

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ  
«СВЕРДЛОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**



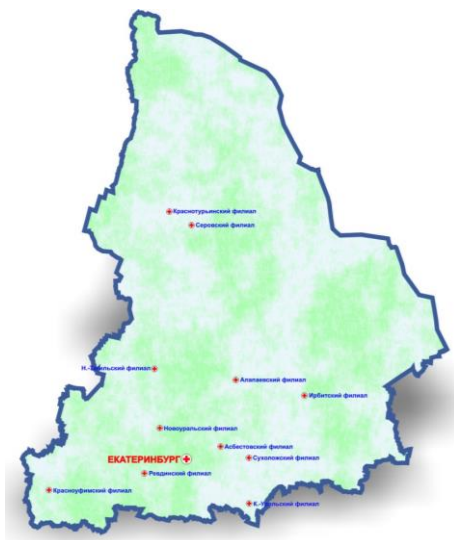
**ТРИЖДЫ Лауреат премии Правительства Российской Федерации  
в области качества**

# **СБОРНИК ТЕЗИСОВ**

**Ежегодной итоговой студенческой научно-практической  
конференции**

**«Медицина: прошлое, настоящее, будущее»,  
посвященной 80-летию Великой Победы**

**10 июня 2025 года**



**г. Екатеринбург, 2025 год**

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>МОЯ СЕМЬЯ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ</b> Богаткин Дмитрий Эдуардович Руководитель: Ялунина Ирина Николаевна Алапаевский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	10
<b>ВЕЛИКИЙ ПОДВИГ ВЕЛИКОГО НАРОДА</b> Гурьева Алина Георгиевна, Загайнова Ксения Евгеньевна Руководители: Баланюк Галина Николаевна, Юдина Людмила Александровна Алапаевский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	12
<b>УРАЛЬСКИЙ ГОРОД В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ</b> Нусратова Диана Рифатовна Руководитель: Ялунина Ирина Николаевна Алапаевский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	16
<b>ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА</b> Бабаева Анастасия Андреевна Руководитель: Сидорова Елена Олеговна Асбестовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	19
<b>РОЛЬ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</b> Горн Яна Александровна Руководитель: Федорова Динара Айдаровна ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	24
<b>ПСИХОЛОГО-ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ</b> Автор: Джамбулатова Патимат Магомедрасуловна Руководитель: Федорова Динара Айдаровна ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	27
<b>АКТИВНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ, КАК ПРОГРЕССИВНОЕ И БЫСТРО РАСТУЩЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ. МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ</b> Автор: Лавелина Ксения Руководитель: Шалагина Александра Игоревна ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	31
<b>ПОБЕДА ГЛАЗАМИ ПОТОМКОВ: ИСТОРИЯ ПРОСТОГО СОЛДАТА КАК ОСНОВА ПАМЯТИ И ПАТРИОТИЗМА</b> Семешко Екатерина Андреевна Руководитель: Казымова Галима Ришатовна ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	36
<b>ЛЕКАРСТВА ДЛЯ ПОБЕДЫ</b> Холманских Светлана Викторовна, Берёза Елизавета Денисовна Руководители: Казымова Галима Ришатовна, Казымова Галина Фёдоровна ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	42
<b>ГОРДОСТЬ РОССИИ: МЕДИКИ – ГЕРОИ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ</b> Белоногов Владислав Михайлович Руководитель: Рогачева Ольга Петровна Ирбитский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	47

<b>РАЗВИТИЕ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ФАРМАЦИИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ: ПОИСК НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ</b> Закалина Яна Сергеевна Руководитель: Юрьева Ольга Валерьевна Ирбитский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	53
<b>НОВАЯ СУБКУЛЬТУРА У ПОДРОСТКОВ: БЕЗОБИДНАЯ ИГРА ИЛИ СИГНАЛ О ПРОБЛЕМЕ</b> Киселева Надежда Васильевна Руководитель: Распутина Наталья Эдуардовна Ирбитский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	58
<b>ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ В КОНТЕКСТЕ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ</b> Мальцева Дарья Андреевна Руководитель: Бунькова Елена Александровна Ирбитский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	63
<b>РЕАБИЛИТАЦИЯ И СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ ТРАВМ СПИННОГО МОЗГА</b> Мыльников Алексей Сергеевич Руководитель: Юрьева Ольга Валерьевна Ирбитский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	66
<b>РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ПОДДЕРЖАНИИ ЗДОРОВЬЯ И ПРОДЛЕНИИ ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В РОССИИ</b> Автор: Чиникайло Иван Михайлович Руководитель: Киселева Н.Г. Ирбитский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	70
<b>ВЛИЯНИЕ ОПИСТОРХОЗА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА</b> Анфиса Диловаровна Баранова, Арина Сиражудиновна Идрисова Руководитель: Юлия Александровна Анфилофьева Краснотурьинский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	77
<b>МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТАМ: ЭТИКА И ПРАВО</b> Гусельникова Софья Николаевна Руководитель: Соколова Светлана Васильевна Краснотурьинский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	82
<b>ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ В ЗОНЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ</b> Катренко Анжела Сергеевна, Билолова Фируза Хафизовна Руководитель: Соколова Светлана Васильевна Краснотурьинский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	87
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ</b> Отрадных Максим Сергеевич, Боева Ванесса Васильевна Руководитель: Бояринова Оксана Владимировна Краснотурьинский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	94
<b>УДИВИТЕЛЬНАЯ ЖЕНЩИНА</b> Ефремова Татьяна Васильевна Красноуфимский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	100
<b>ИСТОРИЯ ОДНОЙ УЛИЦЫ</b> Сабирьянова Сабрина Гафуржановна, Хузина Азалия Ришатовна Руководитель: Ефремова Татьяна Васильевна Красноуфимский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	104

<b>БЕССМЕРТНЫЙ ПОЛК МОЕЙ СЕМЬИ</b> Серебрякова Анна Николаевна Руководитель: Ефремова Татьяна Васильевна Красноуфимский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	108
<b>СПАСТИ ЛЮБОЙ ЦЕНОЙ: МЕДИЦИНА БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА</b> Офицеров Илья Сергеевич Руководители: Решетникова Ирина Юрьевна, Климова Лариса Ильгизьяровна Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	112
<b>ТАГИЛЬСКИЕ МЕДИКИ. ОТСТРЕЛИВАЛИСЬ ДО ПОСЛЕДНЕГО...</b> Авторы: Прохорова Павла Михайловна, Киселева Юлия Сергеевна Руководитель: Домбровский Роман Юрьевич Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	117
<b>АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ</b> азова Евгения Александровна, Рововых Виктория Андреевна Руководитель: Соломина Елена Сергеевна Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	119
<b>ПЕРЕДОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. САНИТАРНАЯ АВИАЦИЯ В НИЖНЕМ ТАГИЛЕ</b> Авторы: Лунькова Евгения Александровна, Рустамова Эльза Эльдар кызы Руководитель: Домбровский Роман Юрьевич Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	122
<b>НИЖНЕТАГИЛЬСКИЕ МЕДИКИ – УЧАСТНИКИ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ</b> Авторы: Прохорова Павла Михайловна, Киселева Юлия Сергеевна Руководитель: Домбровский Роман Юрьевич Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	124
<b>ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ КАЧЕСТВА: ВЗГЛЯД БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА. МОЯ ПРОФЕССИЯ - ФЕЛЬДШЕР</b> Кудрина Ксения Александровна Руководитель: Соломина Елена Сергеевна Нижнетагильского филиала ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	129
<b>ВОЕННЫЙ ЭВАКОГОСПИТАЛЬ №3104</b> Беляев Владислав Андреевич, Стихин Дмитрий Никитич Руководитель: Быстрова-Козырина Яна Сергеевна Ревдинский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	131
<b>МЕДИЦИНА В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ</b> Крампэ Екатерина Евгеньевна Руководитель: Корюкалова Светлана Викторовна Сухоложский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	135
<b>ПРОФИЛАКТИКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С ИНКУРАБЕЛЬНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ ПАЛЛИАТИВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ</b> Насонова Виктория Павловна Руководитель: Диденко Жанна Анатольевна Сухоложский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	138

<b>СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ МЕДИЦИНЫ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ. ЭВАКУАЦИЯ, СОРТИРОВКА И ЛЕЧЕНИЕ РАНЕНЫХ</b> Садыкова Карина Игоревна Руководитель: Корюкалова Светлана Викторовна Суходоложский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	143
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ</b> Фесунова Дарья Алексеевна Руководитель: Корюкалова Светлана Викторовна Суходоложский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	147
<b>СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ ПРИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ТРАВМАХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ</b> Акуленкова Анастасия Александровна Руководитель: Рзаева Надежда Анатольевна Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	151
<b>ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ</b> Бабакишиева Айсама Ширазиевна Руководитель: Шевалова Елена Михайловна Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	155
<b>СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ</b> Голдич Анастасия Игоревна Руководитель: Мамина Ирина Валерьевна Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	160
<b>ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОНМК НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ</b> Кривоногова Ирина Александровна Руководитель: Шевалова Елена Михайловна Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	165
<b>РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛЫХ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ</b> Криворучка София Витальевна Руководитель: Мамина Ирина Валерьевна Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	169
<b>ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА</b> Мелехин Вадим Яковлевич Руководитель: Ефимова Анна Анатольевна Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	174
<b>СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ГАСТРОСТОМИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ</b> Тарасова Валерия Алексеевна Руководитель: Мамина Ирина Валерьевна Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	177
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ПРИ НАРУШЕНИИ ОСАНКИ У ОБУЧАЮЩИХСЯ 12-14 ЛЕТ</b> Таушанкова Татьяна Николаевна, Лагунова Ольга Геннадьевна Руководитель: Фасхиева Муршида Салимулловна Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	182

<b>ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ</b> Швитин Илья Андреевич Руководитель: Шевалова Елена Михайловна Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	187
<b>РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ГАСТРИТЕ</b> Изотова Ксения Андреевна Жигалова Ирина Вячеславовна Сухоложский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	190
<b>СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК НАСЛЕДИЕ ГЕРОИЗМА ВОЕННЫХ МЕДИКОВ</b> Лопарева Марина Николаевна Руководитель: Медведева Татьяна Александровна Медицинский колледж ФГБОУ ВО «Уральский государственный университет путей сообщения»	193
<b>ПОДВИГ ВОЕННЫХ МЕДИКОВ НА СЛУЖБЕ ОТЕЧЕСТВА</b> Палкина Людмила Анатольевна Руководитель: Медведева Татьяна Александровна Медицинский колледж ФГБОУ ВО «Уральский государственный университет путей сообщения»	196
<b>ПОВСЕДНЕВНЫЙ ГЕРОИЗМ ЖЕНЩИН В ПОСЛЕВОЕННОЙ ДЕРЕВНЕ: ИСТОРИЯ БАБЫ НИНЫ</b> Ершова Лада Владимировна, Пильников Никита Александрович Руководитель: Борисова Марина Викторовна Алапаевский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	200
<b>К 80-ЛЕТИЮ АЛАПАЕВСКОГО ФИЛИАЛА. СТРАНИЦЫ ЖИЗНИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ КАБАКОВОЙ М.И.</b> Пешкова Юлия Сергеевна, Погосян Анна Леоновна Руководители: Кагилева Татьяна Ивановна, Юдина Людмила Александровна Алапаевский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	202
<b>К 80-ЛЕТИЮ АЛАПАЕВСКОГО ФИЛИАЛА. СТРАНИЦЫ ЖИЗНИ ВРАЧА, ПРЕПОДАВАТЕЛЯ КИЗИЯРОВОЙ В.Ф.</b> Пешкова Юлия Сергеевна, Погосян Анна Леоновна Руководители: Кагилева Татьяна Ивановна, Юдина Людмила Александровна Алапаевский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	205
<b>К 80-ЛЕТИЮ АЛАПАЕВСКОГО ФИЛИАЛА. СТРАНИЦЫ ЖИЗНИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ БОРИСОВА В.А.</b> Прядеина Елизавета Николаевна, Мальцев Никита Павлович Руководители: Ялунина Ирина Николаевна, Кулешов Алексей Витальевич, Упоров Николай Валерьевич Алапаевский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	208
<b>ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АЛАПАЕВСКОГО ЭВАКОГОСПИТАЛЯ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ</b> Сазонкина Дарья Павловна, Подковыркина Мария Владимировна Руководители: Баланюк Г.Н, Бунькова Ю.В. Алапаевский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	212

<b>ЗА РОДИНУ! БОЙ СВЯТОЙ И ПРАВЫЙ (Об участниках Великой Отечественной войны)</b> Мельникова Виктория Сергеевна, Чак Алина Валерьевна, Тонкова Екатерина Александровна Руководители: Блинникова Оксана Алексеевна, Калугина Ирина Геннадьевна Алапаевский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	216
<b>ЛИСТАЯ ПРОШЛОГО СТРАНИЦЫ...</b> Каликанова Софья Дмитриевна Руководитель: Олехно Надежда Евгеньевна Асбестовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	221
<b>НОСИМЫЕ УСТРОЙСТВА МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ</b> Габбасова Карина Филюзовна Руководитель: Федорова Динара Айдаровна ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	226
<b>ПОДВИГ ВОЕННЫХ МЕДИКОВ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ</b> Автор: Кондрашов Александр Андреевич Руководитель: Моносыпов Юрий Николаевич ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	230
<b>КРАСНЫЙ КРЕСТ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ</b> Мангушева Александра Алексеевна, Стрелец Виктор Алексеевич Руководитель: Федорова Динара Айдаровна ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	232
<b>РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ЦЕННОСТЕЙ</b> Мыльникова Анна Александровна Руководители: Казымова Галима Ришатовна, Казымова Галина Фёдоровна ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	235
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ И ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ</b> Накува Любовь Фёдоровна Преподаватель: Андреева Елена Ивановна, Андреев Павел Витальевич ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	239
<b>МЕДИЦИНА ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ</b> Накува Любовь Фёдоровна Руководитель: Павицкая Елена Святославовна ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	243
<b>ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ, СВЯЗАННЫХ С НЕРАЦИОНАЛЬНЫМ ПИТАНИЕМ</b> Нелина Диана Игоревна Руководитель: Федорова Динара Айдаровна ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	248
<b>ДАНИИЛ КИРИЛЛОВИЧ ЗАБОЛОТНЫЙ – ОСНОВОПОЛОЖНИК ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ/D/K.ZABOLOTIY – THE FOUNDER OF THE RUSSIAN EPIDEMIOLOGY</b> Вероника Евгеньевна Полякова, Ксения Владимировна Рябкова Руководитель: Елена Алексеевна Галышева Консультант: Мария Алексеевна Ушакова ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	251

<b>ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ – ПАНАЦЕЯ ДЛЯ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА ИЛИ ПУТЬ В НИКУДА</b> Самойлова Юлия Алексеевна Руководитель: Федорова Динара Айдаровна ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	253
<b>СТРАНА ГЕРОЕВ. ПУТЬ К ПАТРИОТИЗМУ: ГЕРОЙ РОССИИ МАКСИМ ШОЛОМОВ</b> Семешко Екатерина Андреевна Руководитель: Дайнес Евгений Анатольевич ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	257
<b>ЭЛЕКТРОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ</b> Стародубцева Елена Евгеньевна Руководитель: Павицкая Елена Святославовна ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	263
<b>ВЛИЯНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КЛИНИЧЕСКУЮ СМЕРТЬ</b> Автор: Чураков Кирилл Альбертович Руководитель: Моносыпов Юрий Николаевич ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	268
<b>ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ</b> Шарапова Мария Олеговна, Новикова Яна Александровна Руководитель: Федорова Динара Айдаровна ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	270
<b>БЕЗОПАСНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ-ПУТЬ К КРЕПКОМУ ЗДОРОВЬЮ</b> Муромцева Агата Олеговна, Митькина Ксения Александровна Руководители: Обухова Алиса Олеговна, Ванифатьева Ольга Сергеевна Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	273
<b>ЭВАЛИ: ЧЕРЕЗ ПАРЕНИЕ В РЕАНИМАЦИЮ</b> Мухлынина Валерия Павловна, Шалухин Виталий Сергеевич Руководитель: Обухова Алиса Олеговна Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	276
<b>ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА КАК СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ</b> Станчук Виктория Александровна, Моисеева Мария Игоревна Руководители: Бельмас Марина Викторовна, Молочкова Ольга Павловна Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	278
<b>СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ</b> Перфильева Кристина Николаевна Руководитель: Ефимова Анна Анатольевна Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	283
<b>СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ</b> Прийма Валерия Владимировна Руководитель: Ефимова Анна Анатольевна Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	286
<b>ШАГ НАВСТРЕЧУ ЗДОРОВЬЮ</b> Кайгородова Евгения Владимировна, Изотова Ксения Андреевна Руководители: Чудова Вероника Ивановна, Толмачева Галина Евгеньевна Сухоложский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	289



<b>ТЕХНОЛОГИИ НОСИМЫХ УСТРОЙСТВ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ</b> Коновалова Евгения Владимировна Булыгина Карина Сергеевна Суходолжский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»	294
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

## **МОЯ СЕМЬЯ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

Автор: Богаткин Дмитрий Эдуардович, студент 1 курса, специальности «Лечебное дело»

Руководитель: Ялунина Ирина Николаевна, преподаватель

Алапаевский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Идут годы. Всё дальше и дальше от нас события Великой Отечественной войны. 9 мая 2025 года наша страна будет отмечать юбилейную дату – 80 лет победы в Великой Отечественной войне. Восемьдесят лет отделяют нас, современное поколение, от той знаменательной даты. Но что означает такое количество лет? Для истории – это миг, а для людей – история жизни нескольких поколений. Для нас, потомков великих победителей, важны свидетельства участников тех исторических событий, наших дедов и прадедов, которые оставили правду о тех кровавых и страшных событиях. Эти воспоминания не сотрутся в нашей памяти и будущих поколений. В нашей стране нет ни одной семьи, которой бы не коснулись трагические события Великой Отечественной войны. Великая Отечественная война стала суровым испытанием для нашего народа. Поколение участников Великой Отечественной войны уходит, закон природы не изменить. И вот сейчас нам, правнукам участников войны и тружеников тыла, надо успеть узнать о прадедах, которые совсем юными встали на защиту Родины. Никто из них не забыт. Мы, молодое поколение, считаем своим долгом не только запомнить их имена, но и как можно больше узнать об их подвигах, чтобы по ним равнять свой шаг, их мерой измерять свои дела. Без исторической памяти не может быть уважения к своему народу, своим предкам. Сейчас, когда каждый день приближает нас к 80-летию Великой Победы, все особенно остро осознают, какой дорогой ценой она была завоевана. Сколько советских людей сложили головы на полях войны, сколько парней и девушек, наших сегодняшних ровесников, не вернулись к своим матерям, родным и близким...

Но Победа завоевывалась не только в ратных делах, она ковалась и в тылу, и руками героев-медиков, вернувших в строй сотни и тысячи раненых воинов. Моя семья не стала исключением. Центральной фигурой в нашей семейной истории того времени является мой прадед, Михаил Тюменёв, жизнь которого трагически оборвалась на полях сражений.

До войны Михаил жил простой, но наполненной заботами жизнью. Он был крестьянином, трудолюбивым и добрым человеком, любившим свою землю и свою семью. Его существование протекало в размеренном ритме сельской жизни: работа в поле, забота о домашнем хозяйстве, простые радости общения с близкими людьми. В его мечтах не было места войне, он мечтал о мирном будущем для своих детей и внуков, о счастливой, спокойной жизни.

Начавшаяся война перевернула всё. В 1941 году Михаил был призван в армию. О его фронтовой жизни мы знаем немного: скупые строки из писем, рассказы бабушки, сохранившиеся фотографии. Он сражался на одном из самых сложных участков фронта, пройдя через множество боев, испытаний и лишений. Дедушка участвовал в битве под Смоленском (1941г). Бой был страшный: «горело небо и земля». Позже родственники узнали, что он был ранен в этом бою. Внезапно возле него взорвался артиллерийский снаряд. У него были разорваны мышцы. Именно так он попал в госпиталь. А после – снова фронт.

Его письма домой, редкие и короткие, были наполнены надеждой и верой в победу, а также были наполнены бесконечной любовью к родным. Но война оказалась беспощадной. В 1943 году Михаил Тюменёв погиб, отдав свою жизнь за Родину. Точные обстоятельства его гибели неизвестны, но память о его мужестве и отваге живёт в наших сердцах.

Второй мой прадед, Смирнов Иван Константинович, тоже участвовал в Великой Отечественной войне. Когда началась война, прадедусшке было 16 лет. На фронт его не взяли, так как ему не было 18 лет. Он пошел работать на завод, где изготавливали снаряды для фронта. В 1943 году его призвали в армию и отправили учиться в военное училище на связиста. Через год он его окончил, и его с товарищами отправили на фронт. Вот так наш прадедусшка стал солдатом-связистом. Он протягивал телефонную связь, чтобы линию фронта соединить со штабом боевых действий. Но провоевал совсем немного. На очередном задании он подорвался на mine и был ранен. Из-за травмы ноги он долгое время лежал в госпитале, но, к сожалению, ногу не смогли спасти. Он стал инвалидом Великой Отечественной войны. За участие в боевых действиях он получил орден Отечественной войны и орден «Славы 3 степени». Также он имеет несколько юбилейных медалей. Прадедусшки, Смирнова Ивана Константиновича, нет в живых 20 лет, но моя семья никогда не забудет о том, что он и другие солдаты, спасли весь мир от фашизма!

Память о наших прадедах для нашей семьи – это не просто воспоминания, это связующая нить между поколениями. Их фотографии, сохранившиеся письма, рассказы бабушек – это все, что осталось от них, но этого достаточно, чтобы помнить их как героев, пожертвовавших собой ради мирного будущего. Их имена стали для нашей семьи символом мужества и самоотверженности, их жизни – напоминание о трагедии войны и о важности мира. Поэтому мы каждый год 9 мая выходим с портретами героев нашей семьи, вставая в ряды Бессмертного полка.

Война – какое беспощадное и тяжелое время. Она уносит жизни многих ни в чем не повинных людей. Великая Отечественная война унесла жизни двадцати семи миллионов

жизней наших соотечественников. Люди отдавали свои жизни за свободу своего народа, за мирную жизнь, за будущее своих детей, совершая великие подвиги. Но, спустя 80 лет после окончания Великой Отечественной войны, которая научила многие поколения ценить мир и мирную жизнь, гремят взрывы и гибнут люди, западный мир затевает амбициозную борьбу за «свободу и независимость» от России. Запад решил проверить боеготовность России, сделав ставку на Украину. Но русские всегда готовы к защите своего Отечества, готовы спасти своих соотечественников, если они окажутся в беде. Так начались события Специальной Военной Операции. Следуя заветам отцов и дедов, наши войска героически сражаются, освобождая территории Донбасса, захваченные неонацистами.

Войны разрушают наш хрупкий мир. Любой вопрос можно решить без оружия и угроз, а с помощью общения и переговоров. Зло и добро – вечные понятия, вечной будет борьба между ними. Очень хочется, чтобы люди переходили на сторону добра, ведь добро должно победить зло. Пока люди этого не поймут, шансов на победу очень мало. Россия встала на путь борьбы за победу добра и справедливости, выполняя заветы своих дедов и прадедов.

Мы преклоняемся перед теми, кто выстоял в тяжелые военные годы и победил немецко-фашистских захватчиков. Невозможно забыть людей, которые не жалели своих сил, здоровья и прошли сложный путь жизни для того, чтобы освободить нашу страну от фашистов, и чтобы мы жили в счастливом мире. Светлая память всем героям, которые защищали нашу страну. Мы благодарны всем героям Великой Отечественной войны, тем, кто подарил нам мирную счастливую жизнь.

## **ВЕЛИКИЙ ПОДВИГ ВЕЛИКОГО НАРОДА**

Авторы: Гурьева Алина Георгиевна, Загайнова Ксения Евгеньевна, студентки 2 курса  
специальности «Лечебное дело»

Руководители: Баланюк Галина Николаевна, Юдина Людмила Александровна,  
Алапаевский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Идут годы. Всё дальше и дальше от нас события Великой Отечественной войны 9 мая 2025 года наша страна будет отмечать юбилейную дату 80 лет победы в Великой Отечественной войне. Семьдесят лет отделяют нас, современное поколение, от той знаменательной даты. Но что означает такое количество лет? Для истории – это миг, а для людей – время в несколько поколений. Каждый передает правду о тех кровавых и страшных событиях. В нашей стране нет ни одной семьи, кого бы не коснулись трагические события

Великой Отечественной войны. Практически каждая семья имеет связь с этой войной. ЭТИ воспоминания не сотрутся в памяти будущих поколений по истечении времени. Великая Отечественная война стала суровым испытанием для нашего народа. Поколение фронтовиков Великой Отечественной войны уходит, закон природы не изменить, их ряды в парадах редуют. И вот сейчас нам, правнукам участников войны и тружеников тыла, надо успеть узнать о прадедах, которые совсем юными встали на защиту Родины. Никто из них не забыт, молодое поколение считает своим долгом не только запомнить их имена, но и как можно больше узнать об их подвигах, чтобы по ним равнять свой шаг, их мерой измерять свои дела. Без исторической памяти не может быть уважения к своему народу, своим предкам. Сейчас, когда каждый день приближает нас к 80-летию Великой Победы, все особенно остро осознают, какой дорогой ценой она была завоевана. Сколько советских людей сложили головы на полях войны, сколько парней и девушек, наших сегодняшних ровесников не вернулись к своим матерям... Но Победа завоевывалась не только в ратных делах, она ковалась и в тылу, и руками героев-медиков, вернувших в строй сотни и тысячи раненых воинов.

Цель работы: познакомиться с историей Великой Отечественной войны через знакомство с историей города Алапаевска и воспоминания родственников студентов, переживших страшное время.

Задачи:

- Обобщить материалы по истории города Алапаевска во время Великой Отечественной войны.
- Обратить внимание на историю развития медицины этого периода.
- Подготовить сборник воспоминаний и презентацию с целью повышения интереса молодежи к изучению истории своей страны, своей малой родины, для воспитания уважения к подвигам защитников Отечества, гордости за свою страну.

В процессе работы было проведено анкетирование и студентам предложено написать мини-сочинение воспоминания родных и близких о тех годах. Анкетирование показало, что студенты имеют достаточные знания о событиях Великой Отечественной войны, но мало знают о жизни советских людей в тылу и пережитом родными и близкими в этот страшный период.

Война поставила перед городом сложные задачи: перестроить промышленность на военный лад, принять и восстановить эвакуированные предприятия. Это было 6 заводов и 5 цехов. Чтобы разместить рабочих, срочно строили дома, бараки и даже землянки.

Предприятия города переходят на выпуск военной продукции. Алапаевский металлургический завод выпускает качественные стали, Верхнее-Синячихинский завод –

литейный чугун, открываются новые шахты, прокладывается железнодорожное полотно. Ушедших на фронт мужчин заменяют подростки, женщины и пенсионеры, женщины осваивают мужские профессии. Проводятся скоростные плавки, создаются комсомольско-молодежные бригады, которые выдвинули лозунг: «хочешь врагов победить на войне – план выполняй вдвойне и втройне», фронтовые бригады. Развернулось движение двухсотников, трехсотников и даже тысячников, движение за совмещение профессий и многостаночников. Работают школы системы трудовых резервов (ФЗО). В деревнях девушки и женщины становились шоферами, трактористами, комбайнерами.

Жители города и района отчисляются для фронта заработка, собираются теплые вещи для фронтовиков. Собраны деньги на танковую колонну «Алапаевский рабочий», 57 добровольцев из 240 отобрали в Уральский добровольческий танковый корпус, для которого изготовили танки, снарядили боеприпасы и обмундирование из сбережений трудящихся города. Учителя собрали деньги для постройки самолета «Алапаевский учитель», железнодорожники – на санитарный поезд «Егоршинский рабочий», горняки – на самолет «Уральский горняк», колхозники – на строительство эскадрильи «Свердловский колхозник».

Труженики тыла, недоедая, недосыпая, замерзали в нетопленных цехах, на колхозных полях давали продукцию и продовольствие фронту. Это был подвиг, без которого не было бы подвигов на войне. Воины на полях сражений знали, что у них крепкий, сплоченный, самоотверженный тыл.

Трудящиеся Алапаевска и колхозники Алапаевского района с честью выполняли задания правительства по обеспечению фронта всем необходимым. Вместе с солдатами доблестной Красной Армии они ковали Победу над врагом.

Перед Великой Отечественной войной городская больница имела хирургическое отделение (зав. М.П. Палкин), терапевтическое отделение (зав. Г.А. Золотницкий), родильно-гинекологическое, инфекционное (в том числе – детское), кожно-венерическое и туберкулезное отделения. На фронт было призвано более 100 медиков.

Первого августа 1941 года был развернут тыловой хирургический госпиталь 1426. Он располагался в здании техникума, школы №1, сангородке. Организацию госпиталя возложили на медика Н.И. Каледина, который стал первым его начальником (скоропостижно скончался 12 февраля 1942 года) и фармацевта Н.В. Трусову (начала свою трудовую деятельность в 1912 году). Госпиталь был полностью обеспечен персоналом. Из них 90 % составляли женщины. 20 августа 1941 года госпиталь принял первых раненых. В феврале 1942 года был получен приказ о передислокации. В польском городе Торне наши медики встретили День Победы.

Не все вернулись с фронта. Погиб у операционного стола от прямого попадания снаряда врач-хирург Г.А. Кропачев, умерли от тяжелого ранения фельдшеры В. Коптелова, А. Топоркова, Т. Старцева, О. Харлова.

15 августа 1945 года была открыта на базе городской больницы фельдшерская школа (40 человек, срок обучения – 3 года), впоследствии – медицинское училище.

Война – какое беспощадное и тяжелое время. Она уносит жизни многих ни в чем не повинных людей. Те, кто затевают войны, думают только о себе. Они не любят мир вокруг, не ценят его богатство и уважают только себя. Трагические события проявляют личные качества человека. Если у человека добрая душа и сердце, он не пожалеет своей жизни ради чужой. Таких людей называют героями. Люди отдавали свои жизни за свободу своего народа, за мирную жизнь, за будущее своих детей, совершая великий подвиг. Даже сегодня, спустя 70 лет после окончания Великой Отечественной Войны, которая научила многие поколения ценить мир и мирную жизнь, гремят взрывы и гибнут люди. Людям нужно понять: войнами они разрушают наш хрупкий мир, ведь можно решить любой вопрос без помощи оружия и угроз. Зло и добро вечны, и поэтому войны будут продолжаться. Очень хочется, чтобы люди переходили на сторону добра, ведь вместе мы сильнее, храбрее и выносливее во много раз. Пока люди этого не поймут, шансов на победу очень мало. Мы все дети природы и должны ее беречь, иначе наша страна перестанет существовать.

Война – это зло, которое все разрушает. Мы преклоняемся перед теми, кто выстоял в тяжелые военные годы и победил немецко-фашистских захватчиков.

Невозможно забыть людей, которые не жалели своих сил здоровья и прошли сложный путь жизни для того, чтобы освободить нашу страну от фашистов, и чтобы мы жили в счастливом мире. Пусть война не напоминает о себе никогда. Светлая память всем героям, которые защищали нашу страну. Мы говорим спасибо нашим прадедам и прабабушкам, всем тем, кто участвовал в Великой Отечественной войне, кто подарил нам светлое счастливое мирное детство.

В заключении можно сказать, что в период Великой Отечественной войны 21758 жителей нашего города и района ушло на фронт. Был сформирован госпиталь № 1426, в уральский танковый добровольческий корпус было направлено 57 человек. Более 10000 алапаевцев удостоены правительственных наград, из них 18 – герои Советского Союза. Не вернулись с войны 9531 человек. (4040 – погибли в ходе военных действий, 1151 – умер от ран и болезней, 67 – погибли в плену, 4273 – пропали без вести.

Список литературы:

1. Алапаевск в зеркале перемен. 1639 – 2014 гг. (под редакцией Н.С. Перевозчиковой) Алапаевск 2014 г.

2. Алапаевцы в годы войны 1941-1945 гг (под редакцией Н.С. Перевозчиковой) Алапаевск 2005 г.
3. Великая победа великого народа (под редакцией Н.С. Перевозчиковой) Алапаевск 2010 г.
4. Госпиталь № 1426 «Алапаевский рабочий» 08031975 г.
5. 370 лет. Алапаевск (под редакцией Н.С. Перевозчиковой) Алапаевск 2011г.

## **УРАЛЬСКИЙ ГОРОД В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

Автор: Нусратова Диана Рифатовна, студентка 1 курса, специальности Лечебное дело

Руководитель: Ялунина Ирина Николаевна, преподаватель

Алапаевский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Свердловская область, простирающаяся на просторах Уральских гор, хранит в своей памяти глубокий след от войн, которые потрясли Россию и весь мир. Эти страницы истории, исписанные кровью и потом, не просто даты и имена, а живая ткань региональной идентичности, основа нравственного фундамента, предупреждение и урок для будущих поколений. Память о войне – это не просто долг, а жизненная необходимость, позволяющая избежать повторения трагедий прошлого и осознать подлинную цену мира.

Урал, издавна играющий ключевую роль в истории России, оказался в самом центре событий во время Великой Отечественной войны. Его богатейшие недра, развитая промышленность и стратегическое положение сделали Свердловскую область незаменимым тылом для армии, непрерывным источником ресурсов и военной мощи. Уральские мастера, рабочие и инженеры продемонстрировали исключительную самоотверженность и выдержку, трудясь в экстремальных условиях, преодолевая нехватку ресурсов и постоянную угрозу.

Масштабы производства были поистине ошеломляющими. Заводы выпускали тысячи единиц вооружения, от винтовок и пулемётов до артиллерийских систем и бронетехники. Вклад Урала в военное дело России был не просто значителен, он был решающим. Регион стал опорой для армии, обеспечивая её всем необходимым для борьбы с врагом. Однако этот нечеловеческий труд тяжело отразился на жизни самих уральцев. Перегрузки на работе, хроническая нехватка продуктов питания, ухудшение санитарно-гигиенических условий привели к росту заболеваемости и смертности среди населения. Дети и женщины также были вовлечены в трудовой процесс, внося свой вклад в общее дело,



жертвовали своими силами и здоровьем ради победы. Память о тех годах – это память о бесконечном труде, о выносливости и несокрушимой стойкости духа простых людей.

Великая Отечественная война принесла с собой новые, еще более тяжкие испытания. Свердловская область превратилась в один из главных центров эвакуации промышленности из западных регионов страны. Тысячи предприятий, заводов и фабрик были перебазированы на Урал, что привело к резкому увеличению численности населения региона. Это поставило перед жителями новые, сложнейшие задачи: обеспечение жильем, работой и поддержкой огромного количества эвакуированных людей, лишившихся крова и привычного уклада жизни. Заводы были перепрофилированы на военное производство, выпуская танки, самолёты, артиллерийские орудия и другие виды военной техники в невиданных ранее масштабах. Урал стал истинным щитом страны, бесперебойно обеспечивая фронт необходимыми ресурсами и оружием.

Вклад Свердловской области в Победу над фашизмом неоценим. Тысячи жителей региона ушли на фронт, отважно защищая Родину от врага. Героические подвиги солдат и офицеров Свердловской области вписаны в историю Великой Отечественной войны золотыми буквами. Их имена, увековеченные на памятниках, мемориалах и обелисках, стали символами мужества и самопожертвования. Вечные огни горят по всей области, напоминая о тех, кто отдал свои жизни за свободу и независимость Родины. Но не только солдаты на фронте вносили свой вклад в победу. Жители Свердловской области в тылу работали не покладая рук, обеспечивая армию всем необходимым. Женщины, дети, старики – все трудились на заводах и фабриках, помогали в госпиталях, собирали средства для армии. Их труд был не менее важен, чем подвиги солдат на фронте. Это был общий, единый фронт, объединенный общей целью – победить врага.

Хочется рассказать о вкладе в общую победу нашего маленького города Алапаевска, который располагался в глубоком тылу. Предприятия перестраивались на выпуск военной продукции: металлургический завод наладил производство пулевой стали, гильз для патронов, окопных печек и саперных лопаток. Деревообрабатывающий комбинат приступил к выпуску тары под снаряды и материалов для строительства домов для эвакуированных. В 1942 году в Алапаевске построили станкостроительный завод, выпускавший токарно-револьверные станки. На базе прибывшего из Москвы опытного завода Научно-исследовательского института инженерной техники Рабоче-крестьянской Красной Армии и Алапаевского горпромкомбината был создан завод «Стройдормаш», производивший противопехотные мины, комплекты для разминирования и вентиляторы для бомбоубежищ. В Алапаевске была сформирована 117-я танковая бригада,

участвовавшая в боях под Сталинградом, а также батальон связи, медико-санитарный взвод и батарея тяжелых минометов, влившиеся в Уральский добровольческий танковый корпус.

В период Великой Отечественной войны ушло на фронт 21758 жителей нашего города и района. Был сформирован госпиталь № 1426, в уральский танковый добровольческий корпус было направлено 57 человек. Более 10000 алапаевцев удостоено правительственных наград, из них 18 – герои Советского Союза. Не вернулись с войны 9531 человек. (4040 – погибли в ходе военных действий, 1151 – умер от ран и болезней, 67 – погибли в плену, 4273 – пропали без вести). В 1995 году на площади Победы была открыта Аллея Славы, на которой запечатлены имена алапаевцев Героев Советского Союза.

Светлая память всем героям, которые защищали нашу страну. Мы говорим спасибо нашим героям, всем тем, кто участвовал в Великой Отечественной войне, кто подарил нам светлое счастливое мирное детство.

После окончания Великой Отечественной войны Свердловская область, как и вся страна, приступила к долгому и сложному процессу восстановления. Раны войны заживались медленно, но память о ней осталась навсегда. Она хранится в семейных архивах, в рассказах ветеранов, в памятниках и мемориалах, разбросанных по всей области. Эти памятники – не просто каменные изваяния, а символы вечной памяти, символы глубокого почтения к павшим героям. Они напоминают нам о цене мира и о том, что война – это всегда трагедия, которая уносит жизни и разрушает судьбы. Это трагедия, которая затрагивает не только тех, кто непосредственно участвует в военных действиях, но и тех, кто находится в тылу, живет в ожидании известий с фронта, несет тяжесть потерь и невзгод.

Мы не имеем права забыть о подвигах наших предков, о том, что они сделали для того, чтобы мы жили в мире и спокойствии. Памятники и мемориалы – это не только места для поминовения, но и места для размышлений о том, как важно беречь мир и не допускать новых войн. Это важно не только для того, чтобы уважать память поколений, но и для того, чтобы извлечь уроки из прошлого. Именно на основе памяти мы можем строить наше будущее, избегая ошибок и трагедий прошлого.

История тружеников тыла Свердловской области – это не просто сухая хроника событий, а собрание человеческих судеб, историй героизма и трагедий, любви и потерь. Каждая гравировка на памятнике, каждый рассказ ветерана, каждое письмо с фронта – это часть общего полотна памяти, которое должно быть бережно сохранено и передано будущим поколениям. Эта память должна жить в наших сердцах, напоминая о ценности мира и о важности его сохранения. Она должна стать напоминанием о том, что мир – это не просто отсутствие войны, а сложный и многогранный процесс, требующий постоянных усилий и взаимопонимания.

Только помня о прошлом, мы можем строить будущее, свободное от войн и насилия. Только сохраняя память о войнах, мы можем предотвратить новые трагедии и построить мир, достойный памяти наших героев, мир, в котором будущие поколения смогут жить в спокойствии и свободе.

Память о войнах – это наше общее наследие, наша общая ответственность, наша общая задача. И только совместными усилиями мы сможем сохранить эту память и передать ее будущим поколениям, чтобы они никогда не забыли цену мира и свободы.

## **ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА**

Бабаева Анастасия Андреевна

Руководитель: Сидорова Елена Олеговна, преподаватель

Асбестовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

В современном мире, где темп жизни постоянно ускоряется, а требования к личности растут, стресс стал неотъемлемой частью повседневности. Его влияние на здоровье человека выходит далеко за рамки кратковременного дискомфорта, превращаясь в серьезную угрозу физическому и психическому благополучию. Именно поэтому изучение влияния стрессов на здоровье человека является крайне актуальной задачей.

Стресс, как физиологическая и психологическая реакция организма на раздражители, может проявляться в различных формах – от легкого беспокойства до тяжелых депрессивных состояний. Хронический стресс, в частности, оказывает разрушительное воздействие на организм, повышая риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, ослабляя иммунную систему и способствуя возникновению проблем с пищеварением.

Более того, стресс тесно связан с ментальным здоровьем. Он может приводить к тревожности, бессоннице, выгоранию и даже к развитию психических расстройств. В условиях повышенной нагрузки на нервную систему, способность человека справляться с жизненными трудностями снижается, что, в свою очередь, ведет к ухудшению качества жизни и социальной адаптации.

Понимание механизмов влияния стресса на здоровье человека необходимо для разработки эффективных стратегий профилактики и лечения. Исследования в этой области позволяют выявить факторы, способствующие возникновению стресса, а также определить способы повышения устойчивости организма к его негативным последствиям. В конечном

итоге, осознанное отношение к стрессу и умение управлять им является ключевым фактором сохранения здоровья и благополучия в современном мире.

Цель: определить влияние стресса на организм человека.

Задачи:

- 1) проанализировать литературу по теме исследования;
- 2) определить как стресс влияет на организм здорового человека;
- 3) провести опрос среди студентов медицинского колледжа;
- 4) разработать рекомендации по профилактике стресса у обучающихся.

Объект исследования: обучающиеся 1 курса Асбестовского филиала ГБПОУ «СОМК».

Предмет исследования: воздействие стресса на человека.

Стресс, как явление, многогранен и проявляется в различных формах, каждая из которых имеет свои особенности и последствия. Кратковременный стресс, известный как острый стресс, часто возникает в ответ на внезапные вызовы или угрозы. Он может быть полезным, мобилизуя ресурсы организма для решения проблемы, но часто оставляет после себя чувство истощения. Хронический стресс, напротив, является продолжительным и изнурительным состоянием, вызванным постоянными проблемами или давлением. Он наносит серьезный вред здоровью и требует особого внимания.

По мнению Мельниковой Е.В., причины стресса могут быть как внешними, так и внутренними. Внешние факторы включают в себя рабочую нагрузку, финансовые трудности, проблемы в отношениях, изменения в жизни и социальные проблемы. Внутренние причины связаны с личными убеждениями, перфекционизмом, негативными мыслями и низкой самооценкой. Часто, стресс возникает из-за сочетания внешних и внутренних факторов, создавая сложную и индивидуальную картину [3].

Шогенов Б.Ю. считает, что симптомы стресса проявляются на различных уровнях: физическом, эмоциональном, поведенческом и когнитивном. Физические симптомы могут включать головные боли, мышечное напряжение, усталость, проблемы с пищеварением и сном. Эмоциональные симптомы проявляются в виде раздражительности, тревоги, депрессии и чувства беспомощности. Поведенческие симптомы включают изменения в аппетите, социальной изоляции, употреблении алкоголя или наркотиков, а также нервные привычки, такие как грызение ногтей. Когнитивные симптомы проявляются в виде проблем с концентрацией, забывчивости, негативных мыслей и трудностей в принятии решений [5].

Согласно данным Смаковского В.Н., кратковременный стресс может быть мобилизующим и даже полезным, но длительное воздействие стресса оказывает негативное влияние на здоровье. Хронический стресс ослабляет иммунную систему, увеличивает риск

сердечно-сосудистых заболеваний, способствует развитию диабета, а также ухудшает психическое здоровье, приводя к депрессии и тревожным расстройствам. Управление стрессом является важным аспектом поддержания здоровья и благополучия [4].

В исследовании принимали участие 19 студентов в возрасте от 15 до 17 лет. Работа проводилась по следующим направлениям:

- опрос «Как стресс влияет на подростков»;
- опрос «Диагностика мотивации учения и эмоционального отношения к учению»

[1].

Выбранные опросы позволяют оценить влияние стресса на различные аспекты жизни молодых людей, в частности, на их успеваемость, социальную адаптацию и общее психическое благополучие.

Опросник «Как стресс влияет на подростков» фокусируется на выявлении источников стресса в подростковом возрасте, таких как студенческие нагрузки, отношения со сверстниками и семейные конфликты. Анализ ответов помогает понять, какие именно факторы наиболее существенно влияют на уровень стресса у данной возрастной группы:

1. Большинство студентов (73,7%) чувствуют себя очень комфортно в общении с преподавателями и однокурсниками, но 10,5% испытывают значительный дискомфорт.

2. Тревогу перед экзаменами иногда ощущают 52,6% опрошенных, а 31,6% не испытывают её никогда.

3. Почти половина респондентов (47,4%) оценивают баланс между учебной и личной жизнью как «отлично», однако 21,1% считают его плохим.

4. Нехватку времени иногда или часто отмечают около 37% студентов, что может указывать на высокую учебную нагрузку.

5. 57,9% выполняют задания с интересом, однако 36,8% иногда не уверены в своих силах.

6. Лишь 26,3% оценивают свою адаптацию как «очень хорошую», а 47,4% – как «хорошую».

Опрос среди студентов 1 курса выявил трудности в адаптации к учебной среде. Новые требования к самостоятельности, большой объем информации и незнакомая социальная среда создают дополнительную нагрузку на студентов. Многие первокурсники испытывают чувство одиночества, неуверенности и страх перед экзаменами. Успешная адаптация к новым условиям требует от студентов развития навыков саморегуляции, умения эффективно планировать свое время и обращаться за помощью при необходимости.

Опросник «Диагностика мотивации учения и эмоционального отношения к учению» направлен на оценку процесса адаптации студентов к новой академической среде. Он

позволяет выявить трудности, с которыми сталкиваются первокурсники при переходе к жизни в колледже, включая адаптацию к новому режиму, академическим требованиям и социальной среде.

Результаты диагностики мотивации учения:

1. Уровень учебной мотивации

- У 60% испытуемых выявлен IV уровень мотивации (высокий), что свидетельствует о выраженной познавательной активности и мотивации достижения.

- 28-29% находятся на III уровне (средний) с умеренной учебной мотивацией.

- Лишь 12-13% демонстрируют низкий уровень (I-II), что может указывать на проблемы с адаптацией.

2. Ключевые показатели

- Познавательная активность: 23 балла (из 40) – средний уровень, что соответствует III уровню мотивации.

- Мотивация достижения: 26 баллов – тенденция к высоким результатам, но с колебаниями.

- Тревожность: 22 балла – умеренный уровень, что объясняет данные анкеты о стрессе перед экзаменами.

- Гнев: 19 баллов – низкий показатель, что коррелирует с комфортом в общении (73,7%).

3. Интерпретация

- Высокая мотивация у 60% подтверждает данные анкеты: 57,9% студентов работают с интересом, а 47,4% уверены в своих силах.

- Средние показатели тревожности (22 балла) согласуются с тем, что 52,6% иногда испытывают стресс.

Сочетание данных, полученных с помощью этих двух опросников, позволяет получить комплексное представление о влиянии стресса на молодых людей, находящихся на разных этапах взросления. Анализ взаимосвязи между источниками стресса, выявленными в подростковом возрасте, и трудностями адаптации к учебной среде может предоставить ценную информацию для разработки профилактических мер и программ поддержки, направленных на снижение негативного влияния стресса на психическое здоровье и благополучие молодежи.

В современном мире стресс стал неотъемлемой частью жизни. Постоянное давление, дедлайны и многозадачность приводят к накоплению напряжения, которое негативно сказывается на физическом и психическом здоровье. Однако, существуют эффективные

стратегии, позволяющие минимизировать воздействие стресса и улучшить общее самочувствие:

1. Первый шаг к снижению уровня стресса – это осознание проблемы. Важно научиться распознавать признаки стресса, такие как раздражительность, усталость, проблемы со сном и концентрацией. Ведение дневника стресса может помочь выявить триггеры, вызывающие негативные эмоции.

2. Регулярная физическая активность является мощным оружием в борьбе со стрессом. Физические упражнения, будь то пробежка, плавание или йога, способствуют выработке эндорфинов, естественных антидепрессантов, улучшающих настроение и снижающих уровень гормонов стресса [2].

3. Не менее важна практика осознанности и медитации. Даже несколько минут ежедневной медитации помогают успокоить ум, снизить тревожность и повысить концентрацию. Осознанное дыхание – еще один простой, но эффективный способ быстро снять напряжение.

4. Организация времени и планирование дел также способствуют снижению стресса. Разбивайте большие задачи на более мелкие, устанавливайте приоритеты и научитесь говорить «нет» непосильным обязательствам.

5. Наконец, не забывайте о важности социальных связей. Общение с друзьями и близкими, поддержка и понимание помогают справиться со стрессом и чувствовать себя более уверенно и спокойно.

Современный мир, наполненный множеством факторов, способных вызвать стресс, требует от человека постоянной адаптации и преодоления различных трудностей.

Анкетирование среди подростков выявило, что основными источниками стресса являются учебная нагрузка, отношения со сверстниками и семейные конфликты. Многие респонденты отмечали чувство тревоги, усталость и снижение мотивации к учебе. Эти факторы, в свою очередь, могут негативно сказываться на успеваемости и общем самочувствии подростков.

Результаты исследований подчеркивают важность разработки и внедрения программ поддержки для подростков и студентов, направленных на снижение уровня стресса и улучшение адаптации к новым условиям. Важно обучать молодых людей стратегиям совладания со стрессом, развивать их социальные навыки и создавать поддерживающую среду, способствующую их личностному и академическому росту.

## Литература

1. Диагностика мотивации учения и эмоционального отношения к учению [Электронный ресурс] // Психологические тесты онлайн – URL: <https://psyttests.org/emvol/dmueu-run.html> (Дата обращения: 21.02.2025).
2. Занина, В.В. Роль физической активности в профилактике и снижении стресса у студентов [Текст] / В.В. Занина, П.М. Гусев // Тенденции развития науки и образования. – 2024. – № 105/10. – С. 74-78.
3. Мельникова, Е.В. Влияние стрессовых ситуаций на здоровье человека [Текст] / Е.В. Мельникова // Вестник магистратуры. – 2022. – № 4. – С. 120-122.
4. Смаковский, В.Н. Стресс и его влияние на организм человека [Текст] / В.Н. Смаковский, А.Е. Троц // Инновационные научные исследования. – 2021. – № 3. – С. 135-139.
5. Шогенов, Б.Ю. Влияние стресса на человека [Текст] / Б.Ю. Шогенов, Д.Б. Кумахова // Экономика и социум. – 2020. – № 1. – С. 917-929.

## **РОЛЬ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Горн Яна Александровна

Руководитель: Федорова Динара Айдаровна, преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»,

г. Екатеринбург, Россия

Стоматологическое здоровье людей является важной проблемой современного общества. Во все времена здоровье зубов связывалось с гигиеной полости рта, древние врачеватели утверждали, что человек здоров, пока здоровы его зубы [1].

Кариес – это одно из самых распространенных заболеваний зубов, которое может затронуть каждого, если не уделять должного внимания гигиене полости рта. Его развитие часто остается незаметным на начальных стадиях, но со временем симптомы становятся все более выраженными. От небольшого дискомфорта до острой боли – последствия кариеса могут сильно повлиять на качество жизни. По данным статистики ВОЗ, кариесом постоянных зубов страдают дети в возрастной группе от 6-12 лет – 51,4%. Резкий скачок заболеваний кариеса происходит в подростковом возрасте 12-19 лет – 60-70%. ВОЗ считают, что высокий процент по заболеваниям полости рта среди детей связано с недостаточной гигиеной полости рта – неправильная или нерегулярная чистка зубов (менее



2 раз в день). А также отсутствием помощи и контроля со стороны родителей у маленьких детей из-за недостатка знаний у взрослого человека о правильной технике чистки и важности гигиены. Состояние зубов напрямую зависит от внимания, которое человек уделяет уходу за полостью рта, а в основе профилактики основных стоматологических заболеваний лежит качественный домашний уход.

Нами была поставлена **цель** изучить взаимосвязь между качественной гигиеной полости рта в домашних условиях и развитием стоматологических заболеваний. Для достижения цели нами было проведено анкетирование и осмотр пациентов с целью выявления факторов риска развития стоматологических заболеваний и последующее обучение их правильной технике домашней гигиены полости рта, акцентировали внимание пациентов о необходимости регулярного посещения стоматолога. Так же даны рекомендации по питанию, соблюдению принципов здорового образа жизни.

Выяснилось, что 9 из 10 пациентов старше 18 лет сталкивались с заболеванием зубов и дёсен. 45% пациентов оценили свое состояние зубов как «хорошее», а 55% имели жалобы на эстетическое состояние зубов. Каждый 6 из опрошенных имел более 5 пломб и более 3 удаленных зубов в возрасте от 25 до 45 лет. С неприятным запахом изо рта также сталкивались около 8–12% пациентов, которые участвовали в опросе. Большинство респондентов ограничивались лишь чисткой зубов с пастой. Щетки с пастой недостаточно для хорошей гигиены полости рта. Помимо этого, нужно использовать ирригатор, монопучковую щетку, зубную нить, ершики, скребок для языка, ополаскиватель для полости рта.

Нами были подготовлены **рекомендации** по домашнему уходу за полостью рта.

**Первым этапом** идет ирригатор, для удаления кусочков пищи. Используем его около двух минут.

**Вторым этапом** идет мягкая плотно набитая зубная щетка с пастой, которая содержит фтор. Под углом в 45 градусов, круговыми движениями мы прочищаем зубы. На 1 поверхность зуба тратим около двух секунд, на 1 зуб тратим около 6 секунд.

**Третьим этапом** идет монопучковая щетка. Около десны, чуть надавливая проходимся круговыми движениями.

**Четвертым этапом** идет зубная нить. Накручивая на пальцы зубную нить, оставляя небольшой отрезок мы заходим между зубами с одной поверхности, а выходим с другой. И так все зубы.

**Пятым этапом** идет ершик, который подбирается индивидуально у стоматолога. Мы заходим в межзубные промежутки 1 раз и выходим. После каждого захода промываем ершик под водой.

**Шестым этапом** идет скребок для языка. Начиная от корня языка, мы начинаем все прочищать.

**Седьмым этапом** идет ополаскиватель для рта. Этот этап идет для очищения полости рта от бактерий.

Пациентам были выданы рекомендации по выбору зубных щеток, нитей, фторсодержащих паст, ирригатора и других приспособлений для качественной гигиены полости рта и видеоролик «Пошаговая инструкция по домашней гигиене полости рта».

Зубные отложения являются одним из главных факторов, способствующих развитию кариеса и воспалительных заболеваний пародонта. Налет, содержащий бактерии и их метаболиты, образует биопленку на поверхности зубов и десен, создавая благоприятные условия для патологических процессов. Профессиональная гигиена, проводимая стоматологом или гигиенистом, устраняет факторы риска, улучшает состояние тканей пародонта и предотвращает прогрессирование заболеваний [2]. Кроме того, она способствует мотивации пациента к регулярному уходу за полостью рта, что является ключевым фактором долгосрочного успеха.

Профессиональная гигиена полости рта проводится в 5 этапов:

- 1 этап – окрашивание зубного налёта
- 2 этап – удаление мягкого зубного налёта
- 3 этап – удаление твёрдого зубного налета
- 4 этап – очистка пародонтальных карманов
- 5 этап – шлифовка и полировка поверхностей зубов

Стоматолог-гигиенист играет ключевую роль в профилактике, раннем выявлении и лечении многих стоматологических заболеваний. Его фокус – на здоровье полости рта, контроле зубного налета и обучении пациентов домашней гигиене.

Регулярное проведение профессиональной гигиены в сочетании с домашним уходом позволяет достичь хорошего состояния зубов: уменьшение индексов зубного налета и кровоточивости десен, снижение риска кариеса на 50-60% при использовании фторсодержащих препаратов, предотвращение развития и прогрессирования заболеваний пародонта, улучшение эстетического вида зубов за счет удаления пигментаций. [3] Соблюдение протоколов и применение современных технологий позволяет достичь высокого уровня гигиены, улучшить здоровье полости рта и повысить удовлетворенность пациентов.

Список литературы:

1. Нагайцева Е.А. Гигиена полости рта как профилактика стоматологических заболеваний. // Международный студенческий научный вестник. 2016. № 2.

2. Николаев А.В., Цепов Л.М., Макеева И.М., Ведяева А.П. Профессиональная и индивидуальная гигиена полости рта у взрослых. М.: МЕДпресс-ин форм; 2018. 192 с
3. Воложина Н. В., Гаспарян А. Г. Современные аспекты профилактики стоматологических заболеваний. Стоматология, 2022, 1(3), 25-31.

## **ПСИХОЛОГО-ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Автор: Джамбулатова Патимат Магомедрасуловна

Руководитель: Федорова Динара Айдаровна

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Свердловский областной медицинский колледж»

Нравственность – неотъемлемая характеристика человеческих взаимоотношений, включая и профессиональную среду. Существуют так называемые обществом принятые нравственные ценности, которые соблюдаются каждым участником общественной жизни, независимо от рода его деятельности. Но есть ряд профессий, при выборе которых человек берет на себя обязательства следовать в своей работе устанавливаемым этим видом деятельности особым нравственным критериям. Как правило, это те профессии, которые ориентированы на общение с людьми, т.н. социального типа или типа «человек-человек».

Среди них и работа врача. Нравственные нормы профессионального поведения медицинских работников определяются особым направлением в этике – медицинской деонтологией. Хотя сам термин был введен в 19 веке И. Бентамом, принципы, лежащие в ее основе, были сформулированы ещё в древности: это человеколюбие, призвание к профессии, готовность к самопожертвованию во имя блага другого. Особая роль в развитии медицинской деонтологии принадлежит Гиппократу. Его изречения о назначении врача составляют суть т.н. «Клятвы Гиппократа», которая пережила тысячелетия. Заложенные в ней нравственные правила профессионального поведения медицинского работника превратились из рекомендательных поучений и наставлений в общеобязательные требования, прописанные в законе: так, Уложение о наказаниях и Врачебный Устав Царской России, как пишет В.В. Вересаев в своих «Записках врача», гласит: «...первый долг всякого врача есть: быть человеколюбивым и во всяком случае готовым к оказанию деятельной помощи всякого звания людям, болезнями одержимыми»; в принятом в 2011 году Федеральном Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» за № 323-ФЗ «Клятва врача» представляет содержание 71-й статьи закона; в должностные

инструкции медицинских работников разных уровней и категорий в обязательном порядке включен пункт об обязанности соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии [3]. Наверное, действительно, прав В. В. Вересаев, заключая, что «...напрасно во всем Своде Законов стали бы мы искать других случаев, в которых бы на людей налагалась юридическая обязанность «быть человеколюбивым». Подобные требования закон предъявляет к одним только врачам» [3]. Иными словами, соблюдение принципов нравственности является такой же важной составляющей медицинской профессии, как и квалификация медицинских работников.

Современное медицинское право устанавливает обязанность медработника соблюдать правила медицинской этики. Применение этических норм в регулировании профессиональной деятельности расширил Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Закон № 323-ФЗ).

Статья 6 Закона закрепляет, что приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется в т. ч. путем соблюдения этических и моральных норм, уважительного и гуманного отношения со стороны медработников. Статья 73, которая определяет обязанности медработников, устанавливает, что они осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством РФ, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии. Обозначим две претензии к законодательным предписаниям. Во-первых, в ст. 6 Закона № 323-ФЗ законодатель говорит о морали и этике, но почему-то забывает о юридических нормах, исполнение которых гарантирует государство. Считаем это оплошностью разработчиков, которая компенсируется общим принципом соблюдения Конституции РФ и российских законов. Во-вторых, в ч. 1 ст. 73 Закона использована неудачная формулировка. Медицинская этика и деонтология, по сути, одно и то же. Медработникам достаточно руководствоваться принципами медицинской этики. Согласно п. 1 ст. 73 ФЗ от 21.11.2011 №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские работники и фармацевтические работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии.

Медицинская этика и деонтология представляют собой особенности медицинской деятельности, основанной на взаимном доверии больного и медицинского работника, которому больной добровольно вверяет свое здоровье, а иногда и жизнь.

Медицинская этика (греч. *etohs* – обычай, нрав, характер) как часть общей этики рассматривает вопросы нравственности врача, включая совокупность норм его поведения и морали, чувство профессионального долга и чести, совести и достоинства.

Медицинская этика охватывает и определенные нормы поведения медицинского работника в быту, его культуру, человеколюбие, физическую и моральную чистоплотность и т. д. В целом можно сказать, что этика – это внешнее проявление внутреннего содержания человека. Медицинская этика изучает и определяет решение различных проблем межличностных взаимоотношений по трём основным направлениям:

- медицинский работник – больной,
- медицинский работник – родственники больного,
- медицинский работник – медицинский работник.

Под медицинской деонтологией (греч. *deon* – должное) понимают принципы поведения медицинских работников, направленные на максимальное повышение пользы лечения и устранение последствий неполноценной медицинской работы. Деонтология является частью медицинской этики, медицинской морали.

Принципы этики и деонтологии медицинских работников:

Что касается этики, из которой вытекают все принципы медицинской деонтологии, она относится к философской науке, изучающей принципы нравственности и морали, принятые в человеческом обществе. Этика изучает такие понятия как честь, достоинство, добро, счастье. В работе врача эти качества незаменимы, поэтому требования к поведению медиков и были сформулированы мудрыми людьми ещё в древние времена. Таким образом, вступая во взаимоотношение с больными, врач постоянно балансирует на тонкой грани, и именно это умение делает его специалистом высочайшего уровня: когда, работая исключительно по велению сердца, он применяет научные методы, позволяющие эффективно бороться с различными заболеваниями.

Ведущие принципы этики и деонтологии можно обозначить следующим образом:

1. Врач всегда готов оказать каждому больному профессиональную помощь.
2. Врач соблюдает главный принцип клятвы Гиппократова, кратко сформулированный в двух словах: «Не навреди». Это означает постоянную работу медика над собой. Независимо от ситуации врачу следует всегда быть осторожным в словах и медицинских формулировках, особенно если речь идёт об опасных болезнях и тяжёлых состояниях. Важно помнить о том, что любое неосторожное слово или непонятный термин, произнесённые в присутствии больного человека, могут пагубным образом отразиться как на его физическом, так и душевном состоянии и усугубить течение болезни. Тактичность и осторожность – главные принципы, которым медицинский работник обязан следовать неукоснительно.

3. Поступки врача должны соответствовать главным задачам и целям медицинской науки. Медработник не имеет морального права принимать участие в действиях, которые направлены на причинение вреда здоровью людей.

4. Врач обязан бороться за жизнь больного до последнего. Также ему следует заботиться о пропаганде здорового образа жизни среди своих больных, чтобы они учились стремиться к совершенству тела и духа. Здесь деонтология тесно переплетается с древнейшими философскими принципами, не теряющими своей актуальности и по сей день.

5. Любой медработник учитывает в своей деятельности принципы самопожертвования и героизма во имя жизни. Это одно из основных правил его поведения, особенно когда речь идёт о критических ситуациях.

6. Обязанность врача - оказывать квалифицированную помощь всем людям. У медработника не должно быть расовых и политических предрассудков. Профессиональный врач никогда не станет руководствоваться в своей практике религиозными убеждениями, которые могут нанести вред здоровью его пациентов.

7. Все врачи должны работать, следуя принципу коллегиальности. Это означает, что они всегда готовы проявить солидарность друг с другом и помогать коллегам.

8. Каждый врач обязан соблюдать принципы медицинской (врачебной) тайны.

Принципы медицинской деонтологии тесно связаны с понятием слова как физиологического и лечебного фактора. Известно, что, если человек болен, он гораздо острее воспринимает все факторы окружающей среды. Больные люди обладают высокой степенью внушаемости, поэтому один небрежный жест либо брошенное второпях слово медработника может привести к негативным последствиям. Например, услышав непонятное латинское слово, с помощью которого два врача общаются между собой, пациент может искажённо и неправильно понять суть своего заболевания и подумать о том, что его жизни угрожает реальная опасность. Если же больной слышит в свой адрес понятные, простые и ободряющие слова, это вселяет веру в выздоровление и в природные силы организма. Стать блестящим специалистом врачу поможет соблюдение принципов этики и деонтологии. Именно они определяют перечень этических норм, необходимых для эффективного общения доктора и пациентов, более того: тонкий психологический подход уже сам по себе обладает удивительным лечебным эффектом.

#### Литература

1. Болучевская В. В., Павлюкова А. И., Сергеева Н. В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия. (Лекция 3). [Электронный ресурс] //

Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 3. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 02.02.2015).

2. Вартанян Ф. Е. Этические аспекты современного здравоохранения // Здравоохранение. -№ 2008. - № 3. - С. 12-14.

3. Дземешквич С.Л., Борогад И.В., Гурвич А.И. Биоэтика и деонтология в практической трансплантологии // Биомедицинская этика / Под ред. В.И. Покровского. М., 1997. С. 138.

4. Ведомости Верховного Совета РСФСР. 1971. № 31. Ст. 656.

5. Кунин В.А., Ширяев О.Ю., Алексеева Д.Н., Андреева Е.А. Психология взаимоотношений в медицинском коллективе (учебное пособие) Воронеж, 2012. - 79 с.

## **АКТИВНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ, КАК ПРОГРЕССИВНОЕ И БЫСТРО РАСТУЩЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ. МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

Автор: Лавелина Ксения, студентка 2 курса специальности «Лечебное дело»

Руководитель: Шалагина Александра Игоревна, преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний – это совокупность медицинских и организационных мероприятий, которые проводятся в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения вакцинации согласно Национальному календарю профилактических прививок, устанавливающему сроки и порядок их проведения гражданам РФ.

Начиная с XX века, благодаря достижениям в области микробиологии, вирусологии и фармакологии заболеваемость этими инфекциями сведена практически к нулю. Ежегодно в мире от инфекционных заболеваний погибают около 12 миллионов детей. Третья часть из них (4 миллиона) умирают от болезней, которые можно было предотвратить с помощью прививки. В XIX веке диагноз «корь», «дифтерия», «бешенство», «столбняк», считались смертным приговором. (в России в цифрах)

Целью иммунизации является формирование специфического иммунитета к инфекционному заболеванию посредством искусственного создания инфекционного процесса, который в большинстве случаев протекает бессимптомно или в легкой форме (у

непривитого человека течение этих болезней несет тяжелейший характер, иногда с летальным исходом).

Постановлением Правительства России функции национального органа контроля, отвечающего за качество вакцин, возложены на ФГБУ «Научный центр экспертизы средств медицинского применения» Минздрава России. Центр оценивает разрабатываемые препараты и сертифицирует серии выпущенных продуктов. За качество вакцин отвечает разработчик и производитель. Система оценки безопасности вакцин включает 5 уровней контроля: испытания новых вакцин разработчиком и национальным органом контроля, контроль вакцин на производстве, сертификация серий вакцин ФГБУ «Научный центр экспертизы средств медицинского применения» Минздрава России, инспектирование предприятий и госконтроль соответствия качества вакцин на местах их применения.

Активная иммунизация является самым важным, прогрессивным и быстро растущим направлением профилактической медицины. В XXI веке во всем мире наблюдается рост приверженности к вакцинации, вызванный разработкой новых вакцин и большими надеждами на предотвращение опасных инфекционных заболеваний.

Дети раннего возраста в связи с высоким риском заболеваемости и смертности были и остаются целевой группой населения, которая особенно нуждается в вакцинации.

В Стратегии развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 сентября 2020 г. №2390-р отмечается: «наблюдается рост отказов населения от профилактических прививок в связи с нарастанием активности антипрививочного движения, что может привести к снижению иммунной прослойки населения и росту заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики, инвалидизации и смертности населения, а также к ухудшению эпидемической обстановки». При поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации разработан интернет-сайт <http://www.yaprivit.ru/>, направленный на популяризацию и устранение информационного дефицита среди населения в вопросах иммунопрофилактики.

Профессор, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ и заслуженный деятель науки РФ Людмила Вячеславовна Козлова: «Прививки нужны, и их роль в предупреждении заболеваний, в профилактике тяжелых форм и осложнений настолько велика, что этот вопрос не дискутируется нигде в мире. Благодаря вакцинопрофилактике мы почти избавились от таких страшных заболеваний как натуральная оспа и чума, которые уносили жизни целых городов, а с середины 1970-х годов они нигде в мире не регистрируются благодаря вакцинопрофилактике».



В 2024 году в России заболеваемость инфекциями в целом снизилась, но выросла по отдельным вирусам – кори, ветряной оспы, паротита, коклюша и других. В ежегодном докладе Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) говорится, что несмотря на общее снижение уровня заражаемости, по нескольким болезням он, наоборот, повысился. Так, по сравнению со среднегодовыми показателями (СМП) увеличилась заболеваемость коклюшем – в 7,6 раза, корью – в семь раз, гемофильной инфекцией – в 2,8 раза, туляремией – в 2,4 раза, вирусной внебольничной пневмонией – в 5,6 раза, норовирусной инфекцией – в два раза, энтеровирусными инфекциями – в 1,5 раза, впервые выявленным бруцеллезом – также в 1,5 раза.

Экономический ущерб от 34 инфекционных болезней составил около 1 трлн руб., подсчитал Роспотребнадзор. Больше всего из этих средств (98,91%) было потрачено на лечение десяти заболеваний: ОРВИ (острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации), COVID-19, ветряная оспа, острые кишечные инфекции, грипп, ротавирусная инфекция, укусы животными, инфекционный мононуклеоз, коклюш.

На борьбу с тремя хроническими инфекционными болезнями (туберкулез, ВИЧ, гепатиты), по оценкам Роспотребнадзора, потратили еще 200,9 млрд руб.

Федеральный закон № 157 «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» устанавливает правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, осуществляемой в целях охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации. В статье 5 Федерального закона «Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики» закреплено, что граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на: «получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях».

Побочные эффекты от вакцин, как правило, незначительны и кратковременны. Они могут включать слабость, температуру и другие симптомы, похожие на простуду, а также аллергические реакции. Серьезные осложнения встречаются редко – риск получить осложнения от самой болезни многократно выше. Вокруг безопасности прививок распространяется много лженаучной информации, фальсификаций и теорий заговоров – например, что прививки содержат тяжелые металлы и опасные токсины, а также вызывают аутизм, бесплодие и рак. Но подтверждения этому нет. В 2019 году ВОЗ даже внесла недоверие к вакцинам в список десяти глобальных проблем здравоохранения. Многие противники прививок считают, что лучше один раз переболеть и получить «естественный»

иммунитет от болезни, чем рисковать и прививаться неизвестной «химией». Но вакцины и реальное заражение действуют по-разному, хотя и достигают одной цели - формирования иммунитета. При заражении в организм попадают живые вирусы, которые размножаются, мутируют, могут вызвать тяжелые симптомы и наносят серьезный ущерб организму. Прививки же содержат ослабленные или убитые возбудители, что позволяет иммунной системе выработать защиту без развития заболевания и потенциальных осложнений. Так что на практике цена формирования естественного иммунитета может оказаться слишком высока. А такие инфекции, как коклюш, столбняк и дифтерия, вообще не формируют длительный иммунитет, поэтому даже переболевшему человеку придется вакцинироваться, чтобы защитить себя в будущем.

Следовательно, фельдшер обязан разъяснять, что противодействие вакцинации может привести к тому, что многие опасные инфекции не только появятся снова, но и быстро распространятся. Например, корь, эпидемический паротит (свинка) и краснуха распространяются мгновенно в случае, если привито менее 90% популяции. Поэтому вакцинация - это не только защита своего здоровья, но и ответственность за здоровье общества, давать родителям разъяснения по всем вышеперечисленным вопросам, предупреждать их о возможных поствакцинальных осложнениях, независимо от того, проявляют ли к данному вопросу интерес сами родители.

**Цель исследования** – повысить уровень знаний, в том числе правовых, несовершеннолетних и их родителей в сфере правового регулирования осуществления иммунопрофилактики в РФ.

В соответствии с целью в исследовании были поставлены и решены **следующие задачи:**

1. Рассмотреть историю развития иммунопрофилактики.
2. Исследовать значение иммунопрофилактики.
3. Определить значение массовой вакцинации и вклад в победу в Великой Отечественной войне.
4. Проанализировать нормативные акты, регулирующие осуществление иммунопрофилактики в РФ.
5. Определить роль фельдшера в проведении иммунопрофилактики инфекционных заболеваний у несовершеннолетних.
6. Разработать справочно-информационные материалы для несовершеннолетних и их родителей по вопросам реализации прав граждан в сфере иммунопрофилактики.

**Объект исследования** – законные представители несовершеннолетних.

**Предмет исследования** - нормативно-правовые акты, закрепляющие правовые основы деятельности медицинского персонала, в том числе и фельдшеров, занимающихся проведением иммунопрофилактики.

**Методы исследования:** анализ нормативно - правовых актов, метод классификации и метод обобщения.

Нормативно-правовую основу исследования составляют Конституция РФ, Федеральные законы: «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Семейный кодекс РФ и другие законы РФ, Стратегия развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года, Указы Президента РФ и нормативно-правовые акты Правительства РФ и Министерства здравоохранения РФ.

Медицинский работник как основной субъект оказания медицинской помощи обязан владеть базовыми медико-правовыми знаниями и быть готовым использовать их в конкретных ситуациях своей профессиональной деятельности, поэтому нами разработаны справочно-информационные материалы для родителей и несовершеннолетних по вопросам реализации прав граждан в сфере иммунопрофилактики.

Практическая значимость работы. Решением администрации школы №81 Орджоникидзевского района г. Екатеринбурга информационно-справочные пособия для родителей и учеников старших и средних классов «Вакцинация, как высокоэффективное средство профилактики инфекционных заболеваний. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья, в том числе при осуществлении иммунопрофилактики» будут использоваться в проведении классных часов и родительских собраний, а также размещены на сайте школы.

#### Список литературы и источников

##### Нормативно-правовые акты:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 01.03.2025) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" - Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс». - Текст: электронный.

2. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.1998 N 157-ФЗ (ред. от 25.12.2023) - Доступ из справочно-правовой системы «Консультант Плюс». - Текст: электронный.

3. Распоряжение Правительства РФ от 18.09.2020 N 2390-р <Об утверждении Стратегии развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года> - <https://respectrb.ru/node/28549?ysclid> - Текст: электронный

4. Доклад о федеральном государственном контроле (надзоре) в области защиты прав потребителей за 2024 год - <https://www.rosпотребнадзор.ru>

#### Дополнительные источники

1. «Профилактика заболеваний в годы Великой Отечественной войны» - ГАУЗ СО «Центр общественного здоровья и медицинской профилактики» - <https://medprofural.ru/news/profilaktika-zabolevaniy>

2. ФБУЗ «Центр гигиенического образования населения» Роспотребнадзора. «Из истории календаря профилактических прививок в СССР/России», 2024 - Текст: электронный. Режим доступа: <https://cgon.rosпотребнадзор.ru>.

3. Ардабацкая Е.С., Ардабацкий С.А., Еремеева Ж.Г. Вакцинопрофилактика в историческом аспекте // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2024. Т. 13, № 4. С. 102-108. Текст: электронный. Режим DOI: <https://doi.org/10.33029/2305-3496-2024-13-4-102-108>

## ПОБЕДА ГЛАЗАМИ ПОТОМКОВ: ИСТОРИЯ ПРОСТОГО СОЛДАТА КАК ОСНОВА ПАМЯТИ И ПАТРИОТИЗМА

Семешко Екатерина Андреевна

Руководитель: Казымова Галима Ришатовна, преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Память сбережет тот – у кого в сердце огонь. Наш огонь в примере наших дедов, отцов, братьев. Имя ему – Отечество.



