния в соединительные оболочки глаз, разлитые, интенсивные, багрово-синюшного цвета трупные пятна. Также были отмечены признаки медицинских манипуляций в виде точечных ранок от инъекций в области локтевых сгибов и передней поверхности шеи справа. Проба на воздушную эмболию показала отрицательный результат.

При внутреннем исследовании отмечены отек стенок гортани, глотки, надгортанника, вздутие легких и точечные кровоизлияния под органную плевро типа пятен Тардье, а также признаки быстро наступившей смерти в виде

венозного полнокровия внутренних органов, переполнения кровью. правых отделов сердца, жидкого состояния темно-красной крови.

Для дополнительных исследований взяты кусочки внутренних органов для судебно-гистологического исследования согласно п. 72.11 Приказа №346н

Внутренние органы для судебно-химического исследования по 1/2 почек, 1/3 печени, 200 мл жидкой крови из бедренных вен, 1 мл желчи, содержимое желудка, кожа с подкожно-жировой клетчаткой и мышечными тканями правой ягодичной области. П. 73.2 приказа Заявлено ходатайство следователю для предоставления ампулы лидокаина из той же упаковки в качестве образца сравнения для проведения судебно-химического исследования.

Результаты дополнительных методов исследования:

При судебно-химическом исследовании в коже с подкожно-жировой клетчаткой и мышечными тканями правой ягодичной области найден лидокаин; в других органах лидокаина не обнаружено.

При судебно-гистологическом исследовании выявлены острые циркуляторные расстройства и полнокровие, а также дистрофические изменения внутренних органов, спазм бронхов, отек стенки глотки, гортани, надгортаннике, трахеи, стенок бронхов, очаговая делипидизация коркового слоя надпочечников, гиперплазия лимфоидной ткани селезенки, крупного перитрахеального лимфатического узла, миндалина.

Судебно-медицинский диагноз. Основное заболевание (травма): Анафилактический шок после внутримышечного введения цефтриаксона, разведенного 2% раствором лидокаина: АД 40/20 мм рт.ст., ЧСС 52 удара в минуту, SpO2 54% (клинически), отек стенок глотки, гортани, надгортанника, трахеи, спазм бронхов и отек их стенок, дистелектазы, ателектазы и очаги эмфиземы в легких, острые циркуляторные расстройства во внутренних органах, точечные и очаговые кровоизлияния в соединительные оболочки глаз, перикард, под органную плевру легких и эпикард (по типу пятен Гардье), жидкая кровь в полостях сердца и крупных сосудов.

Осложнения основного заболевания: Острая полиорганная недостаточность: выраженные дистрофические изменения внутренних органов (миокарда, печени, почек), явления межуточного гепатита, делипидизация коры надпочечников, отек головного мозга.

Таким образом, необходимо отметить, что для надежной диагностики ЛАШ необходимо ходатайствовать о предоставлении медицинской документации, в случае оказания медицинской помощи, если она не представлена вместе с трупом. При заборе объектов для судебно-химического исследования необходимо обязательно брать мягкие ткани из места инъекции и ходатайствовать о предоставлении образца сравнения лекарственного вещества у следователя. Забор объектов для судебно-гистологического исследования осуществлять строго в соответствии с приказом 456н, не допуская сокращения набора.

Заключение. Исследования указывают, что анафилактический шок (АШ) проявляется снижением систолического артериального давления ниже 90 мм рт.ст или на 30% от рабочего уровня, что приводит к гипоксии органов. В России случаи лекарственного анафилактического шока не распространены. Клинические признаки включают потерю сознания, гипотензию, бледность кожи, одышку, цианоз губ и кожи, а также возможные кожные реакции в виде крапивницы и отека Квинке. Судебно-медицинская литература предоставляет недостаточно информации о патоморфологических характеристиках анафилактического шока, и ее специфичность остается невысокой.