Восьмидесятилетие Победы в Великой Отечественной войне – это не просто памятная дата, а рубеж, разделяющий современность и события, изменившие судьбы миллионов людей и мировой порядок. Это не только день памяти павших, но и выражение благодарности живым, тем, кто ценой своей жизни и юности отстоял право будущих поколений на мир. Это напоминание о том, какой ценой был достигнут этот мир, и как важно его сохранить.

С каждым годом всё меньше остаётся в живых участников войны – свидетелей и творцов великой Победы. Среди них были не только взрослые мужчины, но и юноши, которым едва исполнилось 17. Один из них – мой дед, Алексей Андреевич Семешко.

### *Путь в бессмертие: от оккупации к фронту*

Я, Семешко Екатерина, никогда не знала своего дедушку лично – он ушёл из жизни до моего рождения. Однако благодаря рассказам моего отца Семешко Андрея Алексеевича, офицера, я с ранних лет знала о судьбе деда, его подвиге и жизненном пути.

Алексей Андреевич родился 20 мая 1926 года в селе Карпово-Надеждинка Сталинской области Украинской ССР (с 1961 года – Донецкая область<sup>1</sup>). Когда в 1941 году началась война, ему было всего 15 лет. Вскоре его родная деревня оказалась под немецкой оккупацией<sup>2</sup>. Отец уже находился на фронте, а дома остались мать и два сына. Несмотря на юный возраст, мой дед помогал выживать не только своей семье, но и соседям, пряча от оккупантов еду, одежду, скот. Он рисковал жизнью, понимая, что в условиях оккупации каждый поступок может стоить жизни.

### *Доброволец и разведчик*

23 августа 1943 года Красная армия освободила их территорию. Спустя несколько месяцев, в возрасте 17 лет, Алексей Андреевич добровольно вступил в армию<sup>3</sup>. Сначала он прошёл обучение в учебном батальоне, затем был направлен во 2-ю стрелковую роту 370-го запасного стрелкового полка, откуда и попал на фронт. Благодаря физической силе, выносливости и быстроте, его зачислили в полковую разведку.

Отец рассказывал, как дед говорил: «Война быстро делает тебя взрослым. Вчера мечтал, каким будет завтра, а сегодня – просто хочешь дожить до утра». Он участвовал в сложнейших заданиях за линией фронта, в том числе в захвате «языков». Во время одного из таких рейдов он получил ранение в ногу. Друзья вынесли его с поля боя, после чего он

---

<sup>1</sup> Указ Президиума Верховного Совета Украинской ССР от 9 ноября 1961 года «О переименовании Сталинской области и города Сталино».

<sup>2</sup> Документы об оккупации и восстановлении Донецкой области (1943-1945 гг.) из фондов государственного архива Донецкой области.

<sup>3</sup> Память народа: подлинные документы о Второй мировой войне.

попал в госпиталь. За проявленное мужество был награждён медалью «За отвагу» – самой почетной солдатской наградой, которую он получил ещё до совершеннолетия.

Документы на эту медаль дошли уже после войны.



Рис. 1. Медаль «За отвагу».

### С боями через Европу

После выздоровления Алексей Семешко продолжил службу, уже в составе 756-го стрелкового полка 150-й стрелковой дивизии. В её составе он прошёл боевой путь через Белоруссию, участвовал в освобождении Польши, в том числе в Варшавско-Познанской операции в январе 1945 года. За участие в этих боях он был награждён медалью «За освобождение Варшавы», а также польской наградой «Medal za Warszawę 1939–1945» за вклад в освобождение столицы Польши от фашистов.



Рис. 2. Медаль «За освобождение Варшавы».



### На штурм Берлина – вместе с дивизией Победы

Полк, в котором служил мой дед, был одним из тех, кто штурмовал Берлин. Именно 756-й стрелковый полк 150-й дивизии шёл в авангарде штурма. Он участвовал в боях в районе Моабит и в самом центре Берлина. За героизм и успех в боях полк был награждён орденом Красного Знамени<sup>4</sup>. Деда наградили медалью «За боевые заслуги».



Рис. 3. Медаль «За боевые заслуги»

26 апреля 1945 года его полк был удостоен чести водрузить Красное Знамя на Рейхстаг – символ Победы. И спустя 80 лет, 9 мая 2025 года, я, его внука, с гордостью несла в первом ряду копию этого самого Знамени, перед шествием Бессмертного полка в Екатеринбурге.



Рис. 4. Шествие Бессмертного полка и вынос копии Красного Знамени 09.05.2025.

<sup>4</sup> Наступление 756-го стрелкового полка в условиях крупного города (г. Берлин) 26–30 апреля 1945 г.

A collection of various military medals and ribbons, including Soviet Order of Patriotic War medals, German Iron Cross medals, and other European military decorations. The items are arranged in three rows on a light-colored fabric background. The top row features a large Soviet ribbon with five Order of Patriotic War medals and a smaller German Iron Cross medal. The middle row contains several more Soviet Order of Patriotic War medals and a German Iron Cross medal. The bottom row includes a German Iron Cross medal, a Soviet ribbon, a German Iron Cross medal, a German Iron Cross medal, a German Iron Cross medal, and a German Iron Cross medal.



*После войны – борьба за будущее*

В 1960-е годы он вместе с другими военнослужащими принял участие в масштабной государственной программе по освоению целинных земель в Казахстане. За этот вклад в развитие страны 20 сентября 1967 года был награждён медалью «За освоение целинных земель» от имени Президиума Верховного Совета СССР.



40



Всю свою жизнь Алексей Андреевич посвятил армии, завершив службу 6 марта 1974 года в звании подполковника.

Празднование 80-летия Победы – это не только дань уважения прошедшим войну, но и повод задуматься о настоящем. Это возможность напомнить себе и другим: только единство, мужество, верность и память способны защитить будущее. Мой дед, Алексей Андреевич Семешко, – один из тех, кто принёс Победу. Его история – пример, на котором можно и нужно воспитывать молодёжь, сохраняя непрерывную связь поколений и дух нашей общей истории.

И завершить эту статью мне хочется не прозой, а собственными стихами, рожденными из памяти, гордости и любви к моему деду:

Давным - давно была война...

Мне папа рассказал...

Тяжелый бой вела страна!

Мой дед там воевал!!!

И, каждый год весенним днем,

Забросив все дела,

Мы к Вечному огню идем,

Чтоб память ожила!

Как в этот день приятно мне,

Что все друзья со мной!

Ведь есть у каждого в семье,

В России свой герой!

Погибших не забудем! Нет!

Мы памяти верны!

Ведь очень много зим и лет

Мы жили без войны!

Пред ними голову склоним

Мы на рассвете дня...

И вместе тихо постоим

У вечного огня!

Семешко Екатерина Андреевна, студентка 1 курса ГБПОУ «СОМК»

Литература

1. Архивные письма семьи.
2. Память народа: подлинные документы о Второй мировой войне [Электронный ресурс]. URL: <https://pamyat-naroda.ru/heroes/memorial->

chelovek\_vpp2001188667/?is\_doc=true&utm\_source=tg&utm\_medium=doc&utm\_campaign=share (дата обращения: 15.05.2025).

3. Указ Президиума Верховного Совета Украинской ССР от 9 ноября 1961 года «О переименовании Сталинской области и города Сталино» [Электронный ресурс]. URL: [https://t.me/er\\_donetsk/2837](https://t.me/er_donetsk/2837) (дата обращения: 20.05.2025).

4. Документы об оккупации и восстановлении Донецкой области (1943-1945 г.г.) из фондов государственного архива Донецкой области [Электронный ресурс]. URL: <https://museum.bfvitiaz.ru/wp-content/uploads/2020/05/dokumenty-ob-okkupaczii-i-vosstanovlenii-doneczkoj.pdf> (дата обращения: 15.05.2025).

5. Наступление 756-го стрелкового полка в условиях крупного города (г. Берлин) 26–30 апреля 1945 г. [Электронный ресурс]. URL: [https://militera.lib.ru/science/boy\\_strelkovogo\\_polka/14.html](https://militera.lib.ru/science/boy_strelkovogo_polka/14.html) (дата обращения: 15.05.2025).

## **ЛЕКАРСТВА ДЛЯ ПОБЕДЫ**

Холманских Светлана Викторовна, Берёза Елизавета Денисовна

Руководители: Казымова Галима Ришатовна, Казымова Галина Фёдоровна, преподаватели  
ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Аннотация. Статья посвящена деятельности промышленных производств, научно-исследовательских центров, аптечных организаций по разработке, производству, обеспечению лекарствами Красной Армии во время Великой Отечественной войны. Страна столкнулась с огромными потерями и разрушением материальной базы, что вызвало значительные трудности с лекарственным обеспечением, но мобилизация трудовых ресурсов привела к научным прорывам в создании новых лекарств, организации новых производств, перепрофилированию производств, расширению галеновой номенклатуры за счет увеличения сбора местного дикорастущего сырья

Ключевые слова: Великая Отечественная война, химико-фармацевтическая промышленность, аптеки, медикаменты, лекарственное снабжение Красной Армии

В этом году наша страна отмечает 80-летие Великой Победы. В годы Великой Отечественной войны медицинские и фармацевтические работники своим трудом на фронте и в тылу внесли вклад в возвращение в строй свыше 70% раненых и 90% больных бойцов. Самоотверженно работали десятки тысяч врачей, фельдшеров, медсестер, санитарных инструкторов, фармацевтов, провизоров, инженеров фармацевтической промышленности [1].

Цель работы – рассмотреть вклад фармацевтической промышленности и аптек в лекарственное снабжение армии.

В период Великой Отечественной войны система медицинского и лекарственного обеспечения страны, как и все народное хозяйство, понесла большие потери [1, 2, 3]. Быстрое продвижение противника на территорию нашей страны в начале войны привело к захвату им значительных запасов медицинского имущества, созданных в мирное время, разрушению предприятий фармацевтической промышленности [1].

Несмотря на то, что к концу 1930-х годов фармацевтическая и медицинская промышленность полностью удовлетворяла потребности страны в лекарствах, в тяжелейших условиях войны обеспечение фронта, как и всего населения страны медикаментами в результате дефицита материальных средств и ресурсов для его производства оказалось недостаточным [1, 2, 4]. К 1943 году в результате военных действий на территории Советского Союза число аптек сократилось с 9273 в 1940 году до 6221, аптечных магазинов с 1400 до 281, аптечных пунктов и киосков с 13864 до 5762. Число фармацевтов, работавших в аптечных учреждениях, только за 1941-1942 годы сократилось более чем наполовину [4].

В армию практически не поставлялись самые необходимые для раненых препараты – эфир для наркоза, стрептоцид, глюкоза, сульфидин, раствор морфина. Прекратились поставки кодеина, кофеин-бензоата, новокаина, йода, гексенала, пирамидоната, риванола, фенацетина, аспирина и некоторых других препаратов. Почти перестали производиться перевязочные средства и шовный материал, ощущался недостаток хирургического инструментария: ножниц, пинцетов, шприцев и иглолок к ним. В декабре 1941 года объёмы производства фармацевтической промышленности не достигали и 10% от объёмов начала года. Фактически обеспечение лекарственными препаратами и медицинским имуществом в этот период осуществлялось только за счет эвакуированных в тыл запасов [1].

В этих условиях перед химико-фармацевтической промышленностью встали такие задачи, как создание новых лекарственных средств, производство веществ, замена пищевых продуктов при изготовлении лекарств, организация производства медикаментов и уже в начальный период войны был развернут ряд новых фармацевтических производств, в основном на Урале, в Сибири, Забайкалье [1, 4].

Так, на Урале к 1942 году было организовано новое галено-фасовочное производство. Такие лаборатории были созданы не только в областных центрах, но и межрайконторах (Нижнетагильской, Ирбитской, Красноуфимской, Кунгурской, Шадринской и других) для снабжения галеновыми препаратами аптек и аптечных пунктов, отдаленных от областных центров. Кроме того, был создан и специальный цех-лаборатория

по наливу ампул при аптеке №6 Свердловска. Недостаток стеклопосуды восполнялся заготовками утильной посуды от населения. Также в контрольной химико-аналитической лаборатории был налажен выпуск целого ряда фармацевтических препаратов – уротропина, магния сернокислого для внутривенных вливаний, хлористого кальция кристаллического, инвертного сахара. В специальной мастерской производили амальгаму и стальные зубы. В производстве лекарств участвовали Свердловский фармацевтический завод, созданный в 1930 году (Уралбиофарм), Ирбитский химико-фармацевтический завод, основанный в 1942 году базе эвакуированного на Урал подмосковного завода «Акрихин» и местные производители. Уральский углехимический научно-исследовательский институт изготавливал эфир для наркоза, сульфидин. Завод химреактивов поставлял висмут азотнокислый, ацетонизид; завод п/я № 758 - сульфат фото, барий сернокислый, натрий сернокислый, цинк сернокислый. Кафедра силикатов Уральского индустриального института снабжала цинком-фосфатом. В выпуске медикаментов, химпрепаратов, оборудования, предметов и изделий медицинского назначения принимали участие Нижнетагильский металлургический комбинат, Северский завод пластмасс, Невьянский завод «Главцемент» и другие. Областной контрольно-аналитической лабораторией кроме химического анализа лекарств и разработки технологических регламентов производства проводились исследовательские работы по изучению каолинов Курьинского и Невьянского месторождения, гипсовых месторождений Ачитского района Свердловской области для применения в медицинских целях. Ампулы с кровью и сухой сывороткой с этикетками Свердловской станции переливания крови, возглавляемой М.И. Сахаровым, можно было встретить на всех фронтах Великой Отечественной войны [2]. Тысячи раненых обязаны своим спасением сульфаниламидным препаратам с противомикробными свойствами, которые синтезировались с 1935 года свердловскими химиками-органиками во главе с И.Я. Постовским. К концу 1937 года было получено свыше 25 различных сульфамидных препаратов, в том числе сульфацил, широко известный как сульфидин, в очень короткие сроки запущенный в производство на Свердловском фармацевтическом заводе [4, 5].

В послевоенное время на базе завода было развернуто производство антибиотиков, которые сменили эру сульфаниламидных препаратов. Несмотря на то, что первый в мире антибиотик пенициллин был открыт еще в 1928 году, к началу Великой Отечественной войны в Советском Союзе он был недоступен. Первый отечественный пенициллин из плесневого грибка рода *Penicillium* был создан учёным-химиком З.В. Ермольевой в 1942 году, а в 1943 году в одном из военных госпиталей прошло его успешное клиническое испытание. Впоследствии благодаря противомикробному действию антибиотиков во время

войны и в мирное время были спасены десятки тысяч жизней считавшихся безнадежными раненых при газовой гангрене, столбняке, менингите, септических инфекциях [5].

«Рождение» пенициллина послужило импульсом для создания других антибиотиков. В 1942 году советские учёные биолог Г.Ф. Гаузе и химик М.Г. Бражникова смогли выделить из огородной подмосковной почвы особый вид бактерии, являвшейся продуцентом не менее ценного антибиотика грамицидина С (грамицидин советский). Тут же было налажено массовое производство нового препарата и отправка его на фронт [5].

Весьма кстати оказалось создание в 1939 году химиком-органиком М.Ф. Шостаковским на основе поливинилбутилового эфира обволакивающего и противовоспалительного средства винилина (бальзама Шостаковского), который ускорял регенерацию тканей при обморожениях, ожогах, осложнениях огнестрельных ранений, не вызывая токсического воздействия. В Советской Армии также широко использовалась мазь Вишневского, на основе березового дегтя, ксероформа, касторового масла, разработанная хирургом А.В. Вишневским еще в 1927 году, для лечения ран, ожогов, кожных язв, которая до сих пор используется в хирургической практике [5].

В 1942 году на Уфимском витаминном заводе началось промышленное производство викасола – синтетического аналога витамина К, обладающего не только способностью останавливать кровотечение, но и ускорять заживление ран, который был получен опытным путем в начале года под руководством биохимика А.В. Палладина [5].

В Молотове (Пермь) выпускались сернокислый барий для рентгенографии, хлористый аммоний, формалин, стрептоцид. В Новосибирске было организовано производство хлористого калия, уротропина, бинтов, ампул. В Кемерово был налажен выпуск висмута азотнокислого, антифибрина, сульфидина, стрептоцида. В Читинском районе используя богатейшую местную флору, производили настойки и капли, пластыри, мази [1].

По всей стране важным источником восполнения дефицита лекарств стали заготовки дикорастущих лекарственных растений. В 1942 году аптечной сетью Советского союза было заготовлено лекарственного сырья больше, чем в 1940 году, на 265%. В годы войны расширился ассортимент сбора дикорастущих растений. Так, если в 1941 году собиралось 27 видов, то в 1942 году уже 108 видов, а в 1943 году – 175 видов дикорастущих растений. Если в 1940 году в Свердловской области было заготовлено лекарственных растений 30 тонн, в том числе 25 тонн плодов шиповника, в 1942 году – уже 210,3 тонны по 69 видам номенклатуры, в том числе плодов шиповника 44 тонны, мха сфагнум - 96 тонн. Ягоды малины, черники, травы мать-и-мачехи, полевого хвоща, полыни и другого сырья заготавливались и учреждениями потребительской кооперации. Широко использовалось

местное растительное сырье для производства витамина С из шиповника, хвои сосны, пихты, можжевельника; антисептиков: пихтового бальзама, зверобойного масла, препаратов лука, чеснока, календулы, используемых для лечения гнойных ран. Торфяной мох сфагнум, обладающий гигроскопическими и бактерицидными свойствами, заменил перевязочные материалы, способствуя быстрому заживлению ран [1, 2, 4]. В 1941 году впервые в госпиталях применили настойку лимонника для быстрого восстановления сил раненых, а также для повышения остроты зрения у летчиков, вылетающих в ночные полеты [5].

Эвакуированные из Москвы химико-фармацевтические заводы работали в Анжеро-Судженске, выпуская стрептоцид, сульфидин, норсульфазол, в Томске хлористый натрий, кофеин натрия, йод сублимированный, двуххлористую ртуть, хлористый кальций кристаллический, хлористый и серноокислый аммоний и другие препараты [1].

Даже в самые тяжелые периоды блокады в Ленинграде продолжалась работа 30 медицинских и фармацевтических предприятий (Госхимфармзаводы № 1 и 2, фармацевтические фабрики «Фармакон» и «Медстандарт», медико-инструментальный завод «Красногвардеец», производственные лаборатории институтов – переливания крови, вакцин и сывороток, эпидемиологии и микробиологии, витаминного, ботанического, химико-фармацевтического и других). В ботаническом институте выращивались такие лекарственные растения, как алтей, валериана, ревень, белладонна, наперстянка. Из них вырабатывалось более 700 кг препаратов и фармацевтических субстанций, в том числе 200 кг дигиталиса. Специалистами этого института была оказана помощь в налаживании производства таких препаратов, как лобелин и салирган. Во Всесоюзном научно-исследовательском институте растениеводства разработаны методы получения танина как фармацевтической субстанции из экстрактов и листьев скумпии, а в Ленинградском химико-фармацевтическом институте из коры дуба и ели выделен его аналог – танид [3].

Несколько новых фармацевтических предприятий были возведены в Азербайджане, Армении, Казахстане, Киргизии. На производство лекарств был перепрофилирован целый ряд предприятий химической и пищевой промышленности. На Бакинском мясокомбинате стали выпускать гормональные и вяжущие средства, ферменты, желатин, гематоген. Производство эндокринных препаратов было организовано и на многих других предприятиях пищевой промышленности. В республиках Средней Азии были открыты 132 новые аптеки, на Урале, в Западной Сибири и Приуралье – 54 городских и 25 сельских аптек. Выросло число галеновых лабораторий: в 1941 году их было 31, в 1945 году – 72 [4]. Повсеместно были открыты мастерские по ремонту резиновых изделий, налажено изготовление предметов санитарии, гигиены и ухода за больными [1].

Профессионализм и самоотверженность медицинских, фармацевтических работников, ученых разных направлений: химиков, микробиологов, физиологов, ботаников, несмотря на тяжелейшие условия, обеспечили уже с первого периода Великой Отечественной войны лекарственное снабжение Красной Армии.

#### Литература

1. Карпенко И.В. Производство лекарств во время Великой Отечественной войны //Медицинская сестра. 2015 №5 С.55-56.
2. Кутепов С.М., Ларионов Л.П., Скоромец Н.М. Исторический опыт аптек Урала в годы Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.) //Вестник Уральского государственного медицинского университета. 2015 №2-3. С.8-14.
3. Мирошниченко Ю.В., Бунин С.А., Кононов В.Н., Перфильев А.Б., Костенко Н.Л. Подвиг фармацевтических работников в годы блокады Ленинграда //Вестник Российской военно-медицинской академии. 2014 №1 С.246-251.
4. Семченко В.Ф. История фармации. – М.: - Альфа-М, 2011. - 592 с.
5. Фармация в годы Великой Отечественной войны //Курский государственный медицинский университет URL: [https://kurskmed.com/upload/departments/library/files/vyistavki/2020/200507\\_Farmatsiya\\_v\\_godyi\\_VOV.pdf](https://kurskmed.com/upload/departments/library/files/vyistavki/2020/200507_Farmatsiya_v_godyi_VOV.pdf) (дата обращения: 01.04.2025).

### **ГОРДОСТЬ РОССИИ: МЕДИКИ – ГЕРОИ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

Белоногов Владислав Михайлович

Руководитель: Рогачева Ольга Петровна, преподаватель

Ирбитский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Неоценимый вклад в общую победу над фашизмом внесли врачи, фельдшеры, медицинские сёстры, санинструкторы, которые отважно сражались за жизни солдат, проявляя невероятное мужество и самоотверженность.

Конечно же, одними из самых востребованных были медики, ведь надо было спасать раненых, обеспечивать здоровье на фронте и в тылу. И история знает немало имен отважных врачей, которые нередко ценой собственной жизни обеспечивали приближение Победы. [3]

Маршал Советского Союза Иван Баграмян после окончания войны писал:

«То, что сделано советской военной медициной в годы минувшей войны, по всей справедливости может быть названо подвигом. Для нас, ветеранов Великой Отечественной

войны, образ военного медика останется олицетворением высокого гуманизма, мужества и самоотверженности» [2]

В 1941-1945 годах через госпитали прошло более 22 миллионов человек. Из них 17 миллионов были возвращены медиками в строй.

На протяжении всей войны советские учёные-медики, особенно военно-полевые хирурги, были в первых рядах борьбы за жизнь и здоровье фронтовиков и тружеников тыла. Повседневно военно-медицинские службы проводили работы по сохранению санитарных норм и недопустимости эпидемий.

Историческая заслуга отечественной медицины состоит в возвращении в строй 72% раненых и 90% заболевших на поле боя, что способствовало приближению дня окончательной победы над врагом. [3]

Во время Великой Отечественной войны погибли или пропали без вести 85 тысяч медиков, среди которых 5 тысяч врачей, 9 тысяч средних медицинских работников, 71 тысяча санитарных инструкторов и санитаров.

Родина по достоинству оценила подвиг людей в белых халатах. Более 146 тысяч медиков в годы войны были награждены орденами и медалями СССР. Звание Героя Советского Союза было присвоено 47 медицинским работникам. Более 100 тысяч медицинских работников были удостоены высших правительственных наград. 10 тысяч человек получили Орден Славы, из них 18 медиков получили Орден Славы трёх степеней.

В преддверии празднования 80-летия победы в Великой Отечественной войне, актуально вспомнить и подчеркнуть важность для будущих поколений имена тех, кто не жалел себя для других. Список имен отважных медиков, которые сохраняли жизни, возвращали в строй бойцов и вытаскивали с поля боя раненых, огромен.

Цель исследования: провести анализ и представить имена медицинских работников, которые совершали подвиги в годы Великой Отечественной Войны.

Задачи исследования:

1. Провести анализ интернет источников и литературный изданий по теме исследования.
2. Изучить имена медицинских работников, которые проявили отвагу и совершали подвиги во время Великой отечественной войне.
3. Представить результаты исследования в печатном и мультимедийном варианте.
4. Организовать и провести фото-выставку портретов медицинских работников героев – участников ВОВ «Гордость России: медики – герои Великой Отечественной войны».



Исследование проводилось на площадке Иrbитского филиала ГБПОУ «СОМК» в период с 1.02 по 8.02. 2025 года в аудитории 306.

Исследование проводилось в 2 этапа, первый этап исследования был теоретический, на котором проходил поиск литературы и представление данных о выдающихся героях медиках времен ВОВ, которыми мы можем гордиться спустя 80-лет победы. 2 этап исследования состоял в подготовке и проведении выставки фото-портретов с биографией медицинских работников, подвиги которых заслуживают нашего внимания и могут быть примером патриотизма для будущих поколений.

Реализуя первый этап исследования, мы изучили биографии многих героев медиков и представили некоторые в своей работе.

**Зинаида Михайловна Туснолобова-Марченко** родилась в 1920 году в Полоцке (Белоруссия). В самом начале войны девушка окончила курсы медицинских сестер Красного Креста и ушла добровольцем на фронт. За 8 месяцев нахождения на фронте Туснолобова-Марченко спасла 128 раненных офицеров и солдат. В 1943 году под Курском она была тяжело ранена. Её, лежащую без сознания на снегу, фашисты добивали прикладами. Но девушка выжила. Окровавленную, вмерзшую

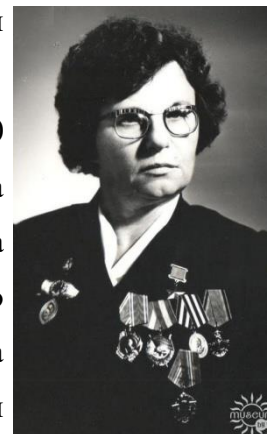


Рис.1  
Зинаида Михайловна  
Туснолобова-Марченко  
медицинская сестра

в снег медсестру, нашли солдаты. Девушка лишилась рук и ног, но не палла, продолжала призывала воинов громить врага. Её именем были названы танки, самолеты в бой за Зину Туснолову. Девушка долго не решалась сообщить жениху – Иосифу Марченко, который тоже сражался на фронте, о том, что с ней произошло. Наконец она отправила любимому письмо, в котором были строки: «Я не хочу быть для тебя обузой. Забудь меня. Прощай». «Никакие несчастья и беды не смогут нас разлучить», – был ответ. И Иосиф сдержал обещания. После войны они с Зиной поженились, прожили вместе всю жизнь и воспитали сына и дочь. В 1957 году Зинаиду Михайловну удостоили звания Героя Советского Союза. За самоотверженность, проявленную на поле боя по спасению раненых, Международный Комитет Красного Креста наградил ее медалью «Флоренс Найтингейл». После войны ветеран вела активную общественную жизнь и прожила до старости в родном городе.

**Надежда Викторовна Троян** родилась в 1921 году в Верхне-Двинске (Белоруссия). Война застала ее в Минске. Девушка сразу вступила в партизанский отряд «Буря». Вместе с боевыми подругами Надежда помогала бежать из фашистского плена группе раненых советских военнопленных. Самоотверженно перевязывала и выхаживала раненых партизан. В рядах подпольной организации девушка



Рис.2  
Надежда Викторовна  
Троян  
медицинская сестра

участвовала в операциях по взрыву мостов, нападении на вражеские обозы, и болевых действиях. За образцовое выполнение боевого задания в тылу Противника и проявленные при этом отвагу и героизм Надежде Викторовне было присвоено звание Герои Советского Союза. После войны девушка окончила медицинский институт, занималась наукой, защитила кандидатскую диссертацию, и возглавляла Центральный научно-исследовательский институт санитарного просвещения.

**Сергей Александрович Богомолов** родился в 1925 году. В 1943 году окончил фельдшерско-акушерскую школу в Костроме. Сразу после окончания курсов, в возрасте неполных 18 лет ушел на фронт. В 1944 году в районе Витебска Сергей Александрович попал в окружении с группой бойцов. Он не только оказывал самоотверженную помощь

раненым, но и руководил обороной. Младший лейтенант

медицинской службы уничтожил немало врагов до прихода подкрепления. За проявленный героизм 3 июня 1944 года Сергей Александрович удостоен звания Героя Советского Союза. Конец войны Богомолов встретил в Берлине. Он продолжил службу в Советской Армии, закончил вечернюю школу и поступил в военно-медицинскую академию. Сергей Александрович работал врачом-анестезиологом в Главном военном госпитале имени Бурденко. В 1982 году в звании полковника медицинской службы он вышел в отставку.

**Мария Карповна Байда** родилась в 1922 году в деревне Новый Сиваш (Крым). В первые месяцы войны девушка окончила курсы медицинских сестёр и сразу ушла на фронт добровольцем. В период обороны Севастополя санитарный инструктор Мария Байда самоотверженно оказывала помощь раненым бойцам и командирам. О её бесстрашии и героизме знал весь фронт. В одном из боев Мария Карповна освободила из плена советского командира и 8 бойцов, при этом уничтожив 15 солдат противника и одного офицера.



Рис.3  
Сергей Александрович  
Богомолов  
М.лейтенант  
медицинской службы



Рис.4  
Мария Карповна  
Байда  
Санитарный инструктор

Четверо врагов были убиты прикладом. В 1942 году 19-ти летней девушке присвоили звание Героя Советского Союза. В последние дни обороны Севастополя Мария Карповна была тяжело ранена и контужена, попала в плен. Но даже в фашистском плену она выполняла поручения подпольной организации. После войны Мария Карповна жила и трудилась в Севастополе.

**Виктор Иванович Быковский** родился в 1919 году в селе Терновка Саратовской области. После смерти родителей воспитывался в детском доме. В 1939 окончил Павловский медицинский техникум и к началу войны стал военный фельдшер. В 1943 года в составе группы

Виктор Иванович переправлялся через Днепр. Во время боя за село Бородаевка защищал раненых в медпункте батальона. Фельдшер получил тяжёлое ранение в рукопашном бою, но поля боя не покинул и продолжал обороняться. Благодаря героическому сопротивлению Виктора Ивановича все раненые успели эвакуироваться. В 1943 году ему присвоили звание героя Советского Союза. После окончания войны Виктор Иванович стал стоматологом и проработал всю жизнь в этой врачебной специальности.

**Феодора Андреевна Пушина** родилась в деревне Тукмачи, в Удмуртии. Девушка окончила медицинское училище в городе Ижевске. В 1942 году ушла на фронт фельдшером санитарной роты. 6 ноября 1943 года противник нанес бомбовый удар по селу Святошино. Бомбы попали в госпиталь. Командир санитарной роты Николай Копытёнков и Феодора Пушина бросились спасать раненых. Из огня она вынесла тридцать тяжелораненых, и когда бросилась за последним, начал рушиться дом. Николай Копытёнков в последний момент, перед самым обрушением здания, вынес её из огня.

Девушка получила тяжелейшие ожоги и умерла от ран. Посмертно Феодоре Андреевне Пушиной присвоено звание Героя Советского Союза.

**Николай Андреевич Копытенков** родился в 1923 году. Сразу после окончания военно-медицинского училища в 1942 году он ушел на фронт военным фельдшером. В 1943 году на санитарную часть, в которой служил Николай Андреевич, был совершен налет фашистских самолетов. Бомбы попали в здание, где лежали раненные. Вместе с фельдшером Натальей Федоровной Пушиной Николай Андреевич вынесли из огня несколько десятков раненых. Федора Пушина сильно обгорела и умерла на руках у Николая. Сам Копытенков получил тяжёлые ожоги, но выжил. После лечения в госпитале вернулся на фронт.



Рис.5  
Виктор Иванович  
Быковский  
Военный фельдшер

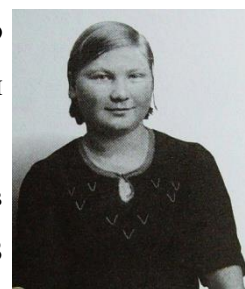


Рис.6  
Феодора Андреевна  
Пушина  
Фельдшер санитарной  
роты



Рис.7  
Николай Андреевич  
Копытенков  
Военный фельдшер

После войны Николай Андреевич стал стоматологом. [3]

Изучив биографию имен медицинских сестер и фельдшеров, мы сделали вывод, что необходимо расширить знания о этих малоизвестных людях, чей подвиг невозможно оценить, мы приняли решение сделать фотовыставку с краткой биографией, чтобы студенты имели возможность в свободное время ознакомиться с подвигами медицинских работников. Цели выставки:

- **Показать роль и место здравоохранения в тяжёлое военное время.** Экспозиция должна рассказать о подвигах медиков на фронте и в тылу.
- **Собрать и сохранить информацию о медиках,** их подвигах, жертвах и профессиональном мастерстве в условиях военных действий. Для этого используются архивные материалы, свидетельства очевидцев, фотографии и документы.
- **Популяризировать историю медиков в годы Великой Отечественной войны.** В рамках выставки можно организовать мероприятия и публикации, направленные на сохранение и передачу будущим поколениям истории этих героев.
- **Продемонстрировать преемственность поколений.** Многие экспонаты предоставлены нынешними врачами, чьи предки лечили раненых во время войны. Цель работы провести анализ и представить имена медицинских работников, которые совершали подвиги в годы Великой Отечественной Войны достигнута путем решения задач.

В период с марта по июнь 2025 выставку посетили более 300 учащихся школ и колледжа. Для учащихся школ выставка особенно интересна, ведь они узнают не только историю, но и имена выдающихся и отважных героев нашей страны, медицинских работников (Рис. 8).

Свою деятельность мы отражаем в СМИ публикуя статьи о работе выставки на странице в ВК Ирбитского филиала и на личной странице, чтобы как можно больше заинтересованных людей узнавали о существовании такой возможности. [https://vk.com/wall416529083\\_1052](https://vk.com/wall416529083_1052)



**Рис.8**  
Работа выставки  
Белоногов Владислав

#### Литература

1. Гайдар Б.Р. Роль медиков в Великой Отечественной войне. – ПБ.; Медицинский вестник, 2005 №3
2. Ванчинов Д.П. «Поволжье в годы Великой Отечественной войны 1941-1945гг.». Исторический очерк. Издательство Саратовского университета 1976
3. <https://gpmu.org/news/news1473>

«Спасибо вам за чуткость и заботу,  
За вашу беспокойную и нужную работу.  
Душевность ваша нам передается,  
Спасибо вам, что наше сердце бьется».

## **РАЗВИТИЕ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ФАРМАЦИИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ: ПОИСК НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

Закалина Яна Сергеевна

Руководитель: Юрьева Ольга Валерьевна, преподаватель

Ирбитский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Ирбит, Россия

Военно-полевая фармация всегда стояла перед критически важной задачей: обеспечение эффективного и своевременного лечения раненых и больных в условиях ограниченных ресурсов, удаленности от стационарных медицинских учреждений и повышенной опасности. Развитие военно-полевой фармации на протяжении истории характеризовалось двумя основными направлениями: поиском новых лекарственных средств и адаптацией традиционных рецептов к специфическим условиям военного времени.

Великая Отечественная война (1941-1945гг.) стала не только периодом героизма и страданий, но и временем значительных достижений в области медицины и фармацевтики. В условиях войны возникла острая необходимость в разработке новых лекарственных средств, что привело к значительным изменениям в военно-полевой фармации.

Актуальность темы обусловлена тем, что опыт, полученный в годы войны, продолжает оказывать влияние на современные подходы к медицинскому обеспечению в условиях экстренных ситуаций. Войны на протяжении всей истории человечества неизменно служили катализатором научных и медицинских достижений. В условиях боевых действий, где каждая секунда может стоить жизни, необходимость в быстром и эффективном лечении раненых становится первоочередной задачей. Это требует не только совершенствования существующих методов, но и разработки новых подходов и средств, которые могут быть использованы на поле боя.

С началом войны в июне 1941 года система медицинского обеспечения оказалась в критическом состоянии. Первые месяцы военных действий выявили серьезные недостатки в фармацевтическом обеспечении. Основным приоритетом стало создание структуры для

оказания первичной медицинской помощи. Сети полевых госпиталей и аптек формировались спонтанно, многие медики были вынуждены работать с ограниченными ресурсами, что вызывало невыносимую нагрузку на медицинский персонал. На фронте остро не хватало ключевых препаратов. Например, антисептики, обезболивающие и перевязочные материалы использовались в крайне ограниченных количествах. Многие раненые не получали необходимую помощь вовремя, что увеличивало риск развития инфекций и смертность. [1]

В 1942 году, после первой волны потерь, военное командование начало осознанно подходить к организации медицинской помощи. В условиях острого дефицита аптекари и врачи начинали самостоятельно изготавливать простые лекарства. Часто использовались растения, такие как череда и календула, для приготовления настоев и мазей.

Советская фармацевтическая индустрия столкнулась с серьезной нехваткой лекарственных средств, что вызвало необходимость в поиске и производстве альтернативных медикаментов. Одной из передовых инициатив этого периода стало организованное производство синтетической камфоры, витаминов из хвои сосны, а также лекарственных препаратов из околоплодников незрелых грецких орехов. Одним из наиболее ярких примеров данных усилий стало решение проблемы с дефицитом лобелина – алкалоида, который добывают из растения лобелия и который используется как *стимулятор дыхания*. Лобелин был особенно важен для лечения раненых, и его поступление из-за границы в условиях войны стало невозможным. Поэтому возникла необходимость в поиске местных заменителей этого препарата. [5]

Решение проблемы было найдено учеными из Никитского ботанического сада, расположенного в Крыму. Они провели исследования и обнаружили, что в плодах ракитника содержится новый алкалоид – цитизин, который по своему действию оказался аналогичен лобелину. Несмотря на оптимистичные находки, задача обеспечения достаточного количества сырья оставалась сложной. На помощь ученым пришло самопричиненное сотрудничество местного населения, что стало примером патриотизма и солидарности во время войны. Жители Ялты активно участвовали в заготовке сырья. В результате было собрано 1314 кг плодов ракитника, что позволило значительно увеличить объемы производства. Заготовленное сырье было отправлено на переработку на завод в Москве, где эксперты смогли получить необходимое количество препарата. [6]

С 1943 года на фронте началась новая эра в медицине – массовое производство антибиотиков, таких как пенициллин. Традиционные методы лечения (кровопускание, травы, ртуть) были малоэффективны и опасны. Решение пришло после Первой мировой войны, когда Александр Флеминг обнаружил, что плесень уничтожает бактерии. Он не смог

выделить пенициллин, но сохранил образцы. Позже, в 1939 году, Эрнст Чейн выделил чистый пенициллин, а Говард Флори испытал его на животных. В 1943 году в США наладили массовое производство. В 1945 году Флеминг, Чейн и Флори получили Нобелевскую премию за открытие пенициллина, ставшего "самым большим приближением к созданию идеального вещества для лечения множества известных заболеваний".



Рис.1. Портрет Александра  
Флеминга

Советские медики, не имея доступа к пенициллину, под руководством З.В.Ермольевой создали свой антибиотик «пенициллин-крустозин». Команда Ермольевой искала плесень, обладающую антибактериальными свойствами, и нашла подходящий образец (*Penicillium crustosum*) на Яузском бульваре.

Клинические испытания в 1943 году показали эффективность препарата, что привело к его внедрению в военно-медицинскую практику. Применение крустозина в ходе Прибалтийской операции снизило смертность от ран и инфекций в армии на 80%. [3]



*Фармация в годы Великой Отечественной войны: трудности и преодоление* Рис.2 Пенициллин в упаковке

В годы Великой Отечественной войны советская фармация столкнулась с огромными трудностями:

- Нехватка сырья из-за оккупации территорий, например, в первое время войны восточные регионы страны, где производили большинство лекарственных растений, оказались под контролем врага, что затрудняло сбор и переработку сырья. [7]



- Уничтожением фармацевтических предприятий. В Ленинграде был закрыт завод "Эссенция", что вызвало резкое сокращение производства жизненно необходимых медикаментов (Йод, Морфий, витаминизированные препараты – такие как витамин С и комплексные витаминные препараты для поддержания здоровья). Некоторые заводы все же смогли продолжать работу, приходилось работать в условиях нехватки капитальных ресурсов и приборов. [5]

- Дефицит квалифицированных кадров. Многие врачи и фармацевты были призваны на фронт, а те, кто остался, часто перегружались работой. Например, известно, что в 1941 году многие аптеки были вынуждены закрываться из-за недостатка персонала. Некоторые аптекари, которые остались, были вынуждены заменять более сложные процессы, с которыми они ранее не работали. Это влияло на качество медикаментов и доступность услуг для населения. [7]

Преодоление этих многочисленных трудностей потребовало значительных усилий и мобилизации всех возможных ресурсов. Государственные органы и медицинские учреждения работали над разработкой новых стандартов и норм, а также внедряли строгий контроль за качеством производства медикаментов. Многочисленные медицинские работники показывали высокий уровень героизма, часто работая в условиях нехватки ресурсов и под угрозой обстрелов. Волонтерские организации и медикаменты, созданные на основе доступных ресурсов, помогали обеспечить армии и населению необходимыми медикаментами. [2]

#### *Значение традиционной медицины в годы Великой Отечественной войны*

Во время Великой Отечественной войны, из-за дефицита медикаментов и разрухи, традиционная медицина стала жизненно важной. Местные жители использовали знания о лекарственных растениях для лечения ран, инфекций и других заболеваний. Фармацевты производили фитопрепараты, а медперсонал обучался *траволечению*. Широко применялись компрессы и примочки. Например, компрессы из листьев подорожника известны были своими ранозаживляющими свойствами, а примочки с настоем шалфея использовались для снятия воспалений. Они позволяли облегчить страдания раненых и быстро справляться с инфекциями. Продукты пчеловодства и глина: мед использовался не только как пища, но и как антисептик, благодаря своим противомикробным свойствам, также активно использовалась глина для лечения кожных заболеваний и снятия воспалений, что вновь подчеркивало гибкость и адаптивность традиционных методов в сложных условиях. Знахари оказывали психологическую поддержку. Распространялись руководства по народной медицине. Они использовали традиционные обряды, молитвы и



другие методики для поддержания морального духа. Традиционная медицина компенсировала нехватку медикаментов, спасала жизни и поддерживала дух народа. [4]

Великая Отечественная война выявила масштаб трудностей для медицины и фармацевтики, став катализатором значительных достижений и инноваций. Глобальный дефицит медикаментов и сырья заставил медиков искать альтернативные решения, что способствовало развитию новых подходов и технологий, оказавших длительное влияние на практику. Аптекари и врачи, стремясь обеспечить раненых эффективными средствами, продемонстрировали человеческую стойкость, сочетая традиционные методы с современными разработками. Опыт войны подчеркнул важность интеграции традиционных и научных методов лечения, а также необходимости готовности системы здравоохранения к кризисам. История этого периода показывает, что даже в тяжелые времена наука и человечность помогают преодолевать трудности, сохранять моральный дух и искать новые пути лечения. Уроки войны остаются актуальными для современных условий экстренного медицинского обеспечения, подчеркивая важность адаптивности системы здравоохранения.

#### Литература

1. Бобров, В. И. (2007). История отечественной медицины. Москва: Медицина. Глава 3. С. 45-50.
2. Кузнецова, Н. П. Медицинская помощь в годы Великой Отечественной войны: Опыт и уроки – Глава 5 "Роль фармацевтики", страницы 80-95.
3. Максим Майоров истребители бактерий. Антибиотики в годы великой отечественной войны // электронное периодическое издание «научная Россия». - Москва: 2022. - С. 1.
4. Мартынов, В. И. "История русской медицины в годы Великой Отечественной войны" – раздел 3 "Традиционная медицина и её роль". С. 105-130.
5. Мартынов, В. И. "История русской медицины в годы Великой Отечественной войны" – Глава 4 "Фармацевтическая промышленность и её проблемы", С. 150-175.
6. Подольский, Н. И. "Фармацевтическая индустрия СССР в годы Великой Отечественной войны" – Глава 3 "Альтернативные источники лекарственных средств". С. 45-60с.
7. Семенов, А. Л. "Фармация на войне: Взгляд через призму истории" – Глава 2 "Проблемы и решения фармацевтики в условиях войны", С. 45-66.

# **НОВАЯ СУБКУЛЬТУРА У ПОДРОСТКОВ: БЕЗОБИДНАЯ ИГРА ИЛИ СИГНАЛ О ПРОБЛЕМЕ**

Киселева Надежда Васильевна

Руководитель: Распутина Наталья Эдуардовна, преподаватель

Ирбитский филиал ГБПОУ «СОМК»

Ирбит

В настоящее время наблюдается повышенный интерес к различным подростковым направлениям, многие подростки всё чаще становятся участниками неформальных движений. Это часто неоднозначно воспринимается сверстниками и людьми старшего поколения. Незнание сущности неформальных движений и субкультур становится причиной осуждения молодёжных объединений. Одним из таких последних увлечений подростков и молодежи стала квадробика.

Дети по всему миру надевают маски животных и бегают на четвереньках, имитируя повадки кошек, лис или собак. Это квадробика – субкультура, участники которой ведут себя как животные. В России уже звучат призывы запретить ее. В Государственной Думе обсуждают инициативу запрета пропаганды «деструктивной идеологии», в том числе квадроберства. Для одних детей это безобидное хобби и игра, для других – образ жизни, который становится проблемой для родителей и окружающих.

С начала 2024 года в социальных сетях кипят обсуждения квадробики. Это новая субкультура, популярная среди детей и подростков. Их главная фишка – подражание повадкам животных, ношение масок и костюмов. Все мы в детстве представляли себя лошадками, кошечками и щенками. Но порой квадроберы выходят за рамки игры. Например, могут наброситься на прохожих людей или на настоящих животных. Так, где же находится та самая грань, когда квадробика превращается из невинной детской забавы в девиантное поведение [1]?

Актуальность работы: в последнее время большое внимание привлекает к себе новое молодежное движение под названием «Квадроберство». С одной стороны - безобидное детское увлечение, с другой - хобби, вызывающее все большие опасения у общества.

Цель работы – проанализировать влияние нового подросткового течения (квадроберство) на подрастающее поколение.

Задачи:

1. Изучить литературные источники по выбранной теме.
2. Рассмотреть роль этого движения в современном обществе.
3. Провести анкетирование подростков.

#### 4. Сделать выводы по результатам исследования.

Объект исследования – новое подростковое течение – квадроверство.

Предмет исследования – отношения подростков к новой субкультуре.

Термин «квадробика» происходит от латинского слова *quattuor* (четыре) и «аэробика». Подражая животным, квадроверы бегают на четвереньках, имитируют движения кошек, лис, собак и прочих зверей и оттачивают разные трюки вроде прыжков или лазания по деревьям. Маски и хвосты животных – обязательный атрибут квадровера и весьма отличительный.

Основателем квадробики считается японский спринтер Кеничи Ито. По его словам, в детстве его называли «обезьяной» из-за специфической внешности. Вдохновляясь движениями обычных обезьян, он разработал свою собственную методику передвижения на четырех конечностях. Ему удалось «легитимизировать» свое увлечение в 2008 году, когда представители Книги рекордов Гиннеса зафиксировали мировой рекорд – 18,58 секунд – по скорости передвижения таким необычным образом.

Околоспортивное происхождение квадробики – основное отличие, на которое указывают сами квадроверы, чтобы избежать сравнения с другими субкультурами, такими как «терианы» и «фурри», связанными с творческими и духовными аспектами жизни.

Терианы (териантропы) – представители субкультуры, построенной вокруг отождествления людей с другими биологическими видами. Возникновение движения терианов связывают с сетевым сообществом *alt.horror.werewolves*, которое появилось в 1992 году. По словам участников сообщества, они обратились к териантропии с целью обретения единства с природой.

Фурри – субкультура, участники которой используют звериные образы в качестве творческого самовыражения. При создании персонажей фурри придают им антропоморфные черты – прямохождение, речь, стиль одежды и т.д. Важной частью субкультуры также является сочинение художественных текстов, в которых могут быть прописаны биография персонажа, определенные моменты его жизни, характерные особенности поведения.

У маленьких детей границы между фантазиями и реальностью практически отсутствуют. Ведь ведущей деятельностью для дошкольников является игра. А чтобы она была интересной, им на помощь приходит воображение. Когда ребёнок встаёт на четвереньки, он автоматически может превратиться в собачку или кошечку. Если ребёнок наденет наряд животного, то он ещё глубже погрузится в мир фантазий, где возможно всё: питомцы разговаривают, магия реальна, а страхи могут быть побеждены.

Перевоплощение даёт ребёнку ощущение контроля над своими страхами и помогает выразить эмоции. Через игру дети открывают для себя новое, учатся взаимодействовать с окружающими и переживают свои эмоции, а также изучают мир с другой точки зрения.

Квадробика – ещё одно явление, которое в раннем возрасте становится важнейшей частью психологического и эмоционального развития. Ведь для того, чтобы поиграть в такую игру, детям необходимо придумать, кем они будут, сюжет, костюмы, договориться о правилах.

Когда ребёнок вырастает и становится подростком, безобидная игра с переодеванием в животное может принять совершенно другой характер. Например, такое поведение часто является способом ухода от реальности, бегства от проблем, с которыми он не может справиться.

Самая главная цель подросткового периода – поиск себя, в котором человек познаёт и сравнивает себя с другими. Происходит быстрое вовлечение детей в квадробику с нехваткой внимания и поддержки со стороны родителей и педагогов, проблемами в поиске общего языка со сверстниками [5].

Необходимо различать нормальное детское поведение, когда ребенок бегает в маске по парку, и отклонение от нормы, когда дети старшего возраста проводят досуг в масках животных, объединяясь в группы. В случае, если такое поведение наблюдается на протяжении нескольких месяцев, родителям стоит обратить внимание, есть ли у ребенка возможность выразить себя в творчестве, улучшить успехи в учебе, обсудить с детским психологом и психиатром психологическое состояние ребенка.

Квадробика на детей и подростков может влиять по-разному. У этого явления есть как положительные, так и негативные стороны. На кого-то квадробика может влиять хорошо. Тогда дети и подростки приобретают: стимулирование творчеством и воображение; появление друзей, которые готовы прийти на помощь; развитие эмпатии и понимания, что все люди имеют возможность самовыражаться; укрепление уверенности в себе через проявленность в сообществе и в социальных сетях.

Очень часто у квадроберов поведение начинает выходить за рамки общепринятых норм и правил. Например, они начинают царапаться, кусаться и есть корм для животных. Такое поведение возникает:

1. Происходит стирание границ между реальной и воображаемой жизнью. То есть ребёнок не понимает, что его поведение может в ту или иную секунду времени не соответствовать нормам.

2. Данная субкультура подвергается насмешкам и непониманию со стороны сверстников и взрослых. В формате протеста подростки и дети могут вести себя некорректно.

3. Идентификация себя с животным переходит в реальную жизнь. Ребёнок не может жить без маски зверя, ведь только с ней он чувствует себя сильным и уверенным.

Необходимо начать бить тревогу, если на вопрос «почему ты хочешь заниматься квадробикой?» внятного ответа не получено, и родители понимают, что поведение ребенка начинает ухудшаться. Первоначально важно понять, какие проблемы есть у ребёнка или подростка. Решать их нужно через спокойное общение в кругу семьи или с помощью детского психолога. Какие же проблемы могут сподвигнуть ребёнка к девиантному поведению: проблемы в семье; потеря близкого человека; взаимоотношения со сверстниками, например - буллинг; проблемы в школе с педагогами; успеваемость в школе или в секциях; желание соответствовать чьим-то ожиданиям; интернет, где через соцсети могут пропагандировать, что девиантное поведение – нормально [4].

Нами было проведено анонимное анкетирование «Отношение к квадроберству» среди детей и подростков, в котором приняли участие 102 человека. Среди них: студенты 1 курса Ирбитского филиала ГБПОУ СОМК в возрасте 16-17 лет (72 человека) и ученики школы № 10 в возрасте 12-13 лет (30 человек).

Основное внимание было уделено знанию студентов и школьников об этом молодежном течении, а также их отношению к этому движению. Нами подведены результаты анкетирования:

1. Большая часть студентов – 64% и 40% школьников считают, что квадроберство – это отклонение от нормы поведения человека. И 33% учащихся считают, что это неофициальный вид спорта.

2. Более половины респондентов ответили, что человек считающий себя квадробером, имеет психические отклонения.

3. Квадроберами себя считают среди школьников – 23%, среди студентов – 5%. И хотели бы стать квадроберами 7% обучающихся и 17% учащихся.

4. Большинство респондентов не хотели бы находиться в одном обществе с квадроберами.

5. И 80% анкетизируемых не хотели бы, чтоб их дети в будущем были квадроберами.

6. 35% родителей опрошенных студентов негативно относятся к квадроберству, 55% не обсуждали эту тему с родителями. И 30% родителей опрошенных учеников так же отрицательно относятся к данному сообществу, 43% не обсуждали данную тему с родителями, 20% родителей относятся нейтрально.

Проанализировав результаты анкетирования, сделаны следующие выводы:

Большинство респондентов не увлекаются данным направлением и считают его отклонением от нормы, но есть небольшой процент, которые им интересуются, а также 12% респондентов считают себя квадроберами, что говорит о возможных проблемах в семье или социализации в обществе. Более половины респондентов вообще не обсуждали эту тему в семье, а 50% родителей относятся к ней нейтрально, испытывая дефицит знаний по новым молодежным течениям и возможным последствиям от увлечения ими. Родителям надо проводить больше времени с детьми, интересоваться их увлечениями. Учителям необходимо организовывать и проводить мероприятия для сплочения в коллективе, развития творческих способностей детей и восполнять дефицит знаний на родительских собраниях о возможных последствиях увлечения новыми молодежными течениями.

Квадроберство: отклонение от нормы или необычное детское хобби, ответ на этот вопрос каждый выбирает для себя сам, но родителям стоит задуматься и присмотреться к ребенку, если в подростковом возрасте он вдруг надел маску, тем самым спрятавшись за ней от мира, и стал подражать животным.

Вред любая субкультура, в том числе и квадробика, может нанести подростку в том случае, если он будет слишком сильно в нее погружен, особенно это опасно для тех ребят, которые плохо социализируются, не имеют выраженных контактов со сверстниками, дистанцированы от родителей и даже до занятия квадробикой вызывали настороженность со стороны специалистов, либо родителей в плане своей оторванности от социальной реальности, такие дети могут безвозвратно уйти в образ животных [5].

Мы живём в эпоху всеобщей модернизации и в быстроменяющемся мире, появление особенностей поведения у детей говорит о том, что с ними происходят перемены. Необходимо разобраться в причинах, которые приводят к этому. Это конечно трудно, но важно стать другом для ребенка, его коллектива, его окружения. Взаимодействия родителей и детей – это крепкий союз, цель которого – счастье подрастающей личности, входящей в современную жизнь.

#### Литература

1. Фазилов Ф. М. «Попытка осмысления правового регулирования квадробики» // Universum: экономика и юриспруденция: электрон. научн. журн. 2024. 11(121)
2. Грушевская В. Детки в клетках: стоит ли бояться квадроберов и кто монетизирует зверскую субкультуру // Деловой Петербург: 6 октября 2024.
3. Андреева Г.М. Социальная психология [Текст]/Г.М. Андреева – М.: Просвещение, 2021, - 430 с.

4. Белкин А.С. «Трудные» подростки [Текст]/А.С. Белкин – Воспитание школьников, 2021, 221 с.

5. Клейберг Ю.А. Психология девиантного поведения: Учебник. – 13-е изд., перераб. и доп. – Краснодар: Изд-во ИП Дедков, 2022. 618 с. (Серия: Учебник нового столетия).

## **ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ.**

### **ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ В КОНТЕКСТЕ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ**

Мальцева Дарья Андреевна

Руководитель: Бунькова Елена Александровна, библиотекарь

Ирбитский филиал ГБПОУ «СОМК»

В современном мире вопросы охраны здоровья и обеспечения адекватного питания населения занимают центральное место в политике социального развития. Особую актуальность приобретает забота о здоровье и питании уязвимых групп населения, таких как дети, пожилые люди, инвалиды и лица с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), а также профессиональные группы, чья деятельность связана с повышенными рисками для здоровья. Данная работа посвящена анализу проблем и перспектив охраны здоровья и питания этих групп населения в контексте достижения целей устойчивого развития.

Теоретические основы охраны здоровья и питания.

Охрана здоровья населения – это комплекс мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья, профилактику заболеваний и увеличение продолжительности жизни. Питание, в свою очередь, является одним из важнейших факторов, определяющих здоровье и качество жизни человека. Адекватное и сбалансированное питание обеспечивает организм энергией, необходимыми питательными веществами и способствует нормальному функционированию всех органов и систем.

Концепция устойчивого развития, принятая на Конференции ООН по окружающей среде и развитию в Рио-де-Жанейро в 1992 году, предполагает сбалансированное развитие экономики, социальной сферы и окружающей среды. В рамках целей устойчивого развития особое внимание уделяется вопросам охраны здоровья и обеспечения продовольственной безопасности, что подчеркивает необходимость комплексного подхода к решению проблем, связанных со здоровьем и питанием уязвимых групп населения.

Особенности и проблемы охраны здоровья и питания отдельных групп населения.

Дети являются особенно уязвимой группой населения, поскольку их организм находится в стадии активного роста и развития. Одной из главных проблем детского возраста является недостаточное или несбалансированное питание. В детском возрасте это может привести к задержке роста, снижению иммунитета, нарушению когнитивных функций и развитию хронических заболеваний в будущем. В связи с этим приоритетными задачами охраны здоровья детей являются обеспечение грудного вскармливания, своевременное введение прикорма, профилактика дефицита микронутриентов и формирование здоровых пищевых привычек.

С возрастом происходят изменения в организме, которые влияют на пищеварение, усвоение питательных веществ и потребность в энергии. Пожилые люди часто страдают от хронических заболеваний, снижения аппетита, проблем с зубами и деснами, а также социальной изоляции. Все эти факторы могут приводить к недостаточному питанию и ухудшению здоровья. Важными задачами для повышения качества жизни данной категории граждан являются обеспечение достаточного количества белка, витаминов и минералов, учет хронических заболеваний и индивидуальных потребностей, а также создание условий для социальной активности и общения.

Инвалиды и лица с ОВЗ часто сталкиваются с дополнительными барьерами в доступе к медицинской помощи и услугам питания. Ограничения в передвижении, трудности с самообслуживанием, хронические заболевания и социальная изоляция. Данные проблемы могут приводить к снижению качества жизни. Эта группа населения нуждается в обеспечении доступности медицинской помощи и услуг питания, разработке индивидуальных программ реабилитации, с учетом особых потребностей и создании условий для социальной интеграции.

Некоторые профессиональные группы (например, шахтеры, работники химической промышленности, спортсмены) подвергаются повышенному риску развития профессиональных заболеваний и нуждаются в особом внимании к охране здоровья. Условия труда, физические нагрузки и воздействие вредных факторов могут приводить к истощению организма, дефициту питательных веществ и развитию хронических заболеваний. Важными задачами являются обеспечение безопасных условий труда, регулярные медицинские осмотры, выдача бесплатного лечебно-профилактического питания и разработка индивидуальных программ питания с учетом специфики профессиональной деятельности.

Стратегии и перспективы улучшения охраны здоровья и питания.



Для улучшения охраны здоровья и питания отдельных групп населения необходимо реализовать комплексную стратегию, которая будет включать несколько направлений.

Необходимо разработать и реализовать национальные программы и стратегии, направленные на улучшение охраны здоровья и питания уязвимых групп населения. Эти программы должны учитывать специфические потребности и особенности каждой группы, а также обеспечивать координацию деятельности различных ведомств и организаций.

Нормативно-правовая база требует совершенствования для регуляции вопросов охраны здоровья и питания, с целью обеспечения равных прав и возможностей для всех граждан. Следует разработать и внедрить стандарты качества медицинской помощи и услуг питания, а также механизмы контроля за их соблюдением.

Следует развивать систему здравоохранения, обеспечивая доступность качественной медицинской помощи для всех слоев населения, в том числе для жителей сельских и отдаленных районов. Особое внимание необходимо уделять развитию первичной медико-санитарной помощи, профилактике заболеваний и ранней диагностике.

Совершенствование системы социальной защиты, обеспечит адресную поддержку нуждающимся гражданам. Это расширит перечень льгот и выплат, предоставляемых уязвимым группам населения, а также будет способствовать развитию социальной службы, оказывающей помощь в организации питания и уходе за больными.

Просветительские кампании, направленные на формирование здоровых пищевых привычек и повышение уровня знаний о здоровом образе жизни, являются важной частью работы по охране здоровья населения. Следует использовать различные каналы коммуникации, в том числе средства массовой информации, интернет и социальные сети, для распространения информации о правильном питании и профилактике заболеваний.

Необходимо поддерживать научные исследования, направленные на изучение проблем охраны здоровья и питания некоторых групп населения, разработку новых методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний, а также создание инновационных продуктов питания, обогащенных питательными веществами.

Успешная реализация стратегии охраны здоровья и питания требует тесного взаимодействия между различными ведомствами и организациями, включая министерства здравоохранения, образования, социальной защиты, сельского хозяйства, а также общественные организации и бизнес-структуры.

#### Литература

1. Медик, В.А., Юрьев, В. К. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] / В.А.Медик, В. К. Юрьев – 3-е изд. – Москва: ГЭОТАР-МЕДИА, 2014 – 287 с.

2. Лисицын, Ю.П., Улумбекова, Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова – 3-е изд. – Москва: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015 – 544 с.

3. Семина, Т.В. Организация здравоохранения и общественное здоровье [Текст] /Т.В. Семина – Москва: НМИЦССХ им. А.Н.Бакулева МЗ РФ, 2020 – 186 с.

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ И СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ ТРАВМ СПИННОГО МОЗГА**

Мыльников Алексей Сергеевич

Руководитель: Юрьева Ольга Валерьевна, преподаватель

Ирбитский филиал ГБПОУ

«Свердловский областной медицинский колледж»

г. Ирбит

Травмы спинного мозга остаются одними из самых тяжелых и сложных в медицине, значительно влияя на качество жизни пострадавших и их семей. В условиях быстрого развития технологий, медицины и социальной сферы к 2025 году вопросы реабилитации и социальной адаптации инвалидов после травм спинного мозга приобретают особую актуальность. Современные методы лечения, инновационные средства реабилитации и интеграционные программы позволяют не только восстанавливать функции организма, но и способствуют полноценной социальной жизни людей с инвалидностью. Обеспечение качественной реабилитации и социальной поддержки становится важнейшей задачей государств и общества для повышения уровня жизни и интеграции инвалидов в общество.

### *Особенности травм спинного мозга и их влияние на жизнь пациентов*

Повреждений, травмы спинного мозга представляют собой серьезную медицинскую проблему, которая может привести к частичной или полной потере двигательных и сенсорных функций в зависимости от уровня и тяжести повреждения. Такие травмы чаще всего возникают в результате дорожно-транспортных происшествий, падений, насильственных действий или спортивных травм. Последствия повреждения спинного мозга могут включать паралич, потерю чувствительности, нарушения работы внутренних органов и другие осложнения, что значительно ухудшает качество жизни пациентов.

*Классификация* травм спинного мозга основывается на уровне повреждения и степени сохранения функций:

*По уровню повреждения:*

- Цервикальный отдел (шейный) – наиболее опасный, так как повреждение этого отдела часто приводит к квадриплегии (полной или частичной потере движений и чувствительности в руках и ногах) и нарушению дыхания.
- Грудной отдел – повреждение вызывает параплегию (потерю движений и чувствительности в нижних конечностях).
- Поясничные и крестцовые отделы – могут сохраняться функции нижних конечностей и органов малого таза, хотя возможны нарушения чувствительности и функции мочевого пузыря.

*По степени повреждения:*

- Полные травмы – полная утрата двигательных и чувствительных функций ниже уровня повреждения. В таких случаях сохраняются только функции, связанные с сохранением жизни, например, дыхание (при повреждении высокого уровня).
- Неполные травмы – частичное сохранение функций. Например, пациент может сохранять некоторую подвижность или чувствительность. [1]

Травмы спинного мозга приводят к широкому спектру физических и психологических последствий, существенно влияющих на качество жизни пациентов. Физические последствия зависят от уровня повреждения и степени его тяжести. Одним из наиболее ярких проявлений является потеря двигательных функций: у пациентов с полными травмами наблюдается полная утрата способности к движению ниже уровня повреждения, что приводит к параличу конечностей. В случае неполных травм сохраняется частичная подвижность или чувствительность, что позволяет некоторым пациентам сохранять ограниченную самостоятельность.

Психологические последствия травм спинного мозга не менее значимы и зачастую требуют длительной психологической поддержки. Потеря двигательных функций и автономных возможностей вызывает сильный шок, депрессию, тревожность и снижение самооценки. Многие пациенты сталкиваются с ощущением беспомощности, отчаяния и утратой жизненных целей, что особенно ярко выражено у молодых людей и тех, для кого активный образ жизни был важной частью идентичности. Психологические травмы нередко усугубляются социальными трудностями: изоляцией, утратой трудовой деятельности, проблемами в межличностных отношениях. В результате возникает необходимость длительной психотерапии и поддержки, направленных на адаптацию к новой реальности, восстановление уверенности и развитие новых жизненных ориентиров. [2]

*Социальная адаптация инвалидов после травм спинного мозга*

- Важность социальной интеграции и трудовой реабилитации

- Социальная интеграция является ключевым аспектом повышения качества жизни инвалидов после травм спинного мозга. Обеспечение возможности участия в общественной жизни способствует снижению чувства изоляции, развитию самостоятельности и восстановлению психологического равновесия. Трудовая реабилитация помогает не только обеспечить финансовую независимость, но и повысить самооценку, социальную активность и чувство полноценности. Реализация программ трудовой адаптации способствует созданию условий для возвращения инвалидов к профессиональной деятельности, что в свою очередь способствует их социальной интеграции.

- Образовательные и профессиональные программы

- Образовательные инициативы и профессиональные тренинги предназначены для расширения возможностей инвалидов в получении новых знаний и навыков, соответствующих современным требованиям рынка труда. Создаются специальные курсы, адаптированные под потребности людей с ограниченными возможностями, что позволяет им овладеть востребованными профессиями. Эти программы способствуют формированию устойчивой профессиональной идентичности и открывают новые перспективы для карьерного роста.

- Социальные службы и поддержка

- Государственные и муниципальные социальные службы играют важную роль в обеспечении поддержки инвалидов. В их функции входит оформление инвалидности и предоставление социальных пособий, организация реабилитационных центров и услуг по социальной адаптации. Реабилитационные центры предоставляют комплексные услуги: медицинскую, психологическую и социальную поддержку, обучение навыкам самостоятельной жизни, а также консультации по вопросам социальной интеграции. Важным аспектом является создание условий для полноценной жизни инвалидов, их участие в общественных и культурных мероприятиях. [3]

#### *Примеры реабилитационных методов и технологии*

- 1) Использование робототехники и экзоскелетов – внедрение современных технологий, таких как экзоскелеты, позволяет пациентам восстанавливать ходьбу и повышать уровень самостоятельности. В ряде центров по всему миру уже успешно реализуются программы их применения.



Рис.1. Применение экзоскелета

2) Дисциплинарный подход – комплексная реабилитация, включающая физиотерапию, психологическую поддержку, обучение навыкам самостоятельной жизни и профессиональную адаптацию, обеспечивает более высокий уровень восстановления и социализации.

3) Инновационные методы психологической поддержки – использование методов когнитивно-поведенческой терапии, групповых занятий и онлайн-ресурсов, помогает пациентам преодолеть психологические барьеры, связанные с травмой, и повысить мотивацию к реабилитации. [4]

Подводя итог всему вышесказанному, хочется подчеркнуть, что за каждым успехом в реабилитации – история борьбы, надежды и непоколебимой веры человека в свое будущее. За каждым выздоровлением – не только восстановленные функции, но и возрождение внутренней силы, которая позволяет снова поверить в жизнь, несмотря на испытания. Мы видим, как современные технологии, профессионализм специалистов и искренняя поддержка близких превращают невозможное в возможное. Но самое важное – это не только достижения медицины или технологий. Настоящее чудо – это история человека, который, преодолев травму, находит в себе силы не только вернуться к жизни, но и стать её вдохновением для других. В каждом случае – это напоминание о бесконечной ценности человеческой жизни, о том, что даже в самые темные мгновения есть свет надежды. Пусть наши усилия, практики и инновации станут не просто средствами восстановления, а символом нашей безграничной человечности и любви. Пусть каждая история выздоровления станет напоминанием о том, что даже после самой сильной бури приходит рассвет, и каждый из нас способен стать светом для другого человека.

#### Литература

1. Литвак М.Я., Иванова И.В. (2015). Травмы спинного мозга: клиника, диагностика, лечение. Москва: Медицина.

2. Петров В. А., Смирнова Н. Ю. (2017). Психосоциальные последствия травм спинного мозга. В сб.: Современные аспекты неврологии и реабилитации. Москва: Медицина.
3. Ковальчук Е. П., Иванова М. А. (2016). Социальная реабилитация и адаптация пациентов с травмами спинного мозга. В сборнике: Актуальные вопросы неврологии и реабилитации. Москва: Медицина,
4. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). (2018). Глобальный отчет о травмах и инвалидности: Восстановление и социальная адаптация.
5. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» статья 19 «Обеспечение реабилитации и адаптации инвалидов»

## **РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ПОДДЕРЖАНИИ ЗДОРОВЬЯ И ПРОДЛЕНИИ ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В РОССИИ**

Автор: Чиникайло Иван Михайлович

Руководитель: Киселева Н.Г., преподаватель

Ирбитский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Актуальность темы обусловлена старением населения России и необходимостью разработки эффективных стратегий поддержания здоровья и качества жизни пожилых людей. Физическая активность является одним из наиболее доступных и эффективных способов профилактики возраст-ассоциированных заболеваний и поддержания функциональной активности в пожилом возрасте.

Цель работы: систематизировать и обобщить современные научные данные о влиянии физической активности на организм пожилых людей в России, а также выявить основные факторы, препятствующие и способствующие повышению уровня физической активности в данной возрастной группе.

Задачи:

1. Изучить основные понятия, связанные с физической активностью и старением;
2. Определить долю лиц в возрасте 65 лет и старше среди общего населения в России;
3. Рассмотреть физиологические изменения, происходящие в организме с возрастом, и их влияние на способность к выполнению физических упражнений;

4. Обобщить научные данные о влиянии физической активности на различные аспекты здоровья пожилых людей;

5. Выявить основные факторы, препятствующие повышению уровня физической активности среди пожилых людей в России;

6. Разработать рекомендации по повышению уровня физической активности среди пожилых людей в России.

Наука о старении – геронтология – изучает нормальный процесс старения человека, его основные проявления и факторы, влияющие на характер, темпы и интенсивность старческих изменений. С геронтологией тесно связана гериатрия – область медицины, исследующая болезни людей пожилого и старческого возраста. Старение – естественный биологический процесс, характеризующийся постепенным снижением функциональных возможностей организма, увеличением восприимчивости к болезням и, в конечном итоге, смертью. Согласно данным Росстата, доля лиц в возрасте 65 лет и старше в России составляет 17,1%. Это примерно 24,994 млн человек на 1 января 2024 года. Росстат прогнозирует, что к началу 2046 года численность граждан старше трудоспособного возраста в России достигнет 37,3 млн человек, или 26,9%.



*Рисунок 1. Диаграмма – Доля лиц пожилого возраста на 2024 г.*



*Рисунок 2. Диаграмма – Доля лиц пожилого возраста на 2046 г. (прогноз).*

Физическая активность – любое движение тела, производимое скелетными мышцами, которое приводит к расходу энергии. Включает в себя упражнения, спорт, активный отдых, передвижение (ходьба, езда на велосипеде) и другие виды деятельности. Саркопения: Возрастная потеря мышечной массы и силы. Физическая активность, особенно силовые тренировки, может предотвратить или замедлить развитие саркопении. [1]

С возрастом организм претерпевает значительные физиологические изменения, которые оказывают существенное влияние на способность человека к выполнению физических упражнений.

В сердечно-сосудистой системе наблюдается снижение максимальной частоты сердечных сокращений, что уменьшает способность сердца перекачивать кровь во время интенсивных нагрузок. Артериальное давление, как правило, повышается, сосуды теряют эластичность, что затрудняет кровоток и увеличивает нагрузку на сердце. Возникает также нарушение эндотелиальной функции, ухудшающей регуляцию тонуса сосудов. Эти изменения приводят к снижению выносливости, увеличению времени восстановления после физической нагрузки и повышают риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Поэтому для пожилых людей важно постепенно увеличивать интенсивность тренировок и избегать чрезмерных нагрузок.

Дыхательная система также претерпевает изменения. Снижается эластичность легких, уменьшается жизненная емкость, ухудшается газообмен, ослабевают дыхательные мышцы. Это приводит к одышке при умеренных нагрузках и снижению выносливости. Пожилым людям рекомендуется адаптировать интенсивность тренировок и использовать дыхательные техники, например, дыхание животом.

Костно-мышечная система претерпевает, пожалуй, самые заметные изменения, влияющие на физические возможности. Происходит снижение мышечной массы (саркопения) и силы, уменьшение минеральной плотности костей (остеопороз), дегенеративные изменения в суставах (остеоартрит), а также снижение гибкости. Эти изменения приводят к снижению силы и выносливости, увеличению риска падений и травм, а также к ограничению подвижности. Поэтому для пожилых людей крайне важны силовые тренировки для поддержания мышечной массы и силы, а также упражнения на гибкость и равновесие для улучшения координации и снижения риска падений.

Нервная система также не остается в стороне. С возрастом снижается скорость нервной проводимости, ухудшаются координация и баланс, снижаются когнитивные функции. Это приводит к замедлению реакции, увеличению риска падений и трудностям в обучении новым двигательным навыкам. Пожилым людям рекомендуется включать в тренировки упражнения на координацию и баланс, а также заниматься деятельностью, стимулирующей когнитивные функции.

Изменения затрагивают и эндокринную систему, в частности, снижение уровня гормонов, таких как тестостерон. Это может способствовать снижению мышечной массы и силы, а также нарушению обмена веществ [2].

Влияние всех этих изменений суммируется, приводя к снижению функциональных возможностей организма, ухудшению физической работоспособности и увеличению риска развития различных заболеваний. Именно поэтому адаптация физических упражнений для пожилых людей является крайне важной. Необходимо учитывать индивидуальные



особенности, медицинские противопоказания, начинать с низких нагрузок, сочетать различные виды упражнений, тренироваться регулярно, контролировать состояние во время тренировок и уделять особое внимание правильной технике выполнения. Консультация с врачом или сертифицированным тренером обязательна для разработки безопасной и эффективной программы тренировок. Также при изучении данного вопроса различными источниками доказано влияние физической активности на различные аспекты здоровья пожилых людей:

1) Сердечно-сосудистая система: снижение артериального давления, улучшение липидного профиля (снижение уровня "плохого" холестерина и повышение уровня "хорошего" холестерина), улучшение функции эндотелия (внутренней выстилки сосудов), снижение риска развития ишемической болезни сердца, инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний.

2) Костно-мышечная система: увеличение мышечной массы и силы, улучшение баланса и координации, снижение риска падений и переломов, замедление потери костной массы при остеопорозе, уменьшение боли и улучшение функции суставов при остеоартрите.

3) Когнитивные функции: улучшение памяти, внимания и исполнительных функций, снижение риска развития деменции и болезни Альцгеймера, улучшение настроения и снижение уровня тревоги и депрессии.

4) Психическое здоровье: снижение уровня стресса, улучшение самооценки и уверенности в себе, повышение социальной активности и чувства принадлежности, снижение риска развития депрессии и тревожных расстройств.

5) Другие аспекты: улучшение контроля уровня сахара в крови при диабете 2 типа; улучшение функции иммунной системы; снижение риска развития некоторых видов рака (например, рака толстой кишки и рака молочной железы); увеличение продолжительности жизни; улучшение качества жизни [3].

Основные факторы, препятствующие повышению уровня физической активности среди пожилых людей в России:

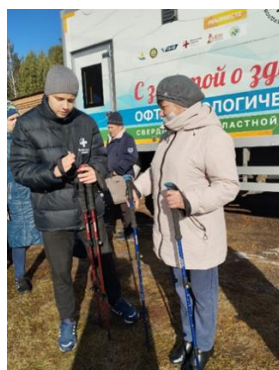
1) Социально-экономические факторы: низкий уровень дохода, ограничивающий доступ к спортивным залам, бассейнам и другим платным видам физической активности; недостаточное количество бесплатных или доступных программ физической активности для пожилых людей; неудобная транспортная инфраструктура, затрудняющая доступ к местам для занятий физической активностью; небезопасная окружающая среда (например, плохо освещенные улицы, неровные тротуары), увеличивающая риск падений.

2) Психологические факторы: недостаточная мотивация и низкая самооценка; страх падений и травм; недостаток знаний о пользе физической активности и способах ее безопасного выполнения; убеждение, что физическая активность не подходит для пожилых людей; депрессия и тревожность.

3) Медицинские факторы: хронические заболевания (например, остеоартрит, сердечно-сосудистые заболевания, диабет), ограничивающие возможность выполнять физические упражнения; боль; физические ограничения и инвалидность; недостаточная поддержка со стороны медицинских работников; прием лекарств, которые могут вызывать побочные эффекты, затрудняющие выполнение физических упражнений.

4) Другие факторы: недостаток времени; семейные обязанности; отсутствие поддержки со стороны семьи и друзей; недоступность информации о возможностях для занятий физической активностью.

С целью популяризации здорового образа жизни в рамках Всероссийского проекта «ДоброВСело» и других мероприятий в 2024-2025 годах были проведены мастер-классы по обучению северной ходьбе пожилых людей и всех желающих среди населения с. Килачево Ирбитского района, с. Бутка Талицкого района, пос. Лесной Ирбитский ГО и пос. Ертарский Тугулымский район Свердловской области.





## Всероссийский проект «ДоброVСело» 2024 года

Нами также сформулированы рекомендации по повышению уровня физической активности среди пожилых людей в России:

### 1) по Государственной политике:

- Разработка и реализация национальных программ по пропаганде физической активности среди пожилых людей.
- Финансирование программ физической активности для пожилых людей на местном уровне.
- Обеспечение доступа к безопасным и доступным местам для занятий физической активностью (например, паркам, скверам, спортивным площадкам).
- Создание условий для активного передвижения (например, пешеходных зон, велосипедных дорожек).

### 2) для медицинских работников:

- Рекомендовать физическую активность всем пожилым пациентам.
- Предоставлять информацию о пользе физической активности и способах ее безопасного выполнения;
- Направлять пациентов на программы физической активности, соответствующие их потребностям и возможностям.
- Учитывать индивидуальные особенности и ограничения пациентов при разработке рекомендаций по физической активности;

### 3) для общественных организаций:

- Организация бесплатных или доступных программ физической активности для пожилых людей (например, групповые занятия, скандинавская ходьба, танцы).
- Проведение информационных кампаний о пользе физической активности.
- Привлечение волонтеров для помощи в проведении программ физической активности.

### 4) для семьи и друзей:

- Поддерживать пожилых людей в их стремлении к физической активности.
- Приглашать их на совместные занятия физической активностью.
- Оказывать помощь в организации занятий физической активностью (например, в транспорте, в присмотре за детьми).

#### 5) Индивидуальные рекомендации:

- Начинать с небольших нагрузок и постепенно увеличивать их.
- Выбирать виды физической активности, которые нравятся и приносят удовольствие.
- Заниматься физической активностью регулярно.
- Сочетать аэробные упражнения, силовые тренировки и упражнения на гибкость и баланс.
- Консультироваться с врачом перед началом занятий физической активностью, особенно при наличии хронических заболеваний.
- Обращать внимание на сигналы своего тела и избегать перенапряжения.
- Наслаждаться процессом и не ожидать мгновенных результатов [4].

Таким образом, здоровый образ жизни является важнейшим фактором, который сказывается на качестве жизни лиц пожилого возраста. Влияние ЗОЖ простирается далеко за рамки личного благополучия, оказывая существенное воздействие на систему здравоохранения, экономику, социальную и другие сферы. Пропаганда и поддержка здорового образа жизни для пожилых людей – это не просто забота об отдельном человеке, но и инвестиция в будущее общества.

#### Литература

1. Ильницкий, А. Н., Прощаев, К. И. (ред.). Геронтология и гериатрия. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 – С. 8-17.
2. Казьмина, Э. Ю., Кобзева, И. В. Физическая культура и спорт в гериатрии. Ульяновск: УлГУ, 2018 – С. 23-40.
3. Гарматина, С. Н., Шабалина, Н. В. (ред.). Социальная геронтология, 2019. – С. 50-62.

## **ВЛИЯНИЕ ОПИСТОРХОЗА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА**

Анфиса Диловаровна Баранова, Арина Сиражудиновна Идрисова

Руководитель: Юлия Александровна Анфилофьева

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г. Краснотурьинск,

Актуальность: Описторхоз – это одно из самых распространённых паразитарных заболеваний, которое поражает органы желудочно-кишечного тракта, вызывая тяжёлые осложнения, включая рак. Также актуальность заболевания описторхозом связана с расширением границ этого заболевания и сохранением проблемы на территории стран, в список которых входит наша страна. Это обусловлено увеличением потока иммигрантов, развитием туризма и импорта продуктов рыболовства, а также нарушениями технологического режима обеззараживания рыбы от личинок гельминтов.

Цель работы: изучить влияние описторхоза на качество жизни

Цель работы определила следующие задачи:

1. Выяснить, что такое описторхоз, симптомы и причины заболевания;
2. Рассмотреть методы диагностики заболевания;
3. Провести опрос среди студентов о знаниях и влиянии заболевания на качество жизни;
4. Составить рекомендации по профилактике описторхоза;
5. Разработать информационный буклет о влиянии описторхоза на качество жизни пациента, способах профилактики.

Объект: заболевание «описторхоз»

Предмет: влияние описторхоза на качество жизни человека

### *1. Что такое описторхоз, симптомы и причины заболевания*

Описторхоз – это паразитарное заболевание, вызываемое плоскими червями *Opisthorchis felinus*. Это распространенная проблема в России, особенно в регионах Сибири и Дальнего Востока, где люди часто употребляют в пищу сырую или недостаточно обработанную рыбу. Заболевание характеризуется поражением внутripечёчных жёлчных протоков, жёлчного пузыря и протоков поджелудочной железы.

Описторхоз вызывает такие симптомы, как аллергические зудящие высыпания на коже, слабость, головная боль, повышение температуры, мышечные и суставные боли, увеличение лимфатических узлов, а также боли в правом подреберье, нарушение пищеварения, тошнота, рвота, желтушность кожи и белков глаз, цирроз печени. Причинами заболевания являются заражение описторхозом происходит при употреблении в пищу

сырой, вяленой, малосоленой или плохо термически обработанной пресноводной рыбы, содержащей личинки паразита.

## *2. Методы диагностики заболевания «Описторхоз»*

Существуют методы диагностики, которые позволяют диагностировать описторхоз и следить за его прогрессированием:

- Клиническое исследование – оценка симптомов, таких как боль в правом подреберье, диспепсические расстройства, аллергические реакции.
- Лабораторные методы – анализ кала на выявление яиц описторхов. Серологические тесты для определения антител к паразиту
- Инструментальные методы – ультразвуковое исследование органов брюшной полости для выявления изменений в печени и желчном пузыре. Компьютерная томография для более детального обследования.
- Гистологическое исследование - биопсия тканей печени или желчного пузыря для обнаружения личинок паразита.
- Общий анализ крови - для выявления возможных изменений, связанных с инфекцией.

## *3. Результаты опроса*

Для выявления знаний, опыте и сборе информации по вопросам об описторхозе среди студентов нашего колледжа, мы провели опрос, в котором приняли участие 63 человека. В основном респонденты с 2 курса (38 человек – 60,3%).

Многие опрошенные (84,1%) слышали о заболевании «Описторхоз», а на вопрос о том, откуда они узнали об этом заболевании мы получили такие ответы: 24 чел (38,1%) слышали от друзей и знакомых, 17,5% опрошенных (11 чел) слышали от врачей, 15,9% (10 чел) – из СМИ, а 14,3% (9 чел) вообще не знают о таком заболевании.

Большая часть опрошенных (49 чел. – 77,8%) и их знакомые не сталкивались с этим заболеванием.

Участники опроса (47,6% - 30 чел.) раз в месяц употребляют в пищу сырую рыбу, 15 человек (23,8%) употребляют сырую рыбу раз в полгода/год, а 6 человек (9,5%) – раз или несколько раз в неделю.

Респондентам был задан вопрос «Как Вы думаете, с какой целью проводится тщательная кулинарная обработка рыбы?». Практически все (61 человек – 96,8%) правильно ответили, что в рыбе могут быть возбудители различных заболеваний/паразиты, а 2 человека (3,2%) ответили, что это делается с целью создания приятных вкусовых ощущений.

95,2% (60 человек) считают необходимым проводить регулярные медицинские обследования на наличие паразитов. Этот ответ респондентов подчеркивает важность профилактического подхода к здоровью и может указывать на общую тенденцию к более активному управлению своим здоровьем в обществе.

На вопрос о том, достаточно ли информации об описторхозе доступны в общественном здравоохранении мнения разделились: 25 человек (39,7%) выразили желание получить больше информации. Это указывает на существующий пробел в осведомленности и потребность в дополнительных материалах и ресурсах. 26 человек (41,3%) считают, что информации достаточно. Это может свидетельствовать о наличии определенных источников и образовательных программ, охватывающих данную тему. Однако остальные 12 человек (19%) вообще не слышали о таком заболевании в общественном здравоохранении, что подчеркивает необходимость повышения информированности населения об описторхозе и его последствиях.

Результат этого вопроса показывает, что, несмотря на наличие информации, существует явная потребность в ее расширении и углублении, особенно с учетом числа людей, не знакомых с данным заболеванием. Это подчеркивает важность усилий общественного здравоохранения в области информирования и образования населения о рисках и профилактике описторхоза.

Анкетированным был задан вопрос о том, какие меры предосторожности они предпринимают при употреблении рыбы. Ответы в основном положительные: респонденты принимают активные меры для обеспечения безопасности при потреблении рыбы - 54% (34 человека) ответили, что покупают рыбу в проверенных местах. Это свидетельствует о высоком уровне осведомленности о важности выбора надежных источников продуктов питания. Следующей по популярности мерой является готовка рыбы при высокой температуре, что практикуют 50,8% (32 человека). Это подтверждает понимание респондентами того, что правильная термическая обработка является ключевым фактором в снижении риска заболеваний, связанных с потреблением рыбы. Кроме того, 49,2% (31 человека) избегают употребления сырой рыбы, что также указывает на осознание потенциальных рисков, связанных с сырыми продуктами. А 3 человека (4,8%) – не едят рыбу.

61,9% (39 чел) утверждают, что знают как предотвратить заражение описторхозом и не ошиблись, что подтверждает их ответ на вопрос о том, что является основной причиной заражения описторхозом: практически все (95,2% - 60 человек) ответили, что употребление сырой/плохо приготовленной рыбы в основном приводит к заражению описторхозом,

Данный ответ подчеркивает высокую осведомленность населения о рисках, связанных с потреблением рыбы, особенно в контексте заболеваний, передающихся через пищу.

Таким образом, можно сделать вывод, что в целом результаты опроса показывают, что население обладает достаточной осведомленностью о рисках описторхоза, но существует явная потребность в дополнительной информации и образовательных инициативах для повышения уровня защиты от этого заболевания.

#### *4. Рекомендации по профилактике описторхоза*

Чтобы снизить риск инфекции, следует соблюдать несколько простых профилактических мер:

- Избегайте употребления сырой или недостаточно термически обработанной рыбы, особенно из пресных водоемов.
- Приготовление рыбы должно включать варку, жарку или запекание, при этом время приготовления должно быть достаточным для уничтожения паразитов.
- Обработывайте рыбу перед готовкой: обязательно очищайте и обрабатывайте ее от внутренностей.
- Соблюдайте правила личной гигиены, тщательно мойте руки после работы с рыбой.
- При приобретении рыбы предпочитайте проверенные источники и магазины, где продукция прошла контроль качества.
- Избегайте загрязненных водоемов, где возможно обитание личинок описторхоза.
- Регулярно проводите профилактические медицинские осмотры, особенно если есть риск заражения.

В результате выполнения проектной работы были созданы информационные буклеты, направленные на повышение осведомленности о заболевании описторхоз и его воздействии на качество жизни человека [рис.]. В буклете подробно изложена информация о том, что такое описторхоз, его основные симптомы, пути передачи, а также меры профилактики, позволяющие снизить риск заражения. Разработанные буклеты были распространены среди студентов 1 и 2 курса Краснотурьинского филиала ГБПОУ «СОМК».

Важным итогом проведенной работы можно считать, что обучающиеся узнали, как описторхоз влияет на здоровье человека, его качество жизни и функционирование различных систем организма. Также они поняли важность соблюдения гигиенических правил, правильного питания и своевременного обращения к врачу для профилактики и



лечения этой болезни. Это способствует формированию у них ответственности за свое здоровье и осознанного отношения к мерам профилактики.



Рис. Буклет «Влияние описторхоза на качество жизни человека»

#### Литература:

1. На сайте [hepatolog72.ru](http://hepatolog72.ru) описторхоз(лекция для врачей), Шонин А.Л. «Материалы лекции для врачей»
2. Чуйкова К. И. Якимов В. Л. Минакова Ю. В. Петрова Е. И. Попова О. А. «Описторхоз» Издательство СибГМУ (2016)
3. Книга Воронкова О.В. «Медицинская паразитология» СибГМУ 2019
4. Книга Королёва А. Н. Маракова И. В. Воронкова О. В. «Атлас паразитов человека и их переносчиков» Издательство СибГМУ, 2017
5. Книга Паразиты внутри нас. Симптомы, способы заражения: Нелли Тумольская, Эксмо-Пресс, 2017

## МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ: ЭТИКА И ПРАВО

Гусельникова Софья Николаевна

Соколова Светлана Васильевна преподаватель

Краснотурьинский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

### *Актуальность проблемы медицинской помощи детям*

Медицинская помощь детям – это особая область медицины, требующая специфических знаний, навыков и подхода, основанного на глубоком понимании как физиологических особенностей детского организма, так и этико-правовых аспектов, связанных с оказанием медицинской помощи несовершеннолетним. Дети, в силу своей незрелости и зависимости от взрослых, обладают ограниченной способностью отстаивать собственные интересы в сфере здравоохранения, что делает особенно важным соблюдение высоких этических стандартов и строгое следование правовым нормам.

Актуальность данной работы обусловлена рядом факторов. Во-первых, постоянно растущее количество заболеваний у детей, требующих сложного и дорогостоящего лечения, создает значительную нагрузку на систему здравоохранения и требует поиска оптимальных решений в вопросах распределения ресурсов и организации медицинской помощи.

Во-вторых, усложнение медицинских технологий и расширение возможностей диагностики и лечения поднимают новые этические дилеммы, требующие взвешенного и обоснованного подхода.

В-третьих, несовершенство законодательства в некоторых аспектах оказания медицинской помощи детям приводит к конфликтам между интересами ребенка, его родителей (опекунов) и медицинских работников.

### *Этические принципы в педиатрии*

Оказание медицинской помощи детям руководствуется не только медицинскими знаниями и навыками, но и строгими этическими принципами. В отличие от взрослой медицины, где акцент часто делается на автономии пациента, в педиатрии ситуация значительно сложнее, так как ребенок, особенно в раннем возрасте, не способен самостоятельно принимать решения о своем лечении. Это обуславливает необходимость особого внимания к этическим аспектам и балансированию между различными интересами.

Ключевыми этическими принципами в педиатрии являются:

Принцип благотворительности (доброжелательности): Медицинские работники обязаны действовать в наилучших интересах ребенка, ставя его благополучие превыше всего. Это подразумевает предоставление высококачественной медицинской помощи,

направленной на улучшение здоровья и качества жизни ребенка. В данном контексте «наилучшие интересы» могут интерпретироваться по-разному в зависимости от конкретной ситуации и возраста ребенка.

Принцип не причинения вреда (немалодетия): Медицинские вмешательства должны быть максимально безопасными и минимизировать потенциальный вред для ребенка. Это требует тщательного взвешивания потенциальных рисков и пользы от лечения, а также выбора наименее инвазивных методов.

Принцип уважения автономии: По мере взросления ребенка, его право на самоопределение и участие в принятии решений о собственном лечении возрастает. Даже маленькие дети способны выражать свои предпочтения и опасения, которые должны учитываться медицинскими работниками. Уважение к автономии включает в себя информирование ребенка и его родителей о состоянии здоровья, методах лечения, рисках и побочных эффектах, а также предоставление им возможности задавать вопросы и выражать свою точку зрения.

Принцип справедливости: Все дети должны иметь равный доступ к качественной медицинской помощи, независимо от их социального статуса, расы, национальности или других факторов. Это подразумевает справедливое распределение медицинских ресурсов и обеспечение равных возможностей для всех детей.

#### *Информированное согласие и его особенности в детской практике*

Информированное согласие – это фундаментальный этический и правовой принцип, регулирующий медицинское вмешательство. Он подразумевает, что пациент, будучи должным образом информирован о состоянии своего здоровья, предлагаемых методах лечения, их потенциальных рисках и альтернативах, дает добровольное согласие на проведение медицинских процедур. Однако, в педиатрии применение этого принципа существенно отличается от практики во взрослой медицине из-за несовершеннолетия пациентов.

В детской практике вопрос информированного согласия решается в зависимости от возраста и уровня развития ребенка:

Дети младшего возраста (до 7-8 лет): В этом возрасте дети не обладают достаточным уровнем понимания медицинских процедур и их последствий. Поэтому решение о лечении принимают родители или законные опекуны. Однако, медицинские работники обязаны объяснить родителям доступным языком суть заболевания, предлагаемые методы лечения, потенциальные риски и пользу, а также ответить на все их вопросы. Важно учитывать мнение ребенка, если он способен его выразить, даже если оно не является определяющим фактором.

Дети среднего возраста (7-14 лет): Дети в этом возрасте начинают понимать больше о своем здоровье и лечении. Поэтому необходимо вовлекать их в процесс принятия решений, объясняя им информацию на доступном для их понимания языке. Их мнение должно учитываться, даже если окончательное решение принимают родители. В некоторых случаях, в зависимости от тяжести заболевания и зрелости ребенка, он может самостоятельно принимать решения о своем лечении с согласия родителей.

Подростки (14-18 лет): В большинстве юрисдикций подростки старше 14-16 лет (возраст может варьироваться в зависимости от законодательства) рассматриваются как обладающие достаточной зрелостью для принятия самостоятельных решений о лечении. Однако, в сложных случаях, родительское согласие может по-прежнему требоваться. В любом случае, необходимо обеспечить подростку доступ к полной и достоверной информации и уважать его право на отказ от лечения.

В ситуации, когда родители отказываются от необходимого лечения, которое, по мнению медицинских работников, является жизненно важным для ребенка, возникает серьезный этический и правовой конфликт. В таких случаях может потребоваться вмешательство суда для защиты прав ребенка.

Важно отметить, что информированное согласие – это не просто подписание документа, а процесс, требующий четкого, доступного и этичного общения между медицинскими работниками, ребенком (в зависимости от его возраста) и его родителями (опекунами). Нарушение принципа информированного согласия может привести к серьезным правовым последствиям для медицинских работников. Поэтому, тщательное соблюдение этого принципа является неотъемлемой частью этической и законной медицинской практики в педиатрии.

#### *Этические дилеммы в педиатрии*

Педиатрическая практика изобилует сложными этическими дилеммами, требующими взвешенного подхода и учета интересов всех заинтересованных сторон. К наиболее распространенным относятся:

Лечение неизлечимых заболеваний: Вопросы паллиативной помощи, продолжения или прекращения агрессивного лечения, управления болью и поддержания качества жизни в терминальной стадии заболевания.

Решение о проведении реанимационных мероприятий: Взвешивание шансов на успешную реанимацию с потенциальными рисками для ребенка, учет мнения родителей и, если возможно, самого ребенка.

Отказ от лечения: Право родителей на отказ от медицинского вмешательства должно быть сопоставлено с наилучшими интересами ребенка и возможностью предотвратить серьезный вред его здоровью.

Трансплантация органов: Этические вопросы, связанные с донорством органов, распределением органов и принятием решений в экстренных ситуациях.

Участие детей в медицинских исследованиях: Защита прав и интересов детей, получение информированного согласия (от родителей и, по мере возможности, от самого ребенка), минимизация рисков.

Разрешение этих дилемм требует междисциплинарного подхода, вовлечения медицинских этических комитетов и, при необходимости, судебных органов.

#### *Роль медицинских работников в обеспечении этических принципов*

Медицинские работники играют ключевую роль в обеспечении этических принципов в педиатрии.

Это включает:

Постоянное профессиональное развитие: Знание и понимание этических принципов, законодательства и методик разрешения этических конфликтов.

Коммуникация: Четкое и доступное объяснение информации родителям и детям, ответ на вопросы, уважение к их мнению.

Соблюдение конфиденциальности: Защита информации о ребенке и его семье.

Работа в команде: Сотрудничество с другими специалистами, родителями и опекунами для принятия взвешенных решений.

Обращение в этический комитет: при возникновении сложных этических дилемм, необходима консультация с этическим комитетом для получения рекомендаций.

Эти принципы должны быть заложены в основу подготовки медицинских работников и поддерживаться через регулярные тренинги и внутренние этические протоколы медицинских учреждений.

#### *Правовое регулирование медицинской помощи детям*

Правовое регулирование медицинской помощи детям – это сложная и многогранная система, направленная на защиту прав и интересов несовершеннолетних в сфере здравоохранения. Она основана на международных документах, таких как Конвенция о правах ребенка, и национальном законодательстве каждой страны. В большинстве стран действуют законы, регламентирующие:

Право ребенка на медицинскую помощь: гарантируется доступ к качественной медицинской помощи, независимо от социального статуса, расы, национальности и других факторов. Часто определены государственные гарантии медицинской помощи детям.

Порядок получения информированного согласия: Законы определяют, кто принимает решения о лечении ребенка в зависимости от его возраста и уровня зрелости. Регламентируются процедуры получения согласия от родителей или законных опекунов, а также учет мнения самого ребенка.

Ответственность медицинских работников: Определены нормы медицинской практики, ответственность за медицинские ошибки и ненадлежащее оказание медицинской помощи.

Конфиденциальность медицинской информации: Законы защищают конфиденциальность медицинской информации о ребенке.

Права ребенка на отказ от лечения: В определенных условиях ребенок (или его родители) имеют право отказаться от лечения, хотя это право ограничивается необходимостью защиты наилучших интересов ребенка.

Медицинские исследования с участием детей: строго регламентируется проведение медицинских исследований с участием детей, с особым акцентом на защиту их прав и благополучия.

Правовое регулирование часто варьируется в зависимости от конкретной страны или региона. Поэтому, анализ национального законодательства является необходимым для полного понимания правовых аспектов оказания медицинской помощи детям.

#### *Права ребенка на медицинскую помощь*

Права ребенка на медицинскую помощь являются фундаментальными и гарантируются международными и национальными правовыми актами. Они вытекают из принципов Конвенции ООН о правах ребенка, которая утверждает право каждого ребенка на высший достижимый уровень здоровья. Ключевые аспекты этого права включают:

Право на жизнь и выживание: Оказание необходимой медицинской помощи для обеспечения выживания ребенка.

Право на здоровье: Обеспечение доступа к профилактическим мерам, лечению и реабилитации.

Право на развитие: Обеспечение условий для полноценного физического, психического и социального развития.

Право на участие: Учет мнения ребенка в процессе принятия решений, соответствующий его возрасту и уровню развития.

Право на защиту от жестокого обращения: Защита от медицинской небрежности, жестокого обращения и эксплуатации.

Право на конфиденциальность: Защита медицинской информации о ребенке.

Право на доступ к информации: Получение достоверной информации о своем здоровье и лечении (как для ребенка, так и для его родителей).

Эти права не являются абсолютными и могут ограничиваться в интересах наилучшего благополучия ребенка, но только в строгом соответствии с законом и при необходимости вмешательства суда. Важным аспектом является обеспечение баланса между правами ребенка, его родителей и медицинских работников.

Этот проект исследовал этические и правовые аспекты медицинской помощи детям, выявив критическую необходимость баланса между этическими принципами (благотворительность, ненанесение вреда, автономия, справедливость) и правовыми нормами. Специфика детской медицины, связанная с несовершеннолетием пациентов и зависимостью от взрослых, усиливает сложность этого баланса.

Информированное согласие требует индивидуального подхода, учитывающего возраст и развитие ребенка. Необходима ясная и доступная информация для ребенка и его родителей. Педиатрическая практика постоянно сталкивается со сложными этическими дилеммами, часто из-за конфликта интересов ребенка, родителей и медиков. Законодательство играет ключевую роль, но требует уточнения для лучшей защиты прав детей.

#### Литература

1. Министерство здравоохранения РФ (<https://minzdrav.gov.ru/>) – Текст: электронный.
2. Медицинская этика научный медицинский журнал НОМК восточно-европейский (<https://medet.rsmu.press/>) – Текст: электронный.
3. Этические аспекты проведения клинических исследований у детей (<http://acto-russia.org/>) – Текст: электронный.

## **ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ В ЗОНЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ**

Катренко Анжела Сергеевна, Билолова Фируза Хафизовна

Руководитель: Соколова Светлана Васильевна

Краснотурьинский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

С возникновением новых подходов к лечению раненых солдат произошла революция в международной хирургической практике. В России было выпущено первое в

мире руководство, которое описывало эффективные методы и обеспечения помощи пострадавшим на всех этапах – от поля боя до госпиталя.

Идеи, разработанные российскими хирургами, оказались очень значительными и инновационными. Они легли в основу принципов медицинской помощи раненым во многих странах, включая деятельность Международного Красного Креста. Лучшие немецкие врачи признавали достижения российских коллег и отмечали выдающиеся успехи нашей военно-полевой хирургии как значимый вклад в медицинскую науку.

На сегодняшний день методы тактической медицины, созданные в России, применяются врачами по всему миру в условиях боевых действий.

**Целью работы** выступает исследование организации оказания хирургической помощи раненым во время военно-боевых действий в зоне специальной военной операции.

**Задачи:**

1. Изучить литературу, полученную из информационных источников.
2. Проанализировать изученную литературу.
3. Провести опрос студентов-медиков первого курса Краснотурьинского филиала ГБПОУ «СОМК» по выявлению информированности о военно-полевой хирургии в зоне специальной военной операции.
4. Разработать памятку для информирования студентов о том, что представляет собой военно-полевая хирургия в зоне специальной военной операции и её основы.

**Объект исследования:** студенты первого курса Краснотурьинского филиала ГБПОУ «СОМК».

**Предмет исследования:** военно-полевая хирургия в зоне специальной военной операции.

**Гипотеза:** большинство студентов-медиков первого курса не знают, что представляет собой военно-полевая в зоне специальной военной операции.

**Метод исследования:** теоретический анализ литературы по военно-полевой хирургии в историческое и современное время, опрос студентов Краснотурьинского филиала ГБПОУ «СОМК» и анализ полученных результатов.

Специальная военная операция на Украине (СВО) – боевые действия российских вооруженных сил, проводимые совместно с вооруженными формированиями ДНР и ЛНР против вооруженных сил Украины (ВСУ).

СВО была объявлена президентом Российской Федерации Владимиром Путиным 24 февраля 2022 года. В 5:30 24 февраля 2022 года по московскому времени президент России Владимир Путин выступил с Обращением, в котором объявил о проведении специальной военной операции.



Военно-полевая хирургия имеет долгую и увлекательную историю, которая развивалась вместе с развитием военного дела и медицины в целом.

В древние времена тактика ведения войны и медицинская помощь раненым существовали давно. В Древнем Египте, Греции и Риме были врачи, лечившие воинов на поле боя. Гиппократ, "отец медицины", описывал хирургические методы, применимые в условиях войны.

В Средние века хирургия оставалась примитивной, многие операции проводились без анестезии и с недостаточно стерильными инструментами. Тем не менее опытные военно-полевые хирурги успешно спасали жизни раненым на поле боя.

Эпоха Ренессанса принесла значительные знания о человеческом теле и хирургии, благодаря открытиям, таким как работы Андреаса Везалия. В XVIII-XIX веках, с развитием анатомии и антисептики, эффективность военно-полевой хирургии значительно возросла.

Первая мировая война (1914-1918) привела к значительным изменениям в военно-полевой хирургии. В условиях окопной войны требовалась быстрая и эффективная помощь раненым, что способствовало разработке принципа "первой помощи" и организации мобильных хирургических госпиталей.

Вторая мировая война (1939-1945) стала важным этапом в военно-полевой хирургии. Внедрение антисептики и анестезии, а также использование антибиотиков, таких как пенициллин, повысило выживаемость раненых. Новое оборудование и технологии, такие как рентген и передвижные операционные, также способствовали спасению жизней.

Военно-полевая хирургия – это специальная область медицины, которая занимается оказанием хирургической помощи раненым и больным в условиях боевых действий или в полевых условиях. Основная цель военно-полевой хирургии – быстро и эффективно предотвратить развитие осложнений, сохранить жизнь и здоровье пострадавших с минимальными материальными и временными затратами.

Николай Иванович Пирогов (1810–1881) был выдающимся российским хирургом и анатомом, который сделал значительный вклад в развитие военно-полевой хирургии. Он запомнился тем, что стал одним из первых, кто применил анестезию и методы асептики в полевых условиях, что спасло множество жизней во время Крымской войны.

Основы военно-полевой хирургии в зоне специальной военной операции включают в себя методы и техники, предназначенные для оказания медицинской помощи в полевых условиях, в том числе на фронте. Некоторые ключевые аспекты этой области:

- Быстрая оценка состояния пострадавшего. Важно уметь определить тяжесть травм и выбрать приоритетные меры помощи. Используем метод анализа ABC – оценка проходимости дыхательных путей, дыхания и кровообращения.

- Остановка кровотечения. Применяются различные методы, такие как прямое сжатие, повязки и жгуты. Важно быстро остановить артериальное и венозное кровотечение.
- Обработка ран. Хирург проводит первичную обработку ран, включая очистку, дренирование и наложение швов при необходимости.
- Устранение шока. Шок – частое осложнение травм. Важно быстро оценить признаки шока и принять меры по его коррекции (восстановление объёма жидкости, поддержка дыхания и сердечной функции).
- Анестезия и обезболивание. В полевых условиях может использоваться местная анестезия, а также минимально инвазивные методы обезболивания.
- Транспортировка пострадавших. Необходимо учитывать методику безопасной транспортировки раненых, чтобы минимизировать ухудшение их состояния.
- Стерильность и инфекционная безопасность. В условиях полевой хирургии важно поддерживать стерильность инструментов и процедур для предотвращения инфицирования.
- Психологическая поддержка. Важно оказывать моральную поддержку пострадавшим, что также влияет на их скорость восстановления.
- Процедуры после операции. Введение наблюдения за состоянием пациентов и профилактика возможных осложнений.

Курсы по военно-полевой хирургии часто включают в себя как теоретическое обучение, так и практическую отработку навыков на симуляторах или в условиях, приближенных к полевым.

Медицинская сортировка – это динамический процесс распределения раненых на группы по очередности оказания однородных лечебно-эвакуационных и профилактических мероприятий в соответствии с медицинскими показаниями, возможностями и объемом оказываемой медицинской помощи, принятым порядком эвакуации.

Цель медицинской сортировки заключается в предоставлении максимально эффективной помощи всем раненым в кратчайшие сроки. При этом, в случае необходимости, может быть ограничена помощь тем, кто получил крайне тяжелые увечья. Медицинская сортировка бывает внутрипунктовая и эвакуотранспортная:

- Внутрипунктовая сортировка – это процесс, при котором раненые распределяются по группам в соответствии с уровнем их нуждаемости в однородных лечебно-профилактических мерах. Основной задачей является определение приоритета и места, где будет оказана помощь на данном этапе медицинской эвакуации. Сначала используется выборочная сортировка, в ходе которой с применением различных

эвристических методов выделяется группа раненых, требующих неотложной помощи. Затем проводится более тщательная и планомерная сортировка.

- Эвакотранспортная сортировка заключается в классификации раненых по группам в зависимости от направления и приоритетности их эвакуации, типа используемого транспорта, положения раненого во время транспортировки и необходимости в сопровождении. В реальной практике внутренняя сортировка и эвакотранспортная сортировка тесно связаны с задачей оптимизации медицинской помощи для каждого пострадавшего в конкретных условиях.

Сортировочные категории в зоне специальной военной операции зависят от особенностей и возможностей различных уровней медицинской помощи, оказываемой раненым. Можно выделить четыре основные группы приоритетов:

- Раненые, нуждающиеся в неотложной медицинской помощи.
- Раненые, медицинская помощь которым может быть оказана в порядке очереди.
- Легкораненые.
- Неперспективные, нуждающиеся в выжидательной тактике (безнадёжные).

В современное время военно-полевая хирургия продолжает развиваться, расширяя и углубляя методику работы. Улучшается техника, растёт качество материалов и количество препаратов.

В зоне специальной военной операции врачи оперируют раненых в подземных госпиталях, так как подземные госпитали являются более безопасным местом от различных угроз, таких как химическое, биологическое оружие или прямое попадание бомб.

Мы опросили студентов первого курса Краснотурьинского филиала ГБПОУ «СОМК», для того чтобы узнать сколько человек знают об особенностях и различии военно-полевой хирургии от обычной хирургии. Нами было опрошено 100 человек среди студентов первого курса Краснотурьинского филиала ГБПОУ «СОМК». Результаты анкетирования представлены на рисунке 1.

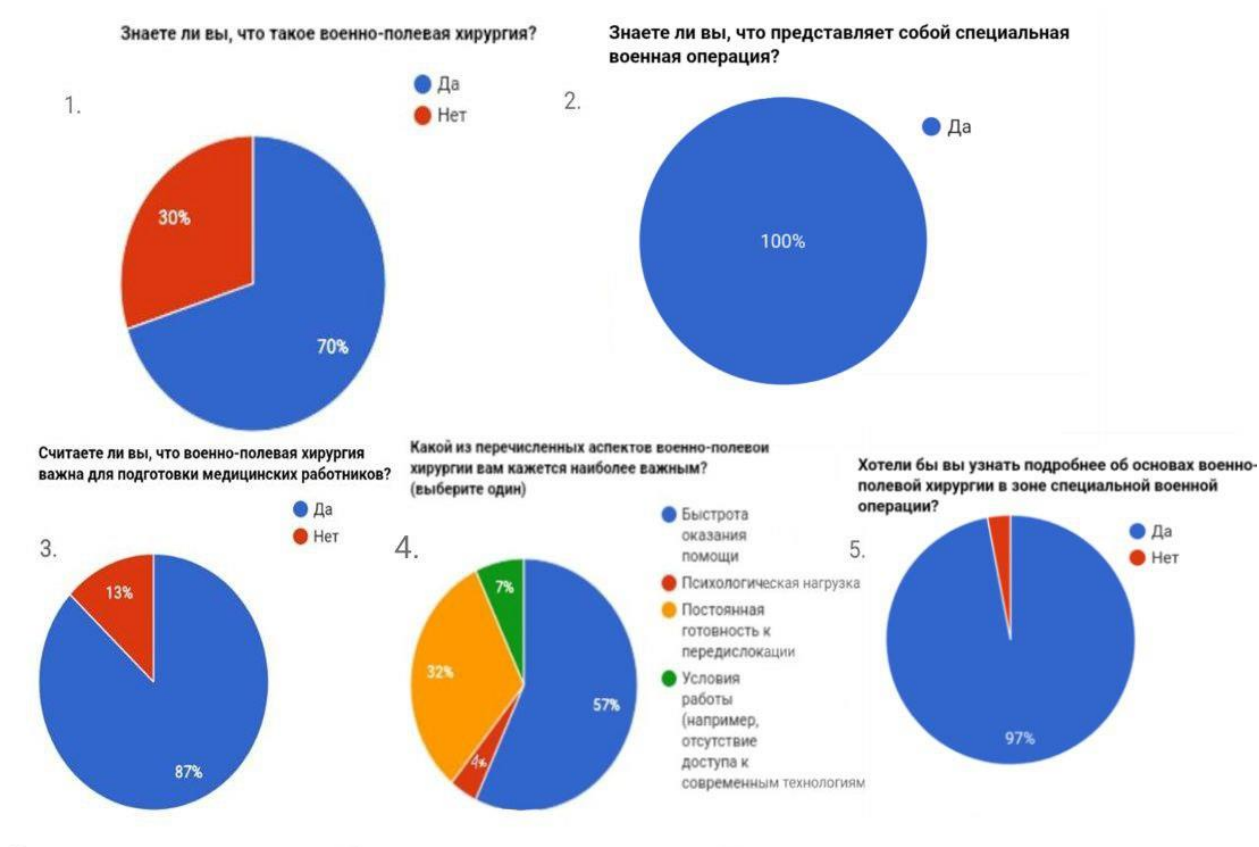


Рисунок 1.

По результатам анкетирования 70% человек знают, что такое военно-полевая хирургия, а 30% - нет.

100% опрошенных знают, что такое специальная военная операция. Обрадовало, что 87% человек думают, что для подготовки медицинских работников важна военно-полевая хирургия, но 13% нет.

57% опрошенных студентов думают, что наиболее важным аспектом в военно-полевой хирургии является быстрота оказания помощи, 32% - постоянная готовность к передислокации, 7% - условия работы, а 4% - психологическая нагрузка.

97% студентов захотели узнать подробнее об основах военно-полевой от хирургии в зоне специальной военной операции.

Наша гипотеза не подтвердилась, большинство студентов-медиков первого курса знают, что представляет собой военно-полевая в зоне специальной военной операции.

Для тех, кто захотел узнать больше о военно-полевой хирургии в зоне специальной военной операции мы подготовили информацию в виде буклета «Военно-полевая хирургия в зоне СВО» в приложении 1 и в приложении 2.

## 1. История

- **Военно-полевая хирургия** начала развиваться в древнем Египте, где жрицы занимались лечением раненых. Гиппократ составил «Трактат о ранах», описывая методы лечения.
- В эпоху Возрождения, с появлением огнестрельного оружия, возникла необходимость в врачах, специализировавшихся на лечении огнестрельных ран.
- **Н. И. Пирогов**, основоположник военно-полевой хирургии в России, ввёл медицинскую сортировку раненых, применил обезболивание при операциях, разработал транспортную иммобилизацию и широко использовал гипсовые повязки.
- Во время Великой Отечественной войны военно-полевая хирургия достигла максимального развития, и в феврале 1942 года была разработана единая военно-полевая медицинская доктрина, что позволило эффективно оперировать раненых в полевых условиях.

**Военно-полевая хирургия является неотъемлемой частью системы обороны и медицины, способствуя не только спасению жизней, но и улучшению общих медицинских стандартов.**



## Военно-полевая хирургия

**Военно-полевая хирургия** — это область медицины, которая занимается оказанием хирургической помощи раненым на поле боя или в условиях военных конфликтов.

**Специальная военная операция на Украине (СВО)** — боевые действия российских вооруженных сил, против вооруженных сил Украины (ВСУ).



Выполнили: Катренко Анжела Сергеевна и Билолова Фируза Хафизовна, 1 курс, Сестринское дело

Руководитель: Соколова Светлана Васильевна



## 3. Основные задачи медиков на СВО

- оказание неотложной помощи при ранениях, контузиях и других боевых травмах
- проведение экстренных операций в полевых условиях
- выхаживание раненых
- помощь им восстановиться и вернуться в строй.

Военные медики не только лечат физические травмы, но и поддерживают психологическое состояние бойцов, помогая справиться со стрессом.

Министерство здравоохранения  
Свердловской области  
Государственное бюджетное  
профессиональное  
образовательное учреждение  
«СВЕРДЛОВСКИЙ  
ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
КОЛЛЕДЖ» (ГБПОУ «СОМК»)

## ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ В ЗОНЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ



Красноуринск 2025

## 2. Ключевые аспекты военно-полевой хирургии в зоне СВО

- **Скорость и доступность.** Необходимость быстро реагировать на травмы, чтобы предотвратить шок и другие осложнения.
- **Эффективность.** Ограниченные ресурсы и условия требуют использования простых, но эффективных методов.
- **Перевозка.** Способы эвакуации раненых для дальнейшего лечения в стационаре.
- **Специфические травмы.** Учитываются особенности боевых ранений, такие как осколочные и огнестрельные ранения.



## Литература

1. Министерство обороны Российской Федерации «Указания по военно-полевой хирургии»: Москва, 2020
2. Учебное пособие «Военно-полевая хирургия руководство к практическим занятиям», под редакцией профессора М. В. Лысенко, 2010 г.
3. <https://ncpo.ru/blog/kak-stat-medikom-na-svo/>
4. [https://ust-ilich.gosuslugi.ru/dlya-zhiteley/novosti-i-reportazhi/novosti\\_299.html](https://ust-ilich.gosuslugi.ru/dlya-zhiteley/novosti-i-reportazhi/novosti_299.html)
5. <https://topwar.ru/259517-kak-svo-povlijala-na-voennuju-medicinu.html>

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Отрадных Максим Сергеевич, Боева Ванесса Васильевна

Бояринова Оксана Владимировна, преподаватель

Краснотурьинский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» г.

Краснотурьинск

В современных условиях ведения боевых действий вопросы организации медицинской помощи приобретают особую значимость. Военная медицина как отрасль здравоохранения постоянно развивается, адаптируясь к новым условиям вооруженной борьбы, характеру ранений и поражений, а также к изменяющимся тактическим приемам ведения боевых действий.

Изучение современных подходов к оказанию медицинской помощи в условиях боевых действий представляет собой комплексную задачу, требующую постоянного совершенствования существующих методов и внедрения инновационных решений для повышения эффективности медицинского обеспечения личного состава.

**Целью** работы является изучение современных подходов к оказанию медицинской помощи в условиях боевых действий и чрезвычайных ситуациях и выявление уровня информированности студентов о военно-полевой терапии.

### **Задачи:**

1. Изучить материалы о современных подходах к оказанию медицинской помощи в условиях боевых действий и чрезвычайных ситуациях;
2. Разработать анкету и провести опрос среди студентов первого курса Краснотурьинского филиала ГБПОУ «СОМК» с целью выявления текущего уровня знаний об оказании экстренной медицинской помощи в условиях боевых действий или чрезвычайных ситуаций;

3. Проанализировать результаты и сформулировать выводы;
4. Разработать буклет на тему «Военно-полевая терапия».

**Гипотеза:** большинство студентов недостаточно знают о военно – полевой терапии и современных подходах к оказанию медицинской помощи в условиях боевых действий и чрезвычайных ситуациях.

**Объект исследования:** студенты Краснотурьнского филиала ГБПОУ «СОМК».

**Предмет исследования:** современные подходы к оказанию медицинской помощи в условиях боевых действий и чрезвычайных ситуациях.

Военно-полевая терапия представляет собой сложную область медицинской практики, где специалисты работают в экстремальных условиях с ограниченными ресурсами. Её развитие началось ещё в древних цивилизациях, но современный облик сформировался в XVIII-XIX веках.

В период Великой Отечественной период военно-полевая терапия окончательно сформировалась как один из важнейших разделов военной медицины. В Советской Армии была создана чёткая система оказания терапевтической помощи больным и раненым.

Современная военно-полевая терапия базируется на следующих принципах:

1. Этапность - оказание помощи на последовательных уровнях с нарастающими возможностями.
2. Своевременность - минимизация времени между ранением и специализированной помощью.
3. Преемственность - единые принципы лечения на всех этапах эвакуации.
4. Специализация - распределение раненых по характеру повреждений.
5. Мобильность - быстрая адаптация к изменяющейся обстановке.

Система оказания медицинской помощи в условиях боевых действий и чрезвычайных ситуациях строится на четырех основных уровнях:

1. Догоспитальная помощь - первая помощь на поле боя, остановка кровотечений, обеспечение проходимости дыхательных путей.
2. Первая врачебная помощь - сортировка раненых, неотложные мероприятия, подготовка к эвакуации.
3. Квалифицированная помощь - сложные хирургические вмешательства, интенсивная терапия.
4. Специализированная помощь - полное лечение и реабилитация в тыловых госпиталях.

В современной практике используются:

I. Телеконсультирование. Система удаленных телемедицинских консультаций предусматривает передачу аудио- и видеoinформации, что позволяет поставить

правильный диагноз пациенту. В госпиталях за связь отвечают стационарные системы телемедицины. Информация передается при помощи спутников через закрытые каналы связи. Для обеспечения видеоконференции компьютер оснащен дисплеем, видеокамерой, микрофоном и наушниками.

В зависимости от комплектации мобильные комплексы могут быть оснащены медицинским модулем, куда входит различное портативное оборудование. Все данные с них в режиме реального времени транслируются врачу-консультанту.

## II. Носимые устройства мониторинга.

- **«Умные» очки.** Отслеживают движения глаз, предупреждают о переутомлении и сердечно-сосудистых катастрофах, выводят навигационную, целеуказательную и коммуникационную информацию на дисплей.

- **«Умный» текстиль.** Содержит биосенсоры, тонкие эластичные аккумуляторные батареи и эластичные солнечные панели.

- **«Умные» солдатские жетоны.** Осуществляют мониторинг качества воздуха, температуры, влажности, электромагнитных полей, активности УФ-излучения, отслеживают GPS.

- **«Умные» татуировки.** Адгезивные аппликационные сенсоры, контролирующие оксигенацию крови, снимающие ЭКГ, ЭЭГ, ЭМГ, способные выдавать предупреждения с помощью вибрации, управляемые голосовыми и тактильными командами.

- **«Умные» часы.** Осуществляют кардиомониторинг, предупреждают о перегреве и переохлаждении, служат навигатором и средством коммуникации.

**Дроны-доставщики.** Использование беспилотных летательных аппаратов для оперативной доставки медикаментов и медицинского оборудования в труднодоступные районы.

## III. Инновационные анестезиологические методики.

- **Компактные модульные анестезиологические системы.** Они включают наркозно-дыхательный аппарат, монитор основных жизненных функций, инфузионные насосы, блок подачи медицинских газов.

- **Современные технологии мониторинга.** Они позволяют непрерывно контролировать множество параметров, отражающих состояние различных систем организма раненого.



– **Новые анестетики.** Они обладают улучшенными фармакокинетическими свойствами, обеспечивают быстрое начало действия и пробуждение, минимальное воздействие на гемодинамику, отсутствие кумуляции при длительном применении.

– **Умные инфузионные системы.** Они анализируют выраженность болевого синдрома по физиологическим параметрам и поведению пациента, автоматически корректируя скорость введения анальгетиков.

#### IV. Портативные диагностические комплексы

– **Переносной рентгеновский аппарат.** Устройство позволяет делать снимки человека в любой позе, не направляя больного в специальный кабинет. Аппарат состоит из небольшого источника излучения с низким потреблением энергии, блока питания и дисплея.

– **Мобильные лаборатории.** Размещаются на базе специально оборудованных автомобилей или в модульных контейнерах. Включают диагностический модуль с оборудованием для проведения клинических, биохимических и иммунологических исследований, ПЦР-лабораторию, бактериологический отсек и другие компоненты.

– **Портативные ультразвуковые аппараты.** При своих ограниченных диагностических возможностях они всё же способны показать наличие крови в перикарде или брюшной полости, что позволяет принять соответствующие тактические решения.

Эти подходы направлены на повышение эффективности медицинской помощи, сокращение времени на лечение и реабилитацию, а также улучшение общего состояния здоровья военнослужащих в условиях боевых действий.

Современные достижения в области военно-полевой терапии позволяют значительно сократить смертность среди военнослужащих и минимизировать последствия травм.

Для выявления текущего уровня знаний об оказании медицинской помощи в условиях боевых действий и чрезвычайных ситуаций была разработана анкета и проведен опрос среди студентов Краснотурынского филиала ГБПОУ «СОМК».

Нами было опрошено 56 человек. В опросе приняли участие 25 юношей и 31 девушка.

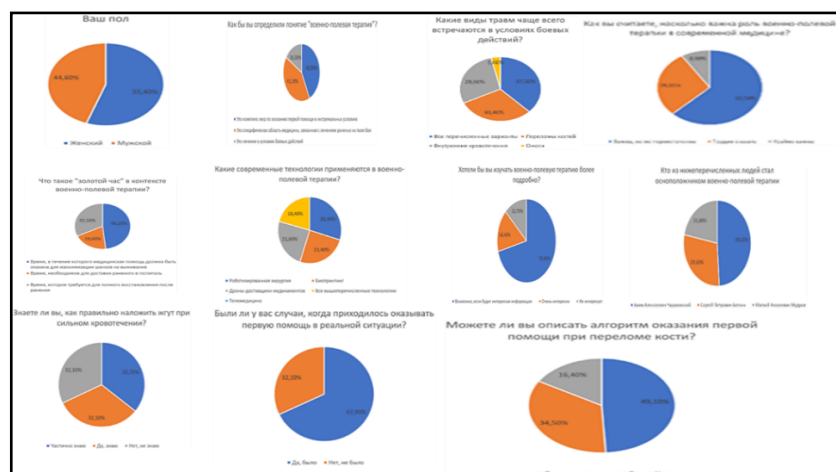


Рисунок 1. Результаты анкетирования студентов

По результатам онлайн-опроса можно сделать следующие выводы: 42,9% считают, что военно-полевая терапия – это комплекс мер по оказанию первой помощи в экстремальных условиях.

37,5% опрошенных ответили, что в военно-полевой терапии есть несколько видов травм, а именно: переломы, внутреннее кровоизлияние, ожоги.

На вопрос «Что такое «золотой час» в контексте военно-полевой терапии?» 48,2% участников опроса ответили верно, а именно «Время, в течение которого медицинская помощь должна быть оказана для максимизации шансов на выживание».

22,4% студентов считают, что в военно-полевой терапии применяется биопринтинг, 21,6% дроны-доставщики, 11,2% телемедицина, 18,4% все вышеперечисленные технологии.

70,9% человек хотят изучить военно-полевую терапию подробно, 12,7% это не интересует.

62,5% респондентов считают, что военно-полевая терапия в современной медицине важна, но не первостепенна, 28,6% затрудняются ответить, 8,9% респондентов указали, что крайне важна.

35,7% частично знают, как правильно наложить жгут при сильном кровотечении, 32,1% знают точно, как наложить жгут, оставшиеся 32,1% не знают, как это сделать.

«Можете ли вы описать алгоритм оказания первой помощи при переломе кости?» 49,1% ответили «только частично», 34,5% ответили, что вообще не знают алгоритм первой помощи оказания первой помощи при переломе кости и лишь 16,4% знают, ответив «да» алгоритм при переломе кости.

Больше, чем у половины опрошенных, то есть у 67,9% не было ситуаций в жизни, где они оказывали первую помощь, а у 32,1% были случаи оказания первой помощи в реальной ситуации.

И на последний вопрос «Кто из нижеперечисленных людей стал основоположником военно-полевой терапии», большинство отвечавших, а именно 49,1% ответили, что основоположником является А.А. Чаруковский, что является неправильным ответом, 29,1% считают, что С.П. Боткин - основоположник военно-полевой терапии, и лишь 21,8% отвечавших ответили верно, ведь основоположником является М.Я. Мудров.

По результатам опроса наша гипотеза подтвердилась. Студенты Краснотурьинского филиала ГБПОУ «СОМК» мало проинформированы о военно-полевой терапии.

Для повышения уровня информированности студентов Краснотурьинского филиала ГБПОУ «СОМК» о военно-полевой терапии и современных подходах к оказанию медицинской помощи в условиях боевых действий и чрезвычайных ситуациях мы подготовили буклет.



Рисунок 2. Буклет «Современные подходы к оказанию медицинской помощи в условиях боевых действий и ЧС».

#### Список использованных источников

1. Александр Круглов, Богдан Степовой «Минобороны осваивает технологии телемедицины» <https://iz.ru/762755/aleksandr-kruglov-bogdan-stepovoi/voennaia-meditsina-ukhodit-v-set>
2. Денис Гриценко «Снять с колен: создан переносной рентген для диагностики в полевых госпиталях» <https://iz.ru/1415649/denis-gritsenko/sniat-s-kolen-sozdan-perenosnoi-rentgen-dlia-diagnostiki-v-levykh-gospitalakh>
3. <https://studfile.net/preview/5242631/page:4/>
4. <https://hospital419.ru/articles/military/lecheniye-infekzionnyh-zabolevanij/>

## УДИВИТЕЛЬНАЯ ЖЕНЩИНА

Ефремова Татьяна Васильевна

Красноуфимский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Красноуфимск, Россия

**Аннотация:** Настоящее исследование посвящено удивительной женщине города Красноуфимска Храмовой Евдокии Григорьевне: участница Великой Отечественной войны, врач, преданная своей профессии, любящая жена, заботливая мать.

**Ключевые слова:** женщина, хирург, преданность профессии.

Говорят, у войны не женское лицо. Но сколько женщин наравне с мужчинами воевали и на поле боя и выхаживали в медсанбатах раненных. Большинство медиков – это женщины, матери, сестры, дочери. На их плечи легла основная тяжесть военных будней. На их долю выпало испытаний не меньше, чем солдатам на передовой. Столько храбрости, мужества, бесстрашия они проявляли! И сегодня мне хочется вспомнить замечательную женщину, нашу землячку, по сути мою бабушку Храмову Евдокию Григорьевну, которая наравне с мужчинами внесла свой неоценимый вклад в великую Победу. Именно благодаря таким удивительным, сильным, стойким, мужественным женщинам наша страна одержала Победу над фашизмом.

**Цель работы:** показать жизненный путь Храмовой Евдокии Григорьевны как образец мужества и патриотизма, преданности своей профессии.

**Задачи работы:**

1. Найти сведения о жизни и деятельности Храмовой Е.Г.
2. Проанализировать воспоминания о Храмовой Е.Г.

**Практическая значимость** работы состоит в возможности использовать её положения для проведения внеклассных мероприятий, в преподавании уроков истории и краеведения, введение в специальность.



Фото из семейного  
альбома

Храмова Евдокия Григорьевна - небольшого ростика, худенькая, но сколько в ней душевной силы. Без преувеличения можно сказать, что её знает большая часть жителей города Красноуфимска, особенно люди старшего поколения.

Мне очень повезло, что я знала её лично, её семью, не раз была в доме на ул. Пролетарской, вместе пили чай, перелистывали старый альбом с фронтовыми фотографиями.

Моя мама Ефремова Людмила Павловна после окончания медицинского училища работала в Красноуфимской больнице. Там её судьба и свела с Евдокией Григорьевной, которая стала для неё наставником, старшим другом. Дружба была настолько близкой и тесной, что именно Евдокия Григорьевна стала свидетелем на свадьбе моих родителей.



Фото из семейного альбома

И помню из воспоминаний детства, когда мне говорили: «Это платье, эту куклу тебе подарила Евдокия Григорьевна». Но особенно, меня всегда трогали рассказы Евдокии Григорьевны о страшной той войне, хотя о войне она вспоминать не любила, слишком тяжелы были те воспоминания.

В этом году Евдокии Григорьевне исполнилось бы 105 лет со дня рождения. Родилась она 24 марта 1920 г. в г. Красноуфимске, училась в школе № 1. Здесь же, в далеком 35-м году, пятнадцатилетняя девчонка познакомилась с парнем. Леонид учился в девятом классе, она - в восьмом. И вспыхнула между юными сердцами искорка симпатии, которая перешла потом в большую любовь. Отечественная война спутала все мирные планы, но не сумела погасить чувства двух молодых людей. И оба, благодаря судьбе, хотя и были участниками войны, живыми вернулись с фронта. Война разделила жизнь Евдокии

Григорьевны на две части: безмятежное "до" и трудное «после». «До» была дружная семья: мама, папа, бабушка и две сестры, родная школа, четыре курса мединститута. А 22 июня 1941 года началось «после». Прямо из института, не дав даже на денек съездить домой, студентов призвали на военную службу. Но сначала студентки попали на распределительный пункт в Вологду, а оттуда - на курсы. Евдокия попала в Тулу. Окончила курсы и была отправлена на Ленинградский фронт в город Череповец. Госпиталь располагался в бараках. Каждому врачу досталось по одному барaku – около сотни раненых. Было очень тяжело.

«Вспоминается случай. С обширным ранением, с осложненной газовой гангреной скончался раненый. Ничего нельзя было сделать. Считая себя неопытной, Евдокия Григорьевна рыдала несколько ночей. Зав. отделением спросила: «Что ты плачешь, скажи?» «Я не смогла спасти человека», - плакала девушка. Врач успокаивала: «Ты не виновата! Не плачь. На своем веку тебе еще не раз придется увидеть смерть» [1]. Ее Евдокия Григорьевна за годы войны видела не раз... Военная молодость... Но на войне опыт приходит быстро.

Из воспоминаний Евдокии Григорьевны: «...Липкий пот застилает глаза. Хочется спать. Нельзя. Еще три операции. Час назад была тревога. Измученных раненых, которые только сегодня были доставлены в госпиталь, пришлось на носилках относить в подвал. Затекли ноги. Раненый на столе совсем молоденький. Потерпи миленький! Еще немного, еще совсем чуть-чуть...» [2].

Врачи не спали сутками. Ели практически одну перемороженную капусту. Хлеба полагалось 400 г. на человека в день. Обычная форма военврача: гимнастерка и юбка, задубевшие от пота. Часто бойцы называли женщин – врачей и сестер «мамами». А этим «мамам» было-то по 20 с небольшим.

Евдокия Григорьевна вспоминала такой случай: «У бойца осколочное ранение в голову. Парализована правая часть тела, речь отсутствует. Сложная операция. Я достала осколки. К солдату вернулась речь. И первыми его словами были: «Спасибо, доктор». Евдокия Григорьевна признавалась, что на войне было страшно. Ею лично было проведено более 400 операций по трепанации черепа. С военно-полевым госпиталем Евдокия Григорьевна прошла Латвию, Литву. Окончание войны встретила в Литве [3].

Вернулась домой в 1946 г. в звании капитана медицинской службы. По приезду в родной город, Евдокия несколько месяцев «переводит дух» - и снова в бой! Она вновь едет на учебу: совершенствуется в Казанском университете по специальности «Невропатолог». По окончании учебы за ней закрепляются 5 территорий: Арти, Ачит, Манчаж, Сажино и Красноуфимск. Помимо работы Евдокия Григорьевна занимается преподавательством: ведёт уроки по невропатологии и психиатрии в Красноуфимском медицинском училище, а

также является членом призывной комиссии в военкомате. Одним словом – неимоверно трудолюбива! В коллективе её – прекрасного человека и самоотверженную работницу, коллеги всегда уважали, называя «палочкой-выручалочкой». Евдокия Григорьевна так объясняла своё трудолюбие: «Не могу сидеть без работы, хочу помогать больным людям, не мыслю жизни без общения с коллективом, здесь я чувствую себя человеком и черпаю жизненные силы».

Евдокия Григорьевна награждена «Орденом Отечественной войны 2 степени», «За боевые заслуги», «За Победу над Германией», многими юбилейными медалями, знаком «Отличник здравоохранения», «Победитель соцсоревнования» и так далее. В 2000 году ей присвоено звание - майор медицинской службы. Общий трудовой стаж работы Евдокии Григорьевны составляет 63 года. За этот промежуток времени через ее сердце и душу прошло большое количество пациентов. Всем им она старалась помочь советом, добрым словом, пыталась поселить в их душу веру в себя, в свои силы. И это ей удавалось! Она видела прекрасный результат своей работы, видела своих пациентов, которым помогала, видела их улыбки. Любимая работа приносила радость не только ей самой, но и тем, кого она лечила.

Самоотверженность в работе никогда не мешала семейной жизни. Всегда и во всем ее поддерживали и помогали ей члены семьи. Со школьной скамьи, через войну Евдокия Григорьевна и ее супруг Леонид Павлович смогли пронести свою любовь и сохранить ее в браке 57 лет, воспитали сына Бориса и дочь Татьяну. А еще она черпала силы от общения с природой. До 75 лет Евдокия Григорьевна бегала на лыжах, была заядлым рыболовом, а осенью обожала ходить по грибы и ягоды.

Евдокия Григорьевна прошла огромный жизненный путь. Все, что было под силу ей удалось сделать и даже больше того... Низкий поклон, Евдокия Григорьевна, за ваш труд и на войне, и в мирное время. Именно на таких людей мы должны равняться.

#### Список литературы

1. Алексей Козьминых, Игорь Бабин // Знак вопроса. – 2010. - №9. – С. 9
2. Мезенцева, Р. Неугомонная Евдокия: [Е. Г. Храмова, врач, ветеран Великой Отеч. войны] / Мезенцева Р. // Вперед. – 2000. - 21 апр. - С. 2.
3. Отева, Н. Удивительная женщина: [Жизненный путь фронтовички, врача-нейрохирурга Е. Г. Храмовой] / Отева Нина // Городок. – 2003. – N 42. – С. 3: фот.

## ИСТОРИЯ ОДНОЙ УЛИЦЫ

Сабирьянова Сабрина Гафуржановна, Хузина Азалия Ришатовна

Руководитель: Ефремова Татьяна Васильевна

Красноуфимский филиал ГБПОУ «СОМК»

Великая Отечественная война – эпохальное событие XX столетия не только для народов нашей страны, но и всего мира. Это прошлое нашей страны, каким бы трудным оно ни было, это достояние народа, а сохранение его в памяти народной – важнейшая политическая, нравственная, культурная задача. Важно не забывать, что память – это то, что человек может пронести через годы. Человек не может жить только сиюминутным, настоящим. Стремясь в будущее, он бережно хранит воспоминания о минувшем. Помнит родных, друзей, отчий дом, школу, в которой учился, светлые и горестные дни. Но каждый человек – ещё и частица своего народа. Потому есть у нас и общая память. Это незабываемая память народная. Любовь к Отечеству зарождается с малого – с любви к своему дому, улице, городу, краю. Увековечить память о героических событиях Великой Отечественной войны можно через название улиц. Улицы – немые свидетели и хранители истории наших городов. Названия улиц о многом могут рассказать. Сами улицы – их названия, история возникновения и развития – могут подчас поведать многое. Есть немало улиц, которые названы в честь героев Великой Отечественной войны, но мало кто знает, что в городе-герое Волгограде есть улица, названная в честь маленького уральского городка Красноуфимск. Этим определяется актуальность выбранной работы.

Цель работы: сохранение исторической памяти о подвигах в годы Великой Отечественной войны через изучение истории названия улиц.

Задачи:

1. Изучить краеведческий материал.
2. Собрать и представить собранный материал.

Новизна. Изучение истории Великой Отечественной войны через названия улиц города в их честь.

Практическая значимость: данную работу можно использовать на уроках истории и во внеурочной деятельности. Работа будет способствовать сохранению исторической памяти о беспримерном подвиге нашего народа в годы Великой Отечественной войны, а также воспитанию патриотизма и гордости за героическое прошлое нашей Родины.

Жители одной из улиц в городе-герое Волгограде называют себя «волгоградскими красноуфимцами». Семьдесят пять лет назад, в пятую годовщину Победы, на карте города-героя появилась улица Красноуфимская. Название ей дали в честь воинов 221-й стрелковой



дивизии, сформированной в нашем уральском городке. Улица Красноуфимская находится в Кировском районе Волгограда в поселке Бекетовка.

Под Сталинградом сражалась 221-я Краснознаменная дивизия, которая сформировалась на Урале в 1942 году. Почти две трети её составили красноуфимцы.

Дивизия прибыла на Сталинградский фронт в конце августа и была брошена в наступление, чтобы прорвать немецкий коридор от реки Дон до города. Дивизия участвовала не только в битве под Сталинградом, но и в освобождении Мариуполя, Винницы, Каменец-Подольска, Тернополя, в сражениях на Карельском и Ленинградском фронтах, в Восточной Пруссии и в Манчжурии. Маршал Советского Союза Москаленко отмечал самоотверженность и героизм дивизии, бойцы которой всего через месяц подготовки «пробили себе дорогу к славным защитникам города и подготовили условия для последующего окружения и уничтожения Сталинградской группировки противника» [2].

В Красноуфимском краеведческом музее сохранилось письмо волгоградских депутатов красноуфимским пятиклассникам. «В честь подвига уральцев одна из улиц Сталинграда названа Красноуфимской. Мы никогда не забываем ваших земляков из Красноуфимска, отдавших свою жизнь в борьбе с немецко-фашистскими захватчиками, защищая наш город», – писали народные избранники, объясняя своё решение.

Улица Красноуфимская знаменита тем, что в одном из жилых домов находилась штаб-квартира командующего 64-й Армии генерал-лейтенанта Шумилова Михаила Степановича, и именно здесь проходил первый допрос пленного генерал-фельдмаршала Фридриха Паулюса. Примечательно, что дом, в котором происходил допрос Паулюса, до сих пор существует. Расположен он в Волгограде по улице Красноуфимская, 20. Как оказалось, внешне он мало чем отличается от таких же домов, находящихся по этой улице по соседству, если бы не памятная табличка с надписью: «Командующий 64-ой Армии генерал-лейтенант Михаил Степанович Шумилов 31 января 1943 года провел первый допрос генерал-фельдмаршала Паулюса» (рис. 1).

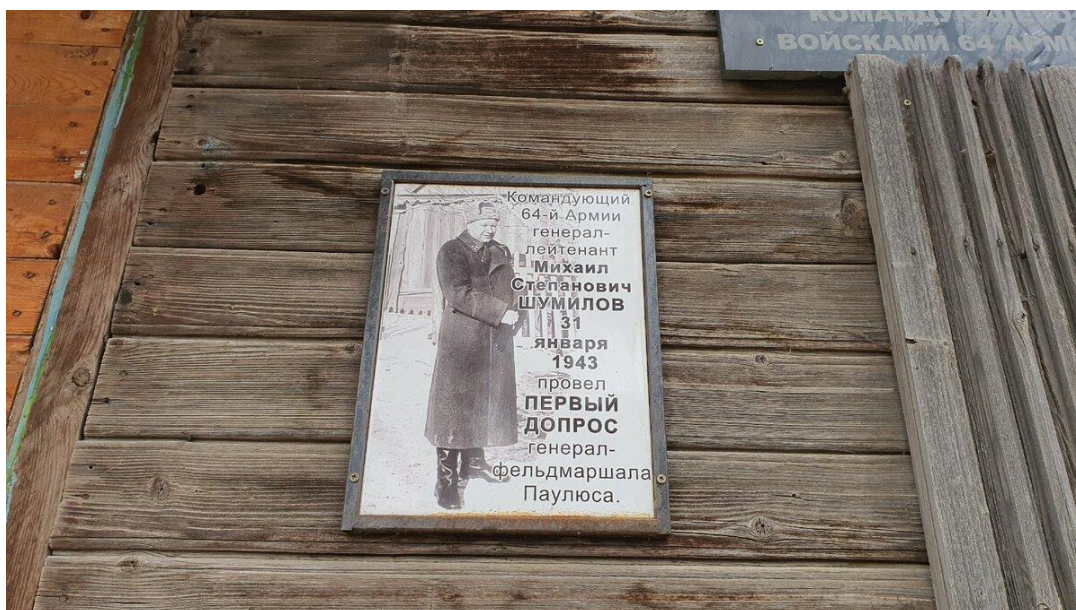


Рис.1 Дом, в котором проходил первый допрос генерал-фельдмаршала Фридриха Паулюса. Памятная табличка

Благодаря архивным фотографиям, сделанным внутри в момент допроса, дом легко узнаваем. Все те же проемы окон. На одной из боковых стен дома, выходящей на соседнюю улицу кто-то символично написал: «Слава воинам Красной Армии, успешно осуществившим окружение» (Рис.2).



Рис.2 Дом, в котором проходил первый допрос генерал-фельдмаршала Фридриха Паулюса.

На этой же улице есть баня № 9 (дом 1а), которая была построена ещё до Великой Отечественной войны, работала во время Сталинградской битвы и работает до сих пор (Рис.3).



Рис.3 Баня, расположенная в г. Волгограде, ул. Красноуфимская, 1 а.

К 70-летию Победы (2015 год) Волгоград получил подарок от города Красноуфимска: фирменные адресные таблички для домов на улице Красноуфимской, изготовленные в одном стиле. Они были установлены на все дома по улице. Эскиз памятных табличек для домов разработала сотрудница Красноуфимского краеведческого музея Ольга Кузнецова.

Идея передать городу-герою адресные таблички в едином стиле и разместить их на домах «улицы-тёзки» принадлежит главе Красноуфимского ГО Вадиму Артемьевских. Во время визита в Волгоград на празднование 70-летия разгрома немецко-фашистских войск в Сталинградской битве, волгоградцы тепло встретили гостей из Свердловской области, провели по знаменитой улице и познакомили с историей города.

– Люди подходили со словами: «Неужели вы – земляки солдат из знаменитой дивизии? Той самой, 221-й?», - вспоминают участники поездки.

Улица как зеркало отражает жизнь, историю, прошлое улицы хранит в себе память об исторических событиях и людях. В истории улицы отражается не только история города, но и всей страны. И теперь у нас есть мечта: побывать в городе-герое Волгограде, пройти по ул. Красноуфимской. Мы гордимся своими земляками!

#### Список литературы

1. Архивные документы ГКУ СО «Государственный архив в городе Красноуфимске».
2. Ольга Белоусова «Друзья по улице» URL:<https://old.oblgazeta.ru/society/22422/> (дата обращения 17.10.2023). – Текст: электронный.

## БЕССМЕРТНЫЙ ПОЛК МОЕЙ СЕМЬИ

Серебрякова Анна Николаевна

Руководитель: Ефремова Татьяна Васильевна

Красноуфимский филиал ГБПОУ «СОМК»

*Я этого не видела, но твёрдо знаю,  
Как в ту Великую, Священную войну  
Народ наш, свои жизни отдавая,  
Страдал за нас и за любимую страну...  
Бессмертный полк нас всех объединяет,  
Нас точно не сломить навеки никому –  
Непобедим народ, который прославляет,  
Ушедших и живых в одном строю!*

В этом году 9 мая наша страна отметила большой праздник - 80-летие Великой Победы над фашистской Германией. Мы отмечаем этот праздник, чтобы помнить, какой ценой досталась эта победа. Ведь годы войны – страшные годы. Горе не обошло ни одну семью в нашей стране, всем досталось: и взрослым, и детям. Для моей семьи война тоже была тяжким испытанием.

**Актуальность исследования** заключается ещё и в том, что мы, дети, родились и выросли в послевоенное время. Правду о тех временах можно узнать сейчас только из книг, фильмов и учебников, ветеранов, воевавших на фронте, становится с каждым днём всё меньше. Существует угроза утраты исторической памяти о великом подвиге нашей Родины

**Цель работы:** На примере биографии моих прапрадеда и прабабушки изучить историю своей семьи в годы Великой Отечественной войны.

### **Задачи:**

1. проследить историю семьи в годы Великой Отечественной войны;
2. изучить семейные архивы и фотографии военных лет;
3. определить вклад моей семьи в дело победы над фашистской Германией.

**Гипотеза:** если изучить семейные архивы своей семьи, то можно узнать, как жили мои прадедушки и прабабушки в военные годы и после войны.

**Объект исследования:** биографии моих родственников.

### **Методы исследования:**

1. Опрос ближайших родственников о жизни моих прадедушек и прабабушек.
2. Анализ документов из архива моей семьи.
3. Обобщение полученных данных.

**Практическая значимость работы:** выступление на классных часах, посвящённых Дню Победы в Великой Отечественной войне, на уроках истории.

Война... Это страшное слово. Оно такое короткое. Но за этим словом кроются горе и слёзы, мучения и стремление к победе; отнятые годы жизни, смерть и желание выжить; ложь и предательство, и умение выстоять. Отечественная Война оставила после себя невосполнимые потери и катастрофические разрушения, незаживающие раны о пропавших без вести и скорбь о погибших. Но война оставила в наших сердцах и память о невероятных людях, и гордость за подвиг народа, большой подвиг, сложенный из преодолений, самопожертвования и бесконечной дороги к Победе.

Война оставила свой неизгладимый след в судьбе почти каждой семьи, унеся человеческие жертвы, искалечив души, разрушив счастье и надежды миллионов людей... Об этом мы будем помнить всегда, и наш священный долг – передать память об этой войне всем последующим поколениям.

«Нет в России семьи такой, где не памятен свой герой», - поется в песне из известного фильма «Офицеры». В те далекие годы война коснулась каждого, ворвалась в каждую семью, как черная туча. Не прошла она и мимо нашей семьи.

После объявления войны мужчин со всей округи вызвали в военкомат и вручили повестки. Был в их числе и мой прадед Исупов Гавриил Константинович. Повозки с лошадьми с каждым шагом отдаляли близких друг от друга, матери силой отрывали детей от отцов. Казалось, что родная земля рыдала...

Мой прадед со стороны мамы Исупов Гавриил Константинович прошёл всю войну. До сентября 1943 года Гавриил Константинович служил стрелком в 545 стрелковом полку. 7 сентября 1943 года получил ранение в ногу, когда выполнял боевую задачу. По воспоминаниям близких людей дедушка получил ранение на Смоленской земле. Ранним утром немцы пошли в наступление. Наши войска поднялись по тревоге и отбили контратаку немцев. Они начали отступать, наши воины с винтовками наперевес погнали фашистов дальше. Среди них был и мой дед. Бой проходил в открытом поле, только за несколько десятков метров от укрепления наших войск находилась узкая полоска леса. Дедушка вступил в рукопашный бой с одним из немецких солдат. Дед выстрелил в немца, но тот успел перед смертью ранить деда. После лечения в госпитале дедушка был направлен в авиационный истребительский полк, где вновь служил стрелком.

Бабушка Клавдия часто вспоминала о победной весне сорок пятого года. Как в их дом постучал солдат. Это был мой прадедушка. Вся грудь в орденах и медалях. Она со слезами на глазах бросилась к нему на грудь. За военные подвиги дед получил награды «За боевые заслуги», «За оборону Советского Заполярья», «За победу над Германией» и другие.