Список литературы:

1. Денисова О.П., Кульбицкий Б.Н., Путинцев В.А., Богомолова И.Н., Богомолов Д.В. [SEP] «Особенности морфологических проявлений анафилактического шока на введение лекарственных веществ в практике судебно-медицинского эксперта-гистолога» Суд-мед эксперт 2012; 2: 46-49.
2. Клинические рекомендации: Анафилактический шок (2 пересмотр). Год пересмотра: 2023.
3. Новиков Д.К. «Анафилаксия. Анафилактический шок. Клиническая картина, диагностика, лечение: пособие» Витебск: ВГМУ, 2018.
4. Петрова Т.И. Кожевникова С.Л. Анафилактический шок Практическая медицина 2008; 7(31): 26-31.

СЕКЦИЯ 2. НАУКИ О ЗЕМЛЕ

ПАМЯТНИКИ ПРИРОДЫ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Барашев Артём Сергеевич

студент,

*Федеральное государственное образовательное бюджетное учреждение высшего образования Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации (Шадринский филиал Финуниверситета),
РФ, г. Шадринск*

Чепарухина Елена Алексеевна

научный руководитель, преподаватель,

*Федеральное государственное образовательное бюджетное учреждение высшего образования Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации (Шадринский филиал Финуниверситета),
РФ, г. Шадринск*

Особо охраняемые природные территории (ООПТ) – уникальные участки земной, водной поверхности и воздушного пространства, где расположены природные объекты и комплексы, имеющие особое природоохранное, культурное, эстетическое, научное, рекреационное или оздоровительное значение. Такие участки полностью или частично изымаются из хозяйственного пользования, защищаются от человеческой деятельности. На особо охраняемых природных территориях устанавливаются особые режимы охраны [1, с.465].

В настоящее время в Курганской области 99 памятников природы регионального значения в 24 районах области, общей площадью 30,6 тыс. га. Сегодня стоит важнейшая задача по сохранению и грамотному использованию этих природных комплексов в условиях устойчивого природопользования и экономического развития. Важно, что данные территории являются стартовыми площадками многих научно-исследовательских проектов, мониторинговых исследований, программ по экологическому воспитанию и просвещению.

Как отмечал заместитель Губернатора Курганской области - директор Департамента природных ресурсов и охраны окружающей среды Курганской области

И.Н. Некрасов, Курганская область обладает большим потенциалом развития особо охраняемых природных территорий. В настоящее время под охраной – лечебные озера, участки лесов и степей, верховые болота, геологические обнажения, места произрастания редких и исчезающих видов растений. В их границах создаются условия для охраны и воспроизводства ценных объектов животного мира, в т.ч. занесенных в Красные книги Курганской области и Российской Федерации.

Полный перечень особо охраняемых природных территорий регионального и местного значения Курганской области есть в приказе Министерства природных ресурсов и экологии Российской Федерации от 19 марта 2012 года № 69 «Об утверждении порядка ведения государственного кадастра особо охраняемых природных территорий» [<http://www.priroda.kurganobl.ru>].

Особо охраняемые природные территории местного значения Курганской области – это Тополиная роща и Зауральский лес в Кургане и Дендросад бывшей Теплоуховской лесной школы в городе Шадринске.

Тополиная роща, расположенная в пойме реки Тобол в микрорайоне Тополя, имеет естественное происхождение, что крайне редко в природе. Здесь произрастают четыре вида тополя: белый, черный, седоватый, дрожащий. Возраст некоторых деревьев достигает 150–200 лет. На территории «Тополиной рощи» отмечено 246 видов растений, в том числе редких. Природный комплекс – это единственное место в России, где цветет краснокнижное растение ирис согдийский [5].

Охраняемый комплекс «Зауральский лес» совсем небольшой, если сравнивать с другими природными зонами и заповедниками. Его площадь составляет около 20 гектаров.

Здесь можно полюбоваться многими редкими растениями, например, прекрасный цветок, который похож на маленькую орхидею - Венерин башмачок. Дендросад в городе Шадринске - уникальный природно-культурный объект. Здесь можно увидеть старовозрастные посадки дуба черешчатого, вяза гладкого, липы мелколистной, ели сибирской, лиственницы сибирской, ясеня пенсильванского [5].