Мой дед был очень скромным человеком, о своей жизни, проведённой на войне, говорить не хотел, держал все в себе. Я горжусь, что у меня был такой прадед, скромный и стойкий, мужественный и храбрый.

Чтобы лучше узнать о подвигах своих дедов я обратилась к интернет ресурсам. И вот в очередной раз я задала в поисковике фамилию, имя, отчество и год рождения дедушки Исупова Гавриила Константиновича на сайте <https://pamyat-naroda.ru>.

Когда открылась страница сайта с учетной карточкой дедушки и появилась реальная возможность узнать правду о его подвигах в годы войны, мама не смогла сдержать слёз. Она тихо плакала, вспоминая родного человека, плакала от радости, что нашла то, что долго искала, плакала от гордости за своего деда-героя, плакала от того, что теперь может оставить эту память о деде нам, его правнукам, а мы постараемся сохранить и рассказать о нём нашим детям, его праправнукам.

Другой мой прапрадед со стороны мамы – Лут Павел Андреевич. Был призван из Республики Казахстан в ряды советской армии на украинский фронт. Участвовал в освобождении Чехословакии, за что получил медаль. Также участвовал в освобождении города Будапешт, на территории которого шли ожесточённые бои, более двух месяцев советские солдаты освобождали город. Был награждён медалью за освобождение Будапешта. Также был награждён медалью за победу над Германией. Домой вернулся только через семь лет после победы, так как все это время находился на границе, очищал города от остатков фашистской нечести.

В то время, когда Павел Андреевич был на фронте, его жена Дарья Иосифовна работала в трудовой армии в тылу, где шили тулупы, катали валенки, шили варежки, вязали носки, вносили свой посильный трудовой вклад в то, чтобы советские солдаты находились в тепле.

Также в военной биографии моих предков, я выделила для себя целую семью, лоб в лоб столкнувшуюся с войной. Мой прапрадед Попко Иван Петрович, со стороны папы был участником Великой Отечественной войны, он воевал на Белорусском фронте, освобождал Минск, затем участвовал в освобождении Западной Украины, где он и погиб, посмертно награждён орденом Красной звезды. У него осталась жена и четверо детей. Когда он был на фронте, жена погибла при обстреле города, дети остались сиротами. Старший сын пошёл в ряды народной милиции отлавливать группировки бандеровцев. Награждён медалью за отвагу, продолжал службу в милиции, дослужился до полковника. Моя прабабушка-дочь Ивана Петровича, Зоя Ивановна. Она была совсем ребёнком во время войны и видела все ужасы, навсегда в ее память врезались все тяготы войны: голод, холод и нищета. Ей очень тяжело вспоминать прошлое, она всегда рассказывает свои истории со слезами на глазах и

с болью в душе о потере родных и близких. Именно из её рассказов, мы имеем представление о тех тяжёлых днях войны, об ужасах фашизма, мы понимаем, какой ценой досталась Победа нашим предкам, уважаем и ценим подвиг нашего народа.

Мой прадед со стороны папы - Серебряков Денис Васильевич, он не был на фронте, но не покладая рук и не жалея сил, трудился в тылу. Денис Васильевич не достиг возраста призыва, поэтому его не взяли в действующую Армию, но он трудился в тылу на благо Отечества на Ижевском военном заводе. Занимал должность токаря: точил детали для автоматов, изготавливал гильзы, патроны. Выполнял свыше нормы, делал все ради мирного неба над головой для своих детей и будущего поколения.

Я благодарна своим родителям, которые бережно сохраняют память о своих предках, рассказывают нам, какими героическими людьми были мои дедушки и бабушки. Мне интересно находить новые факты в истории моей семьи. Бабушка бережно хранит медали и ордена своих родителей, письма с фронта, фотографии моих прадедушки и прабабушки. Я смотрю на них и каждый раз испытываю огромную гордость за то, что они не сдались. За то, что боролись, каждый по-своему, сражались за свободу. За то, что сейчас я живу в большой и свободной стране, говорю на русском языке, и с уверенностью смотрю в будущее.

Много лет назад Родину защищали наши прадеды и деды. Так распорядилась история, что спустя десятилетия после Великой Отечественной войны России вновь приходится бороться с нацизмом, противостоять угрозам с Запада.

Мой папа, Серебряков Николай Александрович – достойный наследник победителей. Уже третий год он находится на территории Украины, участвует в Специальной военной операции. Своим поступком он показал, что не бросит Отечество в трудную минуту, сможет дать отпор врагу, отстоять подвиги, совершенные предками.

За своё безукоризненное исполнение приказов, силу духа, мужественность, папу наградили медалями: «За боевые отличия», «Участник специальной военной операции».

Я и моя семья бережно храним историю своего рода и делаем все возможное, для того чтобы не подвести своих предков и доказать им, что мы будем всегда на страже своей Родине и не дадим другим ущемить интересы нашей страны.

Праздник Победы – любимый праздник нашей семьи. В этот день мы всей семьёй идем в колонне «Бессмертного полка», гордо неся портреты наших дедов.

Я хочу, чтобы мои дети тоже гордились тем, что живут в России, гордились, что в их жилах течет кровь славных героев и простых людей, которые шли к победе с гордо поднятой головой. Поэтому я обязательно расскажу им о моих смелых прадедушке и прабабушке, и возможно, дам почитать эту работу.

Потому что, наши предки живы, пока жива память о них, их делах и поступках, их подвигах и победах.

А знаешь, дед, я как горжусь тобой!  
Ты для меня – герой непобедимый.  
Сквозь годы не померкнет подвиг твой,  
Спасибо за победу и за имя!

## **СПАСТИ ЛЮБОЙ ЦЕНОЙ: МЕДИЦИНА БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА**

Офицеров Илья Сергеевич

Руководители: Решетникова Ирина Юрьевна, Климова Лариса Ильгизьяровна,  
преподаватели

Каменск-Уральский филиал государственного бюджетного профессионального  
образовательного учреждения «Свердловский областной медицинский колледж»

**Цель исследования:** краткий обзор состояния медицины в блокадном Ленинграде.

**Аннотация:** в данной работе в общей форме повествуется о трудностях, которые стояли перед медицинскими работниками в осажденном Ленинграде. Преодоление этих трудностей в борьбе за жизнь ленинградцев требовало от врачей-практиков и медиков-исследователей колоссального напряжения сил и мужества.

**Ключевые слова:** блокада, голод, болезнь, выживание, исследования, витамины, мужество.

**Методы исследования:** изучение различных источников, анализ информации, обобщение.

**Предмет исследования:** медицина блокадного Ленинграда.

**Объект исследования:** деятельность медицинского персонала в блокадном городе по сохранению жизни и здоровья жителей Ленинграда.

**Практическая значимость:** материалы работы могут быть использованы во внеаудиторной (тематические классные часы) и профориентационной работе среди обучающихся учебных заведений города.

Сегодня мир включается в глобальный процесс преждевременного старения, причиненный совокупностью экологических, генетических, патологических и социальных факторов [1]. Один фактор важен для Санкт-Петербурга: это - 900-дневная блокада Ленинграда во время 2-й мировой войны, которая была социальным экспериментом беспрецедентного масштаба и жестокости. В течение почти 2,5 лет население большого



европейского города сопротивлялось нацистским захватчикам в условиях полного окружения, под постоянным воздействием голода, холода, при ежедневных артобстрелах и бомбежках, переживая гибель родственников и друзей.

Но борьба за жизнь не прекращалась. Медики Ленинграда встали на защиту жизни и здоровья горожан. Девиз их деятельности в условиях блокады стал: «Спасти любой ценой». Врачи одновременно лечили больных, когда те уже не могли сопротивляться болезням, вели научные исследования, разрабатывали методы лечения применительно к создавшимся условиям. Истощенные, в неотапливаемых зданиях поликлиник, больниц и госпиталей, стены которых покрывал иней, они надевали белые халаты поверх ватников, заполняли карандашом истории болезни при свете коптилок, лечили и тратили свои последние силы на то, чтобы выносить раненых из разбитых лечебных учреждений. Дети и взрослые, умирающие без еды и от ранений, сходящие с ума от голода, - медики блокадного города не оставляли без внимания никого из нуждающихся. За годы блокады они подняли на ноги десятки тысяч больных и раненых.

Ленинградские врачи были хорошо подготовлены на случай войны. Но никто из них не был готов к голоду среди населения в таких масштабах. Длительное голодание может предопределить развитие многих заболеваний, таких как: атеросклероз, тучность, артериальная гипертензия, метаболический синдром, почечная недостаточность и др.[2]. Население осажденного города страдало о тяжелой алиментарной дистрофии, от полигиповитаминозов (в основном от цинги и пеллагры). Многое приходилось осваивать заново: изучить механизм возникновения алиментарной дистрофии и научиться бороться с этой болезнью, которую перенесли почти 80% выживших ленинградцев. Быстрота развития «ленинградской болезни» обуславливалась сильными морозами, физическими и психологическими нагрузками. За время блокады медики сделали удивительный вывод: жизнь в людях поддерживалась исключительно силой духа. Одновременно появились больные, страдающие цингой и различного рода авитаминозами. Ученые опасались, что цинга может парализовать армию и город, ведь болезнь сопровождалась нервными расстройствами, потерей мышечной силы, утомляемостью, присоединением инфекционных заболеваний. В условиях острой нехватки медикаментов наиболее доступным способом получения лекарства от цинги стала хвоя. Этим витаминным напитком обеспечивали все госпитали, столовые, учреждения. Для борьбы с авитаминозом на Ленинградском витаминном заводе налаживается производство витамина С из хвои, а также витаминов А и В. Для борьбы с пеллагрой (болезнь вызывается нехваткой в организме витамина РР-никотиновой кислоты) ленинградские ученые предложили в 1942 году новый антипелларгический препарат – азотнокислую соль никотиновой кислоты. Из

остатков табака биохимики выделили никотин и путем его окисления получили витамин РР.

Из-за нехватки лекарств и перевязочных материалов медикам постоянно приходилось находить и применять нестандартные решения. В одном из госпиталей блокадного Ленинграда для обработки ран стали применять дым, в котором содержались вещества, убивающие микробов. В качестве перевязочного материала медики использовали исландский мох и сфагнум, обладающие бактерицидными свойствами. В 1942 году была разработана и успешно прошла клинические испытания в госпиталях блокадного Ленинграда противогангренозная сыворотка, позволившая снизить в 2 раза смертность раненых от газовой гангрены. В апреле 1942 года Хирургическое общество имени Н.И.Пирогова представило медицинской общественности опыт врачей, доложивших о методах лечения огнестрельных и осколочных ранений и переломов. Средняя продолжительность лечения раненых составляла 28 дней, процент летальности в хирургических госпиталях был низким, большинство раненых выздоравливало.

Зимой 1941-1942 годов водопровод замерз и были закрыты все бани. Население города одолели вши. По распоряжению руководителя Ленгорздравотделом были созданы специальные дезинфекционные бригады. Жители города обязаны были впускать их в свои квартиры, выдавать им вещи и одежду для санитарной обработки. Периодически гитлеровцы устраивали бактериологические диверсии, переправляя через линию фронта больных сыпным тифом. Таким образом, борьба с педикулезом, и профилактика сыпного тифа стали необходимостью и важной составной частью работы ленинградских медиков.

В войсках Ленинградского фронта благодаря вакцинации против брюшного тифа и паратифов, санации личного состава удалось избежать эпидемий инфекционных заболеваний.

Хронические болезни тоже никуда не делись. В период блокады заметно реже встречались такие заболевания, как инфаркт миокарда, сахарный диабет, тиреотоксикоз, практически не регистрировались аппендицит, язвенная болезнь желудка. С другой стороны, выросло число военных (обстрелы и бомбежки) и бытовых травм, наблюдались обширные некрозы кожи, язвы конечностей, которые были результатом истощения и отеков. В структуре заболеваемости 1942-1945 годов жителей блокадного Ленинграда, был отмечен рост сердечно-сосудистых заболеваний, появилась тяжелая стенокардия, участились психические расстройства. Сразу после войны и 5-10 лет спустя кардиологи Волынский З.М. и Исаков И.И. обследовали 40 000 ленинградцев. Частота гипертонии у фронтовиков была в 2-3 раза выше, а после алиментарной дистрофии в 4 раза. «Эпидемия блокадной гипертонии» охватила очень большой контингент пожилых и молодых.

Поразительно, но в дни прорыва блокады, когда радость охватила жителей города, давление крови у многих из них стало снижаться [3].

Ленинградскому фронту, госпиталям и больницам блокадного города неоткуда было получать кровь, только из самого Ленинграда. Заготовка крови в Ленинграде шла безостановочно. 144 тонны крови и ее компонентов были получены именно из блокадного Ленинграда. Институт переливания крови и станции переливания крови старались сохранить горячее питание для доноров.

О работе скорой медицинской помощи в блокадном Ленинграде известно очень мало. К началу войны в городе было 9 станций скорой помощи с 72 дежурными санитарными машинами. Врачей было всего 25. На фронт сразу же ушла четверть всего состава медбратьев - 89 из 352. «...Нередко имели место случаи, когда после ликвидации очага поражения врачи и медицинские братья возвращались на районные станции настолько обессиленными, что некоторых из них приходилось вносить в помещение станции на руках...» вспоминал главный врач скорой медицинской помощи Ленинграда Меер Абрамович Мессель. Врачи не доедали, не было топлива для машин, а с неба то и дело летели бомбы. Но преодолевая собственную боль, они успокаивали, перевязывали раненых и доставляли их в больницы и госпитали города. За два года (1941-1942) в службе скорой помощи от голода и ранений умерли 144 медика.

В осажденном Ленинграде продолжали работать роддома, хотя их число стремительно сокращалось. Из-за истощения женщин возросло число родов на дому, поэтому стали практиковать профилактическую госпитализацию беременных задолго до сроков родов. Всего в блокаду родилось более 70000 детей

Научно-исследовательская деятельность не прекращалась даже в самые тяжелые месяцы блокады. В Ленинграде создавались комитеты по изучению алиментарной дистрофии, авитаминоза, гипертонической болезни, аменореи. Ученые-медики Ленинградского научно-исследовательского нейрохирургического института имени профессора А.Л.Поленова создали: общую классификацию боевых повреждений, разработали методы хирургического лечения огнестрельных ранений шейного отдела позвоночника и спинного мозга, предложили усовершенствованную технику первичной обработки черепно-мозговых ранений и многое другое.

Таким образом, можно констатировать, что все подразделения и медицинские работники в системе здравоохранения блокадного города работали на одну цель « Выжить и победить!»

Родина высоко оценила самоотверженный труд работников военного и гражданского здравоохранения. Более 30000 тружеников гражданского здравоохранения в

годы Великой Отечественной войны награждены орденами и медалями. Точного числа медиков, награжденных за героизм в блокадном Ленинграде нет. Но известно, что медицинские работники играли ключевую роль в борьбе за выживание города.

Нелегко найти слова, чтобы с достаточной полнотой описать те огромные человеческие трудности, с которыми повседневно приходилось иметь дело медицинскому персоналу блокадного Ленинграда и о тех тяжелых испытаниях, которым он так часто подвергался при выполнении своего служебного долга. Вместе с тем нельзя без глубокого волнения вспоминать и о тех высоких образцах мужества и самоотверженности, которые проявляли медицинские работники в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 годов.

Маршал Советского Союза И.Х. Баграмян писал: «То, что сделано советской военной медициной в годы минувшей войны, по всей справедливости может быть названо подвигом. Для нас, ветеранов Великой Отечественной войны, образ военного медика останется олицетворением высокого гуманизма, мужества и самоотверженности».

Ленинградская блокада - единственный в истории человечества пример героизма, силы духа, воли к жизни людей, оказавшихся в экстремальных условиях. Ученые-врачи, медицинские сестры, сандружинницы, фармацевты, санитары внесли огромный вклад в дело спасения и избавления жителей Ленинграда от различных заболеваний, ранений и травм.

Деятельность медиков в блокадном Ленинграде помогла спасти от смерти жизни тысяч людей и приобрести опыт борьбы с голодом в чрезвычайных условиях.

В современных условиях задача изучения медицинского аспекта блокады стоит в первых рядах проблем, ожидающих глубокого исследования.

#### Литература

1. Хавинсон В.Х., Коновалов С.С. Избранные лекции по геронтологии-СПб; Издательство "Прайм-Еврозноп",2009
2. Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Васильев И.Г. Блокада Ленинграда и здоровье пожилых и старых " Блокадников".
3. Хорошина Л.П. Голодание в детстве как причина болезней в старости (на примере малолетних жителей блокированного Ленинграда). - СПб,2002.-187 с.
4. <https://leningradpobeda.ru/blog/mediki-na-zaschite-blokadnogo-goroda>

## ТАГИЛЬСКИЕ МЕДИКИ. ОТСТРЕЛИВАЛИСЬ ДО ПОСЛЕДНЕГО...

Авторы: Прохорова Павла Михайловна, Киселева Юлия Сергеевна

Руководитель: Домбровский Роман Юрьевич, преподаватель

Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Нижний Тагил

**Аннотация:** статья посвящена двум тагильским медикам - участникам Великой Отечественной войны, которые погибли в бою, спасая раненых. Приводятся обобщенные данные биографического и служебно-боевого характера. Восстанавливается максимально полная биография участников войны.

**Ключевые слова:** медик, медслужба, погиб, награда, Нижний Тагил.

Из тех 18-летних 1923 года рождения, кто начал войну в 1941 году, в живых осталось только 7%. В истории Великой Отечественной войны огромное количество случаев, когда бойцы отбивались до последнего патрона. Двое тагильских медиков совершили подобные подвиги.

Первый герой, о котором хочется рассказать – это Коробков Сергей Данилович, родился в 1923 году в Харьковской области. Украинец.

Отец Коробков Данил Кондратьевич, сестра Курилова Анна Даниловна проживает в г. Н.Тагил, Кит завод, Краснознаменный пос., барак №1 кв.32.

Призван в Красную Армию 10.01.1942 г. Нижне-Тагильским ГВК / 07.1941 г. Харьковским ГВК, Украинская ССР. Член ВЛКСМ.

Участник Отечественной войны на Волховском фронте с мая 1942 г. Ранений до гибели не имел.

Мл. лейтенант мед. службы 1066 пп 281 сд

Мл. лейтенант медслужбы, командир санитарного взвода батальона 1062 сп 281 сд 54 Армии.

Орден Отечественной войны II степени. Приказ №123/н от 20.12.1943 г. по ВС 54 А (представлялся к ордену «Красная Звезда» посмертно)

*Тов. Коробков во время боевых операций 4 октября 1943 г. умело организовал оказание медпомощи бойцам и командирам и своевременную их эвакуацию.*

*Одновременно с продвижением батальона под сильным огнем противника развернул работу БМП в занятых траншеях противника в районе Д. Бозино быстро организовал оказание медпомощи и эвакуацию, находящихся там раненых. К исходу 5 октября противник со значительно превосходящими силами повел контрнаступление и отрезал*

*ППМ от батальона. Тов. Коробков вместе с санинструктором не растерялись приняли неравный бой, отстреливались из личного оружия и выбрасывал гранатами, убив при этом 4-х солдат противника, умело маскируясь начали отход.*

*В этом неравном бою тов. Коробков получил тяжелое ранение (оторвало левую ногу по колено) и несмотря на это, умело выбрав скрытый подступ на следующий день выполз на свой передний край обороны, откуда был эвакуирован в ПМП, где вскоре скончался. За умелую организацию медпомощи на поле боя за самоотверженный поступок и проявленную храбрость представляю мл. лейтенанта медслужбы Коробкова посмертно к правительственной награде ордену «Красная Звезда».*

Умер от ран 06.09.1943 г.

Похоронен на полковом кладбище 5в/2-4, могила № 551, ряд 1 снизу, место 1 лицом к пирамиде слева направо, д. Доброе, Тосненский р-н, Ленинградская обл.

Перезахоронен в 1960 г. на братском захоронении Березовая аллея г. Любань, Тосненский р-н, Ленинградская обл.

Еще одна героиня – Шишкова Мария Егоровна. Она родилась в 1923 году в д.Плешково Мухоморовский с/с, Лихославльский р-н Тверская обл. Окончила вечерние курсы медсестер.

До призыва проживала в г. Н. Тагил, УВЗ, ул. Пролетарская, 24.

Доброволец Призвана в РККА 03.1942 г. Нижне-Тагильским ГВК. Член ВЛКСМ. В 1942 г., кандидат в ВКП(б) в 1943 г. Призывник. Прибыла в СПП Московского ГВК. Выбыла 14.12.1942 г. в 20 зсбр в команде №20 Женской комсомольской бригады.

Санинструктор 20 зсбр с 18.12.1942 г. Направлена в составе команды №9 в Казанский ВПП для прохождения дальнейшей службы.

Гвардии старшина, санитар 182 гв. сп 62 гв. сд 52 армии

28.09.1943 г. убита в бою при оказании помощи раненым при переправе через Днепр.

*По воспоминаниям очевидца того боя, тяжело раненого солдата: спасая раненых отстреливалась до последнего патрона и погибла, бросив связку гранат под немецкий танк.*

Посмертно наград не удостоена.

Похоронена в братской могиле в 1 км. восточнее, с. Дериевка, Онуфриевский р-н, Кировоградская обл., Украинская ССР.

В 1950-х гг. перезахоронена в братской могиле, центр села Дереевка, Онуфриевский р-н, Кировоградская обл. УкрССР.

## Литература

1. Единая электронная база данных ЦАМО РФ «Память Народа». [Электронный ресурс]. URL: <https://pamyat-naroda.ru>
2. Книга Памяти и Славы «Нижнетагильские медики – участники Великой Отечественной войны» (выпускники НТ ФАШ, фронтовики, сотрудники эвакогоспиталей) / Составитель Р.Ю. Домбровский. - Нижний Тагил, 2021. – 664 с.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ**

Лабазова Евгения Александровна, Рововых Виктория Андреевна,  
специальность 31.02.01 Лечебное дело, 3 курс  
Руководитель: Соломина Елена Сергеевна, преподаватель  
Нижнетагильского филиала ГБПОУ «СОМК», г. Нижний Тагил

По данным ВОЗ ежегодно 17 миллионов человек умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, которые занимают 1 место среди причин смертности взрослого населения [2]. По данным Российской статистики наблюдается увеличение числа сердечно-сосудистых заболеваний, основными формами являются: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт, хроническая сердечная недостаточность. По Свердловской области число сердечно-сосудистых заболеваний увеличилось с 2021 по 2024 годы с 155 тыс. до 179 тыс., по Российской Федерации число заболеваний увеличилось с 3 млн 652,5 тыс. до 5 млн 174 тыс. [3].

Причины сердечно-сосудистых заболеваний:

1. Атеросклероз, образование жировых отложений на стенках кровеносных сосудов, содержащих холестерин. Сердечно-сосудистые заболевания представляют группу болезней сердца и кровеносных сосудов: ишемическая болезнь сердца, сосудов головного мозга, периферических артерий, снабжающих кровью конечности, поражение сердечной мышцы и клапанов, тромбоз глубоких вен.
2. Пищевой рацион человека содержит много жира, поваренной соли, сахара, рафинированных продуктов (сахар, растительное масло, алкогольные напитки), что способствует развитию болезней системы кровообращения.
3. Вредные привычки: алкогольные напитки способствуют развитию болезней системы кровообращения. Никотин повышает артериальное давление, увеличивает частоту сокращений сердца, сужает кровеносные сосуды. С курением в организм поступает окись

углерода, что повышает проницаемость оболочки кровеносных сосудов для жиров и холестерина. Дефицит кислорода в сердечной мышце ведёт к стенокардии и может вызвать инфаркт миокарда. Курения табака, электронных сигарет вызывает смертность от инфаркта миокарда у курильщиков в 10 раз чаще, чем у не курильщиков [3].

4. Стресс вызывает выброс гормонов кортизола и адреналина, спазм кровеносных сосудов, повышение артериального давления.

5. Малоподвижный образ жизни, отсутствие регулярной физической нагрузки, переизбыток - являются факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний у населения.

6. Повышение свертываемости крови является фактором риска развития тромбоза, инфаркта и инсульта. Никотин повышает артериальное давление, увеличивает частоту сокращений сердца, сужает кровеносные сосуды [4].

Неотложные состояния: инфаркт миокарда, инсульт возникают в результате нарушения кровоснабжения сердца или головного мозга человека. Инфаркт миокарда характеризует нестерпимая боль в области сердца, не купируется приемом нитроглицерина. Инсульт головного мозга проявляется симптомами: слабость мышц руки или ноги со стороны тела, спутанность сознания, затрудненная речь или трудности в понимании речи, ухудшение зрения, головокружение или потеря равновесия, острая головная боль, обморок или потеря сознания. Надо немедленно обратиться за медицинской помощью [4].

В Федеральном Законе РФ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» прописаны принципы охраны здоровья населения, профилактики и лечения заболеваний. Дано определение «профилактика - это комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, включающих формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и распространения заболеваний, их раннее выявление, причин их развития, а также устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды обитания» [1].

Профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний является здоровый образ жизни и правильное питание. Принципы здорового питания: калорийность пищи соответствие энергозатратам организма, использование в пищу продуктов со сниженным содержанием жира, сахара, поваренной соли, увеличение продуктов, содержащих витамины, микроэлементы, бифидо- и лакто- бактерии. Питания 4-разовое: завтрак, обед, полдник, ужин. Рацион должен содержать фрукты и овощи (не менее 400 г в день), жиры (омега-3).

Контроль граждан за артериальным давлением и состоянием своего здоровья, выполнение рекомендаций медицинских работников, прием лекарственных препаратов по назначению врача.



Психологическое здоровье и методы снижения стресса: медитация и релаксация, восстановление сна, хобби и занятие любимым делом, активный отдых, ежедневные прогулки более 30 минут в день снижают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Умеренные физические нагрузки: бег, велоспорт, плавание, фитнес улучшают самочувствие человека, снижают артериальное давление и массу тела, укрепляют сердечную мышцу и опорно-двигательный аппарат, повышают адаптацию организма. Физические нагрузки положительно влияют на углеводный и жировой обмен веществ, снижается концентрация сахара и холестерина в крови.

Контроль веса. Ожирение увеличивает риск развития диабета и гипертонии. Способы контроля веса: сбалансированное питание, регулярные физические нагрузки, мониторинг массы тела.

Отказ от вредных привычек повышает качество жизни, улучшает психоэмоциональный фон. Необходимо отказаться от курения, редкое и умеренное употребление алкоголя [4].

На диспансеризации и профилактических осмотрах гражданам необходимо сдавать биохимические анализы крови (уровень холестерина и сахара), пройти осмотр врача-терапевта или фельдшера, сделать ЭКГ сердца и сосудов. Необходимо контролировать свое артериальное давление и принимать лекарственные препараты по назначению врача.

Фельдшер – специалист со средним медицинским образованием, который имеет право проводить диагностику, лечение и профилактику заболеваний. Фельдшер поликлиники проводит лечебно-профилактические, противоэпидемические мероприятия, диспансерное наблюдение за различными группами населения. Объектами профессиональной деятельности фельдшера являются: люди зрелого, пожилого и старого возраста. Работать по специальности «Фельдшер» могут специалисты со средним профессиональным образованием по специальности 31.02.01 Лечебное дело. Характеристика профессиональной деятельности фельдшера описана в стандарте ФГОС СПО специальности 31.02.01 Лечебное дело и включает перечень лечебно-диагностической, профилактической и медико-социальной помощи населению в системе первичной медико-санитарной помощи в учреждениях здравоохранения. Обучение проводится в медицинском колледже. Выпускники специальности 31.02.1 Лечебное дело могут работать в поликлиниках.

Заключение. Профессиональная деятельность фельдшера в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний состоит: в пропаганде здорового образа жизни, обучении населения принципам рационального питания, отказ от вредных привычек, снижение

причин для стресса, мотивации граждан к прохождению диспансеризации и выполнение рекомендаций медицинских работников, наблюдение за состоянием своего здоровья.

Литература и источники:

1. Федеральный Закон РФ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.11.
2. Всемирная Организация Здравоохранения: почему мы боеем? <https://aif.ru/health/life/34580>
3. Российская статистика [https://elib.usma.ru/bitstream/usma/14175/1/USMU\\_Sbornik\\_statei\\_2024\\_335.pdf](https://elib.usma.ru/bitstream/usma/14175/1/USMU_Sbornik_statei_2024_335.pdf)
4. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний. //Под редакцией Ющука Н.Д., Маева И.В., Гуревича К.Г. -М. Издательство «Перо», 2022. – 659 с.

**ПЕРЕДОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.  
САНИТАРНАЯ АВИАЦИЯ В НИЖНЕМ ТАГИЛЕ**

Авторы: Лунькова Евгения Александровна, Рустамова Эльза Эльдар кызы

Руководитель: Домбровский Роман Юрьевич, преподаватель

Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», г.  
Нижний Тагил

**Аннотация:** статья посвящена становлению и развитию санитарной авиации в Нижнем Тагиле в период с 2019 по 2024 годы. Особое внимание уделено вопросам размещения и оборудования четырех сортировочно-эвакуационных площадок у городских больниц и примерам организации помощи пострадавшим в результате катастроф.

**Ключевые слова:** эвакуация, санитарная авиация, вертолет, пострадавший, больница.

В Нижнем Тагиле организован Межмуниципальный центр и с 2019 года действует филиал ГБУЗ Территориального Центра Медицины Катастроф СО. Действует единый диспетчерский центр, принимающий сообщения и вызовы, и Оперативно-диспетчерский отдел ТЦМК (где принимается управленческое решение: консультация по телефону, телемедицина, выезд на место с целью эвакуации, операция или проведения консилиума; выбор состава бригады и вида транспорта (наземным или вертолетом) [7].

Для эвакуации использовались и применяются санитарные вертолеты марок МИ-8 и МИ-2, базирующихся на ТП «Решеты» и вертолеты Ансат [2]. В осенне-зимний период, в условиях облачности и плохой погоды полеты совершаются на вертолетах МИ-8.

При Демидовской центральной городской больнице, в приближении к приемному покою, в парке им. А.П. Бондина у акватории Тагильского пруда была создана сортировочно-эвакуационная площадка с твердым покрытием, позволяющая обеспечить эвакуацию больных вертолетом легкого и среднего класса (рассчитанная на совершение до 50 полетов в год) [7]. До её появления в 2010-х годах, вертолёт забирал пострадавших с проезжей части между Демидовской больницей и мемориалом Воинам, погибшим в локальных войнах [6].

Также на территории Городской больницы №4 с декабря 2019 г. действует аналогичная площадка. Там восстановлены асфальтовые дорожки, соединяющих корпуса и обновлена центральная площадка, что позволяет производить посадку и взлет вертолетов санитарной авиации в непосредственной близости от корпусов [3].

В марте 2021 года открыта площадка для санавиации в детской больнице Нижнего Тагила. Площадку для медицинских вертолетов оборудовали в стационаре благодаря национальному проекту «Здравоохранение».

*«В транспортировке вертолетом нуждаются дети: пострадавшие в ДТП, получившие тяжелую травму, серьезные ожоги, также дети с серьезной хирургической патологией. Если требуется срочная транспортировка пациента на более высокий уровень оказания медицинской помощи, она производится максимально быстро, с помощью вертолета. К счастью, таких детей в этом году было немного, мы обходились собственными силами»,* - рассказал главный врач Детской городской больницы Дмитрий Клейменов [4].

Всего в Нижнем Тагиле расположены 4 площадки при медицинских организациях, позволяющие охватить жителей Горнозаводского округа. Площадки оборудованы комплектом светооборудования для посадочных площадок «СТЕРХ-А» (для ночного старта) [7].

Благодаря этому комплексу мероприятий существенно повышается безопасность полетов, сокращается время на доставку больного и бригады специалистов до медицинского учреждения, в теплое время года с мая по октябрь отсутствует необходимость в привлечении наземного санитарного автотранспорта и достигается «каталочно-носилочная» доступность [7].

1 августа 2024 года тремя вертолетами Национальной службой санитарной авиации (НССА) были эвакуированы три ребенка и один взрослый, пострадавших от обрушения

дома на ул. Сибирской, 81. Еще двое пострадавших доставлены в больницу вертолетами «Ансат» 2 августа 2024 г. Наиболее «тяжелые» пострадавшие в течение получаса были доставлены из Н. Тагила в городскую клиническую больницу №9 г. Екатеринбург, выполнив правило «золотого часа» [1, 5].

#### Литература

1. В Ростеха рассказали, как вертолеты санитарной авиации помогают пострадавшим в Нижнем Тагиле. <https://aviaru.net/n274250>
2. Кунин А. Вертолет с 6-летним пострадавшим вылетел из Нижнего Тагила в Екатеринбург. [https://tagil.life/news/v\\_nizhnem\\_tagile/vertolet\\_s\\_6\\_letnim\\_postradavshim\\_vyletel\\_iz\\_nizhnego\\_tagila\\_v\\_ekaterinburg/](https://tagil.life/news/v_nizhnem_tagile/vertolet_s_6_letnim_postradavshim_vyletel_iz_nizhnego_tagila_v_ekaterinburg/)
4. Первый пациент доставлен вертолетом в кардиологический центр Нижнего Тагила. [https://old.tagilka.ru/news/news\\_detail/?ID=86915](https://old.tagilka.ru/news/news_detail/?ID=86915)
5. Площадка для санавиации появилась в детской больнице Нижнего Тагила. <https://iz.ru/1141707/2021-03-24/ploshchadka-dlia-sanaviacii-poiavilas-v-detskoi-bolnitse-nizhnego-tagila>
6. Санавиация Ростеха эвакуирует людей в Нижнем Тагиле. <https://m.ok.ru/group/62392050647140/topic/156967974089572>
7. Тагильчане заметили вертолет санавиации и машину скорой помощи у акватории Тагильского пруда. [https://vk.com/wall-32186733\\_1571898](https://vk.com/wall-32186733_1571898)
8. Фролов И.А. Развитие санитарной авиации в Свердловской области. Эпоха перемен. 2021 г. <https://helicopter.su/wp-content/uploads/2021/10/FROLOV.pdf>

## НИЖНЕТАГИЛЬСКИЕ МЕДИКИ – УЧАСТНИКИ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ

Авторы: Прохорова Павла Михайловна, Киселева Юлия Сергеевна

Руководитель: Домбровский Роман Юрьевич, преподаватель

Нижнетагильский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»,  
г. Нижний Тагил

**Аннотация:** статья посвящена четырем нижнетагильским медикам - участникам Специальной Военной Операции. Приводятся обобщенные данные биографического и служебного характера. Несмотря на то, что имеющиеся сведения довольно скудны, в статье

на данный момент представлен максимально возможный подробный составленный список тагильских медиков - участников войны.

**Ключевые слова:** СВО, медик, врач, медбрат, Нижний Тагил, служит, госпиталь.

Специальная Военная Операция была начата 24 февраля 2022 года как вооруженный конфликт между Россией и Украиной, как назвал это президент РФ 05.03.2022 года, официально называемая СВО. Продолжающийся и расширяющийся конфликт 22.03.2024 года пресс-секретарь президента РФ Д. Песков назвал войной: «Мы находимся в состоянии войны. Да, это начиналось как специальная военная операция, ... для нас это уже стало войной». По сути, на территории России и Украины происходит военное столкновение между РФ и коллективным Западом.

С сентября 2022 года была объявлена частичная мобилизация и призыв добровольцев. Ряд медработников Нижнего Тагила были мобилизованы, к 2025 году подписали контракты с МО РФ или стали добровольцами.

По окончании СВО явно возникнет потребности сбора данных о живых и павших тагильчанах, принимавших участие в войне. Данные вопросы побудили заблаговременно заняться поисковой работой для создания обобщенного списка медицинских служащих.

На данный момент в открытом доступе отсутствуют списки тагильчан – участников СВО по причине необходимости сохранения секретности для обеспечения безопасности их и их близких. С 2022 по 2025 годы публикуются сведения только о ряде погибших на СВО тагильчан.

Данные о живых участниках СВО содержатся в управлениях ФСБ и социальных службах, работающих с ветеранами войн (материалы Нижнетагильского центра социального обслуживания ветеранов боевых действий и членов их семей и Музея памяти воинов-тагильчан, погибших в локальных войнах планеты) и не публикуются.

В СМИ опубликованы сведения только об ограниченном круге медработников, сведения о которых собраны, обобщены и представлены в данной работе.

Официально опубликованные материалы в местной прессе и в сети Интернет позволяют установить данные о четырех тагильчанах – участниках СВО. Один из них, к сожалению, погиб.

В госпиталях «за лентой» трудятся врачи, фельдшера и медбратья нижнетагильских городских больниц. В воюющих тагильских частях и в подразделениях служат выпускники Нижнетагильского филиала медицинского колледжа. В силу отсутствия в СМИ о них опубликованной информации, в целях их безопасности, имена этих десятков людей, ежедневно спасающих жизни на фронте, - мы называть не станем.

**Абрамов Алексей Анатольевич.** Родился 29.09.2002 г. в Нижнем Тагиле. С 2018 года учился в Нижнетагильском филиале ГБПОУ «СОМК» по направлению «сестринское дело». Выпускник СОМК 2020 года.

Был волонтером поискового отряда «Феникс», помогал тушить лесные пожары в Курганской области и был депутатом молодежного Парламента Свердловской области. Работал медбратом в отделении нейрохирургии и реанимации в больнице №40 в Екатеринбурге.

Изначально был волонтером, а потом заключил контракт, перешел в другую часть. Медик отряда специального назначения «Рысь». Возил раненых по госпиталям. Уехал в Луганск на СВО 3 апреля 2023 г. Впоследствии в качестве фельдшера добровольцем вступил в один из отрядов, воюющих на Бахмутском направлении. Помогал эвакуировать людей, спасал раненых (удалял осколки и зашивал раны) и обучал бойцов тактической медицине.

Должен был приехать в отпуск 1 декабря, но 3 ноября 2023 г. героически погиб, получив смертельное ранение в Бахмуте, спасая раненого бойца.

Со слов родственницы погибшего Ольги Варенцовой: «Сослуживцы характеризовали Алексея как ответственного и добродушного парня. Алексей должен был подмениться и уехать с Бахмута. Но в момент спасения раненого бойца, в них прилетел боеприпас. Обо всем мы узнали через медика-добровольца». Посмертно награжден медалью «За отвагу».

Похоронен 17 ноября 2023 г. в Бисерти, где живет тетя, воспитавшая его.

### **Григорьев Роман Альбертович**

Родился в 1975 году и вырос в г. Николаев на Украине. В 1998 г. окончил Днепропетровскую государственную медицинскую академию (1-й медицинский факультет, специальность «лечебное дело») и работает анестезиологом-реаниматологом с 1998 года. Стаж 26 лет. В 2016 г. прошел Курсы повышения квалификации в ДГМА (анестезиология и реаниматология)

С 2016 г. с семьей живет в Нижнем Тагиле и работает анестезиологом в Демидовской больнице. 48-летний врач-анестезиолог из Нижнего Тагила 05.2024 г. заключил контракт с Минобороны в Татарстане и ушел на СВО.

Роман неоднократно хотел уйти контрактником в зону боевых действий, но через Нижнетагильский военкомат это сделать не получилось.

Доктор занимается лечением и спасением жизней раненых солдат. Служит в передвижном медицинском батальоне под Херсоном, находится «за лентой» уже полгода.

Их госпиталь постоянно перемещается. На СВО намерен быть до самой победы. По возвращении хочет с семьей переехать в Казань.

**Прокопович Владислав Сергеевич.** В 2016 году с отличием окончил ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» г. Екатеринбург (специальность «лечебное дело», квалификация «врач»). С 2016 г. начал работать врачом. В 2018 г. прошел подготовку в ординатуре ГБОУ ВПО УГМУ г. Екатеринбург (специальность «Нейрохирургия», квалификация «врач-нейрохирург») и прошел повышение квалификации там же.

С 2018 по 2021 гг. проходил обучение в очной бюджетной аспирантуре на кафедре нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) и 31.07.2021 получил диплом по специальности «Клиническая медицина». Присвоена квалификация «Исследователь. Преподаватель-исследователь». Кандидат медицинских наук (диссертационная тема «Оптимизация послеоперационного ведения пациентов с поясничной дискогенной радикулопатией»)

Тагильский врач-нейрохирург, с 12.2022 г. по совместительству работал в ООО «Уральский клинический лечебно-реабилитационный центр им. В. В. Тетюхина», вел консультационные приемы в медицинском центра «Академия здоровья». По совместительству преподавал неврологию в медицинском колледже.

В 2022 году по собственному желанию направился в зону проведения СВО, оформив отпуск без сохранения заработной платы, чтобы оказывать медицинскую помощь военнослужащим в военном госпитале. За это время работал сначала в госпитале Минобороны в Анапе, а после в военном госпитале в зоне СВО.

Из зоны СВО вернулся в сентябре 2023 года. По возвращении в Нижний Тагил врач столкнулся с давлением со стороны руководства медицинского центра им. Тетюхина. В 2024 г. работает в клиниках г. Екатеринбург, в Госпитале ветеранов войн №2, «Парацельс» на ул. Большакова.

### **Шерстобитов Андрей Сергеевич**

Родился 11.12.1978 г. в Нижнем Тагиле. Учился в школах №10 и №64. Тагильский врач-кардиохирург. В 2004 г. окончил ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Минздрава России» г. Екатеринбург. В 2004-2006 гг. прошел клиническую ординатуру на кафедре хирургических болезней ФПК и ПП ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Минздрава России». Профессиональные

переподготовки проходил в 2008 г. по сердечно-сосудистой хирургии и в 2015 г. по функциональной диагностике.

С 2006 года работает в «Свердловской областной клинической больнице №1», в кардиохирургическом отделении врачом сердечно-сосудистым хирургом. С 2015 г. ведет консультативный прием в НТМЦ. Врач-сердечно-сосудистый хирург высшей категории Уральского клинического лечебно-реабилитационного центра им. В.В. Тетюхина. Депутат Нижнетагильской городской думы по округу №14.

Зимой 2023-2024 года провел свой отпуск на Донбассе. Лейтенант медицинской службы. 26.06.2024 г. подписал контракт с Министерством обороны РФ и до 2025 года находился в Луганском военном госпитале, работая по направлению военно-полевой хирургии. В госпиталь постоянно привозят раненых, поэтому максимально быстро приступили к работе, начали оказывать медицинскую помощь, ассистировать и проводить операции. Коренной тагильчанин говорит: «Я – доктор, моя профессия всегда востребована. Почему бы не помочь своими руками, знаниями в сложное для страны время».

В январе 2025 года после полугодовой командировки вернулся в Нижний Тагил и приступил к работе.

Поисковая работа об участниках СВО – тагильских медиках будет продолжена.

#### Литература

1. Анестезиолог Роман Альбертович Григоров. [https://zoon.ru/tagil/p-doctor/roman\\_albertovich\\_grigorov/](https://zoon.ru/tagil/p-doctor/roman_albertovich_grigorov/)
2. Владислав Сергеевич Прокопович. [https://zoon.ru/msk/p-doctor/vladislav\\_sergeevich\\_prokopovich/](https://zoon.ru/msk/p-doctor/vladislav_sergeevich_prokopovich/)
3. Врач из Нижнего Тагила поехал на СВО. Врач из Нижнего Тагила отправился на СВО через Татарстан. <https://tagilcity.ru/news/2024-05-29/vrach-iz-nizhnego-tagila-otpravilsya-na-svo-cherez-tatarstan-5095231>
4. Григоров Роман Альбертович. <https://med-otzyv.ru/doctors/1155-nizhniy/9-anesteziologi/343046-grigorov>
5. Депутат Нижнего Тагила, кардиохирург Андрей Шерстобитов подписал контракт с минобороны и находится в военном госпитале. <https://tagil-news.ru/sport/2024/06/26/21866.html>
6. Камалиева А. Врач из Нижнего Тагила подписал контракт в Татарстане и ушел на СВО. <https://tnv.ru/news/svo/393897-vrach-iz-nizhnego-tagila-podpisal-kontrakt-v-tatarstane-i-ushel-na-svo/>
7. Медики отряда специального назначения «Рысь». [https://vk.com/video/@alexseisomk?z=video-40316705\\_456413620%2Fpl\\_464757708\\_-2](https://vk.com/video/@alexseisomk?z=video-40316705_456413620%2Fpl_464757708_-2)



## **ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ КАЧЕСТВА: ВЗГЛЯД БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА. МОЯ ПРОФЕССИЯ - ФЕЛЬДШЕР**

Кудрина Ксения Александровна, специальность 31.02.01 Лечебное дело, 3 курс

Руководитель: Соломина Елена Сергеевна, преподаватель  
Нижнетагильского филиала ГБПОУ «СОМК», г. Нижний Тагил

Аннотация. Выбор профессии после окончания школы - ответственный момент в жизни каждого человека, он определяет наше будущее, цели, задачи. Фельдшер – специалист со средним специальным медицинским образованием, который умеет оказывать первичную доврачебную помощь, принять роды, осуществлять диагностику и лечение заболеваний или направлять пациента к врачу-специалисту.

А.П. Чехов сказал: «Настоящее счастье - быть нужным людям», именно поэтому я выбрала медицину, чтобы помогать людям. У каждого свои интересы и жизненные приоритеты, для меня – это помощь нуждающимся. Я всегда старалась позаботиться о тех, кто меня окружает, с трепетом относилась к любому живому существу. Хотелось делать что-то важное, изменить жизнь к лучшему, а медицина – очень интересная наука, которая предоставляет огромные возможности для развития. К концу обучения в школе я твёрдо решила, что буду фельдшером. «Фельдшер» (нем. Feldscher) впервые появились в средние века в Германии, так называли доктора, помогающего раненым на поле боя. С развитием медицины появилась должность фельдшера, их выделили в менее квалифицированную группу медиков, которые учились медицине у врача [2].

Работа фельдшера привлекла меня своей многогранностью и значимостью, специалист должен уметь оказать скорую медицинскую помощь и психологическую поддержку, проводить своевременную диагностику и профилактику заболеваний, работать с медицинской документацией, назначить лечение или направить к более узкому специалисту. Фельдшеру необходимо обладать знаниями в разных областях медицины: фармакология, акушерство, хирургия, педиатрия и другие, чтобы суметь оказать должную помощь пациентам любого возраста. Эта профессия очень востребована и необходима. Независимо, какое сейчас время года и время суток, фельдшер спешит к нам на помощь в сложных и угрожающих жизни ситуациях.

В современной системе образования получить специальность фельдшер и работать по профессии могут специалисты, со средним профессиональным образованием (обучение в медицинском колледже) по специальности ФГОС СПО 31.02.01. Лечебное дело. Характеристика профессиональной деятельности фельдшера описана в стандарте СПО:

1) Оказание лечебно-диагностической, лечебно-профилактической и медико-социальной помощи населению в системе первичной медико-санитарной помощи, организационно-аналитическая деятельность в рамках учреждений здравоохранения.

2) Объектами профессиональной деятельности выпускников являются: пациенты, здоровое население (дети, лица трудоспособного возраста, лица пожилого и старческого возраста, беременные, а также организованные коллективы детских садов, образовательных учреждений, промышленных предприятий).

3) Фельдшер готовится к следующим видам деятельности: диагностическая деятельность, лечебная деятельность, неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе, профилактическая деятельность, медико-социальная деятельность, организационно-аналитическая деятельность, выполнение работ по одной или нескольким профессиям рабочих, должностям служащих [1].

Фельдшер – это универсальный специалист. Он может работать в Фельдшерско-акушерском пункте, в медицинских учреждениях, в медпунктах при общественных заведениях, на станции скорой медицинской помощи, также закрепиться за социальными службами и оказывать помощь на дому или пройти курсы повышения квалификации. Каждый сам выбирает себе направление в зависимости от собственных возможностей и интересующей сферы деятельности.

Работа фельдшера включает в себя высокие физические и психические нагрузки, ненормированный рабочий день и ночные дежурства из-за дефицита сотрудников, постоянное общение с людьми – это может привести к профессиональному выгоранию. Необходимо обладать теоретическими знаниями и практическими навыками, эмпатией и коммуникативностью, уметь сохранять самообладание в любой стрессовой ситуации, быстро и правильно принимать решения, так как человеческая жизнь – большая ответственность, и изменить ситуацию при ошибке будет уже невозможно. Не все способны взять на себя эту ответственность, не каждый выдержит работу в стрессовых условиях. Помимо физической выносливости фельдшеру скорой помощи требуется обладать эмоциональной стабильностью. Необходимо сохранять объективность и трезвость ума в конфликтных, стрессовых или кризисных ситуациях, при работе в условиях нехватки ресурсов или при общении с лицами с деструктивным типом поведения. Не менее важной частью работы является оказание психологической поддержки пациентам и их близким чтобы снизить уровень тревожности и создать доверительную атмосферу, что способствует эффективному оказанию медицинской помощи [3].

После окончания колледжа я хочу быть фельдшером скорой медицинской помощи. На мой взгляд, это драгоценный опыт, который пригодится в будущем. Никогда не

предугадаешь, с чем столкнешься на вызове: роды, перелом или остановка сердца – нужно быть готовым ко всему. Когда фельдшер приезжает на вызов, его задача – быстро и правильно оценить ситуацию и состояние пациента. Он проводит первичную диагностику и определяет план действий, в который может входить простая помощь, так и сложные реанимационные мероприятия. В будущем, я с гордостью смогу называть себя «Фельдшер», быть наставником и передавать накопленный профессиональный опыт молодежи.

Стремление помочь другим людям движет мною, я работаю волонтером Красного Креста, помогаю людям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Мы участвуем в акциях «Корзина добра», проводимых в магазинах города и осуществляем сбор продуктов малоимущим семьям. Мы выезжаем на профилактические акции «Добро в село», где обследуем состояние здоровья людей и даем им рекомендации по сохранению здоровья. Мы помогаем воспитанникам детского дома г. Нижнего Тагила, приносим детям игрушки, сладости, занимаемся с ними лепкой, вышивкой, изготовлением аппликации, проводим досуговые мероприятия. Главное, начать делать добрые дела, улучшить чью-то жизнь и возможно общество в целом. Важно, чтобы мой выбор оказался верным, а «огонь внутри меня» продолжал светить и направлять. Я осознаю всю серьезность выбранной профессии и буду стараться развивать необходимые навыки и умения, учиться всю жизнь.

#### Литература и источники:

1. Приложение ФГОС СПО: специальность Лечебное дело, квалификация Фельдшер.
2. Википедия Профессия фельдшер <https://ru.wikipedia.org/wiki/Фельдшер>
3. Профессия фельдшер <https://www.kp.ru/edu/rabota/professiya-feldsher/>

### **ВОЕННЫЙ ЭВАКОГОСПИТАЛЬ №3104**

Беляев Владислав Андреевич, Стихин Дмитрий Никитич, студенты III курса  
специальность «Сестринское дело»

Руководитель: Быстрова-Козырина Яна Сергеевна, преподаватель  
Ревдинский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Военный эвакогоспиталь №3104 размещался в здании школы №25 с 1941 по 1944 гг. В 1944 году госпиталь №3104 был передислоцирован в Ровеньки на Украине.

В 1930 году был принят специальный проект школ (таких как школа №25). Они за короткое время могли превратиться в эвакогоспиталь. Таких школ по всей стране в то время было 25% от построенных.

**Актуальность темы:** о Военном эвакогоспитале №3104 обусловлена необходимостью сохранения исторической памяти о событиях Великой Отечественной войны, а также важностью вовлечения молодежи в изучение и осмысление исторического наследия. В условиях современного общества, где патриотизм и уважение к истории становятся все более значимыми, работа с архивными источниками и изучение опыта медицинских работников военного времени способствуют формированию гражданской позиции и патриотических чувств у студентов.

**Цель:** исследование деятельности Военного эвакогоспиталя №3104 в контексте сохранения исторической памяти.

**Задачи:**

1. Осуществить обзор литературы, Интернет-ресурсов.
2. Анализ архивных материалов, связанных с госпиталем.
3. Изучение роли эвакогоспиталя в системе медицинского обеспечения во время войны.

**Объект исследования:** Военный эвакогоспиталь №3104

**Предмет исследования:** Просмотр архивных фотоматериалов.

**Методы исследования:** изучение Интернет-ресурсов, поиск информации, анализ и синтез данных.

История школы ведет отсчет с тяжелых военных лет. В начале 1940-х годов Ревда росла как на дрожжах: уже тогда в городе проживало 40 тысяч жителей. Ребятишек было много, вот и задумались о строительстве новой школы.

Огромная по тем меркам школа быстро росла на пустыре, который местные жители называли «капустное поле». К лету 1941 года школа была готова! И началась война. Вместо учеников в школу поступили раненые: здесь был развернут госпиталь №3104. Если сейчас пройти по широким коридорам и лестницам школы, то живо представляешь, как тогда все было.

Железную дорогу протянули до нынешней «Ромашки», оттуда на телегах везли раненых. Они лежали в просторных классах и коридорах, госпиталь был рассчитан на 400 человек. Если врачи были приезжими, то медсестричек набирали из местных. Интересно, что в первую очередь здание гимназии №25 стало кузницей ревдинских медицинских кадров.

Линия фронта двигалась на запад. В 1944 году госпиталь перевезли на Украину, а школу отдали ее хозяевам – детям. 14 августа 1944 года Исполкомом Ревдинского горсовета Депутатов трудящихся здание школы было решено использовать по назначению. За неделю (!) Горно должно было укомплектовать школу квалифицированными кадрами. Деревообделочный комбинат в срочном порядке начал производить парты, доски, а также учительские столы и стулья.

Здание школы №25 (сейчас гимназия №25) было построено в 1941 году. Но первые ученики тогда в сентябре к занятиям не приступили – началась Великая Отечественная война и здесь был размещен военный эвакогоспиталь №3104. В августе того года здесь приняли первую сотню раненых бойцов с Карельского фронта. Начальником госпиталя был военврач третьего ранга Г.Б. Алешинский, комиссар – Ф.Т. Краснов. Раненых бойцов подвозили к госпиталю на подводах от станции "Капралово". Госпиталь был рассчитан на прием 350 раненых бойцов. Иногда количество раненых превышало вдвое, и не всем находилось место в палатах.

Наверное, самая трагичная и трогательная история связана с 10 «Б», который выпускался 22 июня 1941 года. Их классному руководителю Алексею Николаевичу Колышкину было тогда 35 лет. На следующий день 12 парней, вчерашние школьники, вместе с классным руководителем отправились в военкомат добровольцами. У двух ребят во время медосмотра обнаружили проблемы со зрением, но парни убедили комиссию, что это не мешает им защищать Родину. Выпускники 10«Б» сражались под Смоленском, в битве под Москвой... И все погибли. Погиб в бою и их учитель Алексей Колышкин.

В 1950-е годы в память о выпускниках 10 «Б» 1941 года и их учителе в вестибюле нашей школы установили стелу с именами героев. В гимназическом музее хранятся фотографии ребят, несколько их фронтовых писем. Поисковая работа под руководством администрации учебного заведения действительно началась сразу после войны и не прекращается до сих пор.

1 сентября 1944 года в школу пришли учиться 50 мальчиков, их разделили на два класса. Вплоть до 1953 года школа была мужской. Надо сказать, что в основном школу посещали ребята, оставшиеся без родителей, которых воспитывала улица. Поэтому свой неоценимый вклад в воспитание и обучение самых первых учащихся 25-й школы внесли учителя-фронтовики. Они понимали, что им придется в какой-то мере заменить детям отцов, поэтому трудились по 12 часов.

Школьный день начинался в темноте: в последние годы войны и первые послевоенные годы в Ревде были проблемы с электричеством. Плюс в окна вместо стекол были вставлены фанера, что также не способствовало попаданию солнечного света в

классы. С дровами тоже были проблемы. Хотя котельная находилась в подвале школы, в здании было настолько холодно, что полы покрывались льдом, и школяры катались по ним как по катку. Конечно, их наказывали за поведение – с дисциплиной тогда было строго.

Первым директором школы №25 еще в военный 1944 год стал **Алексей Алексеевич Черепанов**. В сложное голодное время, несмотря на холод и перебои с электричеством, школа работала. А в 1945 году состоялся первый выпуск: 11 юношей получили аттестаты зрелости, один мальчик окончил школу с серебряной медалью.

В 1949 году руководителем школы был назначен **Владимир Яковлевич Манаков**. В школе появились кабинеты труда, автодела, слесарно-механическая и столярная мастерские. Работали спортивные, музыкальные, театральные кружки. Началось строительство школьного двора, появились приусадебный участок и теплицы. С 1954 года директором была Елизавета Радионовна Кондина. Для того времени характерно широкое применение педагогики сотрудничества.

Расширение школы началось с 1956 года при директоре **Иване Антоновиче Замжицком**. Было начато строительство пристроя. В 1966 году в Ревду приехал **Николай Захарович Лупач**, через год он стал директором школы №25. Появилась масса кружков. Дети приходили заниматься даже по выходным. Николай Захарович преподавал в кружке радиотехники, так как сам был учителем физики.

**Иван Демьянович Мацнев** руководил школой в 1970-1972 годах, тогда была укреплен материальная база кабинетов.

Сохранение исторической памяти о таких учреждениях, как Военный эвакогоспиталь №3104, позволяет нам не только почтить память тех, кто служил и сражался, но и извлечь уроки из прошлого для будущих поколений. Мы должны помнить о героизме медицинских работников, которые, рискуя своими жизнями, обеспечивали спасение других. Их вклад в победу и восстановление здоровья раненых остается значимым и актуальным до сих пор.

#### Список литературы

1. <https://imena.onf.ru/placements/sverdlovskaya-oblast/voenny-evakogospital-no3104-v-g-revda-segodnya-gimnaziya-no25>
2. [https://nn.aif.ru/society/persona/s\\_vypuskного\\_na\\_front\\_kak\\_gorkovchane\\_uchilis\\_rabotali\\_i\\_verili\\_v\\_pobedu](https://nn.aif.ru/society/persona/s_vypuskного_na_front_kak_gorkovchane_uchilis_rabotali_i_verili_v_pobedu)
3. <https://revda-novosti.ru/newslane/posle-gospitalya.-gimnaziya-25-vspominaet-svoyu-vosmidesyatiletnyuyu-istoriyu-nakanune-yubileya1717178872>
4. Фотоальбомы из музея гимназии № 25

## **МЕДИЦИНА В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

Крампэ Екатерина Евгеньевна

Руководитель: Корюкалова Светлана Викторовна, преподаватель Фармакологии

Сухоложский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Сухой Лог

Великая Отечественная война (1941-1945 гг.) стала одним из самых трагичных и героических периодов в истории России. Медицинская служба Красной Армии и гражданского здравоохранения столкнулась с беспрецедентными вызовами, связанными с массовыми потерями, необходимостью организации лечения в условиях боевых действий и предотвращением эпидемий. Несмотря на все трудности, советская медицина достигла значительных результатов, вернув в строй более 17 миллионов раненых и больных.

Данная работа посвящена анализу ключевых аспектов работы медицинской службы в годы войны, включая организацию военно-полевой медицины и гуманитарные аспекты медицинского обслуживания.

С началом войны советская медицинская служба столкнулась с рядом вызовов: нехваткой кадров, медикаментов и оборудования, а также необходимостью быстрой адаптации к условиям боевых действий. К 1941 году в гражданском здравоохранении работало около 140 тысяч врачей, из которых более 10 тысяч хирургов были мобилизованы в армию. Для восполнения дефицита кадров были организованы досрочные выпуски студентов медицинских вузов, что позволило к 1942 году обеспечить армию медицинскими специалистами на 95% по всем специальностям.

В период Великой Отечественной войны система полевой медицинской помощи РККА претерпела ряд изменений, вызванных опытом предыдущих войн и конфликтов, которые она пережила после Гражданской войны. Ключевым элементом медицинской службы стала система этапного лечения с эвакуацией по назначению. Раненых сортировали на передовой, после чего направляли в полевые госпитали или эвакуационные базы в тылу. Однако в начальный период войны возникали сложности: отсутствие четкой документации и промежуточные этапы эвакуации замедляли процесс. К 1942 году, благодаря приказу №701, была налажена система информирования медиков о боевой обстановке, что позволило оптимизировать маршруты эвакуации и повысить эффективность лечения.

Несмотря на военные трудности, научная работа не прекращалась. Врачи и ученые проводили исследования, направленные на совершенствование методов лечения. Одним из важнейших достижений стало внедрение кровезаменителей и методов консервирования

крови, разработанных еще в довоенный период. Эти технологии спасли тысячи жизней, особенно при лечении травматического шока и массивных кровопотерь.

В годы войны начинается работа над созданием отечественного пенициллина. После напряженных исследований профессором З.В. Ермолаевой был выбран тот вид плесневого грибка, который продуцировал пенициллин. На клинические испытания времени не было, и профессор решается испытать неочищенный препарат, который к счастью, превзошел все ожидания.

Таким образом, в стране появился свой пенициллин, спасший жизни миллионам раненых солдат. Опытное производство антибиотиков началось в 1943 г, и за время войны было произведено 100 тыс. лекарственных доз.

В годы войны было совершено и много других медицинских достижений, в частности, операции выполнялись не только под общим наркозом, но и под местной анестезией, в разработке которой большую роль сыграли отец и сын Вишневские.

Над разработкой методов хирургического лечения черепно-мозговых ранений работал профессор А.Н. Бакулев. В сложное военное время он написал несколько научных трудов - «Тактика хирурга при ранениях с наличием инородных тел», «Лечение абсцессов мозга при огнестрельных ранениях черепа», «Лечение огнестрельных ранений позвоночника и спинного мозга» и др.

Также в это время были разработаны отечественные сульфаниламиды и антибиотики для борьбы с сепсисом и гнойными инфекциями. Значительный вклад внесли стоматологи и челюстно-лицевые хирурги. Например, были разработаны новые методики лечения переломов челюстей и гнойно-воспалительных процессов, а также пластические операции с использованием Филатовского стебля и костных трансплантатов. Эти инновации позволили не только спасать жизни, но и возвращать раненых к полноценной жизни.

Среди всех специалистов можно упомянуть Ефима Ивановича Смирнова (1904-1989 гг.). В то время он - учёный в области здравоохранения, генерал-полковник медицинской службы (1943). Работы по организации и тактике военно-медицинской службы, эпидемиологии, истории военной медицины. В годы войны начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии. Развил учение об этапном лечении с эвакуацией по назначению и внедрил в практику систему лечения эвакуационных мероприятий, которые способствовали возвращению в строй большинства раненых и больных. Разработанная под руководством Смирнова система противоэпидемического обеспечения войск обусловила эпидемическое благополучие действующей армии. Главный редактор



научного труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» в 35 томах.

Руководил медицинским обеспечением Красной Армии на протяжении всей войны начальник Главного военно-санитарного управления Ефим Иванович Смирнов (1904-1989 гг.), впоследствии министр здравоохранения СССР (1947-1953 гг.). (1883-1950 гг.).

Главным терапевтом Красной армии в годы войны был академик Николай Нилович Бурденко (1876-1946 гг.), хирург, один из основоположников нейрохирургии в СССР, академик АН СССР (1939), первый президент АМН СССР (с 1944), генерал-полковник медицинской службы (1944), Герой Социалистического Труда (1943). Накануне войны участвовал в разработке научно-организационных основ военно-полевой хирургии, в годы войны главный хирург Красной Армии. Под руководством Бурденко на фронтах внедрены единые принципы лечения огнестрельных ранений, что способствовало успехам советской военной медицины в спасении жизни, восстановлении здоровья и боеспособности раненых.

Особое внимание заслуживает гуманистическая миссия советской медицины. Согласно Положению о военнопленных, утвержденному Советом Народных Комиссаров СССР 1 июля 1941 года, раненые и больные военнопленные получали медицинскую помощь наравне с советскими военнослужащими. Это демонстрировало высокий уровень профессионализма и человеколюбия, несмотря на жестокость войны.

Медицинское обслуживание военнопленных и репатриантов включало лечение в госпиталях, независимо от их ведомственной принадлежности. Такой подход не только соответствовал международным нормам, но и подчеркивал моральное превосходство советской системы здравоохранения.

Медики на фронте работали в нечеловеческих условиях: под обстрелами, в холод и жару, часто без сна. Санитары и медсестры вытаскивали раненых с поля боя, рискуя собственной жизнью. За годы войны погибло более 85 тысяч медицинских работников, включая 5 тысяч врачей и 71 тысячу санитаров. Их подвиг был высоко оценен: 44 медика удостоились звания Героя Советского Союза, а более 115 тысяч были награждены орденами и медалями.

Примером самоотверженности может служить работа медсестры Марии Алексеевой, которая описывала, как в перевязочной палатке медсанбата проводились операции без общего наркоза, а в периоды активных боев через госпиталь проходило до 500 раненых в сутки. Такие усилия позволили вернуть в строй 72% раненых и 90% больных, что стало решающим фактором в поддержании боеспособности армии.

Медицина в годы Великой Отечественной войны показала пример стойкости, профессионализма и гуманизма. Организация этапного лечения, научные разработки и

самоотверженность медиков позволили спасти миллионы жизней и внести значительный вклад в победу. Опыт военных лет стал основой для дальнейшего развития советской медицины, а подвиг медиков остается примером для будущих поколений.

#### Литература

1. Журнал. Медицина в годы Великой Отечественной войны 1941- 1945 г. Издательство Москва.
2. Всеобщая История. Открытие второго фронта. / Е. И. Смирнов. – М.: Медицина, 1965. – 278 с.
3. Министерство обороны Российской Федерации. Официальный сайт \[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mil.ru>, свободный. – Дата обращения: 28.05.2025.
4. Музей Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова \[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vmeda-museum.ru>, свободный. – Дата обращения: 27.05.2025.

### **ПРОФИЛАКТИКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С ИНКУРАБЕЛЬНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ ПАЛЛИАТИВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

Насонова Виктория Павловна

Руководитель: Диденко Жанна Анатольевна, педагог-психолог, преподаватель

Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК»

В настоящее время все больше людей испытывает на себе эмоциональные перегрузки и страдает от синдрома эмоционального выгорания. Работа медицинских сотрудников ответственна, предполагает высокую и постоянную психоэмоциональную нагрузку, которая в дальнейшем может перерасти в эмоциональное выгорание на рабочем месте.

*Актуальность* темы обусловлена негативными последствиями синдрома эмоционального выгорания на деятельность среднего медицинского персонала, оказывающего медицинскую помощь особой части пациентов с неблагоприятным прогнозом заболевания. Пациенты паллиативных отделений больниц неизлечимы, что минимизирует одну из важнейших составляющих результата труда медицинского работника - удовлетворение от собственного труда, ощущение чувства выполненного долга в полном объеме. Осознание невозможности излечения, положительной динамики объективного состояния больного, с одной стороны, и критическая оценка

профессиональной деятельности медицинского персонала родственниками неизлечимых больных, с другой стороны, создает неблагоприятные условия для формирования синдрома эмоционального выгорания медицинских сестер.

Кроме того, знание «причин, стадий развития стресса и нервного истощения, их влияние на профессиональную деятельность медсестры, мер профилактики профессионального стресса» является важным требованием к профессиональной деятельности медицинской сестры, которое утверждено в профессиональном стандарте «Медицинская сестра/медицинский брат».

*Цель работы:* проанализировать основные факторы риска возникновения эмоционального выгорания в работе медицинской сестры с инкурабельными пациентами, а также способы их профилактики.

*Задачи исследования:*

1. Проанализировать существующие литературные источники по проблеме риска возникновения эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинской сестры при работе с инкурабельными пациентами
2. Провести анкетирование среди медицинских сестер паллиативного отделения с целью выявления факторов риска эмоционального выгорания
4. Разработать информационный материал, направленный на повышение уровня информированности о методах профилактики эмоционального выгорания
5. Проанализировать результаты исследования и сделать выводы

*Объект исследования:* синдром эмоционального выгорания.

*Предмет исследования:* факторы эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинской сестры при работе с инкурабельными пациентами и методы их профилактики.

*Методы исследования:*

- Теоретический метод (изучение, анализ различной литературы);
- Эмпирический метод (анкетирование, математическая статистика).

Первая статья по вопросу «эмоционального выгорания» была опубликована К. Маслач в 1976 г. К. Маслач определяла синдром «эмоционального сгорания» как дезадаптированность человека к рабочему месту из-за неадекватных межличностных отношений и чрезмерной рабочей нагрузки.

Наиболее распространенная «модель синдрома выгорания» - трехфакторная модель выгорания Кристины Маслач и Сьюзан Джексон. В ней синдром выгорания рассмотрен как трехмерный конструкт:

1. *Эмоциональное истощение.* Данное состояние вызвано утомлением, как физическим, так и эмоциональным, вследствие истощения ресурсов организма, постоянного нахождения в стрессовых ситуациях в процессе трудовой деятельности и взаимодействия с людьми.

2. *Деперсонализация.* Проявляется в циничности поведения, бездушности к окружающим, деформации отношений с окружающими, повышении раздражительности и нетерпимости в ситуациях общения.

3. *Редукция личных достижений.* Проявляется в негативной оценке собственных профессиональных успехов и достижений, снижении уровня рабочей мотивации и энтузиазма по отношению к работе альтруистического содержания.

Одно из первых мест среди специальностей, подверженных высокому риску возникновения синдрома эмоционального выгорания, занимает профессия медицинской сестры. Профессия медицинской сестры является энергозатратной как физически - работа мобильная, чаще стоя, сменный график работы, работа в ночное время суток; так и эмоционально - постоянный контакт с больными различных возрастных групп, их родственниками, законными представителями, работа в условиях патологически измененного функционирования органов и систем пациента, его психического состояния и т.д., что оказывает влияние на различные функциональные системы и психоэмоциональное состояние медицинского работника.

Средний медицинский персонал паллиативной помощи находится с пациентами практически постоянно, и всегда должен быть готов к развитию любых критических ситуаций. В случае смерти больных именно персонал этих отделений вынужден «принимать на себя» эмоции родных и близких умершего, а иногда и их претензии. Все это обуславливает высокий риск развития синдрома эмоционального выгорания у данной категории сотрудников и необходимость разработки мер его профилактики.

Большая производственная нагрузка, контакт с неизлечимыми пациентами, круглосуточный режим работы могут быть ведущими профессиональными факторами развития синдрома эмоционального выгорания. Последствиями развития синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала могут быть циничность, астенический синдром, психосоматические расстройства, вредные привычки, снижение профессиональных возможностей, уход из профессии. Данные последствия имеют значение, как для уровня оказания медицинских услуг, так и для медицинского работника, его личности.

Сочувствие, сопереживание и другие проявления эмоционального отклика среднего медицинского персонала - обязательное условие получения высококвалифицированной

медицинской помощи. Препятствием формированию эмоционального отклика может являться синдром эмоционального выгорания медицинского работника.

Посредством анализа особенностей деятельности медицинских работников паллиативной помощи и изучения нормативных документов, выявляется множество факторов риска и условий, которые могут способствовать формированию эмоционального выгорания медсестер.

Для проведения данного исследования мы провели анкетирование медицинских сестер паллиативного отделения с целью выявления факторов риска эмоционального выгорания.

По результатам анкетирования было установлено, что большинство медицинских сестер (60% опрошенных) относятся к средней возрастной категории от 30 до 55 лет, и все респонденты имеют стаж работы выше трех лет. Это говорит о том, что в отделении работают опытные медсестры, которые уже сталкивались с возможными трудностями работы и должны лучше справляться со сложными ситуациями и стрессом. Данная категория сотрудников обладает большим опытом и знаниями, что позволяет находить решения проблем в работе и адаптироваться к стрессовым ситуациям. Но, с другой стороны, частое общение с тяжелобольными пациентами и их близкими, наличие семейных обязанностей помимо работы, а также физическая усталость могут приводить к эмоциональному истощению и более выраженному влиянию выгорания на здоровье, чем у молодых специалистов.

Опрос показал, что среди факторов, оказывающих влияние на эмоциональное состояние медицинских сестер, самым стрессовым фактором является высокая психоэмоциональная нагрузка (40% ответов). Уход за тяжелобольными пациентами, непосредственный контакт со страданиями людей и даже смертью является тяжелой психологической нагрузкой, так или иначе оказывающей влияние на медицинских сестер.

Вторым по значимости стрессовым фактором медсестры выделили негативную коммуникацию со стороны родственников пациентов (30% ответов). Зачастую родственники воспринимают диагноз тяжелее самих пациентов, что может служить поводом для агрессии и конфликтов.

По результатам анкетирования было также установлено, что большинство медсестер считают необходимой психологическую поддержку для медицинских работников. Работа психолога в отделении рассчитана на пациентов и их родственников, но при желании работник может лично обратиться за консультацией.

Одним из методов профилактики эмоционального выгорания, как отдельного медицинского сотрудника, так и коллектива в целом являются психологические тренинги, информирование сотрудников о синдроме и мерах борьбы с ним.

Результаты данного исследования были использованы для разработки методических материалов: тренинга по профилактике синдрома эмоционального выгорания, методики самодиагностики эмоционального выгорания, буклета с речевыми модулями и принципами общения медицинских работников в сложных, конфликтных ситуациях с пациентами и их родственниками.

Мы предложили медсестрам провести короткий самоанализ на наличие у них выгорания, продемонстрировали методы борьбы со стрессом и ознакомили с рекомендациями, которые могут помочь им при возникновении конфликтных ситуаций.

Полученная обратная связь в виде отзывов показала эффективность проведенной работы для поддержания эмоционального состояния медицинских сестер и профилактики синдрома эмоционального выгорания.

Таким образом, по результатам исследования можно сделать следующие выводы:

1. Средний медицинский персонал, работающий в паллиативном отделении, подвержен риску возникновения эмоционального выгорания.

2. Медицинские сестры с профессиональным опытом с одной стороны лучше справляются со стрессовыми ситуациями, но, с другой стороны, тяжелый психоэмоциональный фон на работе может приводить к развитию эмоционального выгорания.

3. Необходимой первоочередной задачей профилактики эмоционального выгорания является личностная психологическая подготовка специалистов еще на уровне обучения, но также необходимо в системе проводить обучение антистрессовым мероприятиям на рабочем месте.

4. Большинство медсестер нуждаются в психологической поддержке и повышении навыков психологической самопомощи.

5. Разработанные информационные материалы и проведенный нами тренинг были полезны для повышения информированности медсестер и улучшения их эмоционального состояния.

Как сфера деятельности, относящаяся к повышенной группе риска развития эмоционального выгорания, работа медицинской сестры паллиативной помощи требует психологической подготовки, разработки и применения методик для профилактики рисков развития эмоционального выгорания.

## Литература

1. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации приказ от 31 июля 2020 г. № 475н об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат».
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи».
3. Чердымова, Елена Ивановна Ч-459 Синдром эмоционального выгорания специалиста: монография/Е.И. Чердымова, Е.Л. Чернышова, В.Я. Мачнев- Самара: Изд-во Самарского университета, 2020 г.