Широкую известность в области уже завоевали такие природные объекты, как Просветский дендрарий, озера Медвежье и Горькое-Узково и Чимеевский источник.

В Просветском дендрарии редкая коллекция, которая насчитывает более 50 древесно-кустарниковых и 124 вида травянистых растений. В тени могучих пихт, лиственниц, елей – они занимают большую площадь сада, – мирно растут изящные липы, ясень пенсильванский, манчуржский орех, вяз гладкий, дуб черешчатый, можжевельник, бересклет. Последний кустарник известен необычными четырехгранными веточками. В народе его называют «божьими глазками», – вероятно, за ярко-малиновый оттенок многогранных плодов, издали заметных в лесной чаще. В корнях и плодах этого растения содержится гуттаперча – пластичный продукт, подобный каучуку. В дендрарии можно полюбоваться цветением орхидеи и купальницы. Всего здесь насчитывают 25 редких видов флоры, занесенных в Красную книгу: неоттианта клубочковая, дремлик широколистный, ятрышник шлемоносный, гроздовик вингирский и др. [5]

Следующий охраняемый объект - Озеро Медвежье. Оно расположено на крайнем востоке Курганской области, неподалёку от границы с Казахстаном. Образовалось в большой, древней котловине округлой формы, которая является частью древней ложбины стока. У водоёма можно заметить несколько уровней озёрных террас. Это самое большое и самое солёное озеро Курганской области. Его длина до 10 км.

А ещё, пожалуй, самое известное и необычное. Его называют аналогом Мёртвого моря. Сюда едут в том числе из других регионов. На Медвежьем можно укрепить здоровье и испытать необычные ощущения. Солёность воды настолько высокая, что позволяет лежать на воде [7, с.5].

В Куртамышском районе Зауралья находится славный уголок, прекрасное место для отдыха – это озеро Горькое-Узково и его окрестности. Удивительная вода, сосновый бор. От Куртамыша до него всего 17 километров. Говорят, что в давние времена здесь добывали соду. Но уже на протяжении многих десятилетий озеро рассматривается как целебное, сюда приезжают для отдыха и лечения. По

форме Узково напоминает тарелку и расположено в неглубокой замкнутой котловине. У озера песчаные берега. Площадь озера 61,1 га, глубина 2-3 метра. Вода является уникальной по составу: гидрокарбонатной натриевой с минерализацией 4-13 граммов на литр. Содержание гидрокарбонатов и карбонатов очень высокое. Имеются иловые отложения коричневого цвета толщиной пласта до 1,2 метра. Озеро считается целебным. [5]

Хочется рассказать подробнее и о Чимеевском источнике пресной воды, расположенный в бору на склоне правого высокого берега р. Ниап. Как место православного паломничества, пользуется широкой популярностью, особенно среди населения Тюменской, Курганской и Свердловской областей.

К источнику ведет лестница с коваными перилами. Святой источник оборудован срубом и навесом. Вблизи расположены мужская и женская раздевалки и купальни, предназначенные для обливания водой. Вода отличается хорошими вкусовыми качествами, по утверждению православных, если облиться ей, снимает усталость, обдает жаром и вселяет в сердце радость.

Окружение источника – бор зеленомошный, спускающийся к пойме р. Ниап, по берегам которой развиты приречные заросли кустарников (ива пепельная, ива корзиночная, ива трехтычинковая, ива шерстистопобеговая, шиповник майский). В прилегающем к источнику лесу отмечено 4 вида растений Красной книги Курганской области: щитовник гребенчатый, щитовник мужской, любка двулистная, пальчатокоренник мясокрасный. [5]

В справочнике «Особо охраняемых природных территорий Курганской области» указано, что развитие сети особо охраняемых природных территорий Курганской области, прежде всего, будет происходить за счет традиционных категорий – памятников природы и государственных природных заказников. Также отмечено, что существуют объекты, заслуживающие присвоения статуса памятников природы исходя из ценности природных комплексов, встречаемости редких и исчезающих видов, необходимости сохранения редких и исчезающих объектов животного и растительного мира, озерно-лесных ландшафтов. В частности, по результатам экспедиционных обследований, например, в границах г. Шадринска