## **СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ МЕДИЦИНЫ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ. ЭВАКУАЦИЯ, СОРТИРОВКА И ЛЕЧЕНИЕ РАНЕНЫХ**

Садыкова Карина Игоревна

Руководитель: Корюкалова Светлана Викторовна, преподаватель Фармакологии  
Суходолжский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»  
г. Сухой Лог

Великая Отечественная война стала не только сражением армий и техники, но и тяжелейшим испытанием для медицины. С первых дней боевых действий советская медицинская служба столкнулась с задачей колоссального масштаба: необходимо было спасать десятки и сотни тысяч жизней ежедневно – быстро, грамотно и с минимальными ресурсами. Именно в этот период на основе опыта Первой мировой войны, гражданской войны и собственных разработок начала формироваться стройная и эффективная система военно-полевой медицины, основанная на принципах эвакуации, сортировки и поэтапного лечения.

К началу войны уже существовали теоретические разработки по этапности оказания медицинской помощи, однако именно фронтовая практика заставила внедрять их повсеместно. Было сформировано несколько последовательных звеньев: полевая помощь, первая врачебная помощь, квалифицированная и специализированная помощь. Эти этапы привязывались к конкретным структурам: санитарные посты, медико-санитарные батальоны, подвижные госпитали, эвакуогоспитали в тылу.

Ключевым элементом системы стала сортировка раненых. Она проводилась практически сразу после извлечения бойца с поля боя: раненых делили на несколько категорий – нуждающихся в немедленной помощи, подлежащих эвакуации, способных дождаться очереди или уже безнадёжных. Это, с одной стороны, было тяжёлым, но необходимым решением: в условиях ограниченных ресурсов и времени врачи были вынуждены выбирать, кого можно спасти с максимальной отдачей. Сортировка позволяла не перегружать госпитали и направлять помощь туда, где она действительно могла изменить исход.

Подобный подход впервые массово применили во время обороны Севастополя в 1942 году, где санитарные потери доходили до 200 человек в сутки, и от скорости работы сортировщиков зависел исход не только жизней, но и боеспособности частей.

Без людей, стоявших у истоков и на передовой этой системы, всё бы разрушилось. Огромную роль сыграли военные врачи – зачастую выпускники медицинских институтов, направленные в войска сразу после учёбы. Условия, в которых им приходилось работать, были суровыми: земляные укрытия вместо операционных, нехватка анестезии, отсутствие электричества. Однако их мужество и самоотверженность позволяли спасать жизни даже при тяжёлых ранениях.

Санитары и санинструкторы стали незаменимыми звеньями этой цепи. Их работа начиналась прямо под огнём – на поле боя. Они не только оказывали первую помощь, но и выносили раненых на себе, зачастую под артобстрелами. Именно от их быстроты и точности зависело, доживёт ли человек до следующего этапа эвакуации. Только в составе 62 армии, оборонявшей Сталинград, по данным Главного военно-медицинского управления, ежедневно действовали более 800 санинструкторов, работавших без сна и еды. Среди них – Мария Шевердина, вынесшая с поля боя 147 раненых солдат за один месяц.

Медицинские сёстры, значительная часть которых была женщинами, внесли в этот механизм ту самую человечность, без которой ни одна система не была бы полноценной. Они работали сутками, ухаживали за ранеными, ассистировали на операциях, вели санитарные дневники и порой становились единственными, кто мог поддержать бойца морально.

Особую роль играли санитарные поезда – это были подвижные госпитали, способные перевозить сотни тяжелораненых. Они имели операционные, перевязочные, отделения интенсивной терапии. Благодаря грамотной маршрутизации и оснащению таких поездов, сотни тысяч жизней были спасены. Так, поезд №312, «Калининский фронт», имел на борту три вагона с операционными, восемь палатных, дезинфекционную станцию и



рентген-кабинет. На таких поездах врачи проводили до 30 операций в сутки прямо в движении, а общее число эвакуированных бойцов за 1942 год достигло 250 000 человек.

Фронтовые госпитали стали важнейшим звеном системы. Они делились на несколько типов: перевязочные, хирургические, эвакуационные, инфекционные и т.д. Большинство из них были подвижными – разворачивались за считанные часы и перемещались вслед за линией фронта. В их составе трудились врачи самых разных профилей: хирурги, терапевты, инфекционисты, травматологи. К 1942 году таких госпиталей насчитывалось более 1 200, и каждый был рассчитан минимум на 500 коек.

Каждый госпиталь выполнял определённую функцию. Например, госпитали первой линии проводили экстренные операции и стабилизировали тяжёлых раненых. Далее их отправляли в эвакогоспитали – крупные учреждения, где проходили долечивание и реабилитацию. Госпитали в глубоком тылу занимались уже восстановительной работой: ампутации, протезирование, физиотерапия, психиатрическая помощь.

Несмотря на сложнейшие условия, врачи сумели создать порядок, отладить логистику и наладить чёткое взаимодействие между госпиталями, что позволило снизить смертность от ран и осложнений. Примером является 1736 передвижной полевой госпиталь, действовавший в ходе Курской битвы. Он находился в 15 км от линии фронта, в селе Поныри, и за неделю принял более 1 800 тяжелораненых, проведя свыше 1 000 операций.

Если в первые месяцы войны уровень смертности от ран и инфекций был катастрофическим, то уже к 1943 году система заработала столь эффективно, что до 70% раненых возвращались в строй. Это стало возможным благодаря не только оперативности и координации, но и внедрению научных методов. Были созданы стандарты по ампутациям, обескровливанию, обработке огнестрельных ранений, профилактике газовой гангрены.

В Центральном институте хирургии под руководством академика Николая Бурденко были разработаны методы лечения черепно-мозговых травм. Их применяли в боях за Ленинград, где в госпитале №2014 под командованием профессора Сергея Воробьёва проводились нейрохирургические операции в полевых условиях.

Огромный вклад внесла разработка методов переливания крови. Благодаря усилиям Петра Богатырёва, Александра Богомольца и других учёных, началась организация станций крови, создание стабилизированной плазмы, что спасло тысячи жизней. В результате только в 1943 году на фронт было направлено более 30 тонн крови, что позволило массово проводить трансфузии при шоке и потере крови. Кроме того, активно применялись антибиотики (в первую очередь, сульфаниламиды), позже – пенициллин, что резко снизило число летальных инфекций.

Была налажена работа медицинской статистики, позволявшей в реальном времени оценивать эффективность методов и корректировать организацию. Впервые в истории войны медицина стала не вспомогательной, а стратегической силой. Также был разработан принцип: если бойца нельзя вылечить за 45 суток, он направлялся в глубокий тыл. Это ускорило оборот коек и повышало эффективность медицинских подразделений. По данным за 1944 год, из всех раненых, доставленных в госпитали, 78% вернулись в строй. Это колоссальное достижение медицины, учитывая уровень травм и инфекций.

Современная медицина катастроф во многом унаследовала принципы, разработанные именно в годы Великой Отечественной войны. Идея поэтапной помощи с сортировкой на каждом уровне остаётся актуальной. В современных конфликтах (например, в Ираке, Афганистане, Сирии) применяются аналогичные методы – от полевой помощи до высокотехнологичных реанимационных центров в тылу.

Развиты технологии телемедицины, эвакуации вертолётами, реанимации в пути, но фундамент – всё тот же. Медицинская логистика, система сортировки, командная работа – всё это заложено в советской практике 1940-х годов.

Разница – в техническом обеспечении: сегодня доступны УЗИ, МРТ, системы мониторинга, но даже самые современные технологии не заменят решающего фактора – личной самоотверженности врача или санинструктора, идущего в бой ради спасения жизни.

Таким образом, военно-полевая медицина в годы Великой Отечественной войны стала примером уникального соединения научного подхода, организационного мастерства и человеческой преданности долгу. Именно в условиях разрушений и бедствий была создана система, спасающая миллионы жизней и ставшая основой для медицины будущего. Это не просто история врачей на войне – это история мужества, науки и человечности в их высшей форме.

#### Литература

1. Бурденко Н. Н. Сборник трудов по военно-полевой хирургии / Н. Н. Бурденко. – Москва: Издательство Академии медицинских наук СССР, 1946. – 312 с.
2. Смирнов Е. И. Организация медицинской помощи в армии в годы Великой Отечественной войны / Е. И. Смирнов. – М.: Медицина, 1965. – 278 с.
3. Мартынов А. С. История медицины военных лет / А. С. Мартынов. – СПб.: Наука, 2005. – 354 с.
4. Министерство обороны Российской Федерации. Официальный сайт [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mil.ru>, свободный. – Дата обращения: 29.05.2025.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ**

Фесунова Дарья Алексеевна

Руководитель: Корюкалова Светлана Викторовна, преподаватель Фармакологии  
Сухоложский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Сухой Лог

Появление ребенка в семье – это всегда радость, надежды и планы на будущее. Однако для родителей, чьи дети рождаются или приобретают хроническое заболевание или инвалидность, эти мечты могут быть разбиты в одночасье. Диагноз, часто неожиданный и пугающий, становится поворотным моментом, навсегда меняющим жизнь всей семьи. Родители таких детей сталкиваются с колоссальным стрессом, который выходит за рамки обычных родительских обязанностей. Это не просто усталость от ночных кормлений или беспокойство по поводу простуды; это хроническое психологическое, эмоциональное, физическое и финансовое напряжение. Именно поэтому психологическая поддержка родителей детей с хроническими заболеваниями и инвалидностью является не просто желательной, но жизненно необходимой составляющей комплексной помощи таким семьям.

Получение диагноза о хроническом заболевании или инвалидности ребенка часто сравнивают с переживанием горя. Родители проходят через ряд эмоциональных стадий, которые могут быть длительными, повторяться или сменять друг друга:

Шок и отрицание: первичная реакция на страшную новость. Родители могут чувствовать оцепенение, неверие, будто это происходит не с ними. Они могут искать второго мнения, отрицать серьезность диагноза, надеяться на ошибку.

Гнев и чувство вины: после шока часто наступает гнев – на себя, на врачей, на судьбу, на Бога. Параллельно с этим возникает острое чувство вины: "Что я сделал не так?", "Это моя вина?".

Боль и горе: родители оплакивают потерю не только "идеального" ребенка, о котором они мечтали, но и своих прежних планов, своей свободы, своего "нормального" будущего. Это глубокое, часто невыразимое горе, которое обществом может быть недооценено или не понято.

Депрессия и изоляция: хронический стресс, недосып, постоянная необходимость заботы могут привести к истощению, апатии, потере интереса к жизни, социальной изоляции. Депрессия у таких родителей встречается значительно чаще, чем в общей популяции.

Принятие и адаптация: постепенно, с течением времени и при наличии поддержки, родители начинают принимать ситуацию. На этом этапе семья начинает жить полноценной жизнью, несмотря на вызовы.

Важно понимать, что эти стадии не всегда последовательны и могут повторяться, особенно в моменты кризисов: рецидивы болезни, новые симптомы, поступление в школу, подростковый возраст ребенка, смерть других членов семьи.

Жизнь с ребенком, имеющим хроническое заболевание или инвалидность, налагает на родителей уникальные и многогранные вызовы:

Физические нагрузки: Ежедневный уход может быть физически изнурительным: подъем ребенка, переодевание, медицинские процедуры, ночные пробуждения.

Финансовое бремя: Лечение, реабилитация, специальные приспособления, лекарства, диетическое питание часто требуют огромных затрат. Один из родителей (чаще мать) может быть вынужден оставить работу, что дополнительно ухудшает финансовое положение семьи.

Медицинская неопределенность: Постоянные визиты к врачам, обследования, госпитализации, непредсказуемость течения болезни и прогноза создают хроническое напряжение.

Социальная изоляция: Родителям часто приходится отказываться от социальных мероприятий, встреч с друзьями, хобби из-за необходимости постоянного ухода за ребенком. Общество, к сожалению, не всегда готово принять "особые" семьи, что приводит к стигматизации и ощущению одиночества.

Напряжение в семье: Кризис брака – частое явление в таких семьях. Супруги могут по-разному справляться со стрессом, обвинять друг друга, отдаляться.

Эмоциональное истощение и выгорание: Хронический стресс, отсутствие отдыха, постоянная тревога приводят к эмоциональному, психическому и физическому истощению. Родители могут чувствовать себя опустошенными, циничными, терять мотивацию.

Бремя принятия сложных решений: Отказ от агрессивного лечения, выбор реабилитационных программ, решения о школьном обучении, об опеке – все это требует от родителей огромной силы духа и ответственности.

Бюрократические трудности: Оформление документов, пособий, квот на лечение – процесс, который сам по себе может быть источником сильного стресса.

Психологическая поддержка родителей должна быть комплексной, многоуровневой и индивидуализированной, учитывающей уникальные потребности каждой семьи.

- Индивидуальное психологическое консультирование и психотерапия:

Цели: Помощь в проживании горя, совладании с негативными эмоциями (гневом, виной, тревогой).

Подходы: Когнитивно-поведенческая терапия (работа с деструктивными мыслями и поведением), психодинамическая терапия (понимание бессознательных конфликтов).

Преимущества: Конфиденциальность, возможность глубокой проработки личных проблем, индивидуальный подход.

- Группы поддержки для родителей:

Формат: Регулярные встречи родителей, столкнувшихся с аналогичными проблемами, под руководством психолога или опытного модератора.

Преимущества:

Снижение изоляции: Родители понимают, что они не одни со своей проблемой.

Обмен опытом: Возможность получить практические советы, узнать о ресурсах, методах ухода от других родителей.

Эмоциональная разрядка: Безопасное пространство для выражения чувств, страхов, разочарований.

Ощущение общности и принадлежности: Формирование поддерживающего сообщества.

Моделирование успешного поведения: Видеть, как другие справляются, вдохновляет на собственные действия.

- Семейная психотерапия:

Цель: Работа со всей семьей для восстановления нарушенных связей, улучшения коммуникации, распределения ролей и обязанностей, разрешения конфликтов.

Преимущества: Помогает укрепить брак, предотвратить разводы, создать более гармоничную и поддерживающую семейную систему.

- Психообразование и развитие навыков совладания:

Цель: Информирование о природе заболевания ребенка, о возможных психологических реакциях родителей, обучение методам релаксации, техникам управления стрессом.

Преимущества: Повышает компетентность родителей, дает им чувство контроля над ситуацией, снижает тревогу.

- Дистанционная поддержка:

Формат: Онлайн-консультации, вебинары, закрытые группы в социальных сетях, телефонные линии поддержки.

Актуальность: Особенно важна для родителей, проживающих в отдаленных районах, или для тех, кто не может оставить ребенка из-за его состояния.

- Роль медицинского персонала:

Информационная поддержка: Четкое информирование о диагнозе, прогнозе, плане лечения и возможных осложнениях.

Эмоциональная поддержка: Выражение сочувствия, готовность выслушать, признание трудностей родителей.

Направление к специалистам: Врачи и медсестры должны быть осведомлены о доступных психологических, социальных и юридических ресурсах и направлять родителей к ним.

- Юридическая и социальная помощь:

Направление к юристам для получения информации о льготах, пособиях, правах ребенка-инвалида. Помощь в оформлении документов, поиске социальных служб, нянь, специалистов по уходу. Поддержка в организации быта, досуга для ребенка и семьи.

Эффективная система поддержки родителей детей с хроническими заболеваниями и инвалидностью невозможна без активного участия общества и государства:

Развитие системы паллиативной помощи детям: Обеспечение качественного ухода, облегчения симптомов и психологической поддержки семье на всех этапах болезни, включая период утраты. Это включает хосписы для детей, выездные паллиативные службы.

Создание инклюзивной среды: Адаптация образовательных учреждений, городской инфраструктуры, мест досуга для детей с особыми потребностями, что позволит семьям быть более интегрированными в общество.

Финансовая поддержка и льготы: Увеличение пособий, предоставление налоговых льгот, компенсация стоимости лечения и реабилитации, доступ к специализированным техническим средствам. Это снижает финансовое бремя, позволяя родителям больше времени уделять ребенку и собственному восстановлению.

Обучение специалистов: Подготовка медицинских работников, педагогов, социальных работников, психологов по вопросам работы с семьями, воспитывающими детей с особыми потребностями.

Воспитание ребенка с хроническим заболеванием или инвалидностью — это марафон, а не спринт. Это путь, полный трудностей, но и моментов огромной любви, силы и необычайной стойкости. Родители таких детей часто становятся истинными героями,

проявляя нечеловеческую выносливость, изобретательность и преданность. Однако даже самые сильные нуждаются в поддержке.

Помощь этим семьям – это не только вопрос гуманизма, но и инвестиция в будущее. Здоровые и психологически устойчивые родители способны обеспечить лучшее качество жизни своим детям, способствовать их развитию и интеграции в общество. Создание поддерживающей среды, где родители чувствуют себя понятыми, принятыми и защищенными, – это задача, которая требует совместных усилий медицинского сообщества, государства и всего общества. Только так мы сможем обеспечить достойную жизнь как детям с особыми потребностями, так и их родителям, которые ежедневно совершают подвиг любви и заботы.

#### Литература

1. Растим детей. Навигатор для современных родителей. Пособие. А.Н Михайлова. Москва Издательство -256 стр.,2023г.
2. Просто о важном. Учимся понимать себя и ребенка. Н.Рениш, издательство Москва,- 186 стр , 2021г.
3. Программа школы реабилитации. Ресурсы семьи. Печатное издание. Москва, издательство Наука -268 стр.,2019г.
4. Санкт-Петербургский государственный университет. Психологическое консультирование родителей и детей. ООО Литрес. г.Москва. - 435 стр, 2020г.
5. Санкт-Петербургский государственный университет. Психология детей и родителей. ООО Литрес. г.Москва. - 137 стр, 2022г.

### **СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ ПРИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ТРАВМАХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Акуленкова Анастасия Александровна

Руководитель: Рзаева Надежда Анатольевна, преподаватель

Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Травма челюстно-лицевой области относится к категории трудных травм головы и костей лицевого скелета.

Травма приводит во многих случаях к тяжелой инвалидизации пациентов. Увеличение распространенности переломов нижней челюсти, а также отягощение характера травм, рост количества множественных и сочетанных повреждений делают проблему совершенствования лечения пациентов достаточно актуальной.

Цель: Составить план сестринской помощи пациенту с челюстно-лицевой травмой.

Задачи:

1. Провести аналитический обзор литературных источников по проблеме челюстно-лицевых травм.
2. Провести анализ медицинских статистических данных челюстно-лицевых травм.
3. Составить план сестринской помощи пациенту с челюстно-лицевых травм.
4. Составить информационный материал для пациентов по профилактике осложнений челюстно-лицевых травм.

Объект исследования: пациент с челюстно-лицевой травмой.

Предмет исследования: сестринская помощь пациенту с челюстно-лицевой травмой.

Методы исследования: В ходе изучения, обработки и анализа накопленных материалов был использован комплексный метод экономических и социологических исследований, включающий: опрос, изучение документов, а также методы наблюдения и анализа.

На разных этапах работы применялись аналитический, статистический, абстрактно-логический, сравнительный, экономико-математические методы исследования с их многообразными способами и приемами. Обработка данных проводилась качественными и количественными методами.

Челюстно-лицевые травмы – это опасная патологическая ситуация, в результате которой нарушается целостность костей и происходит их смещение.

Перелом нижней челюсти – повреждение кости, сопровождающееся полным или частичным нарушением ее целостности.

Этиология травмы: В мирное время причинами переломов нижней челюсти чаще всего являются удары и ушибы, полученные при падении и сдавливании

Редко встречаются огнестрельные переломы.

В настоящее время возросла частота транспортных и бытовых травм.

Клинические признаки перелома нижней челюсти: Боль, видимая деформация области перелома, быстро нарастающий отёк тканей, смещение зубных рядов, онемение, кровотечение в полости рта.

В рамках практического исследования был проанализирован клинический случай:

Пациент С., 30 лет обратился за медицинской помощью в Серовскую стоматологическую клинику.

Анамнез: пациент получил травму 02.11.2024.



Место работы: АО «Серовский механический завод», специальность токарь-универсал.

Вредные привычки: курит.

Жалобы: на усиливающуюся боль в нижней челюсти при открывании и закрывании рта, отек в околочелюстных тканях, не может самостоятельно жевать пищу, присутствует чувство онемения кожи в области подбородка и нижней губы.

Данные объективного осмотра: сознание ясное, изменение конфигурации лица, кровотечение из линии перелома, повышенная температура тела до 38,3°C, гематома, нарушение прикуса, отек. Вес при обращении за медицинской помощью составляет 82 кг.

Клинический диагноз: перелом угла нижней челюсти слева. Код S02.6. Перелом нижней челюсти.

Проведена операция по иммобилизации обломков челюсти с помощью шины Тигерштедта.

Нарушенные потребности: Есть, пить, общаться, быть здоровым, работать, избегать опасности.

Настоящие проблемы: Боль, невозможность жевать пищу, трудности общения.

Потенциальные проблемы: Риск развития стоматита, риск замедленной консолидации, снижение веса, сращение отломков в неправильное положение, образование ложного сустава.

Приоритетная проблема: Невозможность самостоятельно жевать, риск развития стоматита.

Для полноценного оказания помощи данному пациенту был составлен план сестринской помощи пациенту с переломом нижней челюсти:

1. Назначения врача:

Цефотаксин (Cefotaximum), 1г растворяют в 10 мл физ. раствора (NaCl), вводят в/в, медленно. Максимальная суточная доза составляет 12 г. курс 5

Трамадол (Tramadolum) 100мг=2 мл развести в 10 мл физ. раствора (NaCl), вводят в/в, медленно. Максимальная суточная доза составляет 400мг.

Кетанов (Ketanov) 30мг в/м, 2 раза в день.

Комплекс витаминов «Кальций-Д3 Никомед» (Calcium-d3 nicomed) по 1 таблетке 2-3 раза в день во время еды, курс приема не меньше 4 недель.

2. Питание. Питание обязательно должно быть дробным – принимать пищу часто, но маленькими порциями, с интервалами в два – три часа. Дополнительно следует соблюдать тщательную гигиену ротовой полости, зубов и шины. Вводить твердые продукты постепенно, по мере выздоровления пациента.

Разрешено: Бульон из курицы, кисломолочные творожные продукты, печень трески, пюре из овощей, питьевые молочные продукты, жидкий кисель, компоты из черешни, сильно разваренные каши из круп, сильно разваренное, пропущенное через блендер мясо птицы, говядины, рыбы.

Запрещено: алкогольные напитки, крепкий чай, кофе, сладости, мучные изделия, шоколад, конфеты, газированные напитки.

3. Обучение пациента правильной санации полости рта. Правильный уход за полостью рта способствует скорому выздоровлению, улучшает самочувствие и предотвращает возникновению инфекции.

- Развести раствор фурацилина (furacilinum) 20 мг (1 таблетка) в 100 мл воды;
- В шприц набрать нужное количество раствора и аккуратно вводить в ротовую полость – далее прополоскать и выплюнуть. Повторять не менее 5 раз;
- Пациент должен ополаскивать рот антисептиками не только после каждого приема пищи, но и в промежутках между едой и перед сном.

Рекомендации в восстановительный период пациентам с переломами челюстей: применение специализированных щеток и ершиков, либо берется стандартная зубная щетка и щетина ее прореживается через ряд.

После снятия шин показано проведение процедуры профессиональной гигиены полости рта у стоматолога-гигиениста.

Профилактика осложнений травм челюстно-лицевой области.

Своевременное и по возможности раннее обращение, направление и начало лечения. Соблюдение правил асептики и антисептики при проведении первичной и последующих хирургических манипуляций. Уход за полостью рта больного, умение обучать пациента гигиене полости рта при наличии повреждений челюстно-лицевой области. Выполнение назначений, рекомендаций врача и контроль выполнения. Определение судьбы зуба при переломах челюстей, вывихах зубов и развивающихся осложнениях. Наложение временной, а лучше постоянной иммобилизации челюстей при вывихах и переломах.

### **Выводы:**

Переломы нижней челюсти занимают одно из ведущих мест в структуре травм челюстно-лицевой области и составляют от 70% до 85% от общего числа повреждений костей лицевого скелета.

На основании Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Перелом нижней челюсти», в ходе работы составлен план сестринской помощи пациенту с переломом нижней челюсти, составлен Дневник наблюдений за пациентом с переломом угла нижней

челюсти слева. Для повышения информированности пациента составлен информационный материал.

По итогу реализации плана сестринского ухода пациент не предъявляет жалоб на конец лечения, потерял 2 кг в весе, преодолел трудности в общении, может самостоятельно принимать пищу.

Использование медицинским персоналом составленного плана оказания сестринской помощи пациенту и информационные материалы будут способствовать лучшему сопровождению пациента, повышению его информированности, что приведет к более быстрому и комфортному восстановлению после перелома нижней челюсти.

#### Литература

1. Гришенкова, Л. Н. Переломы нижней челюсти / Л. Н. Гришенкова. Переломы нижней челюсти: механогенез и судебно-медицинская экспертиза. – 2021. – с. 129. – Текст: непосредственный.
2. Афанасьев, В.В. / В.В. Афанасьев. Травматология челюстно-лицевой области. – 2019. – с. 256. – Текст: непосредственный.

### **ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ**

Бабакишиева Айсама Ширазиевна

Руководитель: Шевалова Елена Михайловна, преподаватель

Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

В России артериальной гипертензией страдает около 40 млн. человек, что составляет примерно 30% взрослого населения. Частота артериальной гипертензии у лиц в возрасте 50-59 лет встречалась в 44% случаев; в возрасте 60-69 лет – в 54%; а у лиц старше 70 лет – в 65% случаев. В настоящее время АГ «помолодела» и всё чаще повышение АД стало наблюдаться у лиц молодого, работоспособного населения до 45-50 лет и среди подростков и лиц 18+.

Повышение давления на каждые 10 мм рт. ст. увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний на 30%. В России ежегодно от гипертонии умирает почти 1 миллион 300 тысяч человек. В соответствии с этим и был определён научный компонент: осуществить поиск медицинских статистических данных по АГ в ГАУЗ СО «СГБ»; и проведено исследование клинического случая на примере пациента с подъёмом АД и на

данном примере была представлена организация медицинской помощи пациенту с АГ в амбулаторно-поликлинических условиях.

Теоретические основы артериальной гипертензии рассмотрены на основании клинических рекомендаций «Артериальная гипертензия у взрослых» 2024 г.

Практическая часть исследования содержит следующие этапы:

1. Поиск статистических данных по АГ в ГАУЗ СО «СГБ» за 2023-2024 гг., из которых были сделаны выводы: Наблюдается рост заболеваемости АГ на 2,29% в 2024 году по сравнению с 2023 годом, несмотря на уменьшение численности населения на 1,02%, это указывает на необходимость дальнейшего усиления мер первичной профилактики, особенно среди групп риска (лица с ожирением, пожилые пациенты, пациенты с преимущественным поражением сердца и почек).

2. Исследование клинического случая по оказанию по оказанию медицинской помощи пациента с АГ в амбулаторных условиях был сделан на примере Пациента М., возраст 21 г., обратившегося на прием к фельдшеру участковому (15.04.2025), по поводу повышения АД на фоне приёма лекарственных средств. Жалобы пациента: подъём АД до 170/95 мм.рт.ст., головная боль, шум в ушах, одышка при физической нагрузке и подъеме на 2й этаж, пастозность голеней к вечеру, общая усталость к концу дня.

Анамнез заболевания: Первое повышение АД было зафиксировано в 2023 г при прохождении медицинского осмотра (АД 140/85 мм.рт.ст.) было рекомендовано наблюдать за АД и обратиться к участковому терапевту. В августе 2024 г, пациент обратился к фельдшеру, был обследован и ему было рекомендовано: Трипликсам 5мг + 1,25мг + 5мг и Бисопролол 5 мг. При повышении АД выше 160 мм.рт.ст. Моксонидин 0,2 по 1-2 таб. Пациент находится под диспансерным наблюдением. В марте 2025 г стал наблюдать повышение АД от 140 до 180/85-100 мм.рт.ст., появилась нестабильность. Продолжил принимать назначенные препараты. Семейный анамнез: Отец страдает гипертонией. Вредные привычки: Курит 5 сигарет/день, алкоголь умеренно.

При объективном осмотре было установлено: Рост – 185см., вес – 115 кг, ИМТ – 33,6 (ожирение 1 ст), АД 170/95 мм. рт. ст., ЧСС 85 уд/мин. ЧДД 18 в/мин – пульс ритмичный, аускультация сердца: Акцент II тона над аортой. Предварительный диагноз: Гипертоническая болезнь II стадии. АГ 3 степени. Риск 2. Ожирение I степени.

План диагностического обследования проведен в соответствии с клиническими рекомендациями: ОАК, БхАК, Коагулограмма, Липидограмма, Электролиты (Na,K,Cl,) ОАМ, ЭКГ, ЭхоКГ, СМАД, УЗИ почек и получены следующие результаты: в ОАК тромбоциты повышены ( $370 \times 10^9$ ), СОЭ 16,1; в БхАК повышены показатели: билирубин общ. (25,8), АЛТ (53,5), креатинина (99,5 мкмоль/л); ЛПВП 0,9 – снижены. Без изменений:

ОАМ, Электролиты (Na=140,6; K=3,67; Cl=100,4). На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 86 уд/мин. Гипертрофия ЛЖ; СМАД: Средние цифры САД и ДАД в дневные часы 146/91 мм.рт.ст; в часы отдыха 137/82 мм.рт.ст; в дневные часы зарегистрированы эпизоды повышения АД с максимальным значением 174/116 мм.рт.ст; в часы отдыха зарегистрированы эпизоды повышения АД с максимальным значением 162/99 мм.рт.ст. Динамика АД характерна для сочетанной систоло-диастолической АГ 3 степени по ВОЗ ЭХО-КГ: Осмотр дуги аорты затруднен (исключать праволежащую дугу аорты, коартацию аорты) Дилатация левого желудочка. Рекомендуются: КТ. После обследования был установлен Клинический диагноз: I11.0, Гипертоническая болезнь II стадии. АГ (3 ст.). Риск 2. Ожирение 1 степени. Коартация аорты?

Рекомендовано: Моксонидин: принимал по 1 таблетке (0,2 мг) при АД  $\geq$  160/90 мм рт.ст.; Триплексам 5 мг + 2,5 мг + 10 мг 1 таблетка в день; Бисопролол 5 мг утром; Диета: с ограничением соли (3-5 гр/сут), жирного, соблюдение питьевого режим до 1000 мл в день; Физическая активность: ходьба 20-30 мин/день (4-5 раз/неделю). Контроль АД (ведение дневника: утро, день, вечер, и отметка состояния). Рекомендовано отказаться от вредных привычек.

На повторный приём пациент пришел с дневником наблюдения: подъём АД 125-160/70-90 мм.рт.ст. Жалобы прежние: головная боль 1-2 р/ нед, пастозность голеней, усталость, одышка при подъёме на 3 эт. (ранее 2ой), Объективный осмотр: АД: 145/85 мм рт.ст. (правая рука), ЧСС: 78 уд/мин., акцент II тона над аортой. Рекомендовано: 1) Дополнительная диагностика: Коагулограмма = ПТИ, ТВ, Фибриноген, ПТВ, АЧТВ 22.04.2025; Холтеровское мониторирование сердечного ритма на 22.04.2025; Компьютерная томография; Консультация врача-кардиолога 23.04.2025, следующий приём 24.04.2025. Лечение продолжить + контроль АД; рекомендовано отказаться от вредных привычек.

Результаты дополнительных диагностических исследований: Коагулограмма 22.04.2025 – без патологии; Холтеровское мониторирование: ритм – синусовый; средняя ЧСС днем – 64 уд/мин, ночью – 58 уд/мин. Вариабельность ритма умеренно снижена. Наджелудочковая эктопическая активность (одиночных 172; парн 3). Пауз более 2000 мсек, диагностически значимой динамики сегмента ST, интервалов PQ не выявлено. Максимальный RR 1333 мсек в 05:57:54

Консультация кардиолога от 23.04.2025:

Объективный осмотр: АД: 145/85 мм рт.ст. (правая рука), ЧСС: 78 уд/мин. ИМТ: 33,6 (вес 115 кг, рост 185 см). Сердечно-сосудистая система: акцент II тона над аортой, шумов нет. Отеки: отсутствуют. Рекомендации: 1) Диета с ограничением соли и животных жиров,

ограничение тяжелых физических нагрузок, контроль АД и пульса, контроль массы тела.

2) Продолжить лекарственную терапию. Доп диагностика: УЗИ сердца; Компьютерная томографическая ангиография грудной аорты с введением контрастного вещества 23.04.2025.

3) Предложена госпитализация в кардиологическое отделение для дальнейшего диагностического наблюдения. Заключение компьютерной томографической ангиографии грудной аорты с введением контрастного вещества: Небольшая кардиомегалия за счет увеличения левого желудочка. Нитевидная коарктация перешейки нисходящей аорты. Восходящий отдел аорты 28 мм, дуга 27 мм, нисходящий отдел над диафрагмой до 18 мм. Расширены и извиты грудные, реберные артерии и артерии передней брюшной стенки. Легкие без изменений. Легочные сосуды без особенностей. Лимфоузлы не увеличены. Кости без очаговых образований.

Пациент с результатами КТ, повторно, идет на консультацию к кардиологу и на прием к фельдшеру. Кардиолог устанавливает окончательный диагноз, предлагает госпитализацию. Пациент даёт согласие на госпитализацию. Фельдшер оформляет направление в стационар.

Основной клинический диагноз: Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца без (застойной) сердечной недостаточностью. Гипертоническая болезнь II стадии, ГЛЖ, неконтролируемая, степень АГ 3, риск 4. НК 0-1 стадии, ХСН ФК NYHA с сохранной ФВ (68%). Коарктация аорты. Ожирение 1 степени, ИМТ 33,6 кг/м<sup>2</sup>.

Прогноз для пациента М:

- Контроль коарктации аорты (консультация кардиохирурга).
- Интенсификация немедикаментозных мер: низкосолевая диета, ЛФК, отказ от курения.
- Рассмотреть подбор комбинации антигипертензивных препаратов для улучшения комплаенса.
- После дополнительных обследований, консультаций кардиохирургом, и уточнения диагноза Пациенту будет определен план диспансерного наблюдения в соответствии с Приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»

Выводы по клиническому случаю пациента М. 21 год:

Клинический случай демонстрирует важность ранней диагностики вторичных гипертензий и индивидуализации терапии.

Особенности клинического случая пациента с наличием ожирения I степени (ИМТ 33,6), фактором риска – курение и наследственной предрасположенности + впервые

выявленная коарктация аорты (Q25.1) как причина симптоматической АГ, это подчеркивает важность дифференциальной диагностики вторичных гипертензий у молодых пациентов.

Динамика лечения: на фоне терапии (Триплексам, Бисопролол, Моксонидин) достигнута стабилизация АД (средние значения 135-140/80-85 мм рт.ст.), уменьшение частоты головной боли, но на фоне приема препаратов и соблюдения диеты сохраняются эпизоды повышения АД (до 170/90 мм рт.ст.) – это требует коррекции лечения с учетом вторичной гипертензии и происходит за счёт недостаточной приверженности терапии и нарушения диеты и наличия фактора риска – курение.

Комплексный подход, включающий медикаментозное лечение, модификацию образа жизни и пациенториентированную поддержку, остается ключевым для достижения целевых значений АД и снижения риска осложнений.

Учитывая всё выше сказанное, следует:

- усилить программы скрининга АГ среди молодых лиц с факторами риска. Внедрить образовательные мероприятия по модификации образа жизни (борьба с ожирением, отказ от курения);
- проводить углубленное обследование (включая визуализацию сосудов) у молодых пациентов с резистентной АГ для исключения вторичных причин;
- активно вовлекать пациентов в самоконтроль (ведение дневников АД, использование мобильных приложений);
- корректировать терапию с учетом приверженности и побочных эффектов.

После дополнительных обследований и консультаций кардиохирургом пациенту будет определен план диспансерного наблюдения в соответствии с Приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н:

Во время работы с пациентом, фельдшер подготовил информационные материалы и провел беседы:

- по правилам приема лекарственных средств (систематичность и контроль АД), даны рекомендации по ведению дневника контроля АД; выпитой и выделенной жидкости;
- по питанию, режиму дня и физическим нагрузкам;
- проведены образовательные услуги, с вручением памяток: «Факторы риска гипертонии»; «Держи своё давление под контролем»; Инструкция по самоконтролю (как измерять АД, вести дневник наблюдения); «Диета при артериальной гипертензии»; «Рекомендации по физическим упражнениям, адаптированным для пациента».

По результату клинического исследования были сделаны выводы и заключение, что исследовательская работа по теме «Оказание медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией в условиях поликлиники» раскрыта в полном объёме, результат достигнут, выводы, приведенные в работе, адекватны и соответствуют содержанию и результатам.

Положительными моментами работы считаются:

1. Изучение нормативных документов по избранной теме.
2. Проведение поиска и анализ медицинских статистических данных.
3. Проведение анализа объективных и субъективных данных пациента, определение тактики фельдшера участкового в диагностике, постановке диагноза, консультировании и лечении пациента с вторичной АГ. По результатам исследования были сделаны выводы и заключение.
4. Подготовлены информационные материалы пациенту по теме исследований.

Все представленные в работе данные и результаты реалистичны, не вызывают противоречий, каждый этап работы подкреплён объективными выводами, все данные рекомендации пациенту имеют индивидуальный подход, и практически значимы.

Литература:

1. Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия», 2024. – Текст: непосредственный.
2. Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утв. Приказ МЗ РФ от 15 марта 2022г. N168н – Текст: непосредственный.
3. Приказ МЗ СО от 15.08.2022 № 1834п «Об организации диспансерного наблюдения за взрослыми в медицинских организациях на территории Свердловской области» – Текст: непосредственный.

## **СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

Голдич Анастасия Игоревна

Руководитель: Мамина Ирина Валерьевна, преподаватель

Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Рассеянный склероз (РС) – наиболее часто встречающееся аутоиммунное демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы (ЦНС) – головного и спинного мозга, характеризующееся развитием рассеянных во времени и пространстве



очагов демиелинизации и диффузных изменений в ткани мозга, что клинически проявляется многоочаговой неврологической симптоматикой. РС является одной из тяжелых форм органического поражения нервной системы, которым страдают преимущественно лица молодого и трудоспособного возраста, что приводит к снижению их качества жизни и развитию инвалидизации.

*Актуальность исследования* обусловлена тем, на сегодняшний день РС – одна из сложнейших комплексных и глобальных медико-социальных проблем, существующих как в России, так и во всем мире.

Проблема исследования заключается в сложном теоретическом вопросе, требующем исследования и изучения заболевания «рассеянный склероз».

Оказание сестринской помощи пациентам с РС и их родственникам – важнейшая медико-социальная задача. Особенность заболевания состоит в том, что РС поражает молодых активных людей, зачастую достигших успехов в своей трудовой деятельности. А также и то, что у большинства пациентов на ранних стадиях заболевания высшая нервная деятельность страдает в минимальной степени, вследствие чего пациенты продолжают сохранять активную жизненную позицию.

Рассеянный склероз оставляет после себя тяжелые последствия в виде двигательных, речевых и когнитивных нарушений, значительно инвалидизируя человека, снижая качество жизни самих пациентов и их ближайших родственников.

*Объектом исследования* является пациент с рассеянным склерозом.

*Предмет исследования:* сестринская помощь пациенту с рассеянным склерозом в амбулаторно-поликлинических условиях.

Цель работы: реализация плана сестринской помощи при рассеянном склерозе среди взрослого населения в амбулаторно-поликлинических условиях.

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие задачи исследования:

1. Изучить теоретические источники заболевания «рассеянный склероз».
2. Рассмотреть клинический случай пациента с рассеянным склерозом.
3. Подготовить рекомендации по профилактике и реабилитации при рассеянном склерозе у взрослым.

Практическая значимость заключается в оказании своевременной сестринской помощи взрослому населению при рассеянном склерозе, с целью профилактики возникновения осложнений при данном заболевании.

При разных стадиях заболевания рассеянный склероз симптомы проявляется достаточно многообразные. Они могут быть волнообразными, периодически появляясь и исчезая. В 50-55% случаев отмечаются нарушения опорно-двигательного аппарата.

С самого начала и позже рассеянный склероз может проявлять следующие симптомы: мышечная слабость и нарушение координации движений, непроизвольное выделение кала и мочи (в тяжелых случаях), утомляемость, головокружение, проблемы со зрением, снижение интеллектуальных способностей, покалывание и онемение конечностей, нарушение речевой функции; болевой синдром в теле, парез лицевого нерва и другое. Ожидаемая продолжительность жизни может быть сокращена на несколько лет по сравнению с людьми без рассеянного склероза.

Терапия РС состоит из трех составляющих компонентов: терапия обострений РС, препараты, изменяющие течение РС (ПИТРС) и симптоматическая терапия (коррекция отдельных симптомов заболевания).

Планы лечения рассеянного склероза сосредоточены на конкретных симптомах и ситуациях и их влиянии на повседневную жизнь.

Планы сестринской помощи при рассеянном склерозе представляют собой письменные или устные договоренности, разработанные после обсуждений между медицинскими работниками, пациентом с рассеянным склерозом и родственниками.

Основные нарушенные потребности у пациента с рассеянным склерозом и сестринская помощь при них:

1. Нарушение физической подвижности – медсестра может помочь пациенту с рассеянным склерозом научиться менять манеру одеваться или ориентироваться в мире.

2. Усталость является распространенным симптомом рассеянного склероза. Лечение усталости может быть фармакологическим, например, медикаментозным, или немедикаментозным, например, трудотерапия.

3. Нарушение сенсорного восприятия (зрительного) – план сестринской помощи может включать отдых для глаз или рекомендовать специальные очки.

4. Риск дефицита самообслуживания – предоставление дополнительной поддержки или совместной работы с пациентом над разработкой альтернатив для соблюдения плана самообслуживания, таких как доставка еды, если приготовление пищи больше невозможно.

5. Риск неэффективного преодоления – медсестра может выступать в качестве консультанта, а также рекомендовать специалистов и ресурсы, которые помогут людям справиться с диагнозом, симптомами и их влиянием на повседневную жизнедеятельность.

6. Неэффективное семейное преодоление – медсестра будет работать не только с пациентом, но и с семьей, чтобы рассказать всем о болезни и помочь им ориентироваться в меняющейся семейной динамике.

7. Нарушение выведения мочи – устранение симптомов и предоставит способы управления ими.

8. Недостаточные знания о заболевании – медсестра может ответить на вопросы, дать рекомендации и помочь расшифровать информацию, найденную в Интернете.

9. Риск изменения роли лица, осуществляющего уход – медсестра может распознавать и устранять ситуации, когда лицо, осуществляющее уход, находится в напряжении, и предлагать ресурсы, помогающие снять напряжение и оказать поддержку лицу, осуществляющему уход.

10. Потенциальные проблемы при рассеянном склерозе – медсестра при уходе за пациентом должна учитывать риск падений, финансовые трудности, трудности с содержанием дома и чувство изоляции.

11. Перспективы течения заболевания. Хотя лекарства от рассеянного склероза не существует, существуют лекарства, замедляющие прогрессирование заболевания.

*Разбор клинического случая:* причина обращения в поликлинику (со слов пациентки)  
12.04.2025 около 10:00 утра почувствовала сильную головную и спастическую боль в мышцах, боль возникла через 2 часа после приема горячей ванны, сопровождалась головокружением, помутнением сознания, тошнотой и приступами острой боли в различных группах мышц. Боль купировалась «Нурофеном». На следующий день после приступа сильной головной боли и боли в мышцах решила обратиться в поликлинику по месту регистрации.

Жалобы пациентки на день осмотра: сильная боль в мышцах, общая слабость, головная боль, головокружение, потемнение в глазах, плохой сон, тремор рук, нарушение менструального цикла, онемение в конечностях, уреженное мочеиспускание, снижение остроты зрения, боль в различных группах мышц.

Согласно проведенному осмотру были выявлены нарушенные потребности и определены следующие проблемы пациента:

Нарушенные потребности: чувствовать себя здоровой, нормально перемещаться, двигаться в пространстве, выделять отправления, нормально спать.

Приоритетная проблемы: сильная боль в различных группах мышц.

Настоящие проблемы: головная боль, головокружение, общая слабость, нарушение сна, потемнение в глазах, тремор рук, нарушение менструального цикла, онемение в

конечностях, уряженное мочеиспускание, снижение остроты зрения, переживания из-за болезни, которая нарушает планы пациента, приступы боли в различных группах мышц.

Потенциальные проблемы: нарушения психики, сопровождаемые снижением интеллектуальных способностей; снижение остроты зрения, потеря работы, инвалидность, дизурические расстройства, невозможность осуществлять самоуход, летальный исход.

На основании выявленных нарушенных потребностей и проблем пациентки был составлен план сестринской помощи пациентке с рассеянным склерозом:

1. Проведение обследований и оценка состояния пациентки с учетом ее заболевания.
2. Помощь пациентке в выполнении лекарственной терапии, контроль за приемом препаратов: диметилфумарат по 120 мг/2 раза в день – первую неделю, затем по 240 мг/ 2 раза в день в течении 10 дней, амитриптилин (25-50 мг) – 3-5 дней.
3. Обучение пациентки специальным методикам физической реабилитации и выполнение упражнений под контролем медицинского персонала: массаж – общий (спина, руки, ноги) – 15 раз, ЛФК и использованием различных приспособлений для коррекции двигательных нарушений, обучение правилам использования трости.
4. Поддержка пациентки в поддержании рационального питания и режима дня: продукты, содержащие калий; питьевой режим – 1,5-2 литра в сутки.
5. Помощь пациентке в передвижении и выполнении повседневных задач: обучить правилам использования личной гигиены (урологические прокладки, подгузник).
6. Проведение консультаций с родственниками по вопросам ухода за пациенткой.
7. Контроль за психоэмоциональным состоянием пациентки, предоставление психологической поддержки – консультации психолога.
8. Оказание содействия пациентке при обращении в медицинские учреждения и получении необходимой помощи.

*Оценка эффективности сестринской помощи:* с пациенткой было проведено обучение по правилам приема лекарственных препаратов, проведена беседа о вреде курения, о необходимости регулярно выполнять комплекс упражнений для снижения боли и устранения онемения в конечностях. Пациентка была направлена на консультацию к гинекологу и урологу. После выписки (через 14 дней) приглашена снова на прием к участковому терапевту в поликлинику.

Пациентка отмечает снижение болей в различных группах мышц, она обучена приемам передвижения и безопасного перемещения.

План сестринской помощи должен быть индивидуализирован в зависимости от особенностей состояния пациента и его потребностей. Медицинская сестра должна тщательно следить за динамикой заболевания и регулярно обновлять план помощи в соответствии с изменениями.

#### Литература

1. Дневник пациента. Брошюра Беталайф – Программа поддержки пациентов с рассеянным склерозом– 2019 г. – 32 с. – Текст: непосредственный.
2. Жизнь с рассеянным склерозом, Хачановой Н.В. Цикл брошюр «Библиотека рассеянного склероза» –БЕТАЛАЙФ, С. Петербург, 2022 г. – с.41. – Текст: непосредственный.
3. Клинические рекомендации – Рассеянный склероз – Возрастная категория: Взрослые и Дети, год утверждения 2022 – Утверждены Минздравом РФ – 80 с. – Текст: непосредственный.
4. Основные правила подбора и пользования техническими средствами реабилитации для восстановления способности к передвижению – Сборник практических рекомендаций – Тюмень, 2016 – 38 с. – Текст: непосредственный.
5. Социально-бытовые рекомендации больным с рассеянным склерозом и их родственникам – Международный студенческий научный вестник (сетевое издание) (eduherald.ru) // – URL: – режим доступа: <https://eduherald.ru/ru/article/view&3f72bx174104029> (дата обращения: 23.03.2025). – Текст: электронный.

### **ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОНМК НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Кривоногова Ирина Александровна

Руководитель: Шевалова Елена Михайловна, преподаватель

Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Согласно докладу Lancet Commission 2023 под названием «Pragmatic Solutions to Reduce the Global Burden of Stroke», прогнозируется существенный рост глобальной смертности от инсульта – с 6,6 миллиона случаев в 2020 году до 9,7 миллиона в 2050 году. На территории Российской Федерации ежегодно фиксируется свыше 450 тысяч новых случаев инсульта. Уровень заболеваемости острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в стране составляет 2,5 до 3,5 случаев на каждую тысячу человек в год. Смертность в остром периоде ОНМК достигает 35%, и еще на 12-15% возрастает к

завершению первого года после приступа. В течение 5 лет после инсульта умирают 44% пациентов. Особенно высока летальность при обширных инсультах в каротидной системе – до 60% за первый год. Только 10% перенесших инсульт возвращаются к профессиональной деятельности, тогда как 85% нуждаются в постоянной помощи, а 25% пациентов становятся глубокими инвалидами на всю оставшуюся жизнь.

В Свердловской области за 2022 год было зарегистрировано 19944 случая инсульта. Больше всего инсульту подвержены пациенты в возрастной категории 68-85 лет.

В соответствии с этим сформулирована тема исследовательской работы «Оказание скорой медицинской помощи пациентам с подозрением на ОНМК на догоспитальном этапе».

Цель исследования: исследовать оказание скорой медицинской помощи пациенту при подозрении на ОНМК на догоспитальном этапе.

Задачи исследования:

1. Осуществить поиск и анализ заболеваемости взрослого населения с ОНМК прикрепленного к ГАУЗ СО «СГБ» за 2023-2024 гг., на 1000 населения.
2. Провести клиническое исследование по оказанию скорой медицинской помощи пациенту с подозрением на ОНМК на догоспитальном этапе.
3. Подготовить и оформить информационные материалы и рекомендации для пациентов и их родственников по избранной теме.

Исследовательская часть работы проводилась на базе ГАУЗ СО «СГБ» отделение СМП.

Результаты исследования:

- 1) Анализ статистических данных представлен в таблице.

**Медицинские статистические данные  
по заболеваемости взрослого населения с ОНМК  
в ГАУЗ СО «СГБ» за 2023-2024 годы**

Показатель	2023	2024
Кол-во взрослых 18+, в ГАУЗ СО СГБ	114 481	113 316
Кол-во кл. случаев ОНМК, абс	324	335
Заболеваемость ОНМК на 1000 населения	2,83	2,95
Динамика показателя заболеваемости %		-4,06

Выводы:

- 1) Численность обслуживаемого населения ГАУЗ СО «СГБ» снижается.
- 2) Количество регистрируемых случаев ОНМК увеличивается.

3) Динамика показателя заболеваемости ОНМК снизилась на -4,06% за счет убыли обслуживаемого населения ГАУЗ СО «СГБ».

2) Исследование, по оказанию скорой медицинской помощи пациенту с подозрением на ОНМК на догоспитальном этапе было проведено в реальных условиях, во время работы в бригаде фельдшеров скорой медицинской помощи в качестве стажера.

В диспетчерскую службу СМП Серовской городской больницы поступил вызов к Пациенту К. (74 года), пол: женский, в анамнезе Диагноз ГБ 3 стадии, 3 степени, Риск 4. Принимаемые препараты: Лозартан 1 таблетка 2 раза в день. В стационаре не лечилась.

Жалобы 02.03.2025: на слабость в правой верхней конечности и правой нижней конечности, онемение правой верхней конечности и правой нижней конечности.

Анамнез заболевания: почувствовала себя плохо 02.03.2025 г около 14:00. Вызов СМП в 14:30. Начало осмотра пациента в 14:45.

При осмотре было фиксировано: повышение АД 170/90 мм.рт.ст.; ps 100/мин;  $t=36,4^{\circ}\text{C}$ , глюкоза 6,2 ммоль/л;  $\text{SpO}_2=98\%$ . На ЭКГ: синусовый ритм, блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ), ЧСС 100 в минуту. Шкала Глазго 15 баллов, шкала боли 0 баллов. При оценке состояния пациента были применены «Опросный лист пациента с острым нарушением мозгового кровообращения» и «Шкала догоспитальной оценки тяжести инсульта LAMS» и по результатам оценки установлено: у пациентки К. 2 балла из 5 возможных по догоспитальной шкале LAMS (Los Angeles Motor Scale), что свидетельствуют об умеренной выраженности неврологических нарушений, связанных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

**Неврологический статус:** Ориентирован в пространстве и времени. Речь не нарушена. Движения глаз спонтанные. Бульбарные нет. Рефлекс Бабинского нет. Патологические рефлекс нет. Язык D<S. Парез D. Чувствительность: D<S. Движения конечностей: активные в полном объеме D=S. С-м натяжения периферических нервов нет. Судорог нет.

**Предварительный диагноз: I 64. Острое нарушение мозгового кровообращения.**

В 15:14 Пациентке была назначена инфузия магния сульфата 25% 10 мл на NaCl 0,9% 250 мл, внутривенно капельно медленно.

В 15:34 АД 150/80, ЧСС 96/мин; ЧДД 18/мин;  $\text{SpO}_2=98\%$ ,  $t\ 36,4$ . – принято решение о маршрутизации и транспортировке в кабинет КТ ГАУЗ СО «СГБ». Было сделано предварительное уведомление дежурного врача-невролога о транспортировке пациента с подозрением ОНМК.

Во время транспортировки продолжается инфузия магния сульфата 25% 10 мл на NaCl 0,9% 250 мл, внутривенно капельно медленно и проводится мониторинг жизненно

важных показателей: АД, пульс, ЧСС, ЧДД, SpO<sub>2</sub>, температура. Все показатели стабильны, что свидетельствует о компенсированном состоянии пациента и эффективности терапии.

Прибытие в приемное отделение, в кабинет КТ в 15:40.

Выводы: с момента появления симптомов до начала помощи – около 1 часа 10 минут; с момента начала терапии (15:14) до прибытия в стационар – 26 минут; госпитализация минуя приёмный покой – прямая маршрутизация в КТ.

Все действия укладываются в терапевтическое окно для тромболитической терапии (до 4,5 часов). Логистика организована чётко и быстро, что повышает шансы на успешное лечение и снижение инвалидизации.

Во время работы над исследовательской работой были подготовлены информационные материалы для пациентов: Что такое инсульт и действия пациента и родственником до прибытия бригады СМП; Памятка для пациентов о подготовке пациента и документов к госпитализации.

#### Литература

1. Клинические рекомендации «Ишемический инсульт и транзиторные ишемические атаки у взрослых». – 2024. – Текст: непосредственный.
2. Клинические рекомендации «Геморрагический инсульт». – 2022. – Текст: непосредственный.
3. Клинические рекомендации (Протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при острых нарушениях мозгового кровообращения. – 2018 (с изменениями и дополнениями 2023). – Текст: непосредственный.
4. Территориальные клинические рекомендации (протоколы) оказания скорой медицинской помощи населению Свердловской области. Издание официальное: утвержден и введен в действие Председателем НП Медицинской палаты Свердловской области, Бадаевым Ф.И. – Екатеринбург, 2018. (с изменениями и дополнениями 2023). – Текст: непосредственный.
5. Руководство по скорой медицинской помощи/ Под ред., Багненко С.Ф. ГЭОТАР-Медиа, 2023, 820 с. – Текст: непосредственный.



# **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛЫХ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

Криворучка София Витальевна

Руководитель: Мамина Ирина Валерьевна, преподаватель

Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

В клинической практике наряду с заболеваниями сердечно-сосудистой системы достаточно актуальной и социальной проблемой является патология легочной системы в форме пневмонии. Пневмонии – группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации.

Внебольничная пневмония (ВП) относится к числу наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний. Согласно Росстат, заболеваемость ВП в УрФО в 2022 г. (последние полные данные) среди взрослых составила 500 случаев на 100 тыс. населения, что выше среднего по РФ): в **Свердловской обл.**: 70 случаев на 100 тыс. населения, в **Челябинской обл.**: 65 на 100 тыс., в **ХМАО и ЯНАО**: выше среднего из-за севера (до 100 на 100 тыс.).

Актуальность настоящего исследования продиктована всесторонним анализом деятельности медицинской сестры в профилактике внебольничной пневмонии и ее осложнений с целью снижения заболеваемости среди взрослого населения.

Объект исследования: профилактика внебольничной пневмонии у взрослых.

Предмет исследования: деятельность участковой медицинской сестры в профилактике внебольничной пневмонии среди взрослого населения.

Цель исследования: реализация плана по профилактике внебольничной пневмонии среди взрослого населения в амбулаторно-поликлинических условиях.

Задачи исследования:

1. Проанализировать теоретические источники внебольничной пневмонии у взрослых.
2. Составить план по профилактике внебольничной пневмонии среди взрослого населения в амбулаторно-поликлинических условиях.
3. Разработать рекомендации пациентам по профилактике внебольничной пневмонии и ее осложнениям.

Гипотеза – изучение теоретических источников по заболеванию «внебольничная пневмония» и анализ деятельности медицинской сестры при проведении профилактических мероприятий пациентам с внебольничной пневмонией у взрослых позволит разработать рекомендации пациентам по профилактике осложнений данного заболевания.

Практическая значимость исследования заключается в необходимости координации работы медицинской сестры при реализации профилактических мероприятий по оказанию качественной сестринской помощи пациентам с внебольничной пневмонией у взрослых.

Внебольничная пневмония – инфекционное заболевание, которое характеризуется воспалительным процессом в лёгких. Заболевание чаще всего развивается во время эпидемий гриппа и острых респираторно-вирусных инфекций. Пациентов с легким течением воспаления легких можно лечить амбулаторно. При средней и тяжелой степени пневмонии их госпитализируют в клинику терапии.

Программа профилактики внебольничной пневмонии (ВП) основана на понимании факторов риска и включает комплекс взаимосвязанных мероприятий неспецифической и специфической профилактики, усиливающих противоинфекционную защиту самого пациента и снижающих вероятность инфицирования наиболее распространенными возбудителями.

В настоящее время с целью специфической профилактики ВП используются пневмококковая и гриппозная вакцины. При необходимости обе вакцины могут вводиться одновременно (в разные руки) без увеличения частоты нежелательных реакций или снижения иммунного ответа.

Согласно Приказу от 31.07.2020 г. N 475н «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра / Медицинский брат», в обязанности медицинской сестры участковой входит в обязанности проведение мероприятий по профилактике неинфекционных и инфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни среди пациентов.

Профилактика внебольничной пневмонии включает в себя три вида: первичную, вторичную и третичную, – все это способствует предупреждению развития болезней органов дыхания.

Если говорить о *первичной профилактике* болезней органов дыхания, нельзя не упомянуть о полноценном сбалансированном питании. Доказана роль микроорганизмов в развитии многих заболеваний органов дыхательной системы. Если человек употребляет достаточное количества белка, витаминов и микроэлементов, тогда его иммунная система будет в норме и сможет противостоять болезнетворным микроорганизмам.

*Вторичная профилактика* заключается в раннем выявлении болезней и их лечении. Многие заболевания развиваются на фоне других патологий. Так, почвой для развития бронхиальной астмы может стать аллергия. И если у человека уже имеется повышенная чувствительность к каким-либо веществам, например, к шерсти животных, пыльце растений, бытовой химии, тогда необходимо максимально уменьшить, а по возможности и совсем прекратить контакт с веществами, провоцирующими появление аллергических реакций. Проявления аллергии не нужно терпеть или надеяться, что они пройдут сами по себе, так не будет. Наоборот, если не лечить аллергию, то она может осложниться бронхиальной астмой.

Задача *третичной профилактики* болезней органов дыхания – не допустить ухудшения заболевания, возникновения осложнений. И основной помощник такой профилактики – правильно подобранное лечение, которому пациент будет неукоснительно следовать. Иногда третичная профилактика болезней органов дыхания может растягиваться на многие годы.

Анализ деятельности медицинской сестры в профилактике внебольничной пневмонии у взрослых в амбулаторно-поликлинических условиях включает в себя проведение опроса среди взрослых пациентов о факторах риска возникновения внебольничной пневмонии. Цель опроса – определение уровня знаний о профилактике внебольничной пневмонии у взрослых. Всего было опрошено 30 человек (18 женщин и 12 мужчин) разного возраста от 18 до 70 лет. Средний возраст – 44 года. Респондентам были заданы следующие вопросы: Работаете ли Вы в настоящее время? Знаете ли Вы, что такое внебольничная пневмония? Знаете ли Вы, как проявляется внебольничная пневмония? Знаете ли Вы, какие могут быть осложнения внебольничной пневмонии? Проходите ли Вы диспансеризацию? Курите ли Вы? Соблюдаете ли вы здоровый образ жизни: режим дня, питание, отказ от алкоголя, занятие спортом, йогой? Как часто Вы болеете ОРВИ? Если Вы все-таки почувствовали, что простыли, какие действия предпринимаете?

В ходе проведенного опроса среди пациентов взрослой поликлиники, было выявлено, что большинство опрошиваемых не знают, что такое «внебольничная пневмония», какие бывают факторы риска данного заболевания, и какие могут быть последствия. А также большинство опрошиваемых занимаются самолечением, что, в свою очередь, может привести к развитию более тяжелой патологии. Одновременно с этим, проведенный опрос показал необходимость проведения профилактических мероприятий по внебольничной пневмонии, учитывая наличие факторов риска каждого пациента. Это позволило дифференцировать пациентов по группам:

- 1 группа – редко болеющие ОРВИ, соблюдающие ЗОЖ – первичная профилактика внебольничной пневмонии;
- 2 группа – часто болеющие ОРВИ, наличие вредных привычек – вторичная профилактика внебольничной пневмонии;
- 3 группа – повторно заболевшие внебольничной пневмонией – третичная профилактика внебольничной пневмонии.

Проанализировав ответы проведенного опроса среди пациентов, было принято решение составить различные планы профилактических мероприятий при внебольничной пневмонии у взрослых в рамках индивидуального консультирования.

*План мероприятий первичной профилактики внебольничной пневмонии у взрослых:*

1. Повышение иммунитета: соблюдение ЗОЖ, регулярные физические нагрузки (30 минут в день умеренной интенсивности), сбалансированное питание, богатое фруктами, овощами, белками, клетчаткой и витаминами, достаточный сон (7-8 часов в сутки), избегание стресса и управление стрессом, вакцинация против гриппа ежегодно, а против пневмококковой инфекции (для лиц с повышенным риском – старше 65 лет, с хроническими заболеваниями, курящие), против других респираторных вирусов, таких как COVID-19.

2. Гигиена и профилактика: частое мытье рук: с мылом и водой, особенно после контакта с больными людьми, поверхностями, животными; использование дезинфицирующих средств: для обработки рук и поверхностей; избегание контакта с больными людьми; правильный кашель и чихание: прикрывать рот и нос локтем или одноразовой салфеткой; профилактика заболеваний верхних дыхательных путей: увлажнение воздуха, использование солевых растворов для промывания носа, употребление достаточного количества жидкости.

3. Борьба с факторами риска: отказ от курения: курение является основным фактором риска развития пневмонии; контроль хронических заболеваний: диабет, астма, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания почек - повышают риск развития пневмонии и другие.

4. Повышение информированности: обучение населения: о симптомах пневмонии, о важности вакцинации и гигиены, о факторах риска заболевания и другие.

5. Специфические рекомендации для лиц с повышенным риском.

*План мероприятий вторичной профилактики внебольничной пневмонии у взрослых.*

Цель: Снизить риск повторного развития внебольничной пневмонии (ВБП) у взрослых, перенесших ее в прошлом. Основные направления:

1. Индивидуальное консультирование пациента.

2. Вакцинация.
3. Лечение сопутствующих заболеваний.
4. Изменение образа жизни.
5. Мониторинг и раннее выявление.
6. Профилактика в стационаре.

Также необходимо помнить, что вторичная профилактика ВБП помогает снизить риск повторного заболевания и улучшить качество жизни.

*План мероприятий третичной профилактики внебольничной пневмонии у взрослых:*

Цель: снизить последствия внебольничной пневмонии (ВБП) у взрослых, перенесших ее в прошлом. Основные направления:

1. Реабилитация.
2. Управление сопутствующими заболеваниями.
3. Обучение и поддержка.
4. Мониторинг и раннее выявление.

Необходимо учитывать, что эти все выше перечисленные планы являются общими и конкретные рекомендации могут отличаться в зависимости от индивидуальных факторов риска. Консультация с врачом обязательна для оценки индивидуального риска и составления индивидуального плана профилактики внебольничной пневмонии.

Все выше перечисленные планы профилактики ВБП реализуются посредством беседы, в форме индивидуального консультирования на тему: «Что такое внебольничная пневмония: факторы риска и осложнения?», по окончании которого выдаются памятки, содержащие рекомендации по профилактике ВБП и ее осложнений следующего содержания: «Как защитить себя от пневмонии?», «Как быстрее победить пневмонию и не заболеть снова?!», «Опять пневмония?! Как быстрее вылечиться?!», «Питание при внебольничной пневмонии у взрослых».

Все это позволит повысить уровень информированности населения и качество медицинской помощи. В процессе проведенной работы задачи исследования были решены, цель исследования достигнута.

#### Литература:

1. Вирусные пневмонии: Учебное пособие для врачей / Е.В. Эсауленко, Ю.С. Александрович, А.Д. Бушманова и др. – СПб.: Изд-во СПбГПМУ, 2021. – 100 с. – Текст: непосредственный.
2. Внебольничная пневмония: диагностика, лечение. Особенности ведения беременных: –учебное пособие / Е.В. Болотова, АВ. Дудникова, З.С. Юсупова. – Краснодар: Кубанский гос. мед. ун-т, 2021. – 117 с. – Текст: непосредственный.

3. Клинические рекомендации – Внебольничная пневмония – Возрастная категория: Взрослые, год утверждения 2021 – Утверждены Минздравом РФ – 126 с. – Текст: непосредственный.

4. Пневмония: учебное пособие / О. В. Рыжкова – Иркутский государственный медицинский университет, Кафедра факультетской терапии. – Иркутск: ИГМУ, 2022. – 64 с. – Текст: непосредственный.

5. Приказ от 19 сентября 2023 г. N 2194-п «О маршрутизации взрослых больных острой респираторной вирусной инфекции, гриппом и внебольничной пневмонией при оказании медицинской помощи в эпидемический сезон 2023-2024 гг». – Текст: непосредственный.

## **ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

Мелехин Вадим Яковлевич

Руководитель: Ефимова Анна Анатольевна, преподаватель

Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Актуальность выбранной темы научно-исследовательской работы обусловлена тем, что инсульт является одной из наиболее частых причин инвалидизации и смертности среди населения. По данным ВОЗ, на 100000 населения приходится от 100 до 300 случаев инсультов ежегодно. Геморрагический инсульт составляет 10-15% от всех видов нарушения мозгового кровообращения. Риск развития геморрагического инсульта значительно повышается после 55 лет и удваивается с каждым последующим десятилетием. Летальность от геморрагического инсульта достигает 40-50%, а инвалидность развивается у 70-75% выживших.

Объект исследования: заболевание геморрагический инсульт.

Предмет исследования: вторичная профилактика геморрагического инсульта.

Целью работы является разработка рекомендаций по вторичной профилактике геморрагического инсульта.

Задачи исследования:

1. Проанализировать теоретические источники по заболеванию.
2. Определить основные принципы профилактики геморрагического инсульта.
3. Рассмотреть современные подходы к профилактике геморрагического инсульта.

4. Разработать рекомендации пациентам группы риска для предотвращения возникновения заболевания.

Практическая значимость: Подробное раскрытие материала по теме «Вторичная профилактика геморрагического инсульта» позволит повысить информированность населения о факторах риска, ознакомиться с причинами возникновения заболевания. Соблюдение здорового образа жизни, информационные материалы, проведённые беседы обеспечат пациентов необходимой информацией для коррекции собственных факторов риска. Также разработанный материал может быть использован в школе для обучения пациентов и их ближайшего окружения по профилактике инсультов.

Исследование проводилось на базе ГАУЗ СО «Серовская городская больница», кардиологическое отделение в форме анонимного анкетирования пациентов. Анкета состоит из 10 вопросов, содержит закрытые вопросы (да/нет).

В анкетировании приняли участие 30 пациентов (18 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 40 до 70 лет.

Повышенное артериальное давление отметили 73% респондентов, проблемы со свертываемостью крови обозначили 33% опрошенных. На вопрос о повышенном уровне холестерина, ответы разделились пополам, повышенный уровень глюкозы в крови отметили 60% опрошенных. Наличие вредных привычек (употребление алкоголя и курение) отметили 60% респондентов.

Информированность пациентов о заболевании геморрагический инсульт составила 30 %, при этом 6% респондентов отметили, что у близких родственников был инсульт.

По результатам проведенного анкетирования можно сделать вывод о том, что большинство респондентов, подвержено факторам риска: повышенное артериальное давление, повышенный холестерин и сахар в крови, курение.

Респонденты осведомлены о заболевании, и часть из них косвенно сталкивалась с ним.

На основании полученных результатов была выделена группа риска возникновения заболевания. Для профилактики геморрагического инсульта для пациентов «группы риска» в условиях стационара составлен план мероприятий:

1. Необходимо создать формирование стойкой потребности в измерении и контроле АД. Для достижения наилучшего результата был разработан информационный материал для пациента «Самоконтроль артериального давления».

2. Обучение пациентов:

Проведение беседы по теме «Осторожно: инсульт!», направленная на повышение информированности пациентов о заболевании инсульт, симптоматике и первой помощи при нём.

Проведение занятия «Как избежать инсульта?» с целью освещения факторов риска, их корректировку. В раздаточном материале указаны основные правила, соблюдение которых позволит предотвратить развитие инсульта.

Для повышения двигательной активности было проведено практическое занятие для пациентов по теме «Движение – это жизнь», с последующим проведением мастер-класса по освоению комплекса упражнений для улучшения физического состояния пациентов.

Представленный комплекс упражнений направлен на корректировку такого фактора риска как низкая двигательная активность. В беседе освещается вред гиподинамии, и рассматривается большая роль поддержания двигательной активности в профилактике инсульта.

### 3. Питание и питьевой режим пациентов.

Обучение пациентов основам правильного питания и соблюдению адекватного питьевого режима через проведение консультаций по формированию сбалансированного рациона с учетом индивидуальных особенностей и рекомендаций лечащего врача позволит снизить риски развития геморрагического инсульта.

В результате проведенных мероприятий пациенты отметили повышение уровня знаний в вопросах профилактики геморрагического инсульта.

Раздаточный материал был разработан и предоставлен пациентам в конце каждой беседы.

1. Памятка для пациентов «Симптомы и первая помощь при инсульте».
2. Памятка для пациентов «10 правил как избежать инсульта».
3. Памятка для пациентов «Комплекс упражнений для людей с повышенным риском возникновения инсульта».
4. Памятка для пациентов «Самоконтроль артериального давления».

Применение данного комплекса обучающих мероприятий позволит повысить уровень знаний о заболевании пациентам и будет способствовать предотвращению возникновения заболеваний.

### Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 октября 2020 г. №1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях» – Текст: непосредственный.



2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 23 сентября 2020 г. N1008н «Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием» – Текст: непосредственный.
3. Виноградов О.И., Карташова Е.Д., Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: инфаркта миокарда, инсульта, сердечно-сосудистой смерти. – 2020. – Текст: непосредственный.
4. Широков Е.А. Технология предупреждения инсульта. – 2018. – Текст: непосредственный.
5. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы. – 2018. – Текст: непосредственный.

## **СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ГАСТРОСТОМИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

Тарасова Валерия Алексеевна

Руководитель: Мамина Ирина Валерьевна, преподаватель

Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

*Актуальность исследования.* Адекватная коррекция метаболических расстройств и быстрое восполнение дефицита белков, жиров и углеводов у тяжелобольных пациентов являются одним из основных звеньев комплексной терапии.

Искусственное питание – обязательный и необходимый компонент лечения у тяжелобольных пациентов с заболеваниями верхнего отдела ЖКТ, которым по тем или иным причинам противопоказано выполнение радикальных операций.

Длительное энтеральное питание с помощью данного метода невозможно из-за угрозы образования пролежней от зонда, что ограничивает срок его нахождения в просвете ЖКТ. Обычно при неврологических нарушениях, сопровождающихся угнетением сознания, снижением или полным отсутствием глотательного рефлекса, при тяжелой сочетанной травме и т. д. требуется проведение длительной (более 4 недель) нутритивной поддержки. Именно в таких случаях целесообразно применять гастро- или еюностомию.

В хирургической практике существует много методик лапаротомного наложения гастростомы, однако подавляющее большинство из них не удовлетворяют современным требованиям и сопровождаются большим количеством осложнений – от 6 до 50%. Наиболее частые из них: подтекание желудочного содержимого в свободную брюшную полость,

выпадение гастростомической трубки, ее миграция, нагноение послеоперационной раны, мацерация кожных покровов вокруг выведенной гастростомы и т. д.

В настоящее время благодаря внедрению в практику современных минимально инвазивных технологий методикой выбора для проведения длительного искусственного питания является чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ), которая представляет собой минимально инвазивный способ установки гастростомической трубки путем пункции брюшной и передней стенок желудка под эндоскопическим контролем.

Гастростомия широко распространена как паллиативная операция при невозможности питания естественным путем, но проблемам ухода и питания пациентов после наложения гастростомы уделяется мало внимания.

При гастростомии в послеоперационном периоде сестринский уход является очень важным для уменьшения рисков осложнений и обеспечения хорошего качества жизни пациентов. Медицинские сестры должны следить за чистотой и безопасностью гастростомического отверстия, проверять правильную работу питательной системы и обеспечивать комфорт пациентам во время процедуры питания.

Исходя из вышесказанного, тема исследовательской работы: «Сестринский уход при гастростомии в послеоперационном периоде».

Объектом исследования является пациент после гастростомии.

Предмет исследования: сестринский уход за пациентом при гастростомии в послеоперационном периоде.

Цель исследования: разработка рекомендаций пациенту при гастростомии в послеоперационном периоде.

Задачи исследования:

1. Изучить теоретические основы гастростомии.
2. Составить план сестринского ухода за пациентом при гастростомии в послеоперационном периоде.
3. Разработать рекомендации пациенту и его родственникам после гастростомии по самоуходу в виде памяток.

Гипотеза – изучив теоретические основы гастростомии, и рассмотрев сестринский уход при гастростомии в послеоперационный период, позволит разработать рекомендации для пациентов с гастростомой по самоуходу в виде памяток.

Гастростомия – это хирургическая операция, заключающаяся в создании искусственного входа в полость желудка через переднюю брюшную стенку с целью кормления пациента при невозможности приёма пищи через рот. Такой операции подвергаются ослабленные, истощенные онкологические пациенты.

Гастростома – это искусственное отверстие, которое соединяет переднюю брюшную стенку и желудок. Оно предназначено для кормления пациентов, когда кормление естественным путем невозможно. Гастростомия классифицируются на постоянные и временные.

Показания к постоянной гастростомии: неоперабельная опухоль глотки или пищевода, опухоль средостения, сдавливающая пищевод, опухоль входного отдела желудка, рубцовые сужения пищевода, не поддающиеся бужированию.

Показания к временной гастростомии: ранения грудной клетки с повреждением пищевода, тяжелые челюстно-лицевые травмы, пищеводно-трахеальный или пищеводно-бронхиальный свищ, ожоги пищевода на время заживления и восстановления проходимости.

Осложнения при неправильном уходе за гастростомой.

Если не соблюдать правила ухода за гастростомой, то кожа вокруг может воспалиться, а это значит, что может присоединиться инфекция, мацерация кожных покровов вокруг гастростомы, нагноение послеоперационной раны, что в свою очередь может усугубить состояние пациента.

После выполненной по любой методике гастростомии в течение первых суток гастростомическая трубка держится открытой с целью контроля за эвакуационной функцией желудка. Конец гастростомической трубки для этого опускается в сосуд-приёмник. Кормление через гастростому, как правило, начинают не ранее вторых суток после операции: одномоментно вводят в желудок до 100-150 мл жидкого энтерального питания каждые 2-3 часа. Однако у крайне истощённых пациентов возможно введение питательных смесей и растворов в желудок капельным путём непосредственно после оперативного вмешательства (75-100 капель в минуту) с перерывами для контроля за эвакуацией из желудка (для этого открывают гастростомическую трубку), а на вторые сутки возможен переход на дробное кормление по обычной методике. К 5-7-м суткам объём вводимой жидкой или кашицеобразной пищи увеличивают до 400-500 мл с кратностью введения 4-5 раз в сутки.

*Разбор клинического случая:* Пациент М., возраст 45 лет. Диагноз: С15 рак пищевода III степени. Жалобы при поступлении: боли при глотании, затруднение прохождения пищи, снижение массы тела, слабость, недомогание. Ранее было проведено ЭГДС с биопсией, КТ с контрастированием.

Анамнез: рак пищевода III стадии был выявлен 2 месяца назад в связи с частым употреблением слишком горячих блюд и напитков, проходил лечение химиотерапии.

Курит, алкоголем не злоупотребляет. Работает.

Объективно: кожные покровы бледные, дряблые, снижение массы тела, пульс – 58 ударов в минуту, ЧДД – 16 в минуту, АД 100/60 мм. рт. ст., состояние удовлетворительное, на передней брюшной стенке в эпигастральной области – гастростома, в которую введена резиновая трубка, пережатая зажимом. Вокруг гастростомы – клеоловая повязка. Боли в области послеоперационной раны. Пациент переживает, что не сможет полноценно питаться и жить с гастростомой.

У пациента *нарушены потребности*: быть здоровым, чистым, есть, пить, общаться, работать, поддерживать состояние.

Приоритетные проблемы: боли в области послеоперационной раны, намокание повязки, отсутствует возможность получать пищу через ЖКТ, дефицит самоухода.

Настоящие проблемы: боль в области послеоперационной раны, адаптация к искусственному питанию, депрессия, намокание повязки, дефицит самоухода.

Потенциальные проблемы: риск выпадения трубки, риск возникновения мацерации кожи вокруг гастростомы, риск вторичного инфицирования раны, риск возникновения воспаления околоушной слюной железы.

Краткосрочная цель: в первый день пациент отметит снижение интенсивности болей в области послеоперационной раны.

Долгосрочная цель: к моменту выписки пациент отметит отсутствие болей в области послеоперационной раны, владеет знаниями техники смены повязки, адаптируется к искусственному питанию, продемонстрирует знания по самоуходу.

План сестринского ухода при гастростомии в послеоперационном периоде:

1. Выполнять назначения врача: Трамадол 100 мг/ Кеторолак-Эском 50 мг в/м – для купирования болевого синдрома после гастростомии. Метоклопрамид 5 мг в/м – для купирования рвотного рефлекса.
2. Режим постельный после операции – для обеспечения комфортных условий для пациента.
3. Соблюдение санитарно-эпидемического режима: проветривание, кварцевание, влажная уборка – для профилактики ИСМП.
4. Кормление через гастростому по 50,0 мл 4-6 раз в день до 1 литра.
5. Своевременный прием лекарственных средств через гастростому – для эффективного лечения.
6. Проведение ежедневного осмотра за состоянием кожных покровов вокруг стомы:
  - на наличие осложнений, следить за состоянием гастростомической трубки (прочностью и фиксацией),

– проводить ежедневную замену повязки – для профилактики осложнений.

7. Проведение обучения пациента и его родственников правилам самоухода/ухода за гастростомой – перед выпиской (за 2 дня до выписки):

– Темы занятий «Школы пациента»: «Смена повязки при гастростоме»; «Питание при гастростоме: что и чем можно питаться», «Кормление при гастростоме: режим питания», «Правила приема лекарств при гастростоме» – для устранения дефицита знаний и умений по самоуходу при гастростомии.

8. Обучить введению дневника наблюдения при гастростомии – для эффективного лечения.

9. Обучение пациента оцениванию болевого синдрома по шкале боли – для устранения дефицита знаний.

*Оценка эффективности сестринской помощи:*

После реализации представленного плана сестринского ухода пациент отметил улучшение своего состояния, а именно: стабилизировалась гемодинамика, нормализовалось пищеварение. Психоэмоциональный фон пациента стабилен. Также пациент демонстрирует знания по самоуходу, а также технику смены повязки вокруг гастростомы.

Таким образом поставленные задачи исследования были реализованы.

*Литература:*

1. Малоинвазивные хирургические вмешательства в паллиативной помощи: Гастростомия, Учебное пособие: Учебный центр ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ», Москва, 2021. – Текст: непосредственный.

2. Система поддержки принятия врачебных решений. Гастроэнтерология: Клинические протоколы лечения // Составители: Д.С. Бордин, К.А. Никольская, Бакулин И.Г. [и др.]. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – Текст: непосредственный.

3. Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода. Национальный стандарт ГОСТ Р 52623.3 – 2015// Издание официальное, Москва Стандартинформ, 2015 – Текст: непосредственный.

4. Гастростома: уход за гастростомой, алгоритм, процедура установки гастростомы, показания | Клиники «Евроонко» (euroonco.ru) //— URL: – режим доступа: <https://www.euroonco.ru/terms-from-a-z/gastrostoma> (дата обращения: 23.03.2025). – Текст: электронный.

5. Приказ от 12 ноября 2012 г. N 906н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Гастроэнтерология» [Зарегистрировано в Минюсте России 21 января 2013 г. N 26641 — Текст: непосредственный.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ПРИ НАРУШЕНИИ ОСАНКИ У ОБУЧАЮЩИХСЯ 12-14 ЛЕТ**

Таушанкова Татьяна Николаевна, Лагунова Ольга Геннадьевна

Руководитель: Фасхиева Муршида Салимулловна, преподаватель

Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

**Актуальность исследования.** В настоящее время термин «нарушение осанки» интересует не только врачей-ортопедов, но и медицинских работников образовательных учреждений и родителей. Правильная осанка, которая начинает формироваться в раннем возрасте, и ее главная составляющая – здоровый позвоночник отражают степень общего развития детей и подростков, их функциональный статус и являются основой здоровья обучающихся. Особенно актуальна проблема формирования правильной осанки для детей школьного возраста. По данным ВОЗ, 48% детей планеты имеют искривления позвоночника, из-за чего в последующем нарушается их осанка, возникают различные отклонения в здоровье. По данным статистики в Свердловской области нарушение осанки встречается в 20-30% случаях, а по некоторым возрастным группам (12-13 лет) достигает до 50%.

**Цель исследования:** выявление эффективности физических упражнений при нарушении осанки у детей 12-14 лет.

### **Задачи исследования:**

1. На основе теоретического изучения литературных источников ознакомиться с понятиями и видами осанки, с причинами ее нарушения и методами диагностики.
2. Определить воздействие физических упражнений на коррекцию и восстановление организма при нарушении осанки у детей 12-14 лет.
3. Выявить оценку эффективности комплекса физических упражнений при нарушении осанки у детей 12-14 лет.
4. Разработать памятки для родителей по профилактике нарушения осанки.

**Практическая значимость** данного исследования заключается в том, что изложенный материал будет полезен не только медицинским работникам, а также родителям, заинтересованным в улучшении здоровья своих детей, и даст возможность успешно справиться с имеющимися серьезными нарушениями осанки.

Осанкой принято называть привычное положение тела непринужденно стоящего человека в покое и при движении, которое он принимает без излишнего мышечного напряжения. Осанка – это умение человека держать свое тело в различных положениях. Формируется осанка с самого раннего детства и зависит от многих факторов: характер

строения и степень развития костной системы; равномерность развития связочно-суставного и нервно-мышечного аппарата; особенности условия быта; деятельность организма после некоторых заболеваний (особенно в раннем детстве).

Распространенные дефекты осанки – выраженные изгибы позвоночника вперед (шейный и поясничный лордозы), назад (грудной и крестцовый кифозы) и боковые (сколиозы). Чем раньше начнется профилактика и коррекция различных видов нарушения, тем больше вероятность того, что в школе у ребенка не возникнет проблема с повышенной утомляемостью, головными болями и болями в спине.

Для детей школьного возраста дефекты осанки связаны с изменением физиологической кривизны позвоночника, их усилением или ослаблением в сагиттальной плоскости. Причины нарушения осанки: малоподвижный образ жизни, неправильная посадка за школьной партой, неправильная поза (не только в школе, но и дома), ношение портфеля в одной руке, на одном плече. Часто плохая осанка возникает у ослабленных, болезненных школьников. Они быстро утомляются и во время работы принимают неправильную позу. Затем эта поза становится привычной и приводит к искривлению позвоночника. Нарушается осанка и при недостаточном освещении, так как это заставляет при чтении и письме низко наклоняться над книгой и тетрадью. Нарушение осанки не является заболеванием, это состояние, которое при своевременных мероприятиях не прогрессирует и является обратимым процессом. Тем не менее, нарушение осанки постепенно может привести к снижению подвижности грудной клетки, диафрагмы, ухудшению рессорной функции позвоночника, что в свою очередь негативно влияет на деятельность центральной нервной системы, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. А также становится спутником многих хронических заболеваний вследствие проявления общей слабости, дисбаланса в состоянии мышц и связочного аппарата.

Исследование проводилось в течение учебного года, с сентября 2024 года по май 2025 года, на базе МАОУ СОШ №22 города Серова (7-8 классы). В нем приняли участие 30 обучающихся 12-14 лет, имеющие нарушения осанки, которые были распределены на 2 группы: первая группа – контрольная (15 человек) – выполняла обычный комплекс физических упражнений. Вторая группа экспериментальная (15 человек) – выполняла индивидуальный комплекс. Для целенаправленной коррекции обе группы занимались по единой программе, но дополнительно в экспериментальную группу был внесен разработанный нами комплекс физических упражнений при нарушении осанки. Комплекс физических упражнений одобрен учителем физкультуры (инструктором ЛФК) школы и утвержден заведующей детским физиотерапевтическим отделением. После обследования с учетом анамнеза составленный индивидуальный комплекс физических упражнений,

проводился в экспериментальной группе 3 раза в неделю по 30-45 минут под наблюдением совместно с фельдшером МАОУ СОШ №22, а в выходные дни – под контролем родителей. Занятия включали в себя 3-4 курса в год длительностью 1,5 месяца каждый.

На первом этапе исследования был проведен разбор диагностических карт, внешний осмотр (соматоскопия), позволившие выявить уровень физического здоровья детей и функциональные отклонения в опорно-двигательном аппарате. Соматоскопия проводилась при достаточном дневном освещении анфас, в профиль и с позиции спины. Определялось состояние головы по отношению к туловищу и плечевому поясу. При осмотре с позиции спины особое внимание уделялось на прилегание лопаток к грудной клетке. При хорошей осанке лопатки плотно прилегают к туловищу. Определялась форма позвоночника, выраженность его физиологических изгибов в сагиттальной плоскости. Форма изгибов позвоночника определяет форму спины, грудной клетки и емкости жизненно важных систем организма – легких и сердца. Форма позвоночника определялась по наиболее выступающим точкам – седьмой шейный и двенадцатый грудной позвонок.

Для детей 12-14 лет правильной осанкой является вертикальное расположение головы и туловища при выпрямленных ногах, плечи немного опущены, лопатки прижаты к туловищу, грудная клетка симметрична. Живот плоский, втянут по отношению к грудной клетке. Остистые отростки расположены по средней линии. Треугольники талии неплохо выражены и симметричны. При осмотре в профиль правильная осанка характеризуется несколько приподнятой грудной клеткой и подтянутым животом, выпрямленными нижними конечностями, умеренно выраженными физиологическими изгибами позвоночника. Вертикальная ось проходит через 2-й шейный позвонок, 2-й поясничный, копчик и свод стопы.

Вторым этапом работы было предусмотрено проведение основного эксперимента с методами контроля – пульсометрии и соматоскопии, расчетом индексов, применения номограмм. Тестирование проводилось по стандартной программе в начале и в конце исследования. Данное тестовое обследование включает в себя осмотр ребенка с его ответами на 10 вопросов тест-карты. В процессе осмотра заполняется тестовая карта, по которой дается оценка выявленных нарушений осанки:

1. Нормальная оценка – отрицательные ответы на все вопросы.
2. Некоторые отклонения требующие наблюдения школьного педиатра – положительные ответы на один или несколько вопросов от 3х до 7.
3. Значительное нарушение осанки – положительные ответы на 1, 2, 8, 9, 10 вопросы (один или несколько). По данным опроса по тестовой карте нарушения осанки есть у 67%



детей. Дети, отнесенные к данной группе, подлежат обязательному направлению к ортопеду.

Для объективной оценки эффективности тестирования нами был использован метод клинического исследования, измерение силовой выносливости мышц, проведенные по стандартным методикам. А также определялся тип телосложения ребенка. На основании частоты сердечных сокращений, артериального давления рассчитан коэффициент легочно-сердечной выносливости, который отражает функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и дыхания. Баллы рекомендации:

- 12 и менее баллов (5 – высокий). Не снижать нагрузку, поддерживать работоспособность.
- 13-15 баллов (4 – выше среднего). Увеличить объем нагрузок.
- 16-20 баллов (3 – средний). Снизить эмоциональные, силовые, скоростно-силовые нагрузки. Постепенно увеличивать аэробные нагрузки.
- 21-25 баллов (2 – ниже среднего). Избегать объем целенаправленных силовых и скоростно-силовых нагрузок. Активно использовать дыхательную гимнастику.
- 26 и более (1 – низкий). Основная работа – в аэробном режиме.

Важнейшими критериями развития являются масса тела и рост. Длина тела характеризует состояние пластических процессов в организме и соматическую зрелость. Для оценки этих данных использовался метод номограмм оценки веса по росту. Уровень физической нагрузки и степень ее интенсивности определялись по хронометражу, пульсометрии и визуально по внешним признакам утомления.

У обследованных детей по методу соматоскопии выявлены уплощения изгибов до 3,2-3,4 сантиметра вместо 4-6 в норме. Уплотнение изгибов сформировало нарушение осанки. Межреберный угол был 81-82°, что считается острым углом и соответствует форме грудной клетки – плоской. Полученные данные позволили выявить физическое состояние детей, их подготовленность, легочно-сердечную выносливость.

У обследованных детей был выявлен астенический тип телосложения, при котором сердце находится вертикально, внутригрудное давление снижено и соответственно есть фактор опасности функциональных нарушений в работе кардио-респираторной системы. У детей с нарушением осанки, уменьшенными изгибами позвоночника емкость – полость грудной клетки меньше. Коэффициент выносливости у детей контрольной группы составил 17, а в экспериментальной группе – 18. При таком коэффициенте выносливости рекомендуется снижать силовые, скоростно-силовые нагрузки, увеличивать аэробные нагрузки. Что и было учтено при составлении экспериментального комплекса упражнений.

Результаты исследования: из экспериментальной группы 10 человек имеют положительную динамику:

- Изменились показатели роста стоя и сидя на +2 см.
  - Изменилась масса тела – снижение веса на 1,8 кг.
  - Изменились показатели окружности грудной клетки +2 см.
  - Снизились показатели ЧСС и АД.
  - Коэффициент выносливости (легочно-сердечная) стал выше среднего.
  - Изменились показатели ОДА (глубина шейного и позвоночного изгибов и положение плечевого пояса).
- У 3х человек изменился тип телосложения с астенического на нормостенический.

По результатам исследования, можно сделать вывод, что диагностика нарушения осанки необходима с более раннего возраста, т.к. выявив первоначальные признаки, заболевания можно предупредить и провести коррекцию осанки различными физическими упражнениями. Следовательно, активное использование различных физических упражнений при нарушении осанки у детей 12-14 лет, приводит к тому, что процесс профилактики и коррекции заболеваний становится наиболее эффективен. Физические упражнения оказывают стабилизирующее влияние на позвоночник, укрепляя мышцы туловища, позволяют добиться корригирующего воздействия на деформацию, улучшить осанку, дают общеукрепляющий эффект, а также помогают осуществлять профилактику и функциональную коррекцию формирующихся деформаций при различных заболеваниях.

#### Использованные источники:

1. Асачева Л.Ф. Система занятий по профилактике нарушения осанки и плоскостопия у детей школьного возраста: руководство к практическим занятиям / Л.Ф. Асачева, О.В. Горбунова. Детство – Пресс, 2020. – 112 с. – Текст: непосредственный.
2. Вавилова Е.Н. Укрепляйте здоровье детей [Текст]: руководство к практическим занятиям / Е.Н. Вавилова. – Москва: Вентана – Граф, 2019. – 348 с. – Текст: непосредственный.
3. Литвинова О.М. Профилактика нарушения осанки у детей. Занятия корригирующей гимнастикой в процессе познавательной, игровой, исследовательской, творческой деятельности: ФГОС ДО: руководство к практическим занятиям / О.М. Литвинова, С.В. Лесина. – Учитель, 2019. – 91 с. – Текст: непосредственный.
4. Лукаш А. 500 упражнений для позвоночника: корригирующая гимнастика для исправления осанки, укрепления опорно-двигательного аппарата и улучшения здоровья:

руководство к практическим занятиям / А. Лукаш. – Наука и техника, 2023. – 208 с. – Текст: непосредственный.

5. Скиндер Л.А. Физическая реабилитация детей с нарушениями осанки и сколиозом: учебно-методическое пособие / Л.А. Скиндер, А.Н. Герасевич, Т.Д. Полякова, М.Д. Панкова. – Брест: БрГУ, 2020. – 210 с. – Текст: непосредственный.

## **ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Швитин Илья Андреевич

Руководитель: Шевалова Елена Михайловна, преподаватель

Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Внебольничная пневмония (ВБ) является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности от инфекционных заболеваний во всем мире и представляет собой серьезную проблему для общественного здравоохранения. По данным Роспотребнадзора, в 2023 году показатель заболеваемости ВП в стране вырос на 22% по сравнению с предыдущим годом и составил 498,02 на 100 тыс. населения, в том числе бактериальной пневмонией 77,43 на 100 тыс. населения. Заболеваемость вирусными пневмониями в 2023 году значительно снизилась и составила 26,98 на 100 тыс. населения.

В соответствии с этим была выбрана тема исследований: «Оказание медицинской помощи пациентам с внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях», были поставлена цель: провести клиническое исследование по организации оказания медицинской помощи пациентам с внебольничной пневмонией в условиях поликлиники и задачи: изучить теоретические материалы по избранной теме на основе нормативных документов; исследовать клинический случай на примере пациента с внебольничной пневмонией; и подготовить информационный материал для пациентов с внебольничной пневмонией.

Практическая значимость исследовательской работы: знания, приобретённые об организации медицинской помощи пациентам, в соответствии с нормативно-правовыми документами, о диагностике, лечении, реабилитации, профилактике осложнений и диспансерном наблюдении помогут провести клиническое исследование и приобрести опыт по оказанию медицинской помощи пациенту с внебольничной пневмонией, в условиях поликлиники. Подготовленные, рекомендации и памятки, для пациентов можно

будет использовать в проведении профилактических акций для населения и беседах с пациентами, в будущей профессиональной деятельности.

В теоретической части исследования представлены этиология, патогенез, классификация клиническая картина, диагностика, лечение, реабилитация и профилактика, изученные на основе Клинических рекомендации «Внебольничная пневмония взрослых» от 2024 года.

Во второй главе работы был проведён:

1) Поиск, расчет и анализ медицинских статистических данных по динамике роста заболеваемости ВП прикрепленного к БУ ХМАО-Югра «Урайская городская больница» в период 2023-2024 гг. на 1000 чел. за 2023-2024 гг. По результатам был сделан вывод: Динамика показателя заболеваемости ВП в БУ ХМАО-Югра «Урайская городская больница» за 2023-2024 гг. увеличилась в + 2,7%. Это доказывает актуальность избранной темы.

Для проведения исследование по оказанию медицинской помощи пациенту с ВП в амбулаторных условиях был разобран клинический случай пациента, который обратился к фельдшеру участковому, с жалобами мучительный кашель, фебрильная  $t = 38,0^{\circ}\text{C}$ . Пациент считает себя больным в течении 2х дней, когда стала беспокоить температура:  $38,0-38,3^{\circ}\text{C}$ , повышенная потливость, кашель со слизисто-гнойной мокротой. Симптомы появились остро 3 дня назад фоне переохлаждения. Самостоятельно принимал парацетамол без эффекта. Вакцинация: против гриппа – 6 месяцев назад, против пневмококка – не проводилась.

В процессе работы с пациентом фельдшер участковый на первичном приеме осуществил сбор жалоб на момент обращения, провел объективное обследование: температура тела  $38,0^{\circ}\text{C}$ , АД 110/85, PS 95 уд./мин, сатурация 97%, ЧДД 22. При перкуссии: притупление перкуторного звука над нижней и средней долей легкого справа. При аускультации, в нижней и средней доле правого лёгкого выслушиваются крепитация и влажные хрипы. Шум трения плевры отсутствует. Были в срочном порядке (cito) проведены и получены результаты: лейкоцитоз  $24,3 \times 10^9$ , СОЭ 14 мм/ч, СРБ = 65,4 мг/л заключение рентгенографии: Рентгенография органов грудной клетки: инфильтрат в нижней и средней доле правого лёгкого.

Диагноз: J18.1 Пневмония средне-нижне-долевая без уточнения возбудителя.

Назначено лечение: Азитримидин 500 мг по 1 таб. 1 раз/сутки, курсом 3 дня; Амброксол 30 мг 3 раза/сутки курсом 7 дней; Парацетамол 500 мг, при температуре  $>38,5^{\circ}\text{C}$ ; Режим постельный. Питьевой режим = 1,5-2 л/день. Соблюдать высококалорийную диету. Проветривать комнату.

На следующем приеме, через 3 дня, были фиксированы жалобы пациента: кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты., температура-субфебрильная (37,4-37,7°C). Слабость, потливость. В легких без изменений. В результатах анализов от 21.04.2025: ОАК выявлен лейкоцитоз и сдвиг лейкоформулы влево, что свидетельствует о наличии воспаления; Бактериологическое исследование и посеве мокроты от 24.04.2025 выделен *S. Pneumoniae*, ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 87 уд/мин. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) с признаками перегрузки.

Клинический диагноз: J13 – пневмония, вызванная *Streptococcus pneumoniae*. Рекомендовано: Амоксиклав 1000 мг × 2 р/сутки (7 дней); парацетамол 500 мг при температуре >38,5°C; амброксол 30 мг 3 раза/сутки курсом 7 дней и Амброксол 15 мг + физраствор 2 мл × 1 р/сутки (7 дней), ингаляции через небулайзер. Дыхательная гимнастика. Режим полупостельный, продолжить проветривание помещения. Продолжить диету и питьевой режим. Разговор с пациентом о правилах пользования небулайзером дома. Лечение продолжается до 05.05.2025. Далее пациент сдает ОАК и Рентгенографию ОГК и 06.05.2025 приходит на прием. Состояние пациента удовлетворительное: T= 36,2°C, ЧСС 75 в минуту. Сатурация 98%. ЧДД – 18 в 1 мин; все показатели ОАК в норме. На рентгенографии: лёгкие без видимой патологии.

Пациент выписан с рекомендациями: Продолжать диету и водный питьевой режим в течении месяца. Рекомендовано свободная ходьба до 30 мин, одеваться по погоде. Освобождение от спортивных занятий и повышенной физической нагрузки в течении 14 дн. Профилактика пневмококковой инфекции: вакцинация «Превенар» через 1 месяц после выздоровления или «Пневмовакс 23» через 1 год с последующей ревакцинацией через 5 лет.

Пациента знакомят с планом диспансерного наблюдения: в срок 1, 3, 6 месяцев. Диагностические исследования: ОАК, пульсоксиметрия, рентгенография ОГК в 2х проекциях; ЭКГ в стандартных отведениях. Консультация пульмонолога, терапевта. Коррекция лечения и реабилитационные мероприятия в зависимости от состояния пациента и результатов обследования. Во время работы с пациентом были проведены беседы и разработаны информационные материалы для пациента: о питании; о правилах пользования небулайзером в домашних условиях; о реабилитации; дыхательная гимнастика.

Положительными моментами работы считаются:

1. Применение нормативных документов по избранной теме;
2. Проведение анализа по динамике роста заболеваемости ВП;

3. Проведение анализа полученных объективных и субъективных данных пациента, определен план организации оказания медицинской помощи и диспансерного наблюдения пациенту с ВП.

4. Подготовка информационных материалов пациенту по теме ВП: «Питание при пневмонии», «Правила пользования небулайзером в домашних условиях», «Дыхательная гимнастика при пневмонии», «Рекомендации пациенту с ВП после выписки».

#### Литература

1. Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония у взрослых». – Москва, 2024. – Текст: непосредственный.

2. Приказ МЗ РФ № 930н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при пневмонии». – 2020. – Текст: непосредственный.

3. Приказ МЗ РФ от 29.03.2019 №173Н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». – Текст: непосредственный.

4. Приказ МЗ РФ № 1008н «Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием». – 2020. – Текст: непосредственный.

5. СанПиН 3.3686-21 «Профилактика инфекционных заболеваний. Санитарно-эпидемиологические требования». – Москва, 2021. – Текст: непосредственный.

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ГАСТРИТЕ**

Изотова Ксения Андреевна

Жигалова Ирина Вячеславовна, преподаватель ВКК

Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК»

г. Сухой Лог

Заболевания органов пищеварения настолько распространены, что с их проявлениями хоть раз в жизни встречается каждый человек.

Среди болезней пищеварительного тракта безусловным лидером является гастрит. Статистика убедительно показывает, что в структуре желудочно-кишечных заболеваний гастрит составляет более 80%.

По данным на 2024 год, около 30% взрослого населения России страдает от различных форм гастрита, что составляет почти 43 миллиона человек с воспалением слизистой оболочки желудка.

Такие высокие показатели свидетельствуют о том, что гастрит является серьёзной проблемой общественного здравоохранения в России.

Жители городов чаще сталкиваются с гастритом из-за особенностей образа жизни.

Заболеванием чаще всего страдают люди наиболее активного, работоспособного возраста, что обуславливает социальную значимость проблемы.

К данной категории населения относятся и студенты Сухоложского филиала ГБПОУ «СОМК».

Хотя прогноз при гастрите в целом благоприятен, заболевание негативно отражается на показателях качества жизни больных, их трудоспособности и социально-психической адаптации.

Кроме того, длительное течение заболевания сопровождается дисфункцией других органов пищеварения, а также стойких неадекватных реакций психики на заболевание.

Уменьшить число рецидивов, добиться длительной ремиссии важнейшая задача медицины.

Многие люди, имеющие в анамнезе гастрит, не знают методов реабилитации после перенесенного заболевания, следовательно, не могут вернуться к качественной жизни или не могут избежать осложнений.

Как мы видим, выбранная нами тема исследования актуальна.

Цель нашего исследования: изучить роль медицинской сестры в реабилитации пациентов с острым гастритом.

Задачи исследования:

1. Составить анкету и провести анкетирование студентов Сухоложского филиала ГБПОУ «СОМК» с целью выявления у них в анамнезе острого гастрита и знаний методов реабилитации, применяемых после перенесенного заболевания.
2. Составить практические рекомендации в виде памятки для студентов «Основные методы реабилитации пациентов после перенесенного гастрита».
3. Получить обратную связь о состоянии здоровья студентов.

Нами было опрошено 50 человек. Среди них 20 человек имели в своем анамнезе перенесенный острый гастрит, симптомы которого периодически повторяются. Участвовать в эксперименте согласились 10 человек.

Мы понимали, что к особенностям обучения пациентов с гастритом относится то, что пациенту недостаточно одной беседы или одного-двух занятий – нужен целый ряд повторных занятий.

Поэтому в декабре 2024 года на базе общежития Сухоложского филиала ГБПОУ «СОМК» мы организовали работу школы гастрита.

В зависимости от желания участвовать в эксперименте наши респонденты были разделены на две группы: пять человек согласились выполнять наши рекомендации в течение трех месяцев, а пять решили продолжить свой обычный образ жизни.

Мы организовали и провели 5 занятий, посвященных основным наиболее важным проблемам гастрита:

Занятие 1. Диетотерапия;

Занятие 2. Бальнеотерапия;

Занятие 3. Массаж;

Занятие 4. Лечебная физкультура;

Занятие 5. Осложнения.

Для проведения занятий использовали: мультимедийные презентации, дневники питания; вопросники, информационные материалы.

Целью нашего обучения была не просто передача знаний, а формирование мотивации и новых психологических установок на изменение поведения, связанного с заболеванием и предотвращением развития осложнений у больных гастритом.

Так же нами была разработана памятка по лечебному питанию и составлено примерное меню на сутки.

В течение шести месяцев мы контролировали выполнение наших рекомендаций студентами, оказывали помощь в составлении меню.

Все респонденты выполняли наши рекомендации в полном объеме (бросили курить, прошли курс массажа и физиотерапии, принимали минеральную воду, соблюдали диету) и ни у кого из них не развились осложнения.

Таким образом, мы доказали, что качество жизни зависит не только от медицинских работников, но и от самих пациентов.

Данный подход отражает главный принцип, лежащий в основе концепции терапевтического обучения больных.

#### Литература

1. Качковский, М.А. Сестринское дело в гастроэнтерологии, учебное пособие/Феникс, 2021г.

2. Смолева Э.В., Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи, пятое издание/Ростов на Дону 2020г.

Ссылка на интернет-сайты:

3. [http://www.ayzdorov.ru/lechenie\\_gastrita\\_dieta.php](http://www.ayzdorov.ru/lechenie_gastrita_dieta.php)<http://www.mgzt.ru>

4. <https://health.mail.ru/disease/gastrit/>



## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК НАСЛЕДИЕ ГЕРОИЗМА ВОЕННЫХ МЕДИКОВ**

Лопарева Марина Николаевна

Руководитель: Медведева Татьяна Александровна, преподаватель

Медицинский колледж ФГБОУ ВО

«Уральский государственный университет путей сообщения»

(МК УрГУПС)

Город Екатеринбург

Современные медицинские технологии во многом обязаны своим развитием подвигам военных медиков, проявленным в условиях вооружённых конфликтов. Война всегда была мощным катализатором научно-технического прогресса, особенно в медицине, где на кону стояли жизни миллионов людей. Под давлением чрезвычайных обстоятельств военные врачи разрабатывали и внедряли уникальные методы лечения, организации медицинской помощи и эвакуации, многие из которых легли в основу современных медицинских технологий.

### *Исторические предпосылки развития военной медицины*

Военная медицина как самостоятельная отрасль начала формироваться ещё в XVIII веке, когда реформы Петра I заложили основы санитарной службы армии. Уже тогда были разработаны первые системы эвакуации раненых, профилактики инфекций и санитарной защиты. Со временем войны становились всё более масштабными и кровопролитными, что требовало совершенствования медицинской помощи на поле боя.

### *Подвиги военных медиков в годы Великой Отечественной войны*

В годы Великой Отечественной войны подвиг советских медиков стал одним из ключевых факторов, позволивших спасти жизни миллионов солдат и вернуть в строй более 70% раненых и 90% больных бойцов. Героизм, самоотверженность и профессионализм медиков позволили не только снизить смертность от ранений, но и предотвратить вспышки эпидемий в условиях массовых перемещений и скученности войск. То, что было сделано советской военной медициной в годы минувшей войны, по справедливости может быть названо подвигом.

### *Научные и технологические достижения, порождённые войной*

#### **1. Антибиотики и новые лекарственные средства**

Во время войны была налажена промышленная выработка пенициллина, что позволило спасти сотни тысяч жизней. Советские учёные, такие как Зинаида Ермольева,

внесли огромный вклад в борьбу с инфекциями, разрабатывая отечественные аналоги антибиотиков.

## 2. Новые методы хирургии и анестезии

Военные хирурги, такие как Н.Н. Бурденко и В.П. Филатов, внедряли инновационные методы лечения тяжёлых ранений, шока, пересадки тканей и органов. Разработка методов кожной пластики, пересадки роговицы, а также усовершенствование анестезии и антисептики стали основой современной хирургии.

## 3. Организация этапного лечения и эвакуации

Война привела к созданию многоступенчатой системы этапного лечения и эвакуации раненых, которая позволяла быстро доставлять пострадавших с поля боя в тыловые госпитали, где им оказывалась квалифицированная помощь. Эта система легла в основу современной медицины катастроф и скорой помощи.

## 4. Профилактика и борьба с эпидемиями

Военные эпидемиологи разработали эффективные системы санитарного контроля, вакцинации и дезинфекции, что позволило избежать массовых вспышек инфекционных заболеваний даже в условиях тотальной войны.

### *Влияние военных инноваций на современную медицину*

Многие технологии, впервые опробованные в военных условиях, стали стандартом гражданской медицины:

- Телемедицина и телехирургия: современные технологии позволяют проводить операции на расстоянии, что особенно важно в зонах боевых действий и отдалённых районах.
- Роботизация и автоматизация: роботизированные системы для поиска и эвакуации раненых, автоматизация ведения медицинской документации, использование электронных карт здоровья - всё это берёт начало в военной медицине.
- Системы мониторинга состояния: разработка индивидуальных систем отслеживания состояния военнослужащих (например, PSM - Personal Status Monitor) позволила повысить эффективность оказания экстренной помощи.
- Виртуальная реальность и 3D-визуализация: использование компьютерных технологий для диагностики и планирования операций стало возможным благодаря опыту военной медицины.

### *Примеры современных подвигов и инноваций*

В современных вооружённых конфликтах российские военные медики продолжают совершать подвиги, внедряя новые методы лечения, такие как метод «консервации конечностей» для предотвращения ампутаций и сохранения шансов на реплантацию.

Медики работают в условиях постоянной угрозы, спасая жизни не только военных, но и гражданских лиц, применяя самые передовые технологии и методы.

*Моральный и гуманистический аспект подвига военных медиков*

Подвиг военных медиков – это не только внедрение новых технологий, но и проявление высочайших нравственных качеств: мужества, самоотверженности, гуманизма. В тяжелейших условиях войны медицинские работники оставались верны клятве Гиппократов, спасая жизни ценой собственного здоровья и жизни.

Современные медицинские технологии во многом являются наследием героических усилий военных медиков, проявленных в годы войн и вооружённых конфликтов. Их подвиг стал фундаментом для развития новых методов диагностики, лечения, организации медицинской помощи и профилактики заболеваний. Военная медицина не только спасала жизни на поле боя, но и дала мощный импульс развитию всей системы здравоохранения, сделав возможным внедрение инноваций, которые сегодня спасают миллионы людей в мирное время.

Список использованной литературы

1. Кованов В. В. Солдаты бессмертия. – М.: Политиздат, 1986
2. Кнопов М.Ш. Главные хирурги фронтов в годы Великой Отечественной войны. – М.: Хирургия, 2002
3. Хирургия времен Второй Мировой войны. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.otvoyna.ru/medik.htm>
4. Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. [Электронный ресурс] – IV Всероссийская конференция (с международным участием). Доклады и тезисы. – М. – 2008. – Режим доступа: [http://www.historymed.ru/static.html?nav\\_id=177](http://www.historymed.ru/static.html?nav_id=177)
5. Гайдар Б.В. Роль медиков в Великой Отечественной войне. – СПб.: Медицинский вестник, 2005 – №3, стр. 85.

## **ПОДВИГ ВОЕННЫХ МЕДИКОВ НА СЛУЖБЕ ОТЕЧЕСТВА**

Палкина Людмила Анатольевна

Руководитель: Медведева Татьяна Александровна

Медицинский колледж ФГБОУ ВО

«Уральский государственный университет путей сообщения»

Город Екатеринбург

Образ военных медиков среди населения обычно далек от реальности. Врачей, которые борются за жизни людей в сложнейших условиях, простые люди идеализируют и романтизируют. Во многом это происходит из-за влияния художественных фильмов и книг. На самом же деле это одна из самых сложных, тяжелых и опасных профессий из существующих.

Актуальность военной медицины в России в настоящее время обусловлена нарастающей напряженной обстановкой в мире. Страны постоянно сталкиваются друг с другом в военных конфликтах, при этом роль военных медиков заключается в уменьшении потерь конфликтующих сторон. Специфику этой области медицины отражает высокий уровень сложности профессиональных задач, стоящих перед военными медиками. Почти всегда им приходится работать в экстремальных условиях, в которых обычный врач мало что смог бы сделать.

Военная медицина прошла длинную историю развития. Еще в древности существовала система помощи раненым воинам. В эпоху феодализма по причине отсутствия постоянных армий были лекари при правителях и богатых феодалах. И только в XVII-XVIII вв. в России в армии появляются профессиональные доктора и лекари, которые оказывали помощь больным и раненым. Издаются распоряжения, регламентирующие права и обязанности госпитальных медицинских работников.

Главными особенностями военной медицины на современном этапе являются использование новых технологий и методов лечения в связи с применением все более совершенных видов вооружения, а подготовка врачей учитывает не только специализацию разных родов войск, но и влияние климата на военного при выполнении им боевых задач. Военная медицина стала оформляться в качестве самостоятельной области знаний и практической деятельности с появлением постоянных армий. Именно в этот период возникла необходимость иметь в составе регулярной армии военно-медицинскую службу, как специальную организацию, предназначенную для медицинского обеспечения войск.

В 20 веке Россия участвовала в многочисленных войнах. В ходе этих войн совершенствовалась и улучшалась организация медицинского обеспечения войск. В армии

появились подвижные госпитали, которые следовали за войсками и оказывали медицинскую помощь раненым и больным непосредственно на театре военных действий. Успешно разрабатывались научные основы военной медицины. Были написаны книги об военной медицины, как военная эпидемиология, авиационная медицина, военная токсикология.

Организация и тактика медицинской службы (в прошлом «санитарная тактика», «военно-санитарная тактика», «тактика медицинской службы») представляет собой одну из частных основополагающих военно-медицинских наук. Наиболее кратко ОТМС определена как наука об организации медицинского обеспечения вооружённых сил во время войны. Она изучает опыт медицинского обеспечения вооружённых сил и условия деятельности медицинской службы во время войны, выявляет закономерности, определяющие принципиальные основы строительства медицинской службы и организации медицинского обеспечения вооружённых сил; разрабатывает формы и методы этого обеспечения, соответствующие уровню развития экономики, военного дела и медицины, а также конкретным условиям боевых действий.

Объектом научных исследований и предметом преподавания ОТМС является организация медицинского обеспечения вооружённых сил в различных условиях и видах боевой деятельности во время войны. Наиболее важное значение для развития теоретических основ, организации медицинского обеспечения Вооружённых Сил на театре военных действий имели труды Н.И. Пирогова. Особенно, где он убедительно обосновал что «вся суть санитарного дела на войне – администрация», т.е. организация медицинского обеспечения войск. Многие рекомендации Н.И. Пирогова по организационным вопросам не потеряли своего значения до настоящего времени. В дальнейшем появилась целая плеяда ученых-организаторов, вложивших немало труда в дело развития научной дисциплины – организации и тактики медицинской службы. Среди них П.И. Тимофеевский, Б. К. Леонардов, Е. И. Смирнов, А. С. Георгиевский.

Сейчас в зоне специальной военной операции несут службу тысячи российских врачей, фельдшеров, медицинских сестер/братьев. Они работают в операционных, полевых медицинских пунктах, с риском для жизни вытаскивают раненых из-под огня, ухаживают за пациентами госпиталей и обучают солдат навыкам первой медицинской помощи. Военные врачи трудятся в круглосуточном режиме. К хирургам эвакуируют бойцов и мирных жителей, которым невозможно оказать помощь на месте. Главная цель проводимых медиками операций – остановить кровотечение, удалить осколки и создать все условия для заживления раны. Они способны сохранить жизнь тем, чьи ранения, казалось бы, несовместимы с жизнью. Лечат и гражданских, и военных. Для каждого раненого медики

делают всё, чтобы он скорее встал на ноги. За плечами наших врачей сотни операций и спасенных жизней.

Особое мужество и стойкость требуются военным докторам, которые трудятся в зоне спецоперации. Они помогают каждому и всегда верны принципу: что бы ни случилось – до последнего бороться за жизнь. Пока вокруг взрываются снаряды и гудят сирены, медики за операционными столами сражаются со смертью. Ежедневно на передовой бригады фронтовых врачей идут на подвиги. И, хотя эти люди огромной души в белых халатах в чудеса не верят, они их совершают, возвращая в строй лучших из лучших. Тех, кто готов жертвовать самым дорогим – жизнью – ради нашего общего будущего.

Хочу рассказать историю майора медицинской службы Сергея Чеботарева – преподавателя кафедры военной травматологии и ортопедии Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, практикующего хирурга и ученого, чья судьба неразрывно связана с российской военной медициной.

За период СВО Сергей Валерьевич трижды выезжал на фронт. Первая командировка состоялась летом 2022 года, вторая – ровно через год, а третья завершилась в марте нынешнего года. Каждая из них продолжалась по три-четыре месяца, давая бесценный опыт работы в условиях реальных боевых действий. Во время последней «вахты» он трудился врачом травматологом-ортопедом в военном госпитале Луганска. В его подчинении находилось 12 специалистов, и помимо исполнения чисто профессиональных обязанностей, он должен был наладить работу по эвакуации раненых и больных. Однако главной задачей, безусловно, оставалось проведение хирургических операций, направленных на спасение жизней и восстановление здоровья раненых бойцов.

В Луганске Чеботарев сделал порядка 200 операций. Он отмечает, что особенностью СВО является большое число ранений, когда поражены сразу несколько органов или областей тела. В таких случаях требуется помощь разных специалистов, а не только травматолога-ортопеда. Сергей Валерьевич признает, что получил колоссальный, ценнейший опыт, хотя сожалеет о том, что этот опыт связан с военными действиями и человеческими страданиями. В этих словах слышится истинное отношение врача к войне – вынужденная необходимость, приносящая страдания людям. Но именно в таких экстремальных условиях особенно ярко проявляются лучшие качества военных медиков – самоотверженность, верность долгу, готовность работать на пределе человеческих возможностей ради спасения жизней.

Работа на передовой сопряжена с постоянным риском для жизни самих врачей. Сергей вспоминает, как во время первой командировки ему приходилось участвовать в эвакуации раненых на вертолете в условиях активной работы артиллерии противника.

Порой он действовал в непривычных условиях – например, оказывал срочную помощь воинам в лесопосадках, где они временно приземлялись, чтобы переждать обстрел. Бывало, Чеботареву приходилось оперировать в подвалах, если наблюдались интенсивные "прилеты". Такие экстремальные ситуации требуют не только высокого профессионализма и холодного рассудка, но и огромного мужества, способности сохранять концентрацию и четкость действий даже под угрозой собственной жизни.

Важно отметить, что военные медики в зоне СВО оказывают помощь не только военным, но и мирному населению, часто страдающему от военных действий. Сергей Валерьевич рассказывает, что в Луганском госпитале наблюдался большой поток пациентов из числа мирных жителей. Поступали как пострадавшие от обстрелов, так и больные, нуждающиеся в плановом хирургическом вмешательстве. При этом военные медики тесно взаимодействовали с гражданскими медучреждениями. Это гуманитарное измерение деятельности военных медиков часто остается в тени, хотя именно оно наглядно демонстрирует истинное предназначение врача – помогать всем нуждающимся, независимо от их статуса или принадлежности.

Среди множества пациентов, которым помог Сергей Валерьевич, есть те, чьи истории особенно запоминаются и вдохновляют. Он рассказывает о парне, потерявшем на фронте руку и ногу, но не утратившем волю к жизни. Молодой человек поступил в госпиталь в крайне тяжелом состоянии, длительное время находился в реанимации. Врачи сделали ему несколько хирургических операций, в том числе пластических, поставили протезы. Недавно этот пациент женился на своей девушке, которая ухаживала за ним все это время. Регистрация проходила прямо в клинике, а венчание – в Исаакиевском соборе. Для Чеботарева и его коллег это вдохновляющий пример силы человеческого духа и результативности их работы.

Истории, подобные этой, показывают не только профессионализм медиков, но и удивительную силу человеческого духа, способность преодолевать тяжелейшие испытания и находить счастье даже после страшных травм. Они придают сил самим врачам, помогая им справляться с огромными физическими и эмоциональными нагрузками, которые неизбежны в их профессии.

#### Список литературы:

1. Благодир Ю.Х., Барыкинский Н.А. 2022 Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet» №2/2022
2. На страже двух фронтов: будни военного врача Сергея Чеботарева в условиях СВО Сайте - <https://hospital419.ru/articles/>

## ПОВСЕДНЕВНЫЙ ГЕРОИЗМ ЖЕНЩИН В ПОСЛЕВОЕННОЙ ДЕРЕВНЕ: ИСТОРИЯ БАБЫ НИНЫ

Ершова Лада Владимировна, Пильников Никита Александрович

Руководитель: Борисова Марина Викторовна, преподаватель

Алапаевский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Алапаевск

Статья основана на воспоминаниях женщины, чье детство пришлось на тяжелейшие послевоенные годы в советской деревне. Через личные истории и яркие бытовые детали раскрывается картина повседневной борьбы за выживание.

После Великой Отечественной войны советская деревня лежала в руинах. Не хватало мужчин, техники, лошадей, а главное – еды. Основная тяжесть восстановления легла на плечи женщин, стариков и подростков. Как выживали в те годы? Как матери растили детей среди голода и разрухи? Наша статья – о повседневном подвиге деревенских женщин в первые послевоенные годы. Эта история бабы Нины, жительницы села Коптелово Алапаевского района Свердловской области, об ее послевоенном детстве, рассказанная ею и записанная нами. Таких историй много и у каждого она своя: выстраданная и опаленная войной.

Деревня в войну отдала фронту последнее: хлеб, скот, одежду. После 1945 года крестьянские хозяйства были обескровлены. Нехватка рабочих рук – мужчины погибли или вернулись инвалидами, работать приходилось женщинам и детям с 10–12 лет. Нечем было пахать (лошадей забрали на фронт), сеяли вручную, часто «на себе» таскали плуг. Со слов бабы Нины:

- *«Бегала я на поле к маме, катались с ней на тракторе, сколько уж лет мне было не помню, снопы вязали, тогда же жали, потом суслоны ставили такие большие, а мы ещё сами и ворошили...»*

В 1946-1947 гг. засуха привела к новому голоду, ели лебеду, кору, жмых. Женщины стали главными кормилицами: Работа в колхозе – от рассвета до темна: жали серпами, молотили цепями, грузили зерно. Трудодни почти не оплачивались. Большие семьи спасал огород и корова (если удавалось её сохранить). Без своей картошки и молока семья бы не выжила. Каждый приспособливался как мог: пряли, шили, вязали из старых вещей, обменивали ткани на продукты.

- *«А где вот она, мама моя работала, не помню, что-то с зерном связано. Есть же было нечего.. так она принесёт, украдёт, в сапог насыплет немножечко пшеницы... Вот*



*помню плита такая большая и чугунок. Она придёт эту пшеницу помоеет, высыпет и сварит, вот эта и еда была. А ещё, если поймают, посадят, 3 года дадут обязательно».*

Медицина была тоже недоступна, в основном обращались к знахаркам, которые лечили все болезни:

*- «А ещё от этого голода был рахит, потом извело ноги, пятки вообще были впереди, потом чесотка была.. И всё вылечила бабушка. В больнице не бывала. Помню до сих пор единственно: в бане жарко, пару много, вот тут она меня на полке парила. Потом кожей заболели, но это никто не лечил, это вот само по себе прошло. Потом заболела сестра.. 7 лет она от кори умерла.»*

Многие школы были разрушены, тетрадами служили старые газеты, писали сажей или свекольным соком. Многие бросали учёбу, чтобы помогать семье. Когда живешь впроголодь, не до науки – хлеб пекли с лебедой, суп варили из крапивы, мясо ели раз в год – на праздник.

*- «Я с 42 года... Мне 3 года где-то было, а вот какие урожаи были большие или маленькие, вот это я уже не помню.. Но голод был.. Есть-то было нечего, ели ведь всё на свете, вот сколько я себя помню: если захотели.. вот раньше-то кусок хлеба так запросто, чай, тебе никто не нальёт. Вот поел утром, в обед и только вечером, а чтобы где-то полез, да кусочек хлеба где-то взяла, никогда! А есть-то, хочется. Еда-то ведь крапива, я помню крапиву вот так (показывает) нарубят и сварят, если есть молоко, чуть-чуть забелят и все».*

Если вопрос касался одежды, то перешивали старьё, латали мешки, зимой носили лапти или валенки (на всю семью одна пара).

*- «У нас одежды не было.. Господи, какая одежда! Обудки носили, а обудки сшили из кожи тоже сами... типа кроссовок, но только такие шнурки. А так всё лето босиком, всё же лето босиком. А у нас такой в деревне был луг, и пока бежишь по нему тебя летом 20 раз оса ужалит в ногу и ничего.. Мама ещё наловчилась мне тапочки шить, так где-нибудь резинку найдёт, покрыву или где она брала тряпку, пришьёт.. охлястик сделает..я приеду в них в деревню сюда».*

Все жили одинаково, тяжело и скромно. И жилище у всех простое:

*- «А в доме такой мебели не было. Стол стоит, скамейки круглые – вся мебель. Набегаешься, напрыгаешься, тут же на этой лавке и уснёшь . Какую-нибудь пальтушку кинул и всё, не было же никаких матрасов».*

Несмотря на лишения, женщины находили силы растить детей, верить в будущее: соседи делились последним, вместе восстанавливали дома. Даже в голод находили повод

для свадьбы или посиделок, чтобы отвлечься от тягот. Взрослые надеялись на детей, верили, что их труды не напрасны, и новое поколение будет жить лучше:

- « Просто другая жизнь была, а веселья было гораздо больше! Тогда хоть жизнь была тяжёлая, там все люди работали, а ведь веселиться умели! Как собирались, как пели! А собирались - у каждого дома была канава обыкновенная. Канава она всегда чистая и заросшая травой, и собирались возле неё по ту сторону и другую, и пели. Брагу разносили из чайника, и каждый пьёт, а утром шли на работу. А сейчас, сейчас не то совсем...»

Послевоенная деревня выживала только благодаря невероятной стойкости женщин. Они пахали, сеяли, воспитывали детей и не сломались. Их повседневный подвиг – не в громких сражениях, а в том, что они просто выжили и сохранили жизнь для будущих поколений.

«Войну выиграли солдаты, но Победу выстрадали матери» – эти слова как нельзя лучше отражают судьбу послевоенной деревни.

#### Литература

1. Материалы краеведческого музея с. Коптелово
2. Архив личных фотографий Акуловой Н.А.

### **К 80-ЛЕТИЮ АЛАПАЕВСКОГО ФИЛИАЛА. СТРАНИЦЫ ЖИЗНИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ КАБАКОВОЙ М.И.**

Авторы: Пешкова Юлия Сергеевна, Погосян Анна Левоновна, студентки 2 курса

Руководители: Кагилева Татьяна Ивановна, Юдина Людмила Александровна,  
преподаватели

Алапаевский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

**Актуальность.** Гражданско-патриотическое воспитание подрастающего поколения является одной из важнейших задач учебного заведения, ведь этот возраст – благодатная пора для привития чувства любви к Родине, почитания традиций, активной гражданской позиции. Одним из средств патриотического воспитания традиционно является музей учебного заведения, предлагающий широкий спектр форм и методов воздействия на становление личности гражданина-патриота.

**Цель исследовательской работы:** к 80-летию Алапаевского филиала – изучение жизни и профессиональной деятельности Кабаковой М.И., преподавателя анатомии и физиологии человека.

**Задачи:**

- изучить страницы жизни преподавателя Кабаковой М.И.
- разработать презентацию для проведения открытой лекции студентам Алапаевского филиала.

**Предмет:** страницы жизни Кабаковой Маргариты Ивановны.

**Объект:** преподаватель Кабакова М.И.

**Практическая значимость:** создание современного архивного материала, применение презентации для проведения открытой лекции студентам и сотрудникам Алапаевского филиала.

Алапаевский филиал Свердловского областного медицинского колледжа – ровесник Победы. В 2025 году у филиала юбилейная дата – исполняется 80 лет со дня открытия в г. Алапаевске фельдшерской школы. Фельдшерская школа была открыта в августе 1945 года по Постановлению исполнительного комитета Алапаевского горсовета. Студенты, участники исторического кружка при музее истории Алапаевского филиала, изучают фонды музея и создают базы данных о преподавателях и сотрудниках учебного заведения.

Данная исследовательская работа посвящена Кабаковой Маргарите Ивановне, преподавателю анатомии и физиологии человека. М.И. Кабакова родилась 26 ноября 1940 года в г. Полевском Свердловской области, там училась в школе, после окончания которой поступила в Свердловский государственный университет им. Горького. Проработав год после распределения в Свердловском НИИ охраны труда, в 1967 году семья переехала в г. Алапаевск, по месту распределения мужа.

В 1967 году Маргарита Ивановна пришла работать в Алапаевское медицинское училище преподавателем анатомии и физиологии человека, где проработала по 2009 год – **42 года!** Необыкновенная порядочность, внутренняя культура, тактичность, терпение были присущи этому человеку. Об отношении к жизни, к работе сама она говорила так: "Кем бы ты ни был, в какой ситуации не оказался, ты должен прежде всего оставаться Человеком!". Умная, яркая, она была талантлива во всём и любима всеми: студентами, коллегами, друзьями. Маргарита Ивановна была интересным и талантливым педагогом высшей категории, опытным воспитателем, наставником, умело и тактично делясь опытом с начинающими педагогами. Уроки ее проходили с высоким профессионализмом, она умела заинтересовать студентов при изучении основного предмета медицины – анатомии и физиологии человека.

За годы работы в медицинском училище Маргарита Ивановна принимала активное участие в общественной жизни учебного заведения: была заместителем секретаря партийной организации, возглавляла профсоюзную организацию преподавателей и

сотрудников, была руководителем агитколлектива, являлась председателем цикловой методической комиссии клинических дисциплин, а затем общемедицинских дисциплин. Преподаватель неоднократно награждалась Почетными грамотами и благодарностями от администрации области, города, медицинского училища.

Маргарита Ивановна вместе с коллективом и студентами неизменно участвовала в различных общеучилищных мероприятиях: студенческих маевках, праздничных шествиях учебного заведения на День Победы, 1 Мая, выставках музея Алапаевского филиала, Днях открытых дверей, ежегодно являлась руководителем исследовательских работ для участия студентов в научно-практических конференциях различного уровня с занятием призовых мест.

М.И. Кабакова являлась любимым классным руководителем студентов специальности Лечебное дело, что требует огромного терпения, особого душевного тепла, равнодушия и полной отдачи сил. Она была рядом с ними весь период их обучения, напутствовала выпускников на вручении дипломов, знала о дальнейших событиях в их профессиональной и личной жизни. Выпускники разных лет приезжали в училище повидать Маргариту Ивановну, рассказать о своих успехах и достижениях.

Маргарита Ивановна была счастливой женой, мамой и бабушкой. В 2009 году, после 42 лет работы в Алапаевском филиале, по семейным обстоятельствам ей пришлось переехать в г. Екатеринбург помогать растить внуков.

3 сентября 2015 года в коллектив пришло скорбное известие – ушла из жизни замечательный педагог, наставник, друг. Светлая память о Маргарите Ивановне навсегда останется в наших сердцах!

В 2025 году у филиала юбилейная дата – исполняется 80 лет со дня открытия в г. Алапаевске фельдшерской школы. Студенты, участники исторического кружка при музее истории Алапаевского филиала, изучают фонды музея и создают базы данных о преподавателях и сотрудниках учебного заведения.

Алапаевский филиал всегда чествует своих ветеранов, организуя встречи, вручая грамоты, подарки к праздничным датам. По инициативе Совета ветеранов Свердловского областного медицинского колледжа, который возглавляет Н.А. Трофимова, к 80-летию Алапаевского филиала студенты изучили страницы жизни преподавателя Кабаковой Маргариты Ивановны, проработавшей в учебном заведении 42 года, все годы делаясь со студентами знаниями анатомии и физиологии человека, и создали современный архивный материал в виде презентации для проведения открытой лекции студентам и сотрудникам Алапаевского филиала.

### Список источников информации

1. Алапаевская газета <http://a-gazeta.ru/articles/media/2018/3/29/i-zasiyaet-radost/>
2. Архив музея Алапаевского филиала. Статьи разных лет о преподавателях и сотрудниках Алапаевского филиала газет Алапаевская газета, Алапаевская искра.
3. Архив музея Алапаевского филиала. Тематические альбомы, раскладушки.
4. Архив музея Алапаевского филиала. Фото разных лет.
5. Л.Агафонова. Патриотическое воспитание через музейную педагогику. Учитель. №3 2014.

### **К 80-ЛЕТИЮ АЛАПАЕВСКОГО ФИЛИАЛА. СТРАНИЦЫ ЖИЗНИ ВРАЧА, ПРЕПОДАВАТЕЛЯ КИЗИЯРОВОЙ В.Ф.**

Исполнители: Пешкова Юлия Сергеевна, Погосян Анна Леоновна, студенты 292 Ф гр.  
специальности Лечебное дело

Руководители: Кагилева Татьяна Ивановна, Юдина Людмила Александровна  
преподаватели

Алапаевский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

**Актуальность.** Гражданско-патриотическое воспитание подрастающего поколения является одной из важнейших задач учебного заведения, ведь этот возраст – благодатная пора для привития чувства любви к Родине, почитания традиций, активной гражданской позиции. Одним из средств патриотического воспитания традиционно является музей учебного заведения, предлагающий широкий спектр форм и методов воздействия на становление личности гражданина-патриота.

**Цель исследовательской работы:** к 80-летию Алапаевского филиала – изучение жизни и профессиональной деятельности врача-инфекциониста г. Алапаевска, преподавателя инфекционных болезней Кизияровой В.Ф.

#### **Задачи:**

- изучить страницы жизни преподавателя Кизияровой В.Ф.
- разработать презентацию для проведения открытой лекции студентам Алапаевского филиала.

**Предмет:** страницы жизни преподавателя Кизияровой Виктории Филипповны.

**Объект:** преподаватель Кизиярова Виктория Филипповна.

**Практическая значимость:** создание современного архивного материала, применение презентации для проведения открытой лекции студентам и сотрудникам Алапаевского филиала.

Алапаевский филиал Свердловского областного медицинского колледжа – ровесник Победы. В 2025 году у филиала юбилейная дата – исполняется 80 лет со дня открытия в г. Алапаевске фельдшерской школы. Фельдшерская школа была открыта в августе 1945 года по Постановлению исполнительного комитета Алапаевского горсовета. Студенты, участники исторического кружка при музее истории Алапаевского филиала, изучают фонды музея и создают базы данных о преподавателях и сотрудниках учебного заведения. Данная исследовательская работа посвящена Кизияровой Виктории Филипповне, врачу-инфекционисту города, преподавателю инфекционных болезней.

Виктория Филипповна Кизиярова родилась 13 мая 1933 года в г. Алапаевске. К окончанию школы, как и все выпускники, думала о выборе профессии. Оказывается, не всегда Виктория Филипповна хотела стать медиком. Было время, когда она очень хорошо писала сочинения на свободную тему, поэтому после школы поехала в Свердловск поступать на журфак, но, увы, не хватило одного проходного балла. Зато как был доволен дед, когда Виктория успешно поступила в медицинский институт! Так Виктория Филипповна стала продолжателем династии медиков, более 50 лет служа здравоохранению. Время показало, что город Алапаевск получил отличного доктора!

Виктория Филипповна Кизиярова – врач-инфекционист, всю жизнь проработавшая в городе Алапаевске, заведующая инфекционным отделением Алапаевской городской больницы. Первым инфекционным отделением на территории сангородка было деревянное здание с печным отоплением, а затем отделение перевели на первый этаж двухэтажного кирпичного корпуса сангородка. Главной мечтой врача было строительство нового инфекционного отделения, где были бы созданы лучшие условия для выздоровления больных.

Под руководством заведующей В.Ф. Кизияровой, инфекционное отделение длительное время удерживал переходящее Красное Знамя за 1 место в соревновании по результатам труда. Сотрудники отделения всегда с теплом отзывались о своем руководителе, так как она, по их мнению, всегда отличалась трудолюбием, деликатностью, тактом в отношении к докторам, особенно молодым. Маленькие конфликты, которые в коллективах всегда возможны, она умело сглаживала, обиды ни у кого не оставалось. Говорила мягко, не в приказном порядке, а виде доброго совета. «Виктория Филипповна – душевный доктор, все расскажет подробно, объяснит, что за болезнь у человека, как лечиться. А если назначение сделает, проследит, как вылечился, какой результат», –

рассказывала сотрудник отделения О.Н. Молокова. Работая врачом-инфекционистом, главной заботой Виктории Филипповны были её многочисленные пациенты, которые излечились благодаря её знаниям, умениям и уходу. Быть доброй и общительной, учитывать индивидуальные особенности людей – обязательное правило для Виктории Филипповны. «И все таки я всех их (пациентов) люблю. И даже, когда выхожу на выходные дни, думаю о них, – говорит врач – как увижу их доверчивые глаза, с надеждой смотрящие на меня, так хочется работать еще лучше, чтобы не обмануть это доверие».

Виктория Филипповна Кизиярова – ветеран труда, отличник здравоохранения. Ее труд пропагандиста общества «Знание» отмечен Почетной грамотой ЦК ВЛКСМ, награждена медалью «За трудовое отличие», «Ветеран труда».

Выйдя на заслуженный отдых, Виктория Филипповна с 2005 по 2008 гг. возглавила Совет ветеранов Алапаевской городской больницы, впоследствии являлась членом городского совета ветеранов. В.Ф. Кизиярова принимала активное участие в общественной жизни города – организовала в городском Дворце культуры клуб для ветеранов «Белая черемушка», в котором на встречах проводились творческие вечера, концерты и встречи с интересными людьми. «Замечательно, что появился такой клуб, а потому теперь не страшно стареть!» – пошутила В.Я.Тарасова, директор центра занятости.

С 1975 года Виктория Филипповна – преподаватель инфекционных болезней в Алапаевском медицинском училище по совместительству, вела у студентов в инфекционном отделении практику, а с 1995 года – штатный преподаватель училища. Все методы обучения и воспитания Виктории Филипповны исходили от естественного желания видеть студентов самыми лучшими медиками, преданными профессии, милосердными, любящими страждущего. «Надо постоянно работать над собой, интересоваться музыкой, театром, ведь люди смотрят на медицинских работников, как на представителей интеллигенции, а это ко многому обязывает», – говорила Виктория Филипповна студентам. За многолетний труд в медицинском колледже преподаватель неоднократно награждалась Почетными грамотами и Благодарностями различного уровня за прочные знания студентов по инфекционным болезням.

По состоянию здоровья и по семейным обстоятельствам Виктория Филипповна переехала жить к дочери в другой город, но всегда интересовалась жизнью города, коллег, знакомых, медицинским колледжем.

4 января 2016 года пришла скорбная весть – на 83 году жизни перестало биться сердце прекрасной женщины. «Виктория Филипповна Кизиярова – замечательный врач, друг, мудрый наставник, специалист своего дела. Спасибо вам за все! Помним, любим, скорбим...», – отзывались коллеги о замечательном враче и преподавателе.

В 2025 году у Алапаевского филиала юбилейная дата – исполняется 80 лет со дня открытия в г. Алапаевске фельдшерской школы. Студенты, участники исторического кружка при музее истории Алапаевского филиала, изучают фонды музея и создают базы данных о преподавателях и сотрудниках учебного заведения. Алапаевский филиал всегда чествует своих ветеранов, организуя встречи, вручая грамоты, подарки к праздничным датам. По инициативе Совета ветеранов Свердловского областного медицинского колледжа, который возглавляет Н.А. Трофимова, к 80-летию Алапаевского филиала студенты изучили страницы жизни преподавателя Кизияровой Виктории Филипповны, проработавшей в учебном заведении долгие годы, делясь со студентами знаниями инфекционных болезней, и создали современный архивный материал в виде презентации для проведения открытой лекции студентам и сотрудникам Алапаевского филиала.

#### Литература

1. Алапаевская газета №1 от 06 января 2016 года.
2. Архив музея Алапаевского филиала. Статьи разных лет о преподавателях и сотрудниках Алапаевского филиала газет Алапаевская газета, Алапаевская искра.
3. Архив музея Алапаевского филиала. Тематические альбомы, раскладушки.
4. Архив музея Алапаевского филиала. Фото разных лет.
5. Л.Агафонова. Патриотическое воспитание через музейную педагогику. Учитель. №3 2014.

### **К 80-ЛЕТИЮ АЛАПАЕВСКОГО ФИЛИАЛА. СТРАНИЦЫ ЖИЗНИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ БОРИСОВА В.А.**

Авторы: Прядеина Елизавета Николаевна, Мальцев Никита Павлович, студенты

Руководители: Ялунина Ирина Николаевна, Кулешов Алексей Витальевич,

Упоров Николай Валерьевич, преподаватели

Алапаевский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Нашему государству нужен здоровый человек, который будет психологически устойчив к конкуренции и перемене образа жизни. Человек, обладающий свободой мышления, готовностью к творчеству, стремлению к самореализации, у которого сформирована способность поддерживать свое физическое и психическое здоровье, а также умение ставить цель и четко осознавать мотивы здоровьесбережения. Все эти качества проявляются в процессе занятий физкультурой. Физическая культура – одно из самых активных средств формирования у человека высоких моральных качеств. Но это



средство приходит в действие тогда, когда его использует не просто профессионально подготовленный учитель или тренер, а человек увлеченный своим делом, болеющий за детей и их будущее, человек, у которого есть душа, открытая детям.

Одним из таких преподавателей физической культуры и спорта Алапаевского филиала ГБПОУ «СОМК» был Борисов Владимир Афанасьевич.

**Цель исследовательской работы:** к 80-летию Алапаевского филиала – изучить жизнь и профессиональную деятельность Борисова В.А., преподавателя физической культуры и спорта, активного члена шахматного клуба «Каисса», жизнерадостного и позитивного человека.

**Задачи:**

- изучить страницы жизни преподавателя Борисова В.А.
- разработать презентацию для проведения открытого занятия для студентов Алапаевского филиала.

**Предмет:** страницы жизни Борисова Владимира Афанасьевича.

**Объект:** преподаватель Борисов В.А.

**Практическая значимость:** создание современного архивного материала, применение презентации для проведения открытых занятий для студентов и сотрудников Алапаевского филиала.

Алапаевский филиал Свердловского областного медицинского колледжа – ровесник Победы. В 2025 году у филиала юбилейная дата – исполняется 80 лет со дня открытия в г. Алапаевске фельдшерской школы. Студенты, участники исторического кружка при музее истории Алапаевского филиала, изучают фонды музея и создают базы данных о преподавателях и сотрудниках учебного заведения.

В.А. Борисов родился 07 июня 1947 года в Алапаевске в многодетной семье. После окончания МОУ СОШ №1 г. Алапаевска, увлеченный спортом, в 1966 году окончил Свердловский техникум физкультуры. Работал тренером и преподавателем физкультуры в Алапаевском отделе народного образования. С 1969 по 1981 гг. продолжил свою трудовую деятельность руководителем физического воспитания в Алапаевском медицинском училище. В 1972 году окончил Свердловский педагогический институт по специальности «учитель физической культуры и спорта». В период с 1981 по 1986 гг. работал на Алапаевском металлургическом заводе, с 1987 года инструктором физкультуры завода «Стройдормаш».

В 1987 г. Борисов В.А. возобновил педагогическую деятельность в качестве преподавателя физкультуры в Алапаевском медицинском училище. Его личное активное участие в соревнованиях по волейболу, лыжам, легкой атлетике являлось примером для

студентов и сотрудников АМУ, прививал любовь к спорту. Всю жизнь он занимался разными видами спорта: шахматы, велоспорт, плавание, дартс, настольный теннис.

Владимир Афанасьевич был интересным и талантливым педагогом, опытным воспитателем, наставником, умело и тактично делился опытом с начинающими педагогами. Уроки его проходили с высоким профессионализмом, он умел заинтересовать студентов физической культурой и спортом.

В основе его педагогической деятельности лежало применение традиционных методов обучения, также игрового и соревновательного. Игры и соревнования являются физическими упражнениями, и на них распределяется правило о периодической смене состава предлагаемых игр и состязаний. Это позволяет не ослабить интереса студентов к занятиям физической культуры.

Урок физической культуры – это, прежде всего, позитивное настроение, улыбки на лицах детей, веселый смех и наслаждение от происходящего на занятии. Студенты играют в подвижные, лицо студентов озаряется улыбкой победы, когда получилось выполнить сложный акробатический элемент или когда команда приходит первой к финишу. Главное, помочь ребенку помочь раскрыться, преодолеть трудности и гордиться очередной победой – вот задача каждого преподавателя.

Урок физической культуры – это фрагмент естественной жизни детей, так как в движениях дети растут, познают мир, пробуют свои силы. Движения укрепляют их, а главное несут здоровье и радость бытия. Здесь и разминка, и игра, и сдача норм, и показ новых приемов, упражнений. Причем все это так ненавязчиво, так интересно, с юмором, с шутками. Конечно, для учителя физкультуры особенно важна хорошая физическая форма, тренированность, умение организовать занятие так, чтобы студенты не получили травм.

Каким бы ни было проведение уроков физкультуры, без внеклассной работы нельзя решить задачи оздоровления учащихся. Участие в спартакиадах соревнованиях, и конкурсах способствуют воспитанию морально-волевых качеств, формированию гармонично развитой личности.

Особая деятельность связана с руководством работой сельскохозяйственных отрядов студентов медучилища в п. Махнево в осенний период уборки урожая. Владимир Афанасьевич запомнился коллегам и студентам как ответственный, справедливый, инициативный человек, пользовавшийся авторитетом. Его чувство юмора и способность разрядить любую трудную ситуацию делали его незаменимым членом педагогического коллектива. За период трудовой деятельности Владимир Афанасьевич неоднократно был отмечен почетными грамотами Министерства общего и профессионального образования

Свердловской области, Главы Администрации МО г. Алапаевск, Управления образования г.Алапаевск и директора Алапаевского медицинского училища.

Результатом профессиональной и внеучебной деятельности Борисова В.А. являются многочисленные кубки, завоеванные в соревнованиях и спартакиадах различного уровня. Особым авторитетом Владимир Афанасьевич пользовался и среди педагогического коллектива. Жизнерадостный, позитивный человек, он всегда был душой компании, поддерживал своих коллег добрым словом, вовремя сказанной шуткой, благодаря которой разряжал обстановку, делал окружающий мир лучше и добрее.

В конце 2019 года в коллектив пришло скорбное известие – ушел из жизни замечательный педагог, наставник, друг. Светлая память о Владимире Афанасьевиче навсегда останется в наших сердцах!

Ежегодно среди студентов Алапаевского филиала, начиная с 2020 года, проводится турнир по волейболу памяти Борисова В.А. Сыновья и внук Владимира Афанасьевича победителям турнира вручают победителям турнира ценные подарки и спортивные кубки. Традиции и история нашего образовательного заведения будут сохранены для будущих студентов Алапаевского филиала ГБПОУ «СОМК».

Ж.Ж. Руссо сказал: «Чтобы сделать ребенка умным и рассудительным, сделайте его крепким и здоровым: пусть он работает, действует, бегает, кричит, пусть он находится в постоянном движении». Именно так работал в свое время Борисов В.А., отдавший нашему учебному заведению 32 года, делясь со студентами своим целеустремленностью, позитивом и желанием победить в любых соревнованиях, которые устраивает жизнь.

#### Список источников информации

1. Алапаевская газета <http://a-gazeta.ru/articles/media/2018/3/29/i-zasiyaet-radost/>
2. Архив музея Алапаевского филиала. Статьи разных лет о преподавателях и сотрудниках Алапаевского филиала газет Алапаевская газета, Алапаевская искра.
3. Архив музея Алапаевского филиала. Тематические альбомы, раскладушки.
4. Архив музея Алапаевского филиала. Фото разных лет.
5. Л.Агафонова. Патриотическое воспитание через музейную педагогику. Учитель. №3 2014.

## ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АЛАПАЕВСКОГО ЭВАКОГОСПИТАЛЯ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Сазонкина Дарья Павловна, Подковыркина Мария Владимировна, студенты 192Ф

Руководители: Баланюк Г.Н, Бунькова Ю.В., преподаватели

Алапаевский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

«То, что сделано военной медициной в годы минувшей войны, по всей  
справедливости может быть названо подвигом...»

Маршал Советского Союза И.Х. Баграмян

«Война была выиграна в значительной степени солдатами и офицерами,  
возвращенными в строй медицинской службой»

Ф.И. Комаров, академик РАМН, генерал-полковник медицинской службы

Свердловская область во время Великой Отечественной войны стала одной из крупнейших госпитальных баз страны. В 200 зданиях школ, крупных контор, корпусах институтов и техникумов, гостиницах и других объектах области были размещены эвакогоспитали. Первых раненых Свердловск принял 12 июля 1941 года. В области был размещен 161 госпиталь: 49 в самом Свердловске и 112 в городах области. Одновременно лечение проходило свыше 60000 человек. В 1942 году созданы специализированные госпитали – нейрохирургические, челюстно-лицевые, для лечения ранений органов грудной клетки и брюшной полости, глазные, ушные. Позже появились сортировочные госпитали, и система специализированных эвакогоспиталей приобрела законченный вид.[2,стр. 4]

Благодаря качеству оказываемой медицинской помощи раненым бойцам, удалось спасти 99,3% раненых.

Алапаевск не остался в стороне. В июле 1941 года был сформирован Уральский (Алапаевский) военный Эвакогоспиталь № **3098** общехирургического профиля на **1000** коек.[1,стр. 135]

Организаторами были: врач-хирург Палкин Михаил Павлович,[1,стр. 79]

Колядин Николай Иванович, первый начальник ЭГ, (до 12 февраля 1942 г), .[1,стр. 139], Трусова Нина Васильевна, управляющий аптеками.[1,стр. 107]

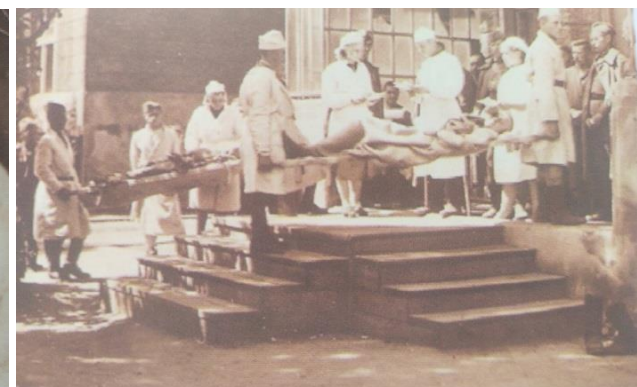
Под отделения эвакогоспиталя отдали лучшие здания: геологического техникума (Алапаевского многопрофильного техникума) - как основная база госпиталя, школу № 1 (действующая школа в настоящее время), школу рабочей молодежи (ШРМ) по ул. Ленина,

музыкальную школу, и здание терапевтического отделения городской больницы сангородка.  
[1,стр. 9]

Больнице был дан приказ по областному здравоохранению - отделу передать оборудование госпиталю, по линии аптеки предназначалось обеспечить медикаментами - отдать всё лучшее для раненых.