рекомендованы к охране озера Боровое и Смолокурка, урочища Увалы и Тумановская Горка [1,170 с.]. Департаментом природных ресурсов и охраны окружающей среды Курганской области, ГКУ «Территориальный государственный экологический фонд Курганской области» проводится работа по совершенствованию режима действующих государственных природных заказников регионального значения, их паспортизации. Предполагается создание нового зоологического заказника в Шадринском районе. Сеть особо охраняемых природных территорий Курганской области должна развиваться во взаимосвязи с иными территориями, имеющими особый статус – лечебно-оздоровительными местностями и курортами, водоохранными зонами, лесопарковыми и зелеными зонами и другими категориями защитных лесов, охраняемыми историко-культурными объектами.

Список литературы:

1. Николайкин, Н.И. Экология : учебник / Н.И. Николайкин, Н.Е. Николайкина, О.П. Мелехова. – 9-е изд., перераб. и доп. – Москва : ИНФРА-М, 2023. – 615 с. – (Высшее образование: Бакалавриат).
2. Озеро Медвежье: Биологическая продуктивность и комплексное использование природных ресурсов гипергалинного озера / под ред. А.И. Литвиненко. Тюмень, 2001. 70 с.
3. Особо охраняемые природные территории Курганской области: справочник / под ред. И.Н. Некрасова. Курган, 2014. 188 с.
4. Официальный сайт Курганской области: [http://www.priroda.kurganobl.ru/assets/files/DPR/OOOS/ilovepdf_merged%20\(4\).pdf_](http://www.priroda.kurganobl.ru/assets/files/DPR/OOOS/ilovepdf_merged%20(4).pdf_)
5. Официальный сайт «Экопортал»: <https://recensor.ru/ekopediya/oopt-osobo-oxranyaemye-prirodnye-territorii/> .

ОСОБО ОХРАНЯЕМЫЕ ПРИРОДНЫЕ ТЕРРИТОРИИ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Гатаетдинова Даяна Ринатовна

студент,

*Федеральное государственное образовательное бюджетное учреждение высшего образования Финансовый Университет при Правительстве Российской Федерации (Шадринский Филиал Финуниверситет),
РФ, г. Шадринск*

Чепарухина Елена Алексеевна

научный руководитель, преподаватель,

*Федеральное государственное образовательное бюджетное учреждение высшего образования Финансовый Университет при Правительстве Российской Федерации (Шадринский Филиал Финуниверситет),
РФ, г. Шадринск*

Особо охраняемые природные территории (далее ООПТ) - это участки суши или воды, где охраняется природное наследие. Они имеют особое значение для сохранения биоразнообразия, экосистем и природных ландшафтов. ООПТ создаются для защиты уникальных природных объектов, редких и исчезающих видов флоры и фауны, а также для обеспечения устойчивого использования природных ресурсов.

Существует множество типов охраняемых территорий, в структуре которых выделяют: национальные парки, заповедники, заказники и памятники природы. Каждая охраняемая территория имеет свои цели и особенности охраны.

Целью сохранения агроландшафта и биоразнообразия в условиях антропогенного изменения природной среды является сохранение качества природных, лечебных ресурсов, а так же выделение вокруг ряда месторождений природных ресурсов зоны санитарной охраны.

Соблюдение основных принципов охраняемых территорий является важным элементом их сохранения. Эти принципы включают запрет на промышленную деятельность, сокращение туристической деятельности, предотвращение загрязнения и вмешательства в естественные процессы.

Охрана заповедных территорий возлагается на специальные организации и поддерживается соответствующими законами, регулирующими использование

и охрану уникальных экосистем, видов животных и растений. Помимо этого, охраняемые территории наделяются возможностью проведения научных работ, экологического просвещения и образования, а так же отдыха.