Труд Алапаевских медиков был самоотверженным и очень нужным. На службе оздоровления раненых бойцов в госпитале трудились **42** медика нашего города. **90%** персонала госпиталя составляли женщины, на **70%** персонал госпиталя состоял из алапаевцев. (средний медицинский персонал). [1,стр. 108]

**20 августа 1941** года госпиталь принял первых раненых. В госпитале служили медики: Антропова А.И, Барабанова А.Г., Барышникова А.З, Залесова Е.Д, Косых А.М., Мелкозерова А.И, Минчук З.В.. Палкин М.П., Панышина А.А, Петрякова Н.И, Потарова М.И, Старцева И.В., Харлова А.П. и многие другие. (После Великой Отечественной войны они работали в Алапаевской больнице). [2,стр. 16]



В феврале 1942 года вышел приказ о передислокации. Госпиталю был присвоен №1426 и дано направление на Северо-Западный фронт. С 12.02.1942 г. вторым начальником эвакогоспиталя стала Сафронова Мария Ивановна.

Боевой путь начался в Алапаевске, а окончился в Польше. Основные точки размещения: (Северо-Западный фронт) (1942г.,) Углич – Тихвин - Бокситогорск –Бокситы -



Новгород, (Волховский фронт), – Дно (1943г.) Порхов (Волховский фронт) - Латвия (г. Валмиера. Третий Прибалтийский фронт)- Радзимины – (Второй Белорусский фронт) – Рига – Польша (г.Варшава) – Торн (1945 г.), наши медики встретили День Победы в Польше [3]

Не щадя своего здоровья за жизни солдат вели борьбу медицинские работники, врачи, фельдшера, санитары... И главными их помощниками были молоденькие, фронтовые медсёстры, сестрички. Так ласково называли их бойцы....

В преддверии празднования 80-летия Победы в ВОВ студенты и преподаватели Алапаевского филиала ГБПОУ «СОМК» открыли стационарную экспозицию «Эвакогоспиталь Великой Отечественной». Экспозиция открыта для всех желающих – школьников, студентов, воспитанников дошкольных учреждений и просто жителей города. С начала апреля каждый четверг организованы уникальные экскурсии «1 час из жизни эвакогоспиталя». Агитбригада студентов 1 курса 191Ф группы под руководством куратора Буньковой Ю.В. погружает всех пришедших в атмосферу того времени. Участники могут увидеть своими глазами, как выглядели госпитальные палаты, какие инструменты использовались для оказания помощи раненым, как организовывался процесс лечения, и даже как проходила хирургическая операция. Каждая экскурсия включает в себя рассказ об истории эвакогоспиталя в Алапаевске и заканчивается минутой молчания и эмоциональными рассказами и примерами гостей из их семейной истории участия членов семьи в ВОВ.





Кроме того АФ выпущен цикл публикаций, посвященных подвигу медицинских работников в годы Великой Отечественной войны. В социальных сетях и классных часах ОУ демонстрируется видеофильм, в съемках которого принимала участие сотрудник Эвакогоспиталя 1426, ветеран ВОВ Афонасья Андреевна Панышина (1923г.р.) [1,стр. 17]



### Список информационных источников

1. Баланюк Г. «Все мужество профессии твоей» Историко – биографическая книга, 2010 г, г.Алапаевск, стр. 168
2. «Подвиг Уральских медиков помним...» Военно – патриотическая реконструкция деятельности эвакогоспиталя Урала в годы Великой отечественной войны 2020 год.: ООО «Издательство, УМЦ УПИ», г. Екатеринбург.; 50 стр./АСМР, ГБПОУ «СОМК»
3. [https://vk.com/wall-47025567\\_4663](https://vk.com/wall-47025567_4663)

## **ЗА РОДИНУ! БОЙ СВЯТОЙ И ПРАВЫЙ**

### **(Об участниках Великой Отечественной войны)**

Мельникова Виктория Сергеевна, Чак Алина Валерьевна,

Тонкова Екатерина Александровна

Руководители: Блинникова Оксана Алексеевна, Калугина Ирина Геннадьевна

преподаватели

Алапаевский филиал ГБПОУ «СОМК»

г. Алапаевск

Война..... какое ужасное слово. Страшных 4 года шла война. Не щадила никого, ни женщин, ни детей, ни стариков, ни взрослых. Сколько за эти годы могло...

Родиться детей? Быть сыграно свадеб? Построено домов? Собрано хлеба? Выросло бы цветущих садов? Никто не знает ответов на эти риторические вопросы. Всему виной - война. 80 лет назад закончилась война. Но память о ней жива. Она живёт, пока мы будем об этом говорить и писать. Будем помнить обо всех погибших в годы войны.

**Актуальность исследования** заключается в том, что мы родились и выросли в послевоенное время. Правду о тех временах можно узнать сейчас только из книг, фильмов и учебников. Возраст ветеранов, воевавших на фронте, превышает 90 лет. Их становится с каждым днём всё меньше. Существует угроза утраты исторической памяти о великом подвиге нашей Родины. Современные политические события так же подтверждают актуальность темы. Великая Отечественная война вошла в каждую семью. В каждый дом. Наши родственники не остались в стороне.

**Тема исследовательской работы:** Наши семьи в годы Великой Отечественной войны.

**Цель:** как можно больше узнать о боевом прошлом моей семьи.

**Задачи проекта:**

1. Собрать и проанализировать воспоминания, документы, сохранившиеся в семьях и имеющиеся в архивах на вопрос участия представителей моей семьи в войну, узнать о своих родных из Интернета, встретиться с живыми ветеранами войны и послушать их воспоминания о тех давно минувших днях.

2. Изучить необходимую литературу по данной теме.

3. Систематизировать каталогизировать собранный материал с целью восстановления судьбы моих предков в эти трудные годы.



**Гипотеза:** память о Великой Отечественной войне будет сохранена, если каждый будет знать и помнить о войне, и будет передавать свои знания всем своим поколениям по наследству.

**Объект исследования:** члены моей семьи, проживавшие в годы войны.

**Методы исследования:**

1. Опрос ближайших родственников о жизни моих прадедушек и прабабушек.
2. Исследование и анализ документов из архива моей семьи и в интернете сайтах «Подвиг народа» и «Мемориал».
3. Сравнение и обобщение полученных данных.

**Практическая значимость результатов исследования:** материал, полученный в ходе исследования, можно использовать на уроках истории, на классных часах, при оформлении стендов, посвящённых ВОВ.

Семья **Мельниковой Виктории Сергеевны** студентки 2 курса специальности Лечебное дело.

В нашей семье свой вклад в общее дело борьбы с врагом внесли мои прадедушки: Мартынов Александр Пахомович, Новосёлов Николай Алексеевич, Петров Филипп Никитич, Иван Петрович (со стороны мамы 3 поколения) и прабабушки: Мартынова Нина Николаевна, Фёкла Васильевна (мама прадеда Филиппа), Екатерина Ивановна (со стороны мамы 3 поколения).

Мой прадед, **Мартынов Александр Пахомович** родился 19 августа 1922 года в Свердловская обл., Зайковский р-н, п. Крутиха. До войны работал в Красногвардейском леспромхозе, работал на вырубке леса. А 4 октября 1941гг. в Ирбитский РВК (Районный военный комиссариат) его призвали на войну в возрасте 19 лет. Еще в школе их учили армейскому делу и там он получил свой первый знак ГТО, и Прадед был готов защищать свою Родину. Во время войны его перенаправляли в разные воинские части такие как – Саратовский Военно-пересельный пункт, 23 артиллерийский полк, Эвакуационный госпиталь 1674, 96 гвардейский стрелковый полк 30 Гвардейской стрелковой дивизии, Ленинградский Военно-пересельный пункт, Эвакуационный госпиталь 927, Зайковский Районный военный комиссариат, 256 Гвардейский стрелковый полк 56 гвардейский стрелковой дивизии. Получил звания – рядовой, красноармеец, рядовой Гвардии. Он прошел всю войну, воевал на фронте с 1941 -1945 гг. Участвовал в сражениях за Сталинград на Курской дуге, а затем через Украину и Польшу дошел до Берлина. Он не любил рассказывать о тех страшных сражениях. Он был «Рожден в рубашке» после сражения возле него было много убитых, а он живой.

Участник Великой Отечественной войны имеет награды:

- 4 медали «За отвагу», Орден Отечественной войны 2 степени, Медаль за боевые заслуги, Медаль за победу над Германией, Медаль за оборону Москвы, Медаль за оборону Сталинграда, Медаль за взятие Берлина.

После войны работал кочегаром, прожил 74 года и 24 февраля 1996 года ушел из жизни

Прадед – **Новосёлов Николай Алексеевич** Родился 1900 году в Свердловской обл., Зайковском р-не, с. Килачево. В 1941 году был призван на войну был Сержантом 90 стрелковой полк 95 стрелковая дивизия. Прошел всю войну до Берлина вернулся весь израненный и с гангреной в ногах. Ему предложили ампутировать ноги, но он отказался и в итоге из-за этого погиб. Был удостоен Ордена славы 3 степени.

Прабабушка **Мартынова Нина Николаевна** родилась 19 апреля 1926 года. Закончила 7 классов и с 13 лет ей пришлось идти на работу в Красногвардейский леспромхоз. Меленькой, худенькой девочке приходилось делать мужскую работу. Выполняла норму и выше нормы – выпиливали деревья, валили, таскали балки, открывали... Было 42 градуса мороза, обмороживались, с одеждой было плохо. Хлеб выдавали по 800 гр., если сделаешь норму, если нет, то по 600 гр. и меньше. За добросовестный и безупречный труд в тылу в годы Великой Отечественной войны признана ветераном труда и отмечена орденом. В последние трудовые годы работала в магазине. 17 сентября 2018 года в возрасте 92 лет её не стало.

Прадед – **Петров Филипп Никитич** – Разнорабочий. Родился 1916 году, воевал в Финской войне 1939 года, а в 1941 году из города Кашира был отправлен на фронт.

Прабабушка **Екатерина Ивановна** со стороны мамы 3 поколения. Родилась 1924 году была Тружеником тыла и работала трактористкой, в 2011 году ушла из жизни.

**В семье Чак Алины Валерьевны**, студентки 1 курса специальности Лечебное дело, было 3 участника ВОВ: бабушка и дедушка по папиной линии и прадедушка по маминой линии.

**Чак (Корнеева) Леонида Яковлевна.** Родилась 20 апреля 1924 года. Жила в Белоруссии в селе. На начало войны ей было 17 лет. Когда началась война её село сожгли, родителей расстреляли на её глазах, а 2 старших сестёр забрали в концлагерь Освенцим, когда освободили лагерь обе из них вернулись. Из-за этого она ушла в партизаны и состояла в партизанской бригаде имени Суворова "Народные мстители", они освобождали села, деревни, минировали железные дороги.

Награждена орденом Отечественной войны 2 степени, Медалью Маршала Советского Союза Жукова Георгий Константинович, юбилейными медалями.

После войны работала в органах НГБ(КГБ). В 1960 году приехала в Казахстан, в село Михайловка по вербовке.

Умерла 30 октября 2006 году. Похоронена в селе Клевакино Алапаевского района  
Из рассказов бабушки:

"В одну деревню пришла, остановилась в доме, а следом появились немцы. Хозяйка-пожилая женщина, быстро вытащила хлеб из печи, и я туда залезла.

Немцы забежали в хату: -"Здесь партизан забежала? "

Бабушка сказала: "Нет".

«Везде искали. Печка была горячая, я немного поджарилась. Искали недолго, поэтому я выжила.»

"Мы уходили на задание своим отрядом, впереди надо было переходить реку. В лесу нас ждали немцы. Я плавать не могу. И решила утонуть, чтобы меня немцы не казнили. Командир отряда увидел, что меня нет и сказал: "Достать живую или мёртвую, но достать". И меня вытащили.

**Чак Николай Ануфриевич.** Родился 8 января 1926 года. Жил в Белоруссии, на начало войны ему было 15 лет. Первоначально он работал на заводе, после, когда ему было 17 лет он с другом пошёл в военкомат, так как был недобор людей его взяли воевать за другого человека (по чужим документам). Был ефрейтором, служил в артиллерии.

Дедушка был в госпитале, когда бабушку туда послали ухаживать за больными, там они и познакомились, а после – поженились. Жили в Белоруссии, затем переехали в Казахстан.

После войны работал скотником на ферме.

Умер в 17 февраля 2006 года. Похоронен в селе Клевакино Алапаевского района.

**Елисеев Яков Никифорович.** Родился 10 октября 1924 в Горьковской области. На момент начала войны ему было 17 лет. В декабре 1941 года был призван в армию служил в 87 запасном кавалерийском полку в качестве повара. Участвовал в боевых сражениях под Москвой, Смоленском, на Курской дуге, дошёл до Варшавы. Был ранен, лечился в госпитале. В 1943 году однажды он в боях прыгнул в окоп, а немецкий танк начал разворачиваться и его засыпало, но бойцы откопали его. Из-за этого в 20 лет он поседел.

Награды: орден Отечественной войны 2 степени, медаль "За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг" и другие юбилейные медали.

В январе 1946 года был демобилизован. В этом же году поехал в село Михайловка Мендыкаринского района. Работал в колхозе "Восток" механизатором, скотником. С супругой Анной Михайловной вырастили и воспитали четырёх детей. Умер 27 октября 2004 года. Похоронен в селе Михайловка Мендыкаринского района.

В семье прадедушки **Тонковой Екатерины Александровны**, студентки 1 курса специальности Лечебное дело, было 5 родных братьев:

**Тонков Александр Павлович (1912 г.р), Тонков Иван Павлович (1913г.р), Тонков Пётр Павлович (1915г.р), Тонков Егор Павлович (1920 г.р), Тонков Евгений Павлович (1925 г.р).**

До войны в Салду на местожительстве переехали с родителями Александр, Иван, Евгений, Егор.

Егор в скором времени вернулся в родную деревню Лобан. А Пётр (старший брат Егора), мой двоюродный прадед по линии папы, остался сразу в деревне, где, несмотря на свой молодой возраст, стал председателем сельского совета. Женился в 20 лет. К началу войны был отцом двоих детей. Был участником финской войны.

В возрасте 26 лет Петр ушел на фронт. Получил звание младшего лейтенанта. С фронта не вернулся. Похоронки на него не было. Долго надеялась, что он вернется домой.

В 2004 году его сын, Тонков Александр Петрович, в ходе поисков нашел данные о гибели отца. Тонков Петр Павлович младший лейтенант, погиб смертью храбрых 22.04.1944 г., командуя 2 стрелковым взводом, 3 стрелковой роты саперного батальона военной части 07357, освобождая от немецко-фашистских захватчиков октябрьский район Гомельской области, недалеко от деревни Гороховищи.

Тонков Александр Павлович, 1912 г.р. погиб, освобождая село Манаенки Арсеньевского района Тульской области 14.05.1942 г.

Тонков Иван Павлович ,1913 г.р., погиб 29.03.1943 г.

Тонков Евгений Павлович,1925 г.р., погиб 28.01.1944 г. в возрасте 18 лет. Он был танкист. Похоронен в Винницкой области, в совхозе «Большевик».

Мой прадед **Тонков Егор Павлович**, 1920 г.р., единственный из братьев вернулся с войны. Награжден орденом. Инвалид. Взял в жены вдову (жену брата Петра). Поднял двоих детей брата и в браке родил еще пятерых.

Вечная память нашим героям-победителям, вечная слава! Имена Александра и Ивана Тонковых увековечены на мемориале Воинской Славы в г. Верхняя Салда.

Помолчим у огня вечной славы, постоим у могил и низко поклонимся ветеранам. Это их праздник, это их Победа. А нам останется Память. Огонь, которым пылают сожженные войной сердца. И надежда на то, что когда-нибудь он станет Огнем Вечного Мира.

Идут года, война уходит в прошлое, но изучая историю семьи, вновь и вновь переживаешь те события и понимаешь, что война была не где-то далеко, а здесь, на нашей земле, в моей семье. Мы должны всегда помнить, какой ценой досталась победа нашей

страны. Сегодня, в XXI веке, я горжусь своими предками и теми, кто создавал и берегал историю страны.

Вспоминаются слова А.Н. Толстого, которые можно отнести и к нашим родным: «Да, вот они, русские характеры! Кажется, прост человек, а придёт суровая беда, в большом или малом, и поднимется в нём великая сила – человеческая красота».

Надеемся, что наши работы послужат примером для сверстников, и они тоже заинтересуются жизнью своих семей в годы ВОВ. Полученные новые знания об истории семей дают глубокое понимание истории нашего народа. А также ощущение причастности моей семьи историческому прошлому моей страны.

Всё дальше от нас годы, опалённые войной, в 2025 году наша страна отметила 80-ю годовщину со Дня Победы. Уходят из жизни ветераны. Но в памяти народной и поныне живы страдания войны и бессмертное мужество народа.

Пожалуй, нет ни одной семьи, в чью судьбу безжалостно не ворвалась война. Если за каждого погибшего во время второй мировой войны объявить минуту молчания, мир бы молчал 50 лет. Жизнь человека не заканчивается с его смертью, он продолжает жить, пока его помнят. Нет, не умирают и не забываются герои. Их имена, словно звёзды, будут вечно сиять над нашей землёй. Пока мы помним ушедших от нас, жива связь поколений. А значит, жива и родная страна!

## ЛИСТАЯ ПРОШЛОГО СТРАНИЦЫ...

Каликанова Софья Дмитриевна

Руководитель: Олехно Надежда Евгеньевна, преподаватель

Асбестовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»,

г. Асбест, Россия

Патриотизм – сложное и высокое человеческое чувство, оно многогранно по своему содержанию: это и любовь к родным и близким людям, к малой Родине, гордость за свой народ, его достижения, в том числе и в профессиональной сфере. Данный проект направлен на информирование студентов о людях в белых халатах, уроженцев города Асбеста, оказавшиеся в самом центре военных действий в период Великой Отечественной войны.

**Актуальность** темы заключается в том, что в этом году вся страна будет праздновать знаменательное событие – 80-летие со Дня Победы над фашизмом. 80 лет – внушительный срок даже для истории страны и уж тем более для истории медицины небольшого города Асбеста. Именно медицинские работники во все времена добросовестно

выполняли свой профессиональный долг. Возникло огромное желание донести до студентов всю важность и значимость профессии медицинского работника, особенно в период военных действий. Пройден длинный путь, вложен огромный труд нескольких поколений медиков города Асбеста.

Цель данного проекта: развивать желание студентов узнать, как можно больше об истории, а именно о медицинских работниках города Асбеста, их вкладе в победу СССР в Великой Отечественной войне. Исходя из цели, были поставлены следующие **задачи**:

- изучить архивные источники информации - воспоминания медицинских работников города Асбеста во время Великой Отечественной войны;
- создать информационную презентацию, видеоролик;
- систематизировать собранный материал, использовать для проведения уроков истории, классных часов, внеклассных мероприятий.

Объект исследования: воспоминания о вкладе профессиональной деятельности медицинских работников в победу СССР в Великой Отечественной войне.

Методы исследования: изучение материалов архива Асбестовского филиала ГБПОУ «СОМК»; официальной страницы ВКонтакте Асбестовского филиала ГБПОУ «СОМК».

Направление проекта – исследовательский.

География проекта: Асбестовский городской округ.

Ожидаемые результаты:

- повысить престиж у студентов подвига Советского народа в годы войны, осознания значимости Победы для страны и всего мира, особенно в рамках празднования 80-летия Дня Победы;
- развить профессиональную ориентацию через повышение престижа профессии медицинских работников.

Медицинские работники в годы Великой Отечественной войны проявили не меньший героизм, стойкость и мужество, чем солдаты, моряки, летчики, работники тыла и офицеры. Девушки-санитарки на хрупких плечах выносили раненых бойцов, медицинский персонал госпиталей работал сутками, не покидая больных, фармацевты делали все возможное, чтобы обеспечить фронт высокоэффективными лекарствами в требуемых объемах. Не было легкого поста, должности, места работы – каждый из медиков внес свою лепту.

Медслужба, как и вся армия, вступила в войну в условиях ее внезапного начала. Многие мероприятия, направленные на совершенствование медицинского обеспечения и снабжения, были еще в значительной степени не завершены. Дивизии приграничных округов вступали в боевые действия с ограниченным запасом медикаментов, инструментов

и оборудования. Тем весомее подвиг медиков в годы Великой отечественной войны, умудрявшихся в тяжелейших условиях спасать здоровье и жизни бойцов и гражданских лиц.

В начале 1941 года в городских больницах Асбеста насчитывалось 310 мест, работали 5 больниц, туберкулезный диспансер, городская поликлиника, женская и детская консультации. На фабриках были открыты 11 здравпунктов, в туберкулезных санаториях дети и взрослые поправляли свое здоровье, в 17 детских яслях подрастало около 800 детей. В городе трудились в то время 23 врача с высшим образованием, 3 зубных врача и 200 фельдшеров и медицинских сестер.

Из воспоминаний медицинских работников [3]:

«...В 1936 году после окончания Свердловского мединститута я была направлена на работу в г. Асбест. До 1941 года я работала участковым врачом, затем 1942 году – главным врачом поликлиники и зав. горздравотделом вплоть до 1968 года до пенсии. После 9 лет я работала врачом в туберкулезном санатории. В 1941 году ушли в госпитали и на фронт наши основные кадры и начало моей административной деятельности совпало с трудными военными годами. В 1941 году почти все имущество и медоборудование были переданы на организацию госпиталей в городе. Первыми ушли на фронт Белов В.П., Маликова Н.Г. В госпиталь – Черная С.И., Чернышева Г. И., Белова К. П., Смертина Л. М., и другие...»

*(врач Торшилова Зоя Александровна).*

Много было мобилизовано во время войны медсестер и фельдшеров. Несмотря на все трудности в работе, отсутствие в должном количестве медикаментов, медицинских кадров, недостаток медицинского имущества и инвентаря, работу в подсобном хозяйстве, уход за садом, заготовка в больницах дров и все прочее, настрой был деловой, люди не роптали, ибо знали, что все нужно преодолеть.

Широко было поставлено донорство, связь с госпиталями. В 1944 году была организована медсанчасть комбината «Ураласбест».

«...В приемном отделении раненые осматривались врачами, в санпропускнике под руководством старшей медсестры Анны Никитичны Масленкевич они проходили санобработку, а затем их направляли в перевязочную или операционную...Операции с утра до вечера проводили не только ведущий хирург Никитина Надежда Алексеевна, но и все заведующие отделениями со своими старшими сестрами. Белова Клавдия Петровна (гинеколог) освоила самые сложные операции на нервах, и никаких казусов у нее не случалось...

Заведующей 1-м хирургическим отделением была Чернышева Галина Ивановна, она же и рентгенолог, 2-е отделение возглавляла Екимова Валентина Николаевна, 3-е - Улит

Ольга Романовна. Старшими сестрами работали Еремина Ксения Николаевна, Омейчик Маша, Мещерякова-Чугунова Мария Георгиевна. Зубной врач Комарова Людмила Михайловна, зав. лабораторией - Сипович Зоя Васильевна. Пункт переливания крови возглавляла Белова К.П. Всех имен и не перечить...»

Кроме того, было обслуживание эвакуированного населения, тяжелобольных из блокадного Ленинграда с дистрофией. В лечебных и детских учреждениях часто использовались поллитровые банки вместо стаканов и глиняная посуда. Ремонт белья и инвентаря все было на сотрудниках больниц. Совместно с санитарной службой проводился санитарный надзор.

В 1943 году привезли детей и женщин из блокадного Ленинграда. Как выхаживали их наши медики, как делились последним кусочком хлеба. Витамины собирали в лесу, хвою и травы настаивали и давали пить раненым, больным и всем пациентам.

В годы войны по линии Красного Креста на базе медицинские школы были организованы курсы по подготовке медсестер.

Первое переливание крови было проведено в 1935 году врачом Сапожниковой Е.М., тогда в городской больнице был организован пункт переливания крови, врачи провели инструктаж по определению группы у больных и населения.

В годы войны в эвакогоспитале г. Асбеста в пункте переливания крови работали врач и регистратор. Донорами были медработники госпиталя и население города.

Кровь первый раз брали по 200 гр., повторно по 400 гр., за сдачу крови доноры получали плитку шоколада и стакан с булочкой.

В 1944 году эвакогоспиталь уехал из города, пункт переливания крови был организован в хирургическом отделении городской больницы.

Кровь исследовалась на серологические реакции в вен. Институте в г. Свердловске, куда доноры ездили поездом. Применялось прямое переливание крови от донора больному.

Особая жизнь была у медиков санитарных поездов. Санпоезда шли и шли по военным дорогам, увозя раненых в тыл и подвергаясь бомбежкам и обстрелам, лечение проводили на ходу поезда. Санитарные поезда прибывали в Асбест, организация приема раненых была очень четкая, всегда приходило много людей с тайной надеждой встретить родных или узнать что-нибудь о них.

В Асбесте в 1941 году развернулся эвакогоспиталь общего профиля, в госпиталь были мобилизованы врачи, фельдшера, медсестры - те, кто остался в тылу, имея маленьких детей или по возрасту и здоровью.

День и ночь кипела работа, сотрудники отдавали все силы, работали с огоньком. Во время войны широко развернулась служба переливания крови. В госпитале работа по



донорству была четко организована, а первыми донорами были медицинские работники. Кровь шла не только на нужды госпиталя, но и на фронте. Была организована сдача крови в интендантской службе, в политотделах, а у бойцов передовой линии кровь не брали никогда.

08.08.1941 года принимали первый эшелон с раненым, эти раненный бойцы вступили первыми в схватку с врагами. Они первыми смотрели смерти в глаза и получили увечья, а многие из них полегли на поле брани.

Медицинские сестры в белых халатах и косынках выстроились, как на параде, в ожидании поезда, впереди - начальник госпиталя врач Черная С.И. И вот поезд медленно подходит к перрону. На разгрузку давали не более получаса, в вагонах соблюдались спокойствие и тишина.

В первую очередь выходили те, кто смог сам передвигаться или с помощью персонала, а затем выносили тяжело раненых на носилках. Всех размещали в зале вокзала; в госпиталь транспортировали на автомашинах и лошадях, кто мог передвигаться шли пешком в сопровождении медсестер и населения.

Питьевую воду возили в бочках на лошадях. При госпитале было подсобное хозяйство, выращивали картофель, овощи.

Операции проводили с утра до позднего вечера каждый день. Санпоезда с ранеными приходили часто. Медикаментов и перевязочного материала не хватало, все грязные бинты и салфетки стирали, даже старый гипс замачивали и извлекали все бинты. Заготавливали мох и использовали его вместо ваты при накладывании металлических шин.

Госпиталь был в числе лучших и являлся базой для обучения врачей и медсестер. Для ускорения выздоровления было организовано торфолечение. Широко применялось физиотерапевтические методы лечения, лечебная гимнастика, массаж, переливание крови.

За годы из нашего небольшого города уехали на фронт 60 человек врачей, медсестер и фельдшеров, все они разъехались по разным фронтовым дорогам: в санчасти полков, медсанбаты и полевые госпитали, в эвакогоспитали и санитарные поезда.

**Из воспоминаний Зинаиды Николаевы Косаревой, лейтенанта медслужбы [2]:**

«До января 1942 года я работала в Асбестовском эвакогоспитале. А потом я попала на 2-й Белорусский фронт в роту медицинского усиления фронта.

В 1943 году под Вязьмой при бомбежке была ранена и контужена, 2 недели пролежала в эвакогоспитале, после вновь вернулась в строй санинструктором. Сколько пришлось вынести с поля боя раненых бойцов, не считала. Получила звание сержанта медицинской службы, награждена медалью «За отвагу».

В Смоленской области выбирались из окружения ночью через реку в ледяной воде. Местные жители обогрели нас, напоили горячим чаем.

Вторую награду-медаль «За боевые заслуги» получила в 1944 году за спасение группы раненых. Очень тяжел фронтной быт для женщины...

Проект «Листая прошлого страницы...» представляет собой информационный блок, направленный на развитие культурной осведомленности и повышению патриотизма у студентов, повышение интереса к героическому прошлому Отечества и развитие чувства гордости за великие события и историческое прошлое своей страны, города. Формирование у ребят чувства любви к Родине и уважения к защитникам Отечества, к «солдатам в белых халатах». Повышение интереса к архивным источникам патриотического содержания. Привитие уважения и любви к своей малой Родине.

Информационные источники:

1. Сборник «Подвиг уральских медиков помним...» - военно-патриотическая реконструкция деятельности эвакогоспиталей Урала в годы Великой Отечественной войны 2020, автор – составитель Хабарова М.В., 2020 год;
2. Сборник «Медики города Асбеста в Великой Отечественной войне 1941-1945 г.г.», 1995 год;
3. Альманах «Память сердец», автор-составитель Попова А.С., 2000 г.
4. Медицина в годы Великой Отечественной Войны:  
<https://lenarudenko.livejournal.com/256915.html>

## **НОСИМЫЕ УСТРОЙСТВА МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ**

Габбасова Карина Филюзовна

Руководитель: Федорова Динара Айдаровна, преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Екатеринбург, Россия

В современном мире, где здоровье и качество жизни становятся приоритетом, носимые устройства мониторинга здоровья приобретают всё большую популярность, особенно для людей пожилого возраста. Современные носимые устройства для мониторинга здоровья, такие как фитнес-браслеты и умные часы, позволяют отслеживать ключевые показатели организма в реальном времени. С возрастом наши близкие сталкиваются с ухудшением здоровья и уменьшением активности. Сердечно-сосудистые заболевания, диабет, проблемы с памятью и ориентацией в пространстве – все это может

серьезно ограничить их самостоятельность и качество жизни. Все эти факторы создают опасные ситуации, когда пожилому человеку требуется помощь, а телефон далеко. Благодаря тому, что смарт устройство всегда под рукой, открывают новые возможности для профилактики заболеваний и удалённого наблюдения. В данной работе рассматриваются их принципы работы, преимущества и недостатки.

**Актуальность** работы обусловлена необходимостью частого мониторинга показателей здоровья для людей преклонного возраста.

**Цель** работы – выявить, есть ли погрешности, и классифицировать существующие устройства по функционалу, точности и целевому назначению.

**Смарт устройства** – это гаджеты, предназначенные для непрерывного отслеживания физиологических показателей: пульса, давления, уровня кислорода в крови, активности, сна и др. Их цель – улучшение качества жизни, профилактика заболеваний и ранняя диагностика.

Основные виды носимых устройств:

- *Фитнес-трекеры* (Xiaomi Mi Band 9, BandRate Smart) – это носимое электронное устройство, отслеживающий пульс, шаги, сон, калории.
- *Умные часы* (Apple Watch, Samsung Galaxy Watch) – устройство с расширенным мониторингом: пульс, шаги, сон, калории, ЭКГ, SpO<sub>2</sub>, стресс.
- *Медицинские устройства* (непрерывные глюкометры, кардиомониторы, пульсоксиметр, тонометр) – технические приборы, инструменты и аппараты, которые используются для диагностики, лечения и реабилитации пациентов.
- *Одежда с датчиками* – умные футболки, носки, в структуру ткани которых встроены чипы и сенсоры.
- *Умные очки* – компьютерные очки, используемые для записи информации, которую видит владелец, и синхронизации данных в облаке для хранения.
- *Умные украшения* – это устройства в форме традиционного кольца.
- *Имплантируемые устройства* – устройства, находящиеся внутри тела человека [1].

Ключевые функции, которые пригодятся пожилым людям:

- *Мониторинг здоровья.* Современные модели оснащены датчиками, которые могут отслеживать пульс, уровень кислорода в крови, качество сна и другие важные показатели. Хотя точность у них не такая, как у медицинских приборов, опции мониторинга могут быть неплохим вспомогательным средством для контроля за состоянием здоровья [4].

- *GPS-трекинг.* Эта функция особенно полезна для людей с проблемами с памятью или ориентацией в пространстве. С ней родственники могут отследить местоположение пожилого человека и прийти на помощь, если это необходимо.
- *SOS-кнопка.* В случае падения или другой экстренной ситуации пожилой человек может нажать на специальную кнопку. Система автоматически отправит сигнал тревоги на телефон близкого или в службу спасения.
- *Трекер активности.* Гаджеты помогают отслеживать физическую активность, что особенно важно для пожилых людей, которым рекомендуется поддерживать определенный уровень движения. Они могут считать шаги, измерять расстояние, которое человек прошел за день, и даже напоминать о необходимости вставать и разминаться.
- *Функция «найти мой телефон».* Удобна для бабушек и дедушек, которые часто теряют смартфон в доме. При активации этой опции телефон начнет издавать звук, помогая определить его местоположение.
- *Напоминание о приеме лекарств.* Устройство может в указанное время упомянуть носителю принять лекарство [2].

#### **Преимущества и ограничения применения носимых устройств:**

- Плюсы:
  - Ранняя диагностика – выявление отклонений до появления симптомов.
  - Удобство – непрерывный мониторинг без визитов в клинику.
  - Персонализированная медицина – индивидуальные рекомендации на основе данных [3, 5].
  - Удалённый контроль – врачи могут наблюдать за пациентами дистанционно.
- Минусы:
  - Точность данных – не все устройства сертифицированы для медицинского использования.
  - Высокая стоимость – некоторые устройства недоступны для массового потребителя.

### **Практическая часть**

#### **Эксперимент 1.**

Цель: сравнить точность измерения пульса и уровня кислорода в крови (SpO<sub>2</sub>) с помощью носимого устройства Xiaomi Mi Band 9 и медицинского пульсоксиметра Little Doctor MD300C23.

Процедура:

- Одновременное измерение пульса и SpO<sub>2</sub> на запястье Xiaomi Mi Band 9 и на пальце Little Doctor MD300C23.
- Фиксация данных в состоянии покоя, после физической нагрузки (20 приседаний) и во время стресс-теста (ментальный счёт в уме).
- Статистический анализ расхождений.

Результаты эксперимента:

Параметр	Xiaomi Mi Band 9	Пульсоксиметр	Погрешность (%)
Пульс (покой)	78 уд/мин	77 уд/мин	1,3%
Пульс (нагрузка)	123 уд/мин	120 уд/мин	2,5%
SpO <sub>2</sub> (покой)	97%	97%	0%
SpO <sub>2</sub> (нагрузка)	95%	96%	1%

Вывод: Устройство показало высокую точность в измерении пульса (погрешность <3%). SpO<sub>2</sub> совпадает с медицинским прибором в состоянии покоя, но при нагрузке возможны незначительные отклонения. Возможный основной фактор ошибки – движение и плотность прилегания датчика.

## Эксперимент 2.

Цель: сравнить точность измерения шагомера, встроенного в устройство Xiaomi Mi Band 9 с устным счетом на расстоянии 100 метров.

Процедура:

- Фиксация данных при достижении точки А.
- Преодоление дистанции до точки Б, посчитав каждый шаг.
- Статистический анализ расхождений.

Результаты эксперимента: Устный счет составил 137 шагов, устройство показало 141. В итоге погрешность составляет 2.9%

Вывод: Устройство показало высокую точность в измерении шагов (погрешность <3%).

Носимые технологии могут значительно улучшить жизнь пожилых людей, способствуя здоровому старению и независимости. От устройств для мониторинга здоровья до персональных систем реагирования на чрезвычайные ситуации, эти гаджеты предлагают ряд функций, адаптированных к конкретным потребностям пожилых людей. Поощрение пожилых людей к использованию носимых технологий может привести к улучшению состояния здоровья и повышению качества жизни. К тому же устройства повышают мотивацию носителя выполнять дневную норму физической нагрузки. По мере развития технологий мы можем ожидать появления еще более инновационных носимых устройств,

призванных помочь пожилым людям сохранять свою независимость и вести лучшую жизнь. Самое важное – чтобы выбранный гаджет был удобен и полезен для конкретного человека. Поэтому перед покупкой обязательно обсудите все детали с будущим пользователем.

#### Список литературы

1. Современные носимые технологии: Научные принципы работы: <https://ru.bimedis.com/latest-news/browse/733/sovremennye-nosimye-tehnologii-nauchnye-principy-raboty>.
2. Лучшие умные часы для пожилых: <https://opeca-journal.ru/news/zozh-i-sport/smart-chasy-dlya-pozhilykh/>.
3. Влияние носимых устройств и мобильных приложений на результаты лечения пациентов: революция в здравоохранении: <https://www.databridgemarketresearch.com/ru/case-studies/the-impact-of-wearable-devices-and-mobile-apps?>
4. Можно ли верить датчикам в носимых устройствах: как на самом деле измеряются показатели здоровья. Статьи, тесты, обзоры: <https://zoom.cnews.ru/publication/item/65644>.
5. Как носимые устройства отслеживают здоровье работников – Трудовая оборона: <https://oborona.media/ustroystva-dlya-monitoringa-zdorovya/>.

### **ПОДВИГ ВОЕННЫХ МЕДИКОВ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

Автор: Кондрашов Александр Андреевич студент 2 курса специальности Лечебное дело

Руководитель: Моносыпов Юрий Николаевич, преподаватель в.к.к кафедры Лечебного

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

город Екатеринбург

Работа посвящена подвигу военных медиков в годы Великой Отечественной войны. Она рассматривает роль, которую играли медицинские работники на фронте, их самоотверженность, мужество и готовность рисковать жизнью ради спасения солдат. Более 85 тысяч медиков погибли или пропали без вести, демонстрируя беспримерное мужество и преданность долгу.

Военные медики Великой Отечественной войны проявили выдающееся мужество и профессионализм, ежедневно спасая жизни солдат в условиях фронта. Их труд включал

эвакуацию раненых, этапное лечение, внедрение новых методов терапии. Особую роль сыграли женщины, составлявшие значительную часть медицинского персонала. Подвиг медиков стал символом гуманизма и самоотверженности, заняв достойное место в истории войны.

Самоотверженность и героизм медиков проявлялись не только в госпиталях, но и на передовой: санинструкторы под огнём выносили раненых с поля боя, оказывая первую помощь зачастую ценой собственной жизни.

Санитарные поезда и передвижные госпитали стали важным звеном эвакуации раненых. Благодаря их работе десятки тысяч бойцов возвращались в строй.

Женщины составляли более 40% личного состава военной медицины, занимая должности врачей, фельдшеров, медсестёр, санинструкторов, нередко проявляя не меньшую храбрость, чем солдаты.

Советская военная медицина разработала уникальные методы лечения ран и шока, включая применение антибиотиков, новокаиновой блокады и этапного лечения, что резко повысило выживаемость.

Система этапного лечения раненых позволила обеспечить быструю сортировку и рациональное распределение потока пострадавших, что ускоряло выздоровление и снижало потери.

Медики спасли жизни более 70% раненых и около 90% больных солдат, что стало возможным благодаря мобилизации всей медицинской науки и ресурсов страны.

Имена многих военных медиков стали символами мужества, среди них – Валентина Гризодубова, Мария Щербакова, Зинаида Самсонова и другие, награждённые орденами и медалями за спасённые жизни.

#### Литература

1. Арутюнов А.А. Подвиг военного медика. – М.: Воениздат, 1985.
2. Сандомирский М.Я. Организация военно-медицинской помощи. – М.: Воениздат, 1960.
3. Минздрав СССР. Итоги медицинского обеспечения Советской Армии. – М.: Госиздат, 1950.
4. Симонова Н.А. Женщины-медики на фронте. – М.: Знание, 1989. Медицинская служба Советской Армии в годы Великой Отечественной войны. Сборник статей. – М.: Воениздат, 1975.
5. Герои-медики Великой Отечественной войны. Энциклопедия. – М.: Просвещение, 2005.

## КРАСНЫЙ КРЕСТ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Мангушева Александра Алексеевна, Стрелец Виктор Алексеевич

Руководитель: Федорова Динара Айдаровна, преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»,

г. Екатеринбург, Россия

В годы Великой Отечественной войны (ВОВ) и в современных военных операциях медицинская служба играла и играет ключевую роль в сохранении жизни и здоровья бойцов, а также в обеспечении боеспособности армии. Одним из важнейших участников этой системы стала международная гуманитарная организация – **Красный Крест**, которая не только символизирует милосердие, но и активно оказывает помощь раненым, больным и гражданскому населению в условиях войны.

В России считается, что первой официальной организацией Красного Креста стала созданная в Санкт-Петербурге великой княгиней Еленой Павловной Крестовоздвиженская община сестер милосердия. И было это в 1854 году, в период героической обороны Севастополя. Возглавил общину выдающийся хирург Николай Иванович Пирогов.

В годы Великой Отечественной войны медицинская служба Красной Армии была построена по многоуровневой системе, которая позволяла максимально эффективно оказывать помощь раненым в условиях масштабных боевых действий. Медицинская помощь организовывалась по следующей схеме:

- **Первая помощь на поле боя** – оказывалась санитарными инструкторами и медсёстрами непосредственно в боевых подразделениях. Они выносили раненых с поля боя и оказывали им первую доврачебную помощь.
- **Санитарные отделения при ротах** – небольшие группы из 5 человек (в основном женщин), которые сортировали раненых, оценивали тяжесть ранений и эвакуировали их в батальонные медпункты.
- **Медсанбаты (медицинские санитарные батальоны)** – обеспечивали хирургическую помощь и лечение раненых с более тяжёлыми травмами.
- **Полевые и армейские госпитали** – в них оказывалась специализированная помощь, включая офтальмологическую, челюстно-лицевую, терапевтическую и инфекционную.
- **Тыловые госпитали** – для длительного лечения и реабилитации.

Такой многоступенчатый подход позволял быстро оказывать помощь и эффективно распределять ресурсы.



Первая помощь на поле боя была направлена на стабилизацию состояния раненого: остановку кровотечения, обеспечение проходимости дыхательных путей и предотвращение шока. Санинструкторы и санитарные дружины работали в крайне тяжёлых условиях, часто под огнём противника. В первые годы войны санитарные отделения располагались прямо в ротах, где на одного санинструктора приходился всего один пистолет для самообороны. Эвакуация раненых была организована по принципу «золотого часа» – чем быстрее раненый попадал в лечебное учреждение, тем выше были шансы на выживание. В среднем доставка раненых в медсанбат должна была занимать не более 6 часов, а в армейский тыл – не более 12 часов.

Хирургия в годы войны стала одной из важнейших дисциплин. Военные хирурги работали в условиях нехватки оборудования, медикаментов и постоянного давления времени. Однако благодаря развитию новых методов лечения ранений, применению антибиотиков, антисептиков и совершенствованию техники операций смертность от ранений значительно снизилась.

Особое значение имела организация специализированных госпиталей, где работали узкие специалисты – офтальмологи, челюстно-лицевые хирурги, терапевты, инфекционисты. Это позволило повысить качество лечения и ускорить восстановление бойцов.

В годы войны были получены уникальные научные данные, которые легли в основу послевоенного развития медицины. Были усовершенствованы методы хирургического лечения, реанимации, профилактики инфекций и реабилитации. Опыт войны стал фундаментом для создания современной военно-медицинской науки.

Особая роль принадлежит организации Красный Крест в годы Великой Отечественной войны. Одной из важнейших задач в годы войны стало развитие **донорского движения**. В СССР в донорство было вовлечено более 5,5 миллионов человек, преимущественно женщин. Благодаря этому на фронт было отправлено свыше двух миллионов литров донорской крови, что позволило спасти жизни тысячам раненых. В результате смертность от кровопотерь среди раненых снизилась до 1%, что стало выдающимся достижением для военной медицины того времени.

Красный Крест организовывал **массовую подготовку** медицинских сестёр, санитарных дружинниц и санитаров. За первые два года войны было подготовлено более 12 тысяч медицинских сестер и десятки тысяч санитаров и дружинниц. Эти кадры направлялись на фронт, в госпитали и санитарные поезда. Санитарные дружинницы Красного Креста **оказывали первую помощь на передовой**, помогали эвакуировать раненых и ухаживали за ними в госпиталях. К концу войны было подготовлено более 400

тысяч санитарных дружинниц и 23 тысячи санитаров. Красный Крест активно участвовал в организации санитарных поездов – подвижных госпиталей на железнодорожном транспорте, которые перевозили раненых из фронтовой зоны в тыловые госпитали. Это значительно ускоряло эвакуацию и снижало смертность.

Именно благодаря действиям медицинских работников ни на фронте, ни в тылу не было ни одной эпидемии инфекционных заболеваний.

Вот некоторые факты:

- средняя продолжительность жизни санинструктора на передовой в первый год войны составляла 41 секунду;
- смертность медиков была на втором месте после гибели бойцов стрелковых подразделений;
- всего за годы войны медики вернули в строй более 17 млн. раненых и больных;
- всего за годы войны подготовлено 263 669 медсестер, 457 286 дружинниц и санинструкторов, 39 956 санитаров.

Конечно, были среди медиков и свои герои. **Валерия Осиповна Гнаровская**, окончив в 1942 г. курсы Красного Креста, ушла добровольцем на фронт. Служила санинструктором на Сталинградском фронте. В период наступательных боев выносила на себе раненых с поля боя. В случае необходимости сражалась с оружием в руках, и даже поднимала бойцов в атаку. Всего девушка спасла более 300 раненых. 23 сентября 1943 г., в бою возле села Иваненки, Гнаровская выносила с поля боя раненых, доставляя их на перевязочный пункт. В это время два немецких танка прорвались в направлении перевязочного пункта. Чтобы спасти раненых, девятнадцатилетняя Валерия бросилась под танк со связкой гранат и подорвала его. Второй танк подбили подоспевшие бойцы.

Валерии Осиповне Гнаровской было посмертно присвоено звание Героя Советского Союза.

**Ирина Николаевна Левченко** стала первой советской женщиной, удостоенной медали имени Флоренс Найтингейл. Ушла на фронт добровольцем в 1941 году. Служила в операционно-перевязочном взводе сандружинницей, затем санинструктором роты стрелкового полка. Вывела обоз с 168 ранеными бойцами из окружения. Впоследствии стала офицером-танкистом. За совершенные в годы Великой Отечественной войны подвиги, Ирина Николаевна Левченко награждена тремя орденами Красной Звезды и десятью медалями. После войны стала известной писательницей, автором очерков и рассказов о героях войны и труда.

Красный Крест оказывал помощь не только военным, но и гражданскому населению, пострадавшему от бомбёжек, голода и эпидемий. Организация обеспечивала доставку гуманитарных грузов, медицинское обслуживание и психологическую поддержку.

В настоящее время приоритетными направлениями работы Российского Красного Креста являются оказание помощи и поддержка наиболее уязвимых групп населения Российской Федерации: пожилых людей, инвалидов, мигрантов и беженцев, детей из неблагополучных семей, ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Российский Красный Крест оказывает гуманитарную помощь гражданам, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, малообеспеченным и социально – незащищенным группам населения, а также ведет активную работу по обучению людей навыкам оказания первой помощи.

#### Список литературы

1. Красный Крест в годы Великой Отечественной Войны – [redcross-mosuvao.ru]
2. Медицинские сёстры в годы Великой отечественной войны – [kbmk.kirov.ru]
3. Опыт медицины в годы Великой Отечественной войны – [historymed.ru]

## **РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ЦЕННОСТЕЙ**

Мыльникова Анна Александровна

Руководители: Казымова Галима Ришатовна, Казымова Галина Фёдоровна, преподаватели  
ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Екатеринбург

Аннотация. В статье рассмотрена роль семьи в формировании здоровьесберегающих ценностей, определен потенциал в снижении рисков для здоровья молодого поколения при участии ближайшего окружения, выделены основные направления здорового образа жизни

Ключевые слова: культура здоровья, семья, преемственность ценностей, здоровый образ жизни, качество жизни, активное долголетие

Культура здоровья – это совокупность знаний, убеждений, норм и практик, связанных с поддержанием и укреплением здоровья. Она включает в себя отношение к питанию, физической активности, режиму дня, профилактике заболеваний и психоэмоциональному благополучию.

По мнению Н.М. Амосова «в большинстве болезней виноваты не природа, не общество, а только сам человек, часто ... от неразумности» [1]. Первым и основным же

источником знания, опыта о здоровье является семья. Именно в семье закладываются основы мировоззрения и формируются ценности. Семейные здоровьесберегающие ценности, передаваемые из поколения в поколение, играют ключевую роль в формировании здорового образа жизни и благополучия каждого члена семьи. Преемственность культуры здоровья в семье обеспечивает передачу позитивного опыта и традиций, формируя устойчивые навыки и привычки, способствующие долголетию и высокому качеству жизни. Важно, чтобы дети с раннего возраста усваивали ценность здоровья и активно участвовали в поддержании здорового образа жизни.

Формирование семейных здоровьесберегающих ценностей – это сложный и многогранный процесс, требующий осознанного подхода и активного участия всех членов семьи. Он включает в себя создание благоприятной среды, пропаганду здорового образа жизни, обучение полезным навыкам и формирование мотивации к заботе о своем здоровье и здоровье близких. Важную роль в формировании здоровьесберегающих ценностей играет личный пример родителей. Дети, видя, как родители заботятся о своем здоровье, занимаются спортом, правильно питаются и избегают вредных привычек, с большей вероятностью перенимают эти модели поведения. Не менее значимым является создание в семье атмосферы открытости и доверия, где каждый может поделиться своими проблемами и получить поддержку. Обсуждение вопросов здоровья, совместное планирование здорового образа жизни и участие в мероприятиях, направленных на укрепление здоровья, способствуют формированию семейных ценностей.

Преемственность культуры здоровья обеспечивается через передачу семейных традиций, связанных со здоровьем [2]. Это могут быть кулинарные рецепты, физические упражнения, ритуалы отдыха и релаксации. Важно, чтобы эти традиции были не только полезными, но и приятными, вызывая положительные эмоции и желание следовать им.

В современном мире, когда на детей и подростков оказывается огромное влияние со стороны средств массовой информации, интернета и сверстников, особенно важно, чтобы семья оставалась надежным оплотом здоровьесберегающих ценностей. Только совместными усилиями можно сформировать у молодого поколения устойчивое понимание ценности здоровья и научить их делать осознанный выбор в пользу здорового образа жизни, когда рисками становятся табакокурение, потребление алкоголя, низкий уровень двигательной активности, нерациональное питание и избыточный вес, рискованное сексуальное поведение, детский и подростковый травматизм [3].

Важную роль играет и значимость образования в вопросах здоровья. Семья может поощрять детей к изучению информации о здоровом образе жизни, критическому анализу

рекламы и осознанному отношению к своему телу. Обсуждение с детьми научных фактов о влиянии различных факторов на здоровье поможет им принимать обоснованные решения.

Психологическое благополучие также важный аспект приверженности здоровому образу жизни. Создание в семье атмосферы любви, поддержки и принятия способствует формированию у детей устойчивой психики и умения справляться со стрессом. Важно научить детей выражать свои эмоции, развивать навыки общения и строить здоровые отношения с окружающими. Открытое общение, поддержка и взаимопонимание играют важную роль в поддержании психического здоровья. Регулярные семейные собрания, на которых каждый может высказать свое мнение и быть услышанным, способствуют укреплению доверия и созданию чувства общности.

Формирование культуры здоровья в семье является комплексным и непрерывным процессом, требующим осознанных усилий и последовательности. Инвестиции в здоровье детей – это инвестиции в их будущее, в их способность быть счастливыми, успешными и полезными обществу. Формирование культуры здоровья начинается с рождения ребенка и продолжается на всех этапах его развития посредством интеграции здоровьесберегающих практик в повседневной жизни семьи. Это может включать в себя совместные прогулки на свежем воздухе, активные игры, занятия спортом, организацию здоровых праздников и совместное приготовление полезных блюд. Важно, чтобы здоровый образ жизни воспринимался не как обязанность, а как приятное времяпрепровождение, укрепляющее семейные узы.

При этом нужно адаптировать здоровьесберегающие ценности к возрасту и потребностям каждого члена семьи. Для маленьких детей это могут быть игры и сказки, для подростков – обсуждения и дискуссии по таким актуальным для них вопросам здоровья, как правильное питание, физическая активность, профилактика вредных привычек, половое воспитание. С взрослыми членами семьи важно обсуждать вопросы профилактики хронических заболеваний, поддержания активного образа жизни и важности регулярных медицинских осмотров. Адаптация семейных здоровьесберегающих практик для членов семьи с хроническими заболеваниями с учетом их потребностей и ограничений создаст атмосферу поддержки и понимания для комфортного самочувствия. Учет индивидуальных особенностей и интересов каждого сделает процесс формирования ценностей максимально эффективным.

Активное взаимодействие с образовательными учреждениями и медицинскими организациями может стать значимым подспорьем. Посещение лекций, семинаров и консультаций специалистов поможет расширить знания о здоровье и получить профессиональные рекомендации. Обмен опытом с другими семьями,

придерживающимися здорового образа жизни, тоже может быть полезным. Регулярное посещение врачей для профилактических осмотров поможет своевременно выявить проблемы со здоровьем, принять меры на ранних стадиях и избежать серьезных осложнений. Культура доверия к медицинским специалистам также формируется с детства в семье.

Здоровый образ жизни включает комплекс мероприятий: это рациональное питание, физическая активность, соблюдение режима дня, отсутствие вредных привычек, эмоциональный настрой и соблюдение гигиенических правил. Ответственный подход к этой задаче позволит создать крепкую и здоровую семью, способную успешно адаптироваться к вызовам современного мира. Формирование здоровьесберегающих ценностей в семье – это вклад в будущее, направленный на гармоничное развитие личности, укрепление здоровья и повышение качества жизни.

Формирование культуры питания в семье включает в себя не только выбор полезных продуктов, но и создание приятной атмосферы за столом, отказ от еды перед телевизором или гаджетами, а также обучение детей правилам этикета и умеренности.

Привитие навыков личной гигиены также является неотъемлемой частью здоровьесберегающих ценностей. Регулярное мытье рук, уход за зубами, поддержание чистоты в доме – это простые, но важные привычки, которые способствуют предотвращению заболеваний.

Физическая активность как неотъемлемая часть семейного образа жизни не только укрепляет физическое здоровье, но и способствует сближению членов семьи, создавая позитивные эмоции и воспоминания. Важно найти те виды активности, которые будут интересны всем, чтобы избежать принуждения и сделать занятия регулярными, например, совместные прогулки на свежем воздухе, занятия спортом или активные игры.

Создание комфортных условий для полноценного сна, соблюдение режима дня и отказ от использования гаджетов перед сном – не менее важные факторы, влияющие на качество сна и общее состояние здоровья. Достаточный сон необходим для восстановления сил и поддержания нормальной работы организма.

Осознанное отношение к здоровью подразумевает и умение справляться со стрессом. Обучение техникам релаксации, медитации или просто умение находить время для отдыха и занятий любимым делом поможет снизить уровень стресса и предотвратить негативные последствия для здоровья. Важно научить детей распознавать признаки стресса и находить способы его преодоления.

Таким образом, формирование здоровьесберегающих ценностей – это не только ответственность родителей, но и возможность для укрепления семейных уз и создания

благоприятной среды для роста и развития каждого члена семьи. В целом, это динамичный и творческий процесс, который требует постоянного внимания и адаптации к меняющимся условиям. Главное – помнить, что здоровье – это бесценный дар, и забота о нем – залог активного долголетия.

#### Литература

1. Амосов Н.М. Самое главное. Размышления о здоровье человека и государства. –Родина, 2024. – 224 с.
2. Лукьянова Л.М. Укрепление здоровья ребенка через формирование здорового образа жизни в семье // Наука-2020. – 2019. №9(34). – С. 89-93.
3. Новоселова Е.Н. Роль семьи в формировании здорового образа жизни и смягчении факторов риска, угрожающих здоровью детей и подростков // Анализ риска здоровью. – 2019. – № 4. – С. 175–185

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ И ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Накува Любовь Фёдоровна

Преподаватель: Андреева Елена Ивановна, Андреев Павел Витальевич

Кафедра лечебного дела

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

**Введение.** Согласно действующим клиническим рекомендациям, всем пациентам с артериальной гипертензией показано проведение 12-канальной электрокардиографии с целью выявления гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ), при этом выполнение эхокардиографии рекомендовано при наличии изменений на ЭКГ или симптомов/признаков дисфункции ЛЖ. Исследования показали, что ЭКГ является менее чувствительным методом диагностики ГЛЖ по сравнению с эхокардиографией. Цель исследования – определить диагностическую ценность электрокардиографии по сравнению с эхокардиографией в выявлении гипертрофии левого желудочка у больных артериальной гипертензией. Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование, материалом для которого послужили амбулаторные медицинские карты 114 больных с эссенциальной артериальной гипертензией 1-2 стадии (47% мужчин и 53% женщин, средний возраст  $63,2 \pm 14,7$  лет, от 20 до 91 года). По данным ЭКГ для выявления ГЛЖ рассчитывали индекс

Соколова-Лайона, корнельский вольтажный индекс, амплитуду зубца R в отведении aVL, корнельское произведение. В качестве метода сравнения («золотого стандарта») использовали эхокардиографию с расчетом индексов массы миокарда ЛЖ.

**Результаты.** По данным ЭКГ признаки ГЛЖ выявлены у 13 из 114 больных АГ (11,4%). Наличие ГЛЖ по данным эхокардиографии выявлено у 45 человек (39,5%). Чувствительность метода ЭКГ в диагностике ГЛЖ при выборе подхода «хотя бы один ЭКГ критерий положительный» составила 20%, специфичность составила 94%, предсказательная ценность положительного результата 69%, предсказательная ценность отрицательного результата 64%, диагностическая ценность теста 65%. Выводы. Электрокардиографические критерии гипертрофии левого желудочка у больных АГ обладают низкой чувствительностью (20%) в отношении диагностики ГЛЖ. Для раннего выявления гипертрофии миокарда левого желудочка у больных АГ необходимо проведение эхокардиографии с расчетом общепринятых индексов массы миокарда ЛЖ.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, гипертрофия миокарда левого желудочка, ЭКГ

Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее распространенным фактором сердечно-сосудистого риска, имеют прямую и независимую связь с частотой развития большинства сердечно-сосудистых осложнений [1]. Согласно действующим клиническим рекомендациям, всем пациентам с АГ показано проведение 12-канальной электрокардиографии (ЭКГ) с целью выявления гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ), при этом выполнение эхокардиографии (ЭхоКГ) рекомендовано при наличии изменений на ЭКГ или симптомов/признаков дисфункции ЛЖ [1]. В качестве основных критериев диагностики ГЛЖ в российских и зарубежных клинических рекомендациях предлагается использовать индекс Соколова-Лайона ( $SV1+RV5-6 > 35$  мм), амплитуда зубца R в отведении aVL  $\geq 11$  мм, корнельский вольтажный индекс ( $RaVL+SV3 > 20$  мм для женщин и  $> 28$  мм для мужчин, корнельское произведение ( $RAVL+SV5$ ) мм  $\times$  QRS мс  $> 2440$  мм  $\times$  мс [1, 2]. В 1949 г. американские кардиологи Морис Соколов (Maurice Sokolow) и Томас П. Лайон (Thomas P. Lyon) впервые предложили использовать сумму амплитуды зубца S в отведении V1 и наибольшего из зубцов R в отведениях V5-6, превышающую 35 мм, в качестве одного из критериев ГЛЖ, однако следует отметить, что в 50-е годы прошлого века в качестве «золотого стандарта» диагностики ГЛЖ использовалось увеличение поперечного размера тени сердца по данным рентгенографии грудной клетки [3]. Более поздние исследования показали, что в сравнении с эхокардиографией метод ЭКГ является менее чувствительным методом диагностики ГЛЖ [4, 5].



**Цель исследования** - определить диагностическую ценность электрокардиографии по сравнению с эхокардиографией в выявлении гипертрофии левого желудочка у больных артериальной гипертензией.

### **Материал и методы**

Для выполнения поставленной цели было проведено ретроспективное исследование, материалом для которого послужили амбулаторные медицинские карты 114 больных с эссенциальной артериальной гипертензией 1-2 стадии (47% мужчин и 53% женщин, средний возраст  $63,2 \pm 14,7$  лет, от 20 до 91 года), находившихся на амбулаторном лечении у врача-кардиолога с 2020 по 2023 годы. В исследование не включались пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, с хронической сердечной недостаточностью III–IV функционального класса, а также пациенты с фибрилляцией предсердий, полной блокадой ножек пучка Гиса. Электрокардиография всем пациентам проведена на цифровом многоканальном электрокардиографе «iMAC300», эхокардиография выполнена по стандартной методике на УЗИ-сканере Mindray DC-60 Pro X-Insight. Вручную рассчитывали: индекс Соколова-Лайона ( $SV1+RV5-6$ ); амплитуда зубца R в отведении aVL, корнельский вольтажный индекс ( $RAVL+SV3$ ); корнельское произведение ( $RAVL+SV3$ )  $\times$  QRS. О наличии гипертрофии левого желудочка по данным электрокардиограммы судили, если хотя бы один из вышеперечисленных показателей достигал диагностически значимого уровня.

Наличие гипертрофии левого желудочка по данным эхокардиографии верифицировалось при значениях индексированной к площади поверхности тела массы миокарда левого желудочка (масса ЛЖ/ППТ) более 115 г/м<sup>2</sup> у мужчин и более 95 г/м<sup>2</sup> у женщин. При избыточной массе тела и ожирении гипертрофию левого желудочка считали доказанной при значениях индексированной к росту в степени 2,7 массы миокарда левого желудочка (масса ЛЖ/рост<sup>2,7</sup>)  $>50$  г/м<sup>2,7</sup> у мужчин и  $>47$  г/м<sup>2,7</sup> у женщин [1, 2]. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v.4.5.0 (ООО "Статтех", Россия). Для оценки диагностической ценности ЭКГ-критериев ГЛЖ производили расчет стандартных показателей чувствительности и специфичности, предсказательную ценность положительного и отрицательного результата, диагностическую ценность теста. В качестве «золотого стандарта» диагностики гипертрофии миокарда ЛЖ использовали эхокардиографию. Статистически значимыми считали результаты статистических критериев при уровне  $p < 0,05$ .

### **Результаты**

По данным ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка выявлены у 13 из 114 больных АГ (11,4%). Наличие ГЛЖ по данным эхокардиографии выявлено у 45 человек

(39,5%). Основные характеристики больных АГ с ГЛЖ приведены в табл.1. Больные АГ с ГЛЖ были статистически старше, имели более высокий индекс массы тела.

Чувствительность критерия Соколова-Лайона в выявлении ГЛЖ в нашем исследовании составила 0%, специфичность не подлежит расчету, так как ни у одного больного АГ с наличием ГЛЖ значение индекса не превышало 35 мм. Чувствительность ЭКГ-критерия «Зубец R aVL>11 мм» в выявлении ГЛЖ составила 7%, специфичность - 99%; чувствительность Корнельского вольтажного ЭКГ-критерия в выявлении ГЛЖ составила 9%, специфичность - 97%; чувствительность «Корнельского произведения >2440 мм\*мсек» в выявлении ГЛЖ составила 18%, специфичность - 94%. В целом, чувствительность метода ЭКГ в диагностике ГЛЖ при выборе подхода «хотя бы один ЭКГ критерий положительный» составила 20% (95% ДИ 9,58-34,6%), специфичность составила 94% (95% ДИ 85,8-98,4%), предсказательная ценность положительного результата 69%, предсказательная ценность отрицательного результата 64%, диагностическая ценность теста 65%.

### **Обсуждение**

Выявление ГЛЖ на ранней стадии является актуальной диагностической задачей в связи с тем, что ГЛЖ служит ключевым признаком поражения сердца при АГ. Для диагностики ГЛЖ используются различные диагностические методы, включая ЭКГ, ЭхоЭКГ, МРТ сердца, однако ЭКГ остается самым простым и доступным рекомендуемым методом выявления ГЛЖ. В нашем исследовании показана низкая чувствительность рекомендованных ЭКГ-критериев ГЛЖ. Результаты нашей работы совпадают с результатами исследования N. Baugam et al., которые также показали низкую чувствительность ЭКГ в сравнении с трансторакальной эхокардиографией, так, чувствительность ЭКГ-индекса Соколова-Лайона в выявлении ГЛЖ составила 1,9% при специфичности 64,9%, корнельского вольтажного индекса - 3,9% и 67,3% соответственно [6]. Байдиной А.С. и соавт. [7] предложено использовать новые значения «точек отсечения» (cut-off) в отношении ЭКГ-критериев ГЛЖ у мужчин. Так, превышение значений амплитуды RaVL 4,5 мм и корнельского вольтажного индекса 15,5 мм позволяют с чувствительностью 71–74% и специфичностью 56–57% прогнозировать наличие гипертрофии левого желудочка у мужчин.

Таким образом, необходимо продолжить поиск оптимальных по соотношению чувствительность/специфичность ЭКГ-критериев ГЛЖ и по возможности широко использовать эхокардиографию с целью раннего выявления ГЛЖ.

## **Выводы**

1. Электрокардиографические критерии ГЛЖ у больных АГ обладают низкой чувствительностью (20%) при высокой специфичности (94%). Таким образом, рекомендованные ЭКГ-критерии позволяют выявить ГЛЖ только у одного из пяти больных АГ.

2. ЭКГ-индекс Соколова-Лайона нежелательно использовать как единственный критерий ГЛЖ.

3. Для раннего выявления гипертрофии миокарда левого желудочка у больных АГ необходимо проведение эхокардиографии с расчетом общепринятых индексов массы миокарда ЛЖ.

## **МЕДИЦИНА ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

Накува Любовь Фёдоровна

Руководитель: Павицкая Елена Святославовна

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Екатеринбург

С 1941 по 1945 гг. шла Великая Отечественная война, ставшая самой кровопролитной за всю историю человечества. Более 27 млн солдат и мирных жителей погибло.

Достижения медицины и здравоохранения нашей страны в годы Великой Отечественной войны – славная страница истории, непреходящая ценность для следующих поколений. На фронте и в тылу была организована помощь раненым воинам. Не допущено возникновение эпидемий. Приложены все усилия для охраны здоровья подрастающего поколения. Создана служба охраны здоровья рабочих оборонных предприятий.

Начальный период войны был особенно тяжел в плане медицинского обеспечения: не хватало кадров, медикаментов, оборудования. Для быстрого решения кадровых вопросов были организованы досрочные выпуски студентов-четверокурсников из военно-медицинских академий и медицинских институтов. Благодаря этому ко второму году войны армия была обеспечена медицинскими кадрами по всем специальностям в среднем на 95 %. Кроме этого, к оказанию медицинской помощи раненым участвовали органы здравоохранения на местах. Накануне Великой Отечественной войны в гражданском здравоохранении нашей страны работали 140 769 врачей, из них 12 560 были хирурги всех специальностей. После нападения фашистской Германии в распоряжении Главного военно-

санитарного управления оказались 10 500 хирургов. Тогда же в июле 1941 г. началось дополнительное формирование 1600 эвакогоспиталей (ЭГ). Сформированы 291 медсанбат (МСБ), 380 полевых подвижных госпиталей преимущественно хирургического профиля, 94 медико-санитарные роты и много других медицинских учреждений. Всего за этот период, не считая медико-санитарных рот стрелковых полков и отдельных танковых бригад, были вновь сформированы 3750 медицинских учреждений. С помощью этих людей медицинское обслуживание получали воины и труженики тыла, матери, дети и старики.

Вся система оказания медицинской помощи в бою и последующего лечения раненых до выздоровления была построена на принципах этапного лечения с эвакуацией по назначению: единая военно-полевая медицинская доктрина. Содержание которой было сформулировано начальником Главного военно-санитарного управления. Смирновым Е. И.: «Современное этапное лечение и единая военно-полевая медицинская доктрина в области полевой хирургии основываются на следующих положениях:

1. все огнестрельные раны являются первично-инфицированными;
2. единственно надежным методом борьбы с инфекцией огнестрельных ран является первичная обработка ран;
3. большая часть раненых нуждается в ранней хирургической обработке;
4. раненые, подвергнутые в первые часы ранения хирургической обработке, дают наилучший прогноз».

Работа передовых медицинских отрядов имела исключительное значение для спасения жизни и восстановления здоровья раненых. И решало тут всё – время! Для быстрой остановки кровотечения на поле боя важны порой минуты и секунды.

Одним из наиболее ярких показателей организованности полевой медицинской службы, являлось время поступления раненого после ранения на полковой медицинский пункт (ПМП), где ему обеспечивалась первая врачебная помощь. Основным требованием к медицинской службе было обеспечение прибытия всех раненых на полевой медицинский пункт в пределах до 6 часов после ранения и в медсанбат – до 12 часов. Если раненые задерживались на ротном участке или в районе батальонного медпункта и прибывали после названных сроков, то это рассматривалось как недостаток организации медицинской помощи на поле боя. Оптимальным сроком для оказания первичной хирургической помощи раненым в медсанбате считался срок в пределах шести-восьми часов после ранения.

Важнейшим органом доврачебной помощи, несомненно, являлся батальонный медицинский пункт (БМП), возглавлявшийся батальонным фельдшером. Именно он являлся организатором всей медицинской помощи и всех санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, проводимых в батальоне. Важнее всего для него было

ускорить прибытие раненых на БМП и их отправку на полковой медпункт (ПМП). Кроме того, здесь проверялось состояние и производилось исправление ранее наложенных повязок и транспортных шин. При поступлении раненых в состоянии шока применялись сердечные и болеутоляющие средства. Раненых согревали химическими грелками и теплыми одеялами.

В свою очередь, ПМП превращались из пунктов общеврачебной помощи в подготовительные хирургические пункты. На полковом медицинском пункте, впервые на эвакуационном пути раненого, проводилась врачебная регистрация раненых, заполнялись медицинские карточки передового района, следовавшие с ними на всем пути эвакуации. В некоторых случаях, когда оказывались значительные затруднения с эвакуацией раненых из ПМП в МСБ, практиковалось направление из медсанбата хирурга в ПМП для хирургической помощи (главным образом для неотложных и срочных операций).

Смертность медработников была на втором месте после стрелковых частей. Всего за годы войны потери медицинской службы составили 210 тыс. чел. Больше всего убитых и раненых было среди санитаров и санинструкторов. 40 секунд составляла средняя продолжительность жизни санинструктора на передовой в 1941 году.

Всего за годы войны было госпитализировано 22 326 905 солдат и офицеров вооружённых сил. Из них 14 685 593 – по ранению, остальные – по болезни. Вернули в строй 72,3% раненных и 90,6% больных воинов. Ещё 17% комиссовано. И лишь 6,1% бойцов врачам не удалось спасти. В абсолютных цифрах число раненых и больных, возвращенных в строй медицинской службой за все годы войны, составило около 17 млн человек (численность наших войск на январь 1945 г. составляла около 6 млн 700 тыс. человек).

Начиная с 1 января 1943 г. из каждой сотни пораженных в боях 85 человек возвращались в строй из медицинских учреждений полкового, армейского и фронтового районов и только 15 человек – из госпиталей тыла страны.

Одним из важнейших распоряжений Ставки, стал приказ народного комиссара обороны «О порядке представления к правительственной награде военных санитаров и носильщиков за хорошую боевую работу», подписанный 23 августа 1941 г. И. В. Сталиным. Согласно которого, к награждению представлялись санитары и санитары-носильщики за вынос раненых с поля боя с их оружием. Так за вынос 15 человек представляли к медали «За боевые заслуги» или «За отвагу»; за 25 человек – к ордену Красной Звезды; за 40 человек – к ордену Красного Знамени; за 80 человек – к ордену Ленина. К концу войны более 116 тысяч человек личного состава военно-медицинской службы и 30 тыс. тружеников гражданского здравоохранения были награждены орденами и медалями. 42

медика работника удостоены звания Героя Советского Союза. Из них, 17 человек – женщины.

Большим достижением медицины в те годы можно считать проводимую противоэпидемическую работу. В годы войны ни фронт, ни тыл не знали эпидемий инфекционных заболеваний. Это спасло сотни тысяч, миллионы человеческих жизней.

Большая работа проводилась по организации медицинской помощи населению, эвакуированному из оккупированных территорий. В результате чего население тыловых городов и сел во втором полугодии 1941 г. значительно возросло. Как следствие этого, на медиков городских больниц и поликлиник восточных районов страны легла двойная и даже тройная нагрузка.

Организация «стационаров на дому» позволила компенсировать дефицит стационарной помощи населению в тыловых районах. Приказами и распоряжениями Наркомздрава СССР (ноябрь 1941 г. и др.) и местных органов здравоохранения для рабочих оборонных предприятий ввели преимущественное, первоочередное обеспечение медицинской помощью. Благодаря деятельности медсанчастей предприятий с середины 1942 г. заболеваемость рабочих на крупнейших предприятиях стала снижаться.

Большим достижением педиатрической науки стало организация медицинской помощи детям. Работа педиатров блокадного Ленинграда спасла тысячи маленьких жизней героического города. В январе 1942 г. правительство страны разработало меры по устройству детей, оставшихся без родителей. Существовавшие молочные кухни реконструировались в своеобразные "пищевые станции". В октябре 1942 г. восстановлен участковый принцип деятельности детских консультаций и поликлиник. Смертность детей за 1941-1943 гг. не только не увеличилась, но, наоборот, снизилась.

Не останавливалась в те годы научная работа. Полученные в довоенные годы кровезаменители и изобретение способов консервирования и переливания крови в дальнейшем помогло спасти тысячи жизней. В военные же годы были проведены испытания пенициллина, изобретены отечественные сульфаниламиды и антибиотики, использовавшиеся для борьбы с сепсисом и заживления гнойных, трудно-затягивающихся ран. К основным успехам медицины в послевоенные годы можно отнести тщательное изучение санитарной обстановки и эффективное устранение проблем в этой области.

Достижения медицины в годы Великой отечественной войны, несомненно, связаны с именами великих врачей.

Руководил медицинским обеспечением Красной Армии на протяжении всей войны начальник Главного военно-санитарного управления Ефим Иванович Смирнов (1904-1989 гг.), впоследствии министр здравоохранения СССР (1947-1953 гг.). (1883-1950 гг.).

Главным терапевтом Красной армии в годы войны был (и Советской армии – в послевоенное время) – академик Николай Нилович Бурденко (1876-1946 гг.), хирург, один из основоположников нейрохирургии в СССР, академик АН СССР (1939), первый президент АМН СССР (с 1944), генерал-полковник медицинской службы (1944), Герой Социалистического Труда (1943). Накануне войны участвовал в разработке научно-организационных основ военно-полевой хирургии, в годы войны главный хирург Красной Армии. Под руководством Бурденко на фронтах внедрены единые принципы лечения огнестрельных ранений, что способствовало успехам советской военной медицины в спасении жизни, восстановлении здоровья и боеспособности раненых.

Юстин Юлианович Джанелидзе (1883-1950 гг.) хирург, академик АМН СССР (1944), Герой Социалистического Труда (1945), генерал-лейтенант медицинской службы (1943). С 1939 г. Главный хирург ВМФ и с 1943 г. Начальник кафедры госпитальной хирургии Военно-морской медицинской академии. Разрабатывал проблемы хирургического лечения и лечебно-эвакуационного обеспечения раненых на флоте, в частности, при повреждениях опорно-двигательного аппарата (одна из операций носит его имя) и ожогах.