На юго-западе Азиатской части России, в Западной Сибири находится Курганская область - один из субъектов Российской Федерации. Она соседствует с Челябинской, Свердловской, Тюменской областями и Республикой Казахстан. Ее площадь составляет 71 488 кв. км. (43-е место среди регионов России).

Курганская область имеет природные богатства и разнообразные экосистемы, а именно степные ландшафты, леса, реки и озера. Регион также известен своими необыкновенными природными объектами: Озеро Муртазы, Танрыкульское болото, Смешанный лес, Суерский бор.

В Курганской области климат континентальный, с холодной зимой и теплым летом. Зима долгая и достаточно холодная, температура воздуха иногда опускается до -30°C . Лето не длинное, но очень теплое, температура иногда достигает $+30^{\circ}\text{C}$.

В Курганской области насчитывается 19 заказников: Альменевский, Белозерский, Варгашинский, Далматовский, Прорывинский, Куртамышский, Лебяжье-ский, Мокроусовский, Макушинский, Петуховский, Сафакулевский, Частоозерский, Шатровский, Шумихинский, Щучанский, Юргамышский, Мишкинский, Притобольный, «Курганский».

Государственный природный заказник федерального подчинения «Курганский» создан 27 сентября 1985 года. Целью создания заказника является охрана, восстановление и воспроизводство диких зверей и птиц, ценных в хозяйственном, научном и культурном отношении, а также редких и находящихся под угрозой исчезновения видов животных. К основным объектам охраны относятся: выхухоль, стрепет, дневные хищные, савка, огарь, краснозобая казарка, гусь-пискулька.

Еще одним зоологическим заказником нашей области является заказник Белозерский. Территория заказника охватывает значительную часть массива лесного фонда Советского лесхоза. Северная граница проходит от с. Боровское по кромке массива до границы с Варгашинским районом. Западная и южная - по

дорогам Боровское - Зюзино - Крутиха - Новозаборский - Носково. Восточная совпадает с границей района. Площадь 31624 га. Заказник располагается на боровых надпойменных террасах долины реки Тобол. Поверхность территории имеет уклон на запад. Расчленена долинами малых рек и ручьев. Значительная часть территории заказника покрыта сосновыми борами сухими и зеленомошными. В заказнике охраняются лось, косуля, кабан, глухарь, тетерев, белка.

Природный парк - это территория, на которой осуществляется рекреационная деятельность с учетом охраны природного комплекса и его биоразнообразия. В Курганской области есть два природных парка – «Шадринский» и «Каргапольский», представляющие уникальные природные ландшафты и обитателей.

Также в области находится 84 памятника природы, имеющих региональное значение. Уникальным памятником природы региона является Усть-Миасский бор. Находится в Каргапольском лесничестве, близ с. Усть-Миасское. Площадь 775 га. Памятник природы включает старовозрастный сосновый бор по правобережной террасе р. Миасс. Древостой сосны лесной среднего возраста 80 лет, с отдельными деревьями 100-120 лет. Высота до 18 м. Наиболее распространены участки боров сухих: вейникового, мертвопокровного и лишайникового на сухих песках и участки боров зеленомошных хвощовых, папоротниковых и разнотравных в низинах. Выше по склону бор переходит в старовозрастный травяной березняк с черемухой и боярышником. Деревья и кустарники обильно опутаны хмелем. С южной стороны к бору примыкает озеро Караульное. Небольшой зарастающий водоем имеется и на северной окраине бора. Бор играет средообразующую, водоохранную, ресурсную роль.

К лечебно-оздоровительной местности относят курорт Озеро Медвежье, расположенное в 20 км севернее г. Петухово. Лечебными ресурсами озера являются: хлоридная натриевая вода (рапа) с минерализацией 100 - 400 г/л.; сульфидная иловая грязь (объем залежи 14,4 млн. куб. м., используется для лечения в санатории «Озеро Медвежье», а также вывозится в другие лечебные и оздоровительные учреждения); хлоридная натриевая минеральная вода скважины № 11 с минерализацией 6,2 г/л и содержанием железа 12,6 мг/л, брома 18 мг/л. Санаторий

«Озеро Медвежье» имеет бальнеогрязевой профиль. Показаниями к лечению являются заболевания органов пищеварения, опорно-двигательного аппарата, женской половой сферы, центральной и периферической нервной системы, кожи, органов дыхания, заболевания зубов и пародонта. Методами лечения являются грязелечение, водолечение, лечебное питание, кумысолечение, физиотерапия, апитерапия.

Существует ряд особенностей и характеристик ООПТ Курганской области. Именно здесь сохраняются многие виды растений и животных, относящиеся к редким и исчезающим видам.

Исследованиями зоологов на территории Курганской области выявлено 55 видов млекопитающих (из них 16% редких), около 300 видов птиц (редких 15%), рептилий - 5 видов (20% редких), амфибий - 9 видов (редких 66%), рыб - 27 видов (редких 15%); из 2100 видов беспозвоночных животных к редким отнесено 68 видов. Во флоре Курганской области зарегистрировано 1210 дикорастущих видов и 47 гибридов из 447 родов и 112 семейств. Они также играют важную роль в сохранении водных ресурсов, регулировании климата и предоставлении экологических услуг. Ряд исчезающих видов животных и растений включены в Красную книгу Курганской области, первое издание которой вышло в 2002 году, в него были включены 191 вид растений, 68 видов насекомых, 4 вида костных рыб, 6 – земноводных, 1 – пресмыкающихся, 46 – птиц и 9 видов млекопитающих. Второе издание было опубликовано в 2012 году.

В целях увековечения памяти Терентия Семеновича Мальцева, сохранения и изучения научного наследия и памятников истории и культуры, связанных с его деятельностью, сохранения исторической и природной среды было принято Решение Курганской областной Думы от 26.12.1995 о создании музея-заповедника Т.С. Мальцева федерального значения. Установлен режим особой охраны ландшафта на территории, предназначенной для включения в состав музея-заповедника.

Деятельность по охране ООПТ сталкивается с рядом проблем и требует решения ряда задач. Одна из проблем – незаконное использование природных

ресурсов, которое может нанести ущерб экосистемам и редким, исчезающим видам. Также существует угроза изменения климата, загрязнения окружающей среды и нецелевого использования территории. Эффективная охрана территории требует выработки и реализации стратегии сохранения и устойчивого использования территорий.

В заключение работы хочется отметить, что ООПТ Курганской области играют важную роль в сохранении биоразнообразия и природных ресурсов, представляют собой уникальные экосистемы, нуждающиеся в особой защите и грамотном управлении. Охрана ООПТ также способствует устойчивому развитию региона и сохранению его природного наследия для будущих поколений.

Список литературы:

1. Особо охраняемые природные территории в Курганской области: их значение, особенности и вызовы в охране // Научные Статьи.Ру – портал для студентов и аспирантов. – Дата последнего обновления статьи: 30.11.2023. – URL.
2. Особо охраняемые природные территории Курганской области | Авторская платформа Pandia.ru.
3. Научное и справочное издание. Науменко Николай Иванович, Зырянов Александр Владимирович, Огнева Нина Александровна. Под редакцией В.П. Шевелева. Издание подготовлено при финансовой поддержке Территориального государственного экологического фонда Курганской области].

СЕКЦИЯ 3.

СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫЕ НАУКИ

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОИЗВОДСТВА БЕЛКОВОЙ ОСНОВЫ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА ИМИТИРОВАННЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ

Васильева Дарья Александровна

студент,

Самарский государственный аграрный университет,

РФ, г. Кинель

Волкова Алла Викторовна

научный руководитель, канд. с.-х. наук, доцент,

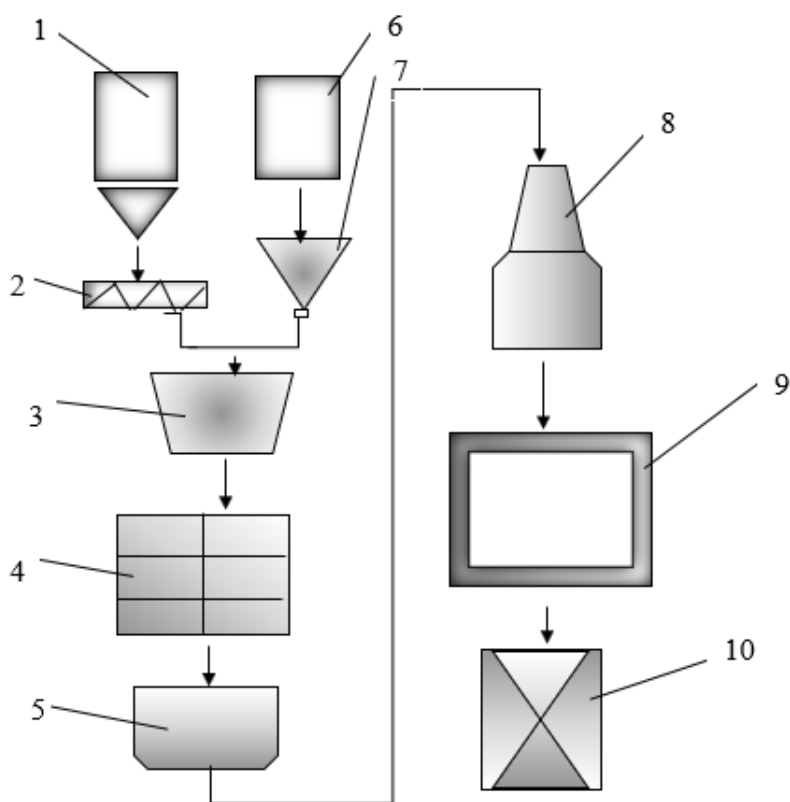
Самарский государственный аграрный университет,

РФ, г. Кинель

Уже давно учеными обозначена проблема дефицита пищевого белка в мире. В связи с этим наблюдается стойкая тенденция снижения употребления белка с пищей у населения большинства стран мира хотя и с разной степенью выраженности данной проблемы. Но, учитывая, что в рационе населения нашей страны продуктом, ежедневно присутствующим в рационе, и потенциально являющимся самым перспективным продуктом для обогащения с целью повышения биологической ценности является хлеб [3], произведенный из пшеничной муки, мы в своей работе обратили свое внимание на другой пищевой продукт – заменитель мяса, основным сырьем для которого также является пшеничная мука [1].

Нами был проведен анализ возможности использования в качестве белковой основы муки с разной способностью сопротивления деформации. Для этого в опыте использована не только мука пшеничная хлебопекарная, но и мука, произведенная из зерна пшеницы, относящейся к пятому классу качества. Результаты оценки качества показали, что мука высшего и первого сортов имела значения деформации на уровне 78,0...89,2 ед. ИДК и соответствовала II группе качества (удовлетворительно слабая). Клейковина муки из зерна пятого класса была III группы качества – слабая, однако отличалась наибольшим количеством

клеяковины – на уровне 36,4%. Клеяковина была слабой, но отмывалась без значительных разрывов и без потерь [2].



1-бункер; 2-весы; 3- взбивальная машина; 4- расстоечный шкаф; 5- оборудование для промывания теста; 6- цистерна с водой; 7- дозатор; 8- оборудование для варки; 9- пекарский шкаф; 10- контейнеры.

Рисунок 1. Технологическая схема производства белковой основы

В данное время зерно пятого класса используют для кормовых целей и не перерабатывают на муку, поэтому цена на такое зерно значительно ниже. Производство муки из зерна пятого класса может экономически оправдать себя при производстве из него белковой основы.

Таблица 1.

Средние рыночные цены на компоненты для производства белковой основы на 2023 г.

Наименование компонента	Рыночная цена, руб./кг
Мука пшеничная из зерна пятого класса	35,3
Вода	0,09
Соль	16,62
Набор суповой говяжий	193,12

Для производства 1 кг белковой основы требуется 1,5 кг муки. Исходя из этого рассчитаем необходимое количество остальных компонентов и себестоимость готового продукта.

Таблица 2.

Расчет себестоимости белковой основы

Наименование компонента	Необходимое кол-во для производства 1 кг белковой основы, кг	Цена на рассчитанную массу сырья, руб.
Мука пшеничная из зерна пятого класса	1,5	52,95
Вода	2,2	0,2
Соль	0,13	2,16
Набор суповой говяжий	0,7	135,18

Итоговая себестоимость при расчете сырья составляет 190,49 руб./кг. При учете прочих затрат для производства белковой основы, таких как затраты электроэнергии, коммунальные услуги, оплата труда и др., мы можем сказать, что общая себестоимость готового продукта составит 226,17 руб./кг.

Учитывая все статьи затрат сырья и стоимость переработки рассчитаем показатели экономической эффективности (табл. 3.).

Таблица 3.

Экономическая эффективность производства белковой основы, имитирующей мясо

Показатели	Значения
Условный объем производства, кг	100
Себестоимость 1 кг белковой основы, руб.:	226,17
в т. ч. - стоимость сырья	190,49
- стоимость переработки	35,68
Цена реализации 1 кг белковой основы, руб.	750
Условная сумма прибыли, тыс. руб	52,38
Уровень рентабельности, %	23,16

Из таблицы видно, что производство из муки пшеничной белковой основы, имитирующей мяса экономически выгодно. При реализации 100 кг продукта обеспечивается сумма прибыли в 52 383 рубля. Планируемая рентабельность производства может находиться на уровне не ниже 23,16%. Таким образом,

предлагаемая технология экономически обоснована и может быть предложена промышленному производству.

В 2023 году цена на аналогичные продукты составляет 1645 рублей за килограмм [4]. При производстве белковой основы из муки, произведенной из зерна пшеницы, относящейся к пятому классу качества, себестоимость готового продукта составит 226,17 руб./кг, что позволяет создать условия для выгодной производителю продажи с высокой наценкой.

Таким образом, производство белковой основы экономически обосновано и может быть предложено производству. Низкая себестоимость создает быструю окупаемость и возможность для производителя выгодной продажи с высокой наценкой, а также не превышает цены аналогичных продуктов на рынке мясозаменителей, имея возможность выигрышно конкурировать в вопросах стоимости для покупателя.

Список литературы:

1. Алексеева, М.М., Волкова А.В., Ромадина Ю.А. Применение дополнительного сырья при производстве хлебобулочных изделий функционального назначения //Пищевая индустрия. 2015. №1(27). – С. 46-49.
2. Васильева Д.А., Волкова А.В.//Технология производства «мяса» из муки пшеничной/ Пищевые технологии будущего: инновации в производстве и переработке сельскохозяйственной продукции: сб. науч. Трудов. Саратов, 2022. С. 626-628.
3. Кузьмина С.П., Макушин А.Н., Сысоев В.Н., Троц А.П. Изменение органолептических и физико-химических показателей качества пшеничного хлеба при внесении в рецептуру различных видов хлебопекарных улучшителей // Аграрное образование и наука - в развитии животноводства. Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 70-летию заслуженного работника сельского хозяйства РФ, почетного работника ВПО РФ, лауреата государственной премии УР, ректора ФГБОУ ВО Ижевская ГСХА, доктора сельскохозяйственных наук, профессора Любимова Александра Ивановича. В 2-х томах.. 2020. С. 188-196.
4. Производство хлеба: как открыть пекарню под ключ - насколько выгодно открытие пекарни? [Электронный ресурс] - Режим доступа – URL: https://vproizvodstvo.ru/idei/proizvodstvo_hleba_kak_otkryt_pekarnyu/

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ЕСТЕСТВЕННЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ. СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ

*Электронный сборник статей по материалам LXVI студенческой
международной научно-практической конференции*

№ 12 (66)
Декабрь 2023 г.

В авторской редакции

Издательство «МЦНО»
123098, г. Москва, ул. Маршала Василевского, дом 5, корпус 1, к. 74
E-mail: mail@nauchforum.ru

16+