Мирон Семенович Вовси (1897-1960 гг.), терапевт, генерал-майор медицинской службы (1943). В 1941-1950 главный терапевт Советской Армии. Внес большой вклад в развитие военно-полевой терапии. Участвовал в разработке системы терапевтических мероприятий в действующей армии. Труды, посвященные особенностям течения внутренних заболеваний в условиях военного времени, в частности, у раненых.

Александр Леонидович Мясников (1899-1965 гг.), терапевт, академик АМН СССР (1948). С 1942 главный терапевт ВМФ, заведующий кафедрой Военно-морской медицинской академии (1940-1948), находился в блокадном Ленинграде; неоднократно в действующие флотилии. Под руководством Мясникова была создана система терапевтической службы флота.

Ефим Иванович Смирнов (1904-1989 гг.), учёный в области здравоохранения, генерал-полковник медицинской службы (1943). Работы по организации и тактике военно-медицинской службы, эпидемиологии, истории военной медицины. В годы войны начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии. Развил учение об этапном лечении с эвакуацией по назначению и внедрил в практику систему лечения эвакуационных мероприятий, которые способствовали возвращению в строй большинства раненых и больных. Разработанная под руководством Смирнова система противоэпидемического обеспечения войск обусловила эпидемическое благополучие действующей армии. Главный редактор научного труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» в 35 томах.

Войно-Ясенецкий В.Ф. (1877-1961), профессор медицины, лауреат Сталинской премии, хирург-консультант Тамбовских эвакогоспиталей, архиепископ Тамбовский Лука в 1944-1946 гг. Автор книги «Очерки гнойной хирургии» (1916 – 1946 г.). В августе 2000 года канонизирован Русской православной церковью.

Медицинские работники внесли бесценный вклад в победу. На фронте и в тылу, днём и ночью, в неимоверно тяжёлых условиях военных лет они спасали жизни миллионов воинов. В строй возвратились 72.3% раненых и 90.6% больных. Победа была одержана в значительной степени солдатами и офицерами, возвращенными в строй медицинской службой.

#### Список использованных источников

1. <https://maksavit.ru/help/articles/kak-polzovatsya-elektronnym-retseptom/>
2. e-rp\_presentation.pdf
3. <https://ppt.ru/art/bolnichniy/electronniy>
4. <https://histrf.ru/teacher/istoriya-rossii-1914-1945-gody/edinstvo-fronta-i-tyla-2/article/spasionnyie-ot-smierti-kak-rabotala-mieditsina-v-ghody-voiny?content=article>
5. <https://национальныепроекты.рф/news/nevidimyy-front-velikoy-otechestvennoy-voyny-kak-mediki-spasali-lyudey/>
6. <https://www.prlib.ru/section/683535>

## **ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ, СВЯЗАННЫХ С НЕРАЦИОНАЛЬНЫМ ПИТАНИЕМ**

Нелина Диана Игоревна

Руководитель: Федорова Динара Айдаровна, преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»,

г. Екатеринбург, Россия

"Питаться – это необходимость, но разумно питаться – это искусство"

Франсуа VI де Ларошфуко

Питание и здоровье человека тесно взаимосвязаны. По оценкам специалистов здоровье людей зависит на 50-55% именно от образа жизни, на 20% – от окружающей среды, на 18-20% – от генетической предрасположенности, и лишь на 8-10% – от здравоохранения [1]. Заболевания, вызванные нарушением питания, называют алиментарно-зависимыми. Повышенный уровень стресса, гиподинамия, загрязнение



окружающей среды и многое другое являются неотъемлемыми спутниками человека. В последние десятилетия в связи с ростом новых технологий, совершенствованием и автоматизацией бытовых условий и труда, энергозатраты современного человека резко снизились. Соответственно и потребление пищи должно быть меньше. Однако, употребляя меньшее количество пищевых веществ, организм испытывает дефицит незаменимых микронутриентов (витаминов, минеральных веществ, полиненасыщенных жирных кислот) [2].

Охрана и укрепление здоровья студенчества в основном определяется образом жизни. Именно в период обучения формируется здоровье человека на всю последующую жизнь. Молодежь часто не задумывается о последствиях неправильного питания [3]. Если, обучаясь в школе, ведя привычный образ жизни, имея сбалансированный годами рацион питания ученики чаще всего не имеют заболеваний, связанных с нерациональным питанием, то, поступив в колледж, университет картина меняется. Бывший школьник попадает в новую для себя среду. Социализация в новом коллективе, повышенные учебные нагрузки, дорога до учебного заведения, все это требует больших энергозатрат и высокого уровня здоровья в целом. Одним из главных факторов, составляющих здоровый образ жизни студента является **рациональное питание**. Статистические данные последних лет показывают резкое увеличение количества молодых людей, страдающих ожирением, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, сахарным диабетом и т.д. Результаты исследования особенностей питания учащейся молодежи показывают недостаток потребления в данной группе населения мясных и молочных продуктов, свежих овощей, что позволяет прогнозировать дефицит в рационе микроэлементов, витаминов, пищевых волокон и других компонентов питания [4]. У молодых людей, которые питаются нерационально, возникает чувство постоянной усталости, соответственно падает работоспособность. Чего не скажешь о студентах, которые питаются правильно. Нерациональное питание- источник различных болезненных состояний, низкой физической и умственной активности [5]. В связи с распространением алиментарно-зависимых заболеваний среди студентов первого курса и увеличения этой тенденции в старших возрастных группах необходимо принимать меры по улучшению питания студентов.

Профилактика заболеваемости студентов требует расширения пропаганды здорового образа жизни, в частности такого его составляющего, как рациональное питание. Наблюдается парадокс. С одной стороны, студенты, обучаясь лечебному делу, знают, как правильно питаться и понимают, что это необходимо. Однако, большая часть из них пренебрегает правилами рационального питания, отдавая предпочтения быстрым перекусам, несбалансированному питанию. Многие считают причиной этому занятость,

стиль студенческой жизни, но есть и студенты, которые испытывают материальные проблемы.

В ходе исследования мы поставили **цель** изучить взаимосвязь нерационального питания у студентов первокурсников с патологиями желудочно-кишечного тракта.

Нами было проведено исследование среди студентов первого курса специальности «Лечебное дело» на базе ГБПОУ «СОМК». В исследовании приняли участие 24 респондента, среди которых 24% в анамнезе имеют патологию ЖКТ. Среди опрошенных, периодически испытывают такие симптомы, как тошнота, болевые ощущения в эпигастральной области практически все. Причем, многие стали ощущать такие диспепсические расстройства именно во время учебы в колледже. 52 % из всех опрошенных стараются придерживаться режима питания, остальные 48 % его не соблюдают. На вопрос о количестве приемов пищи «трех-четырех» разовое питание отметили 48 % молодых людей, большинство 52% - имеет лишь 1 или 2 полноценных приема пищи. 84% студентов любят устраивать себе перекусы, однако, перекусы у всех различные. В основном, это хлебобулочные изделия. Почти половина респондентов редко включают в свой рацион мясо или рыбу, необходимые источники белка и витаминов. Скорее всего, это связано с материальными затратами или неумением готовить. Достаточное количество свежих овощей и фруктов (не менее 400 г.) ежедневно употребляют 48% опрошенных, 52% - не включают часто в свой рацион растительную пищу.

Большинство студентов отметили, что они часто не высыпаются и нет времени на полноценные приемы пищи. По времени прием пищи занимает у студентов в среднем не более 10 минут, очень многие из них занимаются посторонними делами во время еды, такими как просмотр социальных сетей или разговоры. Стоит отметить, что в основном нерационально питаются иногородние студенты, живущие отдельно от родителей. Огорчает тот факт, что 5% из респондентов имеют алиментарное ожирение и высокие риски развития сахарного диабета.

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о несбалансированном питании студентов, которое в дальнейшем может усугубить состояние здоровья. Учитывая факторы (несбалансированное питание, наследственные заболевания, избыточный вес) в обследуемой группе студентов высок риск развития алиментарно-зависимых заболеваний.

Нами были разработаны рекомендации для решения данной проблемы среди моих сокурсников:

1. Усилить просветительскую работу для улучшения качества питания, соблюдения режима питания, в целях выработки у студентов колледжа более ответственного отношения к своему здоровью.

2. При составлении учебного расписания необходимо учитывать время для принятия горячей пищи студентами.

3. Организация полноценной столовой в главном корпусе ГБПОУ «СОМК».

Список литературы:

1. Айзман Р.И., Рубанович В.Б. Основы мед. знаний и здорового образа жизни: учебное пособие. –Новосибирск, 2010-286 с.

2. Анисимов А.Ю. Влияние нерационального питания на организм человека Гуманитарные научные исследования. 2017. №7

3. Особенности организации рационального питания студентов // [Электронный ресурс] / Режим допуска: [http://www.bibl.nngasu.ru/electronic%20resources/uch metod/.../5074](http://www.bibl.nngasu.ru/electronic%20resources/uch%20metod/.../5074) (дата обращения: 21.09.2013 г.).

4. Пашкевич С.А. Анализ питания студенческой молодежи во взаимосвязи с особенностями здоровья / С.А. Пашкевич // Физическое воспитание студентов. – 2012. - №6. – С.84-88.

5. Подригало Л.В. Питание студентов / Л.В. Подригало, К. Прусик //Физическое воспитание студентов. – 2012. -№6. – С.84-88.

## **ДАНИИЛ КИРИЛЛОВИЧ ЗАБОЛОТНЫЙ – ОСНОВОПОЛОЖНИК ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ/D/K.ZABOLOTIY – THE FOUNDER OF THE RUSSIAN EPIDEMIOLOGY**

Авторы: Вероника Евгеньевна Полякова, Ксения Владимировна Рябкова

Руководитель: Елена Алексеевна Галышева преподаватель иностранного языка

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Екатеринбург

Консультант: Мария Алексеевна Ушакова, преподаватель кафедры «Лабораторная диагностика»

В 2026 года исполняется 160 лет со дня рождения выдающегося отечественного микробиолога и эпидемиолога, талантливого организатора здравоохранения, замечательного педагога – Даниила Кирилловича Заболотного. Его имя стоит в одном ряду с такими микробиологами, как Л. Пастер, Р. Кох, И. Мечников, С. Виноградский. В

медицине он прошел большой и сложный путь. Создание науки эпидемиологии прочно связано с его именем.

В Киевском университете предметом научного интереса студента Д.Заболотного становится холера. Закончив университет, Даниил Заболотный поехал работать врачом-эпидемиологом в Каменец-Подольскую губернию. Там он, продолжая работу по внедрению противохолерной сыворотки, решает проверить её действие на собственном организме, заразив себя холерой. Рискуя жизнью, он в течение 25 дней прививал себе через рот убитые холерные вибрионы, а затем ввел себе живую холерную культуру. Этот героический опыт доказал эффективность и безопасность пероральной иммунизации человека против холеры, а также стал отправной точкой массовой иммунизации.

Лучшие ученые мира безуспешно пытались установить источник возникновения эпидемий чумы. Заболотный занимался изучением этого заболевания почти 30 лет и вошел в историю науки как один из «победителей чумы».

Д. К. Заболотный участвовал в экспедициях по ликвидации эпидемии чумы в Индии, Глазго, Португалии, Марокко, Маньчжурии, Китае, Шотландии и других странах. В одной из экспедиций в 1898 году Даниил Кириллович и сам заражается чумой, но, благодаря вовремя введенной противочумной сыворотке, он смог выжить.

Проделанная Заболотным гигантская исследовательская работа позволила сделать ему революционное предположение: «Различные породы грызунов, по всей вероятности, представляют в природе ту среду, в которой сохраняются чумные бактерии. Отсюда явствует, как важно выяснить повальные заболевания водящихся в данной местности грызунов». Заболотный **экспериментально** подтвердил свое предположение.

Но борьба с чумой была лишь одной из страниц научной биографии Заболотного. Много лет своей жизни он посвятил изучению сифилиса, дифтерии, малярии, гриппа, сыпного тифа и множества других инфекционных болезней.

В годы Первой мировой войны в 1915 году Д. К. Заболотный назначен главным эпидемиологом русской армии, налаживает эпидемиологическую и санитарно-гигиеническую службу практически на всех фронтах, контролирует эпидемиологическую обстановку. Эффективность проведенных под его руководством мероприятий оказалась очень высокой. Генерал от кавалерии Алексей Алексеевич Брусилов (1853-1926) в своих воспоминаниях отмечал, что во время войны 1914-1918 гг. на фронте не возникало проблем с инфекционными заболеваниями.

Свою исследовательскую деятельность Д.К. Заболотный сочетал с активной преподавательской, общественной и государственной работой. Зная не понаслышке о нуждах народа, поскольку сам происходил из простой семьи, Даниил Кириллович придавал

огромное значение санитарному просвещению населения. Помимо научных трудов, Заболотным написано множество популярных брошюр и листовок для санитарного просвещения населения: «Микробы, их жизнь и значение», «Заразные болезни и как от них уберечься», «Письма к крестьянам о здоровье», «Береги здоровье» и другие.

Д.К. Заболотный вошел в историю как ученый **мирового уровня**, благодаря таланту которого были заложены основы эпидемиологии не как системы отдельных мероприятий, а как науки, которая "занимается изучением причин возникновения и развития эпидемий, выясняет условия, благоприятствующие их распространению, и намечает способы борьбы с ними”.

#### Использованная литература:

1. Андриюшкевич, Т. В. Даниил Кириллович Заболотный и Императорский институт экспериментальной медицины // Медицина. XXI век. – 2007. – № 8. – С. 72-80. – Электронная копия доступна на сайте Elibrary. URL:[https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_20131205\\_83803079.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_20131205_83803079.pdf) (дата обращения: 22.05.2025).

2. Щербакова, В. В. Д.К. Заболотный – основоположник отечественной эпидемиологии / В. В. Щербакова, Д. А. Хаирова, О. В. Рогачева // Week of Russian science (WeRuS-2024) : сборник материалов. – Саратов, 2024. – С. 655–656. – Электронная копия доступна на сайте Elibrary. URL: [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_68559903\\_57205178.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_68559903_57205178.pdf) (дата обращения: 22.05.2025).

3. Инфекционные болезни: учеб. пособие / И. А. Бережнова: РИОР: ИНФРА-М. 2019

## ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ – ПАНАЦЕЯ ДЛЯ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА ИЛИ ПУТЬ В НИКУДА

Самойлова Юлия Алексеевна

Руководитель: Федорова Динара Айдаровна, преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Екатеринбург, Россия

За последние десятилетия наблюдается рост продолжительности жизни во многих странах мира, обусловленный улучшением здравоохранения, гигиены, питанием, медицинскими технологиями и снижением детской смертности.

Увеличение продолжительности жизни приводит к росту числа пациентов, нуждающихся в трансплантации органов. Наиболее частыми заболеваниями, требующими трансплантации, являются болезни сердца, почек, печени, легких и поджелудочной железы.

Трансплантация является сложной медицинской процедурой, требующей высокой квалификации специалистов и современных технологий. Одной из главных проблем трансплантологии является нехватка донорских органов.

Технологии, позволяющие создавать искусственные органы, которые работают как настоящие, активно развиваются. Внедрение таких методов в клиническую практику поможет решить проблемы дефицита донорских органов, а также позволит сократить число экспериментов на животных при тестировании лекарств и косметики [1].

**Гипотеза** - пациентам с различными заболеваниями, очень трудно найти нужный донорский орган для пересадки, но в перспективе люди решат проблему в дефиците. В ближайшем будущем очень много людей будут спасены, благодаря искусственным и выращенным органам.

Искусственные органы – технические устройства, предназначенные для временной или постоянной замены функции того или иного внутреннего органа человека. Возможность создания связана как с прогрессом биологии и медицины, так и с успехами физики, химии, математики, а также технических наук.

Создание и установка искусственных органов – это трудоёмкий, сложный, дорогостоящий процесс. Не каждый человек может позволить заменить тот или иной орган, потерявший свои функции новым искусственным. Искусственные органы не всегда полностью заменяют функцию естественного органа, особенно когда он обладает рядом сложных функций, как печень, сердце. Чаще искусственные органы заменяют не весь орган, а наиболее важную его часть.

Искусственный орган нуждается в постоянном уходе, в котором не нуждается естественный орган:

1. обеспечение жизнеобеспечения для предотвращения неминуемой смерти в ожидании трансплантации (например, искусственного сердца);
2. существенное улучшение способности пациента к самообслуживанию (например, протез);
3. улучшение способности пациента к социальному взаимодействию (например, кохлеарный имплант);
4. улучшение состояния пациента качество жизни через косметическое восстановление после хирургии рака или несчастного случая.[2]

**Перспектива в использовании** искусственных органов:

1. Шанс в спасении жизни человеку, утратившему способность к функционированию того или иного органа.

2. В перспективе можно будет создать даже сложную структуру глаза и внутреннего уха.

3. Вероятность сбережения жизни человека в ожидании нового органа.

На самом деле перспективы в создании и использовании искусственных органов огромны. Но может быть и факторы, которые затрудняют установку и создание органов?

**Проблемы в использовании искусственных органов:**

1. Огромная стоимость

Стоимость искусственного сердца AbioCor в странах Западной Европы составляет порядка 75 000 – 100 000 \$, вместе с операцией - около 350 000\$.

2. Большой риск при установке нового органа

Вероятность того, что организм примет новый орган очень мала.

3. Отсутствие врачей, способных провести такую операцию

В настоящее время очень трудно найти квалифицированных специалистов, которые смогут провести такую трансплантацию.

4. Отсутствие клиник

В мире всего несколько клиник, проводящих подобную операцию.

5. Отсутствие необходимого оборудования

Такая операция требует современного дорогостоящего оборудования, которое очень трудно найти [3].

Резюмируя, стоит отметить, что искусственные органы - сложный объект для оценки одного верного решения. Каждый будет относиться по-своему к этой проблеме. Тем не менее, такая прекрасная возможность как самостоятельное выращивание органа для пересадки человеку – это настоящий прорыв в развитии, новые возможности и варианты решения разных проблем.

На сегодняшний день известны случаи создания тканей желудка из «пробирки», искусственной трахеи, легких, почек, мочевого пузыря и др.

В ходе исследования нами был проведен опрос среди студентов 1 курса специальности «Лечебное дело» ГБПОУ «СОМК» с целью выяснить отношение к трансплантации и донорству. В анкетировании приняли участие 25 человек в возрасте от 18 до 25 лет. Большинству респондентов известно о существовании искусственных органов, но при уточнении информации, не все слышали о реальных случаях применения их. Радует, что единогласно все студенты одобряют создание искусственных органов и считают, что они смогут спасти жизни людей.

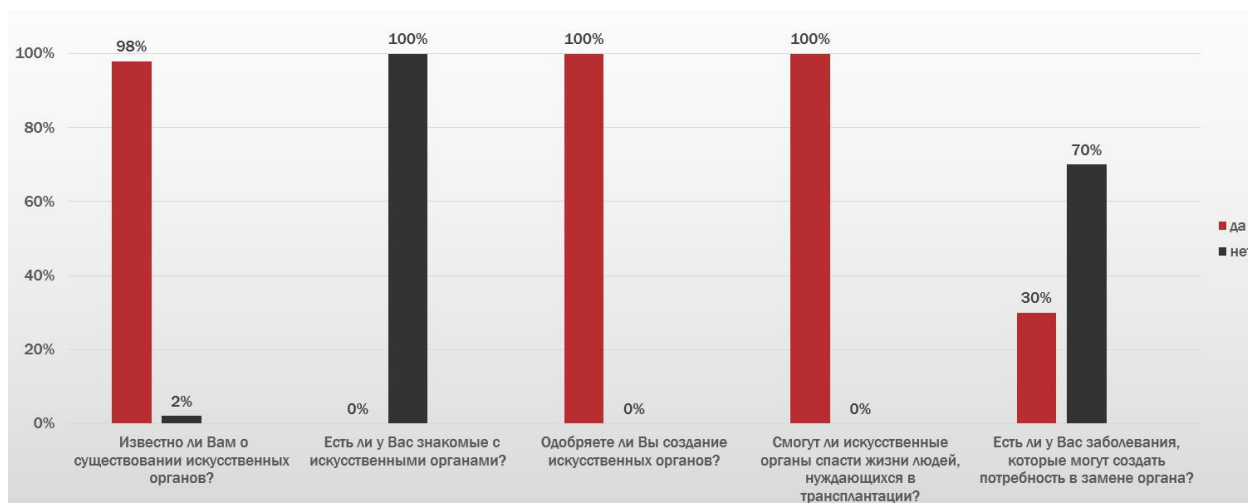


Диаграмма. Анкетирование

Влияние искусственных органов на медицину трудно переоценить. Они предоставляют новые возможности для лечения хронических заболеваний, сокращая время ожидания трансплантаций и снижая зависимость от донорских органов. Кроме того, они открывают перспективы для регенеративной медицины, позволяя восстанавливать поврежденные ткани и органы, что ранее было невозможным. В будущем ожидается, что искусственные органы могут стать более интегрированными с бионическими системами, обеспечивая более эффективное взаимодействие между биологическими и механическими компонентами организма. Практическая значимость создания и применения искусственных органов неопределима. Она состоит в возможности использования результатов исследований и инноваций для сохранения жизни и здоровья человека, ведь ничего важнее быть не может.

Создание искусственных органов – это только начало в истории развития медицины.

#### Список литературы

1. Комаров А.А. Презумпция согласия в отечественной трансплантологии: правовые, медицинские, этические и религиозные подходы / А.А. Комаров, Ф.В. Исмагилов // Вестник Томского государственного университета. - 2009. - № 329. - С. 123-126.
2. Климушева Н. Ф. Трансплантация солидных органов: пути оптимизации и повышения эффективности (диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук), Москва, 2016. <https://transpl.ru/files/klimysheva/diss.pdf>
3. Портал РМЖ (Русский медицинский журнал) - медицинская информация экспертного уровня для профессионалов. <https://www.rmj.ru/articles/gastroenterologiya/9642/#ixzz7K7UkaaKh>



## **СТРАНА ГЕРОЕВ. ПУТЬ К ПАТРИОТИЗМУ: ГЕРОЙ РОССИИ МАКСИМ ШОЛОМОВ**

Семешко Екатерина Андреевна

Руководитель: Дайнес Евгений Анатольевич, заместитель директора

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Екатеринбург

Проект посвящён патриотическому воспитанию молодежи на примере подвига подполковника Максима Шоломова – участника специальной военной операции, удостоенного звания Героя Российской Федерации.

Особое внимание уделено разработке и апробации форм патриотического воспитания, адаптированных для студентов медицинского колледжа. В результате подтверждена эффективность двустороннего взаимодействия: герои становятся примером для молодежи, а общество возвращает защитников к полноценной мирной жизни через уважение, признание и совместную деятельность.

Современная Россия прошла долгий путь к осознанию своей идентичности и независимости от влияния Запада. Сегодня это сильная и героическая страна, что ежедневно подтверждают солдаты и офицеры, участвующие в специальной военной операции. Эти события уже вошли в историю, а участники СВО – продолжатели подвигов своих предков. Один из них – наш земляк, Герой Российской Федерации, подполковник Максим Владимирович Шоломов. Его история – пример мужества, доблести и беззаветной любви к Родине.

Патриотизм во все времена был основой духовного и гражданского воспитания. Особенно он важен в условиях внешних угроз, когда необходимо объединение общества вокруг общих ценностей. С начала СВО патриотическое воспитание приобрело особую значимость, особенно в формировании у молодёжи гражданской идентичности и чувства ответственности за страну.

Согласно Указу Президента РФ № 309<sup>5</sup>, в ближайшие годы акцент делается на воспитание патриотичной личности на основе культурных и духовных традиций. В.В. Путин подчеркивает важность живого общения молодежи с участниками СВО как с реальными героями нашего времени<sup>6</sup>. Государство активно привлекает участников боевых

---

<sup>5</sup> Указ Президента РФ от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года».

<sup>6</sup> Перечень поручений по итогам заседания Совета по стратегическому развитию и нацпроектам и комиссий Госсовета по направлениям социально-экономического развития // Официальный сайт Президента Российской Федерации, 4 августа 2024 г.

действий к патриотической работе, что способствует не только воспитанию молодёжи<sup>7</sup>, но и адаптации самих ветеранов в мирной жизни.

Актуальность проекта заключается в формировании у подрастающего поколения патриотических чувств, уважения к героям современности и гражданской ответственности через взаимодействие с участниками СВО, в частности – подполковником Шоломовым М.В. Одновременно проект способствует возвращению бойцов к активной общественной жизни.

Живые примеры героизма – важнейшая часть патриотического воспитания. Биография и подвиг Максима Шоломова становятся содержательной и эмоциональной основой этой работы.

### **Школа мужества: Шоломов Максим Владимирович**

Максим Владимирович Шоломов родился 11 января 1981 года в городе Чебаркуль, Южный Урал. Он был первым ребёнком в семье: отец – офицер танковых войск, мать – учительница.

С раннего детства Максим был активным и неугомонным. Родители старались направить энергию сына в полезное русло: дали ему грядку под ответственность, и там всегда рос хороший урожай. Максим помогал по дому, нянчился с младшим братом и детьми соседей.

Он серьёзно увлёкся спортивным ориентированием: научился пользоваться картой и компасом, участвовал в соревнованиях, где нужно было выходить по заданному маршруту в лесу. Этот навык пригодился ему в дальнейшей жизни. Любимым занятием был футбол. Родители достали для него дефицитный мяч, и вся округа собиралась во дворе, чтобы играть до самого вечера.

В семье Максима Шоломова было много героев, защищавших Родину. Во время Великой Отечественной войны на фронт ушли братья бабушки Максима – Александр и Николай Близеевы. Николай пропал без вести, Александр – танкист, получив ранения, попал в партизаны, в последствии погиб. Прадед Самуил Шоломов прошёл Гражданскую, Финскую и Великую Отечественную войны, служил в хозяйственном взводе. Другие родственники деда также погибли на фронте. Из восьми братьев бабушки домой вернулся лишь один – Максим.

Военная династия продолжилась в лице отца Максима – Владимира Зальмановича Шоломова. Он начал службу в 1971 году, был командиром танка, затем офицером вещевого

---

<sup>7</sup> Гуров Г.А. Глава Росмолодежи рассказал, откуда в России появилось «поколение НЕТ» / Г.А. Гуров, беседовал Е. Круглов // Электронное периодическое издание «Парламентская газета», 29 января 2025 г.

службы. В 1986 году участвовал в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, а в 1991 году служил в Грузии во время вооружённого конфликта, куда переехала и семья.

В Грузии семья столкнулась с бытовыми трудностями и угрозами со стороны местных жителей. В условиях отключений воды и электричества, агрессии и грабежей, Шоломовы выжили благодаря стойкости матери Максима. Позже они вернулись в Чебаркуль, а затем сопровождали отца в Германию во время вывода войск. В 1998 году отец вышел в отставку.

Максим с детства мечтал стать военным. Он сопровождал отца на стрельбах и дежурствах, а среди его сверстников большинство тоже готовились к военной карьере. Школа уделяла внимание патриотическому воспитанию: «Зарница», турслёты, встречи с ветеранами. На его выбор повлияли и героические примеры – в частности, Герой России Александр Хамитов, а также подвиг Алексея Каширина, именем которого названа школа.

Максим целеустремлённо готовился к поступлению в Челябинский военный автомобильный институт (ЧВАИ), брал факультативы, занимался спортом и выдержал конкурс. В 2003 году он окончил ЧВАИ и был направлен в 291 мотострелковый полк, с которым участвовал в контртеррористической операции в Чечне.

В начале 2022 года капитан Максим Шоломов участвовал в учениях «Союзная решимость – 2022» в составе 35-й гвардейской мотострелковой бригады. 24 февраля его подразделение было передислоцировано в зону проведения СВО. Первые месяцы службы прошли в Черниговской и Харьковской областях, где его взвод охранял стратегические объекты и не понёс потерь.

21 сентября 2022 года, во время контрнаступления ВСУ, Шоломову поручили удерживать важный перекрёсток в районе города Изюма. Девять дней взвод отражал по несколько атак ежедневно. Почти все были ранены. При отходе капитан Шоломов прикрывал отступление и получил тяжёлое ранение – мина оторвала левую руку. Несмотря на это, он продолжал руководить операцией. Боевая машина пехоты, в которой находились раненые, включая самого командира, была подбита. Шоломов получил серьёзные ожоги, правая рука полностью сгорела. До того, как началась детонация снарядов, он успел вытолкнуть из машины сослуживца и выбрался сам. Взвод вышел из окружения с минимальными потерями – погиб только один боец.

Максима доставили в госпиталь в Ростове, затем – в Центральный военный клинический госпиталь имени Вишневского в Москве. Его мать, Людмила Михайловна, девять месяцев не отходила от сына, ухаживала за ним, помогала другим раненым, добивалась срочной помощи врачей. Благодаря её стойкости и поддержке он выжил, перенёс ампутации и множество операций.

С октября 2022 года проходил реабилитацию, а уже в декабре был назначен начальником штаба батальона 473-го окружного учебного центра и получил звание майора.

За героизм при обороне стратегического узла и спасение сослуживцев в бою ему было присвоено звание Героя Российской Федерации (Указ от 20 февраля 2023 года), вручена медаль «Золотая Звезда» и досрочно присвоено звание подполковника.

С ноября 2023 года служит в военкомате в Москве, занимается воспитательной работой с молодёжью. Женат. Дочь Полина учится в школе г. Екатеринбурга, сын Александр – курсант Екатеринбургского суворовского военного училища.

### **Патриотическое воспитание на примере Героя России**

Изучение биографии подполковника Максима Шоломова позволяет глубже понять суть подвига и осознать значимость таких качеств, как мужество, самоотверженность, чувство долга и верность Отечеству – основ патриотизма. Эти качества особенно важны для студентов медицинского колледжа, от которых также требуется высокая гражданская ответственность.

На основе изученного материала разработаны формы патриотического воспитания, адаптированные под специфику медучреждения. Их ключевая особенность – личное взаимодействие студентов с Героем России, что делает процесс воспитания живым и эмоционально значимым.

### **Предлагаемые мероприятия с участием Героя России:**

1. Встречи с участниками СВО – «Урок мужества», «Диалог поколений», «Мужество, долг и милосердие».
2. Мастер-классы и тренинги: «Медицина в боевых условиях», «Гуманизм как основа патриотизма врача», «Психологическая помощь ветеранам СВО», Совместные семинары с обществом «Знание».
3. Волонтёрские акции: участие в проектах «Мы вместе», «Волонтёры-медики», «Защитникам Отечества».
4. «Парта Героя» – учебное место с биографией и фото героя, QR-кодом с информацией. За ней учатся отличники и активисты.
5. Форум или круглый стол: «Служение – не только оружием, но и знанием и заботой».
6. Создание патриотического студенческого медиа - контента: ролики, подкасты, интервью с героями.
7. Акция «Письма герою»: письма, открытки и работы для бойцов с обсуждением их значения.

Эти мероприятия превращают патриотизм из абстрактной идеи в личный и осознанный выбор, формируя у студентов чувство сопричастности, гражданскую зрелость и профессиональную гордость.

Предложенные мероприятия были успешно реализованы автором проекта в образовательных учреждениях и патриотических пространствах региона, что подтвердило их эффективность и интерес со стороны молодежи.

- 09.10.2023 в гимназии № 5 состоялось межрегиональное патриотическое мероприятие с онлайн-участием учебных заведений новых регионов РФ.
- Автор проекта приняла участие в съёмках документального фильма о подвиге подполковника Шоломова, способствуя его распространению.
- 26.12.2023 в гимназии № 5 открыта «Парта Героя» в честь М.В. Шоломова.
- Автор постоянный участник форумов «Знание. Герои», в том числе участвовала в форуме «Знание. Герои» в мультимедийном историческом парке «Россия – Моя история», где произошла первая встреча с ГРФ Шоломовым М.В. и обсуждалась роль военной службы и героизма с молодёжью.
- 23.04.2025 состоялся открытый диалог с подполковником Шоломовым в Доме добровольцев, где участники смогли задать вопросы, услышать живые воспоминания и обсудить нравственные аспекты службы и личного выбора.

В дальнейшем в рамках реализации проекта планируется выпуск брошюры о герое с биографией, подвигом и интервью, которая станет наглядным пособием для патриотических мероприятий. 27 июня 2025 года автор планирует принять участие в форуме «Патриоты Урала» как координатор молодежных инициатив организации «Герои Урала».

Пример подполковника Максима Шоломова оказывает значительное влияние на патриотическое воспитание молодежи, формируя у неё духовно-нравственные ориентиры:

1. Служение Родине – Шоломов не абстрактный герой, а реальный человек, наш земляк, чья биография отражает верность присяге и ответственность.
2. Мотивация к росту – его история вдохновляет подростков на личностное развитие, мужество и гражданскую активность.
3. Живая модель поведения – реальные встречи с героем, его жизнь после тяжелейших ранений и потери рук, вызывают искреннее уважение и доверие, создавая сильный воспитательный эффект.
4. Эмоциональное вовлечение – рассказы о подвигах вызывают чувство сопричастности к судьбе страны и формируют осознанное отношение к защите Родины.

5. Участие в проектах – Шоломов активно вовлечён в патриотическую работу. Его деятельность становится мощным инструментом патриотического воспитания.

6. Формирование национального самосознания – его путь, подвиг и возвращение к жизни после тяжёлых ранений становятся примером мужества и внутренней силы.

Проект также показал, что участие в общественной жизни помогает самому герою в адаптации и восстановлении после травм, придаёт его службе новый смысл.

Проект подтвердил, что взаимодействие молодёжи с участниками СВО носит взаимно обогащающий характер: студенты получают патриотическое воспитание, а герои – признание, востребованность и поддержку общества. Это делает патриотическое воспитание не формальной задачей, а живым, взаимно обогащающим процессом, в котором каждый участник получает важный человеческий и духовный опыт.

#### Литература

1. Указ Президента РФ от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года» // "Собрание законодательства РФ", 13.05.2024, N 20, ст. 2584.

2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 августа 2024 г. № 2233-р «Об утверждении Стратегии реализации молодежной политики в Российской Федерации на период до 2030 г.». [Электронный ресурс]. URL: <https://legalacts.ru/doc/rasporjazhenie-pravitelstva-rf-ot-17082024-n-2233-r-ob-utverzhdanii/> (дата обращения: 16.05.2025).

3. Перечень поручений по итогам заседания Совета по стратегическому развитию и нацпроектам и комиссий Госсовета по направлениям социально-экономического развития // // Официальный сайт Президента Российской Федерации, 4 августа 2024 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/74712> (дата обращения: 16.05.2025).

4. Гуров Г.А. Глава Росмолодежи рассказал, откуда в России появилось «поколение НЕТ» / Г.А. Гуров, беседовал Е. Круглов // Электронное периодическое издание «Парламентская газета», 29 января 2025 г. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.pnp.ru/social/glava-rosmolodezhi-rasskazal-otkuda-v-rossii-poyavilos-pokolenie-net.html> (дата обращения: 16.05.2025).

5. Двойнева Ю.К. Патриотизм как фактор социальной сплоченности в условиях проведения специальной военной операции / Ю.К. Двойнева, Н.С. Делов, Д.К. Григорян // Евразийский Союз: вопросы международных отношений. - 2024. - Т. 13. № 8. - С. 1624-1634.

6. Личные материалы, предоставленные участником СВО Шоломовым М.В.

## **ЭЛЕКТРОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ**

Стародубцева Елена Евгеньевна

Руководитель: Павицкая Елена Святославовна

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Екатеринбург

Современные информационные технологии все активнее внедряются в различные сферы человеческой деятельности, и медицина не является исключением. Одним из ключевых направлений цифровизации здравоохранения стало внедрение электронных медицинских документов. К ним относятся такие формы, как электронная медицинская карта (ЭМК), электронный рецепт и электронный больничный лист. Актуальность темы не вызывает сомнений, использование этих технологий позволяет значительно повысить качество и доступность медицинской помощи, сократить бюрократические издержки и обеспечить более высокий уровень безопасности хранения медицинской информации.

В современных условиях лечение даже одного заболевания может представлять собой сложный процесс, включающий многочисленные госпитализации, в том числе в разных медицинских учреждениях, а также длительное амбулаторное наблюдение. В результате на каждого пациента заводится множество историй болезни и амбулаторных карт, доступ к которым для лечащего врача часто затруднен даже в пределах одной организации. Такая ситуация приводит к ненужному повторению исследований и недостаточной информированности врачей о состоянии пациента. Ориентироваться в традиционных бумажных историях болезни становится все сложнее, и возникает необходимость в новых формах обобщения информации. Важнейшую роль в решении этих проблем призваны сыграть современные информационные и электронные технологии.

В настоящее время в России реализуется федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)». Этот проект направлен на интеграцию и цифровизацию всех процессов в сфере здравоохранения, что позволит повысить качество медицинского обслуживания и упростить доступ к медицинской информации.

В России внедрена система электронных рецептов и автоматизированное управление льготным лекарственным обеспечением. Пациенты получили возможность дистанционно оформлять полис ОМС и прикрепляться к медицинским организациям

онлайн. В 2025 году в личном кабинете «Моё здоровье» на портале «Госуслуги» появилась возможность записаться на приём к врачу, диспансеризацию, профилактический осмотр, вакцинацию и плановую госпитализацию. Медицинские документы теперь доступны пациентам независимо от региона проживания.

К 2030 году планируется создать цифровые двойники клинических стандартов, а медицина полностью перейдёт в цифровой формат. По словам министра здравоохранения Михаила Мурашко, электронная система сопровождает пациента, фиксирует все диагнозы и анализы в электронной карте и помогает врачам в выборе тактики лечения. Таким образом, традиционная бумажная документация уходит в прошлое: все действия врача фиксируются электронной подписью и могут быть проверены контролирующими органами.

Одним из ключевых элементов этого проекта является переход на использование электронной медицинской карты (ЭМК). Электронная медицинская карта представляет собой цифровой аналог традиционной бумажной карты пациента, в которой аккумулируются все данные о здоровье, диагнозах, назначениях и результатах обследований. С 2024 года в России ввелся обязательный переход на электронные медицинские карты (ЭМК). Это не просто замена бумажных документов, а создание единой цифровой базы данных, которая позволит дистанционно контролировать работу медицинских учреждений, создавать электронные рецепты, отслеживать выполнение медицинских рекомендаций и оптимизировать время оказания услуг.

Внедрение электронных медицинских карт охватывает все медицинские организации: стоматологии, лаборатории, частные клиники и учреждения с различными направлениями медицинских услуг. Электронная карта оформляется автоматически – её создаёт учреждение, к которому прикреплён пациент. Благодаря ЭМК клиники по всей России могут дистанционно контролироваться, быстро формировать электронные рецепты и оперативно получать доступ к данным пациентов. Организациям больше не нужно хранить бумажные архивы, ведь все сведения оцифрованы. Теперь пациенты могут обращаться в любую клинику без сбора документов из других учреждений, а врачи тратят меньше времени на отчётность.

Для успешной работы с электронными картами медицинские учреждения подключаются к медицинской информационной системе (МИС), которая автоматизирует работу всех подразделений – от стационара до лабораторий. Программное обеспечение помогает вести документацию, формировать отчёты и управлять процессами внутри организации.



Электронная медицинская карта обеспечивает быстрый и удобный доступ к полной и актуальной информации о состоянии здоровья пациента, что значительно облегчает работу медицинских специалистов. Благодаря этому достигается ряд важных преимуществ:

Предоставление полной и точной информации. ЭМК автоматически обрабатывает данные пациента, обеспечивая врачу и пациенту доступ к точной и актуальной медицинской информации.

Быстрый доступ к записям пациентов. ЭМК упрощает управление данными, исключая бумажную работу и обеспечивая быстрый доступ к медицинской информации для пациентов и клиник.

Эффективная диагностика. ЭМК не только сократила объём бумажной работы, но и повысила эффективность диагностики. Быстрый доступ к точным данным сократил количество врачебных ошибок и позволил предложить пациентам более точный уход.

Удобство здравоохранения. Электронные записи повышают качество и удобство медицинского обслуживания, обеспечивая поддержку решений, клинические напоминания и упрощая запись на приём без лишних визитов и бумажной работы.

Конфиденциальность и безопасность данных пациента. Записи о пациентах в электронных медицинских картах более надежны и систематизированы. В рамках ИТ-системы здравоохранения были разработаны различные инструменты, позволяющие пользователям сохранять свои данные о здоровье в безопасности.

Экономическая эффективность. ЭМК сокращают объём бумажной документации, экономят ресурсы и повышают безопасность и качество лечения пациентов.

Экономит время. Электронные медицинские карты экономят время, позволяя врачам и пациентам общаться онлайн и получать рецепты без частых визитов в клинику.

Несмотря на значительные преимущества, ЭМК имеет и свои недостатки, которые необходимо учитывать:

Высокие первоначальные затраты на внедрение, включая покупку оборудования, обучение персонала и техническую поддержку, что затрудняет использование в небольших клиниках.

Риск несанкционированного доступа и утечки личных медицинских данных из-за киберугроз, несмотря на современные меры защиты и шифрование.

Возможные технические сбои и отключения электроэнергии приводят к временной недоступности информации, что может затруднить оказание медицинской помощи.

Соппротивление медицинского персонала переходу на цифровые технологии из-за необходимости дублировать данные и сложностей в работе с интерфейсом.

Отсутствие единой системы стандартизации и совместимости между различными программами вызывает проблемы с обменом и точностью данных пациентов.

Анализируя ситуацию, как в разных медицинских учреждениях проходит внедрение цифровых технологий, можно сделать вывод, что это не всегда облегчает работу врачей и медперсонала. Особенно часто возникают проблемы при работе с программой ЕЦП. МИС.2.0 – сбои в работе требуют постоянной перезагрузки. Из-за этого врачи не успевают вовремя выписывать направления и вносить протоколы назначений, что увеличивает время приёма пациентов и заставляет сотрудников задерживаться на работе. Для многих, особенно для врачей старшего поколения, освоение этой программы становится серьёзной проблемой. Вместо того чтобы сосредоточиться на лечении пациентов, они вынуждены тратить много времени на борьбу с техническими неполадками и изучение сложного и недоработанного программного обеспечения. Обращения в техподдержку часто не дают результатов, а помощь местных IT-специалистов бывает недостаточной.

Похожая ситуация наблюдается и с РМИС – при оформлении больничных листов и записи на приём возникают сбои и ошибки. Например, при внесении графиков дежурств врачей, программа работает некорректно: поля открываются неправильно, нет возможности быстро найти нужного сотрудника, а постоянные зависания только усложняют работу. Обратной связи от разработчиков практически нет, и это усугубляет ситуацию.

Важным дополнением к ЭМК является электронный медицинский рецепт – цифровой аналог бумажного рецепта, который позволяет врачу выписывать лекарства в электронном виде. Это упрощает процесс получения лекарств пациентом, снижает риск ошибок при выписке и обеспечивает удобство как для врача, так и для пациента. Электронный рецепт хранится в единой системе и доступен в аптеках, что ускоряет и делает более безопасным получение лекарств.

Основные функции электронного рецепта включают обмен данными между медицинскими и аптечными учреждениями, доступ пациента к информации о назначениях и отпусках лекарств, передачу данных в реестр и взаимодействие с коммерческими платформами. Из-за ограниченного числа подключённых аптек и технических сложностей врачам иногда приходится дублировать назначения бумажными рецептами для удобства пациентов. Внедрение электронных рецептов в России с 2020 года проходило неравномерно из-за разного уровня цифрового развития и финансирования регионов. Основные проблемы – необходимость двойной работы врачей (электронный и бумажный рецепты) и ограничение получения лекарств только в регионе выписки рецепта.

Сегодня электронные рецепты распространяются благодаря законодательству, развитию цифровых технологий, интеграции с медицинскими системами и вовлечению

пациентов с помощью онлайн-сервисов. Это повышает безопасность, точность и удобство получения лекарств, снижает количество ошибок и издержек, а также улучшает качество медицинского обслуживания.

Наряду с электронными рецептами в системе цифрового здравоохранения активно внедряются и другие электронные документы, такие как электронный больничный лист. Электронный больничный – это цифровой документ, подтверждающий временную нетрудоспособность пациента, который оформляется и передаётся в электронном виде с использованием электронной подписи врача. Это значительно упрощает процесс оформления и учёта больничных листов, сокращая бумажную волокиту и повышая удобство как для пациентов, так и для медицинских организаций. Автоматизация оформления электронного больничного листа значительно сокращает время обработки и минимизирует количество ошибок. Она упрощает обмен данными между медицинскими учреждениями и работодателями, обеспечивая прозрачность и оперативность. До 2022 года существовали бумажные и электронные больничные листы. Сейчас оформление происходит преимущественно онлайн, что упростило взаимодействие между медицинскими учреждениями, работниками, работодателями и Социальным фондом. Исключение составляют сотрудники, работающие с государственной тайной.

Основные сложности внедрения электронного больничного листа (ЭБЛ) включали необходимость освоения врачами новых программ, технические сбои и ошибки, а также реорганизацию ведомств, что требовало времени и затрат. Отсутствие бумажного подтверждения болезни вызывало споры, а вопросы безопасности данных – опасения по поводу хакерских атак и сохранности врачебной тайны. Кроме того, из-за сбоев системы возникали переплаты и недоплаты. Несмотря на эти проблемы, постепенная адаптация позволила успешно внедрить ЭБЛ, который теперь считается эффективным и удобным инструментом.

#### Перспективы развития электронной медицинской документации

- Создание единого информационного пространства здравоохранения с доступом пациентов к своим медицинским данным через личные кабинеты.
- Развитие телемедицины и интеграция ЭМД с другими цифровыми сервисами для повышения качества и скорости оказания медицинской помощи.
- Постепенный переход к полной цифровизации медицинской документации с обеспечением безопасности, юридической значимости и удобства использования.

Электронная медицинская документация является ключевым элементом модернизации здравоохранения, который способствует повышению качества медицинских услуг и оптимизации работы медицинских учреждений. Внедрение электронных

медицинских карт, рецептов и больничных листов – необходимый шаг на пути к современному цифровому здравоохранению. Для успешной реализации этого процесса важно продолжать развивать нормативную базу, повышать квалификацию медицинского персонала и совершенствовать технологии защиты данных.

Цифровизация здравоохранения – это неизбежный и правильный путь, но для успешного внедрения необходимо уделять больше внимания технической поддержке, обучению персонала и адаптации систем к реальным условиям работы. Только тогда электронная документация действительно сможет облегчить труд медиков и улучшить качество обслуживания пациентов. Важно учитывать мнение и опыт всех участников процесса, чтобы переход к цифровому здравоохранению был максимально эффективным и комфортным для всех.

#### Список использованных источников

1. <https://egov66.ru/mis/ecp/> - Оператор электронного правительства
2. <https://ppt.ru/art/bolnichniy/electronniy>
3. Электронный больничный лист: как это работает, его преимущества, инструкция по использованию для бизнеса | Calltouch.Блог
4. [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_154815/28d5396bac546526da6a6a018dc6a9ba7dcfd29d/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_154815/28d5396bac546526da6a6a018dc6a9ba7dcfd29d/) КонсультантПлюс
5. <https://rtmis.ru/gosudarstvu/products/elektronnaya-medicinskaya-karta/>
6. [https://www.gosuslugi.ru/help/faq/medical\\_docs/102277](https://www.gosuslugi.ru/help/faq/medical_docs/102277)

## **ВЛИЯНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КЛИНИЧЕСКУЮ СМЕРТЬ**

Автор: Чураков Кирилл Альбертович студент 3 курса специальности Лечебное дело

Руководитель: Моносыпов Юрий Николаевич, преподаватель в.к.к кафедры Лечебного  
дела

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

город Екатеринбург

Работа посвящена актуальным вопросам современных пособий по оказанию помощи пациентам анестезиологического и реанимационного профилей. Она рассматривает такие аспекты как патогенез постреанимационных осложнений, возможный прогноз после перенесенного неотложного состояния, наиболее рациональные методы консервативной и радикальной терапии.

Согласно статистике за 2024г. На территории Российской Федерации увеличилось число госпитализаций в ОАР/ОРИТ. При этом значительную составляющую поступающих пациентов относят к кардиологическому и неврологическому профилям, в подавляющем большинстве случаев с установленными диагнозами инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии – для кардиологии, и геморрагический инсульт с неуточненными последствиями – для неврологии.

Каждые 3-5 лет пересматриваются протоколы анестезиолого-реаниматологического пособия, в связи с чем «линейным» врачам приходится пересматривать тактику ведения не только относительно стабильных пациентов, но и тех, кому требуется экстренная помощь, несмотря на невозможность сразу подобрать тактику в таких ситуациях.

Бурный темп развития за последние годы получает реаниматология: ведущими специалистами и профессорами разрабатываются и внедряются в стационары новые приборы и оборудования, перечень лекарств, особенно антибиотиков и кардиологических, существенно расширился, в связи с чем фармацевтическая нехватка постепенно снижается, а доступность к современным препаратам – увеличивается.

Существенные изменения также претерпела область реабилитации реанимационных пациентов. Создаются комфортные условия для проведения лечебных мероприятий, возросла востребованность в консультациях реабилитолога, а значит возникает необходимость в проведении санитарно-просветительской работы с пациентами и их родственниками по вопросам самостоятельного ухода за собой и повторного развития и восстановления когнитивных навыков и функций, которые были подавлены или утрачены в процессе интенсивной терапии.

#### Литература

1. Левитэ, Е.М. Введение в анестезиологию - реаниматологию: учеб. пособие / Е.М. Левитэ; под ред. И.Г. Бобринской. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2020
2. Базовая сердечно-легочная реанимация (в лечебной практике): учебное пособие / Д. В. Заболотский, С. Н. Незабудкин, В. В. Погорельчук [и др.]. – Санкт-Петербург: СПбГПМУ, 2019 – 36 с.
3. Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. 2 / под ред. О. Ю.Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021 - 992 с. - (Национальные руководства).
4. Анестезиология: национальное руководство: краткое издание / под ред. А. А. Бунятяна, В. М. Мизикова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020 - 656 с.
5. <https://association-ar.ru/klinicheskie-i-metodicheskie-rekomendacii/>

## **ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ**

Шарапова Мария Олеговна, Новикова Яна Александровна

Руководитель: Федорова Динара Айдаровна, преподаватель

ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

г. Екатеринбург, Россия

Рак шейки матки (РШМ) – это заболевание женской репродуктивной системы, характеризующееся развитием на шейке матки злокачественной опухоли, прорастающей из слизистой оболочки шейки матки. Это вирусное заболевание и единственная злокачественная опухоль, причины возникновения которой на данный момент точно известны – инфицирование вирусами папилломы человека 16-го и 18-го типа. Он развивается под действием факторов внешней среды. Поэтому профилактика этого заболевания очень важна [3; 5].

Актуальность профилактики обусловлена высокой распространённостью вируса папилломы человека (ВПЧ) – основного этиологического фактора развития РШМ, а также возможностью эффективного предотвращения болезни при своевременных мерах. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире диагностируется около 600 тысяч новых случаев рака шейки матки, и более 340 тысяч женщин умирают от этого заболевания. В России рак шейки матки занимает третье место по частоте среди злокачественных новообразований у женщин и является одной из ведущих причин смертности среди женщин до 30 лет [1].

Рак шейки матки прогрессирует медленно. Патологии предшествует длительный диспластический процесс. При условии своевременных профилактических посещений гинеколога можно диагностировать болезнь на самых ранних этапах, когда возможно минимально травматичное лечение и полное выздоровление пациентки. Основной причиной смертности от цервикального рака является пренебрежительное отношение к профилактическим визитам к специалисту.

Заболевание чаще всего протекает без симптомов. Клиническая картина проявляется только в случае возникновения осложнений, которые выражаются следующими симптомами: межменструальные кровянистые выделения из половых путей; хронические боли малого таза и поясницы; нарушение мочеиспускания и дефекации и др. [5]

К факторам риска по развитию рака шейки матки относят [2;5]:

- ослабление функции иммунной системы;
- курение;

- возраст старше 40 лет;
- хронические инфекции мочеполовой системы;
- ожирение;
- многократные беременности и роды;
- множественные половые партнеры;
- раннее начало половой жизни;
- случаи рака шейки матки в семье;

Также доказано, что вероятность развития рака шейки матки увеличивается при длительном (свыше 5 лет) приеме оральных контрацептивов, многочисленных родах, частых абортах. Одним из факторов позднего обнаружения рака шейки матки является низкая медицинская культура, нерегулярное прохождение женщинами профилактических осмотров с исследованием мазка из цервикального канала на онкоцитологию.

В ходе исследования нами была изучена осведомленность студентов 1 курса специальности «Лечебное дело» ГБПОУ «СОМК» о вирусе папилломы человека и факторах риска, способствующих развитию онкологических заболеваний. По результатам исследования мы выяснили, что почти все опрашиваемые знают или слышали о вирусе папилломы человека и какие заболевания он вызывает (93,4%). Также мы изучили, какие факторы риска, способствующие заболеванию РШМ, распространены среди опрошенных нами студентов: употребляют алкоголь – 63,6%; курят - 45,5%; испытывают хронический стресс – 30,3%; имеют избыточный вес или ожирение – 21,2%; имеют родственников, у которых был диагностирован РШМ – 18,2%; имеют хронические инфекции мочеполовой системы – 9,1%; делали аборты – 11,1%; инфекции, передаваемые половым путем – 6,1%

Нами было изучено отношение к специфической профилактике рака шейки матки, к сожалению, лишь незначительная часть из них вакцинирована (10%). Причинами отказа от вакцинации указали что, это дорого - 50%. Некоторые считают, что опоздали по возрасту, и чуть меньше половины опрошенных указали причину - «никто не сказал, что можно вакцинироваться». Исходя из результатов, проведенного нами опроса, можно сделать **выводы**, что многие студенты знают, что такое ВПЧ, но, несмотря на это, мало кто из них вакцинирован по разным причинам (самая распространенная из них – дороговизна вакцины).

На сегодняшний день в мире зарегистрированы три вакцины: «Церварикс», «Гардасил» и «Гардасил-9». Работают они пожизненно, ревакцинация не нужна. Вакцину можно вводить по однократной или двухкратной схеме. Для оптимальной защиты лицам с ослабленным иммунитетом следует получить 2 или 3 дозы. «Церварикс» предназначен для женщин, он защищает от двух самых опасных типов ВПЧ – 16-го и 18-го. «Гардасил»

годится для обоих полов и защищает от 16-го и 18-го онкогенных типов и 6-го, 11-го типов ВПЧ, отвечающих за кондиломы. Оба препарата зарегистрированы в России и используются с 2009 года. Третий же и самый эффективный «Гардасил-9» в России не используют.

На данный момент, вакцинация от папилломавирусной инфекции не входит в Национальный календарь профилактических прививок РФ, так как отсутствует отечественная вакцина, а зарубежная дорогостоящая. В Свердловской области, лишь отдельным категориям, а именно подросткам в возрасте 12-13 лет возможно получение бесплатной вакцины за счет средств областного бюджета или бюджета муниципальных образований. Верхней границей для иммунизации является 26 лет, хотя последние исследования показали высокую эффективность прививок от ВПЧ у лиц в возрасте от 27 до 45 лет.

В 2024 году стартовали клинические исследования среди детей и подростков новой четырехвалентной вакцины против ВПЧ 6,11,16 и 18 типов под названием «Цергардекс» производства ООО «Нанолек», РФ. С 2026 года планируется включение отечественной четырёхвалентной вакцины от инфицирования ВПЧ в Национальный календарь прививок.

Профилактика рака шейки матки – это комплекс мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности от этого опасного заболевания.

Для профилактики рака шейки матки существует несколько эффективных мер. Главные – это вакцинация и скрининг. Но также в профилактику рака шейки матки входит: отказ от употребления табака; ограничение случайных сексуальных связей; профилактика абортов; своевременное выявление и лечение предраковых заболеваний; профилактика заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП) – верность партнеру, использование презервативов и регулярные визиты к врачу; вакцинация против папилломавирусной инфекции; профилактический осмотр у гинеколога с обязательным взятием мазка на онкоцитологию; укрепление иммунитета (правильное питание, профилактика стрессов, физическая активность) [4].

Нами была проведена просветительская работа среди студентов о необходимости минимизировать факторы риска, которым они подвержены и о важности вакцинации и регулярных скринингов и медицинских осмотров. Так как именно они являются основными стратегиями профилактики рака шейки матки. Стоит отметить, что фельдшеры являются важным звеном в системе первичной медицинской помощи и играют ключевую роль в реализации профилактических мероприятий, особенно в сельских и отдалённых районах. Их роль в информировании, организации и сопровождении пациентов является ключевой



для успешного внедрения профилактических программ и улучшения здоровья женского населения.

#### Список литературы и интернет-ресурсов

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)  
<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
2. <https://oncology-spb.ru/zabolevaniya/onkoginekologiya/rak-sheyki-matki>
3. [https://shhekinskij-r71.gosweb.gosuslugi.ru/dlya-zhiteley/poleznye-materialy/informatsiya-1/rospotrebnadzor/novosti\\_3281.html](https://shhekinskij-r71.gosweb.gosuslugi.ru/dlya-zhiteley/poleznye-materialy/informatsiya-1/rospotrebnadzor/novosti_3281.html)
4. <https://www.gosmed.ru/lechebnaya-deyatelnost/spravochnik-zabolevaniy/onkologiya/onkoginekologiya/rak-sheyki-matki/>
5. [https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya\\_gynaecology/cervical-cancer](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya_gynaecology/cervical-cancer)

### **БЕЗОПАСНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ-ПУТЬ К КРЕПКОМУ ЗДОРОВЬЮ**

Муромцева Агата Олеговна, Митькина Ксения Александровна

Руководители: Обухова Алиса Олеговна, Ванифатьева Ольга Сергеевна, преподаватели

Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной

медицинский колледж»

Вакцинация – это простой, безопасный и эффективный способ защиты от болезней до того, как человек вступит в контакт с их возбудителями. Вакцинация задействует естественные защитные механизмы организма для формирования устойчивости к ряду инфекционных заболеваний и делает вашу иммунную систему сильнее [1] .

Без вакцинации мы подвергаемся риску серьезных заболеваний, таких как корь, менингит, пневмония, столбняк и полиомиелит. По оценкам ВОЗ, только детские вакцины спасают более 4 миллионов жизней каждый год.

Плановая иммунизация на территории Российской Федерации доступна каждому гражданину и проводится бесплатно в лечебно-профилактических учреждениях в соответствии с Федеральным законом «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.1998 г. №157-ФЗ, приказом Министерства здравоохранения РФ от 06.12.2021г. № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» [2] .

Опасения развития аллергической реакции в ответ на прививку – одна из основных причин отказа от вакцинации. Особенно насторожены в этом плане родители маленьких

детей. Принимая решение, они часто опираются на внутреннее чутье, упуская из вида факты.

Согласно методическим указаниям МУ 3.3.2400-08. 3.3, утверждённым главным государственным санитарным врачом, после проведения вакцинации в течение 30 минут медицинские работники должны наблюдать за состоянием ребёнка в медицинской организации с целью своевременного выявления поствакцинальных осложнений и оказания экстренной медицинской помощи.

**Цель исследования:** изучить мнение родителей или законных представителей детей о важности соблюдения временного регламента после прививок.

**Для решения цели был решен ряд задач:**

1. Актуализировать знания по теме работы.
2. Проведение опроса среди родителей или законных представителей детей о важности соблюдения временного регламента после прививок.
3. Анализ данных и разработка материалов для просветительской работы.

**Методы исследования:**

1. Сбор информации.
2. Анкетирование.
3. Обобщение данных, полученных в ходе работы.

Анонимное анкетирование среди родителей по вопросу осведомленности о важности соблюдения временного регламента после вакцинации проходило на базе ГАУЗ СО «Детская городская больница город Каменск-Уральский» поликлиническое отделение № 2.

В анкетировании приняло участие 87 респондентов женского пола, 95% опрошенных являются матерями, 5% респондентов собираются ими стать. Большая часть опрошенных в возрасте 25-35 лет. Анализ результатов показал: 64% опрошенных слышали о правилах после вакцинации, но не видят необходимости их соблюдения. 49% опрошенных не знают подробную информацию об аллергических реакциях. На вопрос «Как вы реагируете на просьбу остаться на 30 минут в поликлинике» 22% опрошенных ответили, что негативно, и связали этот факт с нехваткой собственного времени, 18% респондентов ответили, что могут вступить в конфликтную ситуацию с медицинскими работниками и связывают этот факт с тем, что переживают за ребенка и его эмоции после прививки, 43% опрошенных отметили, что не против остаться в поликлинике на 30 минут, но надо организовать досуг ребенка, 74% анкетированных хотят узнать более подробно о поствакцинальных осложнениях.

В связи с полученными данными, мы поставили следующие выводы:

1. Родители недостаточно хорошо понимают важность соблюдения временного регламента, считают, что если ранее у ребенка не замечены аллергические реакции, то и на прививку их не будет.

2. Отсутствие комфортной развлекательной среды для детей.

Профилактическая работа была разделена на 3 блока:

- Диагностический блок, цель: выявление знаний о вопросах осведомленности об важности соблюдения временного регламента после вакцинации, оценка рисков и разработка практики корректирующих действий.

- Формирующий блок, цель: повышение осведомленности родителей о важности вакцинации, снижение тревожности родителей и детей по вопросам вакцинации, стимулирование родителей к ответственности о сохранении здоровья детей, упрощение доступа к информации, снижение стресса и создание позитивной атмосферы.

- Блок оценки эффективности (проведение повторного анкетирования), цель: выявление итогового уровня знаний о вопросах осведомленности о важности соблюдения временного регламента после вакцинации.

При реализации формирующего блока было проведено:

1. Регулярные встречи с родителями для обсуждения вопросов вакцинации, обмена мнениями и получения обратной связи.

2. Создание доступных и понятных информационных материалов (буклеты, плакаты, видео) о процессе вакцинации, возможных реакциях и важности прививок.

3. Размещение специального QR-кода с просветительскими материалами для родителей в облачном хранилище.

4. Проведение мастер-классов, развлекательных мероприятий для детей для достижения позитивных эмоций от вакцинации.

Для сравнения данных о вопросах осведомленности о важности соблюдения временного регламента после вакцинации и выявления эффективности разработанной и апробированной работы было проведено повторное анкетирование.

Сравнение данных показало, что уровень информированности о вопросах вакцинации, поствакцинальных осложнениях поднялся на 33%. Следует отметить, что 92% опрошенных осознали необходимость в соблюдении временного регламента. После проведенной работы родители отметили, что процедура вакцинации стала для них более комфортной, благодаря комплексному подходу к улучшению эмоционального фона. Медицинские работники поликлинического отделения отметили, что конфликтных ситуаций по вопросам вакцинации стало меньше, что играет большую роль в профилактике

профессионального выгорания. Можно сделать вывод о том, что профилактическая работа оказалась эффективной.

Родители, которые посетили все блоки работы и выработали осознанное правильное поведение по соблюдению временного регламента после вакцинации, «заражают» своим поведением других родителей. Срабатывает «эффект хамелеона», когда родители повторяют поведенческую стратегию, демонстрируемую у прививочного кабинета другими родителями. Таким образом, положительная практика по повышению качества проведения профилактических прививок в детской поликлинике № 2 ГАУЗ СО «ДГБ г. Каменск-Уральский» продолжается, а мы в свою очередь поддерживаем ее периодическими мероприятиями.

#### Литература

1. Справочник по вакцинам Delta – V/ А.И. Обласова – АНО «Коллективный иммунитет», Санкт-Петербург, 2023. – 34 с.
2. Черкасский Б.Л. Руководство по общей эпидемиологии. – М.: Медицина, 2021. – 560 с.

### **ЭВАЛИ: ЧЕРЕЗ ПАРЕНИЕ В РЕАНИМАЦИЮ**

Мухлынина Валерия Павловна, Шалухин Виталий Сергеевич

Руководитель: Обухова Алиса Олеговна, преподаватель

Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Уже многие годы наш мир борется с такой пагубной привычкой, как курение. Но изначально, это были только сигареты. Относительно недавно мир столкнулся с еще одной проблемой – вейпы [1].

Курение вейпов стало действительно глобальной проблемой, затрагивающей все возрастные категории, но особенно близко она коснулась молодых людей и подростков. Главный научный сотрудник Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ Галина Сахарова заявила, что основными потребителями электронных сигарет являются подростки – около 90%, взрослые – менее 10% [2].

Заболевание EVALI расшифровывается как – «electronic cigarette of vaiping product use associated lunginjury» - повреждение легких, связанное с употреблением электронных сигарет или вейпов [3].

Болезнь вейперов впервые была официально диагностирована в 2019 году в Америке. В России один из первых случаев заболевания EVALI был зафиксирован в июле 2021 года. 17-летний подросток с признаками серьезной пневмонии и системной интоксикацией был доставлен в Морозовскую больницу в Москве.

**Цель исследования:** изучить осведомленность молодёжи по вопросам болезни вейперов-эвали.

Для решения цели был решен **ряд задач:**

4. Изучение теоретического материала о заболевании.
5. Проведение опроса среди молодежи об осведомленности о эвали.
6. Анализ данных и разработка материалов для просветительской работы.

**Методы исследования:**

1. Сбор информации.
2. Анкетирование.
3. Обобщение данных, полученных в ходе работы.

В рамках исследования, нами был разработан и проведен опрос общественного мнения через социальную сеть ВКонтакте. Количество респондентов составило 89 человек в возрасте от 16 до 25 лет. Результаты опроса показали, что большинство опрошиваемых (45,5%) считают опасность вейпинга для здоровья очень высокой, но есть и те, кто совершенно не знают о той опасности, которую могут нанести здоровью вейпы.

Основной причиной использования вейпов большинство выбрали замену сигарет (43,9%), значит маркетинговая стратегия, основанная на превосходстве вейпов над сигаретами, сработала хорошо. Были и те, кто ответил, что использует вейпы, так как не осознает их опасности. Практически все опрошиваемые не слышали о заболевании эвали и хотели бы узнать о нем подробнее.

Проанализировав полученные статистические данные, мы пришли к выводу о проведении профилактических мероприятий, которые смотивируют молодежь к осознанному отказу от вейпов.

Просветительские мероприятия – востребованная форма взаимодействия с молодежью, нашей командой были проведены профилактические лекции среди обучающихся МАОУ «СОШ № 15», МАОУ «СОШ № 7», МАОУ «СОШ №35», а так же студентов Каменск-Уральского филиала ГБПОУ «СОМК», Каменск-Уральского радиотехнического техникума. Охват составил 800 человек. При проведении просветительских лекций использовались приемы:

1. Использование визуального ряда- позволяет представить информацию в наглядной форме, что помогает лучше усвоить и запомнить материал. Были использованы мультимедийные презентации, после занятия выдавались иллюстрационные материалы.

2. Геймификация - это добавление элемента игры в процесс просвещения. Для вовлечения и мотивации к важности данной темы были проведены викторины.

3. Видеометод - в связи с тем, что молодежь лучше воспринимает информацию через интернет, мы создали видеоролик на тему «Эвали и его вред» и распространили через социальную сеть Вконтакте, на данный момент ролик набрал уже более 3500 просмотров.

В ходе исследовательской работы мы подтвердили, что молодые люди и подростки воспринимают курение вейпов очень модным и привлекательным, не осознавая всей серьезности последствий. Общество нуждается в большей информированности о том, какой вред могут нанести здоровью вейпы, и что на самом деле все не так уж «модно и круто». «Модно и круто» - это про здоровье, а не про пагубные привычки.

#### Литература

1. Н.Р. Капустина Курение в образе жизни детей и подростков / Н.Р. Капустина, Л.П. Матвеева // Вятский медицинский вестник. – 2020. – № 1 (65). – С. 81-83.

2. Е.Н. Новоселова Борьба с курением как фактор формирования здорового образа жизни / Е.Н. Новоселова // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. – 2020. – Т. 25. – № 4. – С. 309-324.

3. А.С. Чухонцева Влияние электронных сигарет на развитие туберкулезной инфекции / А.С. Чухонцева // FORCIRE. – 2020. – Т. 3. – № 5. – С. 886-887.

### **ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА КАК СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Станчук Виктория Александровна, Моисеева Мария Игоревна,  
Руководители: Бельмас Марина Викторовна, Молочкова Ольга Павловна,  
преподаватели высшей квалификационной категории,  
Каменск-Уральский филиал ГБПОУ «Свердловский областной  
медицинский колледж»

Александр Сергеевич Пушкин писал: «...Могильной пропасти она не слышит зова; играет на лице багровый цвет. Она живет сегодня, завтра нет». Во времена Пушкина туберкулез действительно процветал. Его жертвами стали братья великого писателя Льва Николаевича Толстого, от этой болезни на 31 – ом году жизни умер брат Антона Павловича

Чехова, этой болезнью страдал и сам Чехов. Не пощадил туберкулёз таких людей как Белинский, Добролюбов, Кольцов, Никитин, Варламов и многие других, которые ушли из жизни в расцвете творческих сил.

Но и на современном этапе Всемирная организация здравоохранения объявила туберкулез глобальной проблемой человечества, что вызвано следующими причинами: ухудшением экологической обстановки, снижением жизненного уровня населения, миграционными процессами, недостаточным финансированием здравоохранения, в том числе и противотуберкулезных мероприятий, распространение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам, появление и рост так называемой сочетанной инфекции, например, ко-инфекции ВИЧ/ТБ. Всё это привело к значительному ухудшению эпидемиологической ситуации в мире и выделило проблемы профилактики перед медицинским сообществом.

В рамках исследовательской работы, мы ознакомились с теоретическими аспектами туберкулеза и его профилактики. В связи с актуальностью данной темы мы определили цель своей работы.

Цель исследования направлена на формирование у студентов навыков клинического мышления в вопросах профилактики туберкулёза.

Для реализации цели были поставлены следующие задачи:

1. Расширить знания о туберкулезе, как социально-значимом заболевании.
2. Изучить проблемы профилактики туберкулеза на современном этапе.
3. Провести анкетирование обучающихся 1 курса Каменск-Уральского филиала с целью выявления группы риска по развитию туберкулеза.
4. Подготовить памятку по профилактике туберкулеза.

Объектом исследования является проблемы профилактики туберкулёза.

Предмет исследования: факторы риска по развитию туберкулеза у обучающихся.

Туберкулез, выявленный своевременно – излечимое заболевание. На практике же удается вылечить не более 2/3 больных с впервые выявленным туберкулезом, имеются случаи летального исхода в течение первого года после установления заболевания или даже без его диагностики при жизни.

К факторам риска развития туберкулеза относят: недавнее инфицирование, сахарный диабет, ВИЧ-инфицированность, злоупотребление наркотиками, алкоголем, табаком, плохое питание, большая скученность населения, многократный контакт с болеющими людьми.

Проведение профилактики туберкулёза является ключом к сохранению собственного здоровья и здоровья окружающих. Анализ медицинской литературы

позволил сделать следующие выводы по проводимым профилактическим мероприятиям в настоящее время:

- Медицинская профилактика в виде создания специфического иммунитета у детей через вакцинацию и ревакцинацию сохраняется на должном уровне. В то же время показатели профилактических флюорографических осмотров не достигают оптимальных значений. Раннее выявление туберкулеза – вероятно, самая большая проблема фтизиатрии на современном этапе.

- Только в последние годы появились узаконенные формы социальной профилактики среди лиц без определенного места жительства и иммигрантов.

- Среди проблем санитарной профилактики можно выделить низкий уровень санитарно-гигиенической культуры населения

Главный врач Областного клинического медицинского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний Ирина Лихачева отметила, что заболеваемость туберкулезом в Свердловской области в 2024 году уменьшилась на 2,4% по сравнению с прошлым годом, но все же остается достаточно высокой: 44,1 на 100 тыс. населения при среднем показателе по России 26,9 на 100 тыс. населения. Более 53% заболеваний выявлено в ходе профилактических мероприятий. Большинство заболевших – это жители трудоспособного возраста.

Распространённость туберкулёза на территории МО «Каменский городской округ» по данным межведомственной координационной комиссии по противодействию распространения ВИЧ/СПИД и туберкулеза за 2024г составила 62 человека (32,4 на 100 тыс.). Среди детского населения за этот период выявлен 1 случай туберкулеза у подростка и 5 случаев у детей, двое из которых были в контакте с больными туберкулезом родственниками. Всего на диспансерном учете состоит 434 человека, из них 158 человек с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ.

Высокая распространенность туберкулеза в стране обусловлена рядом факторов. Так у людей, инфицированных ВИЧ, вероятность развития активной формы туберкулеза возрастает в 18 раз. В 2024 году в г. Каменске-Уральске проживает 2388 человек с ВИЧ. 60–70% больных этой группы употребляют инъекционные наркотики, примерно 30% из них сочетают употребление психоактивных веществ с интенсивным приёмом алкоголя. Систематические инъекции наркотических препаратов существенно повышают риск развития вирусных гепатитов В, С и других инфекций, передающихся парентеральным путём, что отягощает течение туберкулёза и осложняет противотуберкулёзную терапию. Употребление наркотиков часто приводит к развитию психических нарушений, формирует у потребителей инъекционных наркотиков неадекватное отношение к болезни и отсутствие



приверженности к лечению. Другой характерной чертой ко-инфекции ВИЧ/ТБ является преимущественное поражение социально-дезадаптированных лиц – мигрантов, безработных, БОМЖ и других.

Показатель смертности от туберкулеза за 2024 год по России составил 5,1 случая на 100 тыс. человек. Этот же показатель среди больных с хроническими распространенными формами заболевания, наблюдавшихся противотуберкулезной службой длительное время в Свердловской области несколько выше - 5,4 случая на 100 тыс. населения, в Каменске–Уральском – 4,7 случая на 100 тыс. населения. Основная часть пациентов лечилась недобросовестно, самовольно прерывала лечение, в результате чего развилась множественная и широкая лекарственная устойчивость возбудителя к противотуберкулезным препаратам. Более того, у умерших от этой социально опасной болезни отмечалась хроническая алкогольная зависимость.

Таким образом, можно выделить 2 основные причины такой тревожной ситуации среди взрослого населения: позднее обращение за медицинской помощью и уклонение больных от лечения.

Среди детского населения наиболее подвержены заболеванию туберкулезом дети, из группы риска: не привитые дети, в семье, где есть больной туберкулезом; часто и длительно болеющие различными инфекционными заболеваниями; больные хронической патологией различных органов и, особенно, ВИЧ-инфекцией; получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию и дети из социально неблагополучных семей. Особое внимание в профилактике туберкулеза у детей на сегодняшний день отводится вакцинации БЦЖ для формирования противотуберкулезного иммунитета и иммунодиагностике.

По данным статистики в Свердловской области в 2024 году против туберкулеза было привито почти 98% новорожденных, что превышает общероссийский уровень (95%). Анализ статистических данных за первый квартал 2025 года по г. Каменску-Уральскому показал следующие результаты: охват детского населения пробами Манту – 35,5% (4039чел.), охват детского населения диаскинтестом – 20,8% (529чел.), охват подросткового населения диаскинтестом – 21,2% (221чел.) В профилактике туберкулеза у детей и подростков иммунодиагностика и специфическая профилактика с использованием вакцины БЦЖ являются основными методами. Есть контингент детей, родители которых отказываются от диагностики. Мотивируют это по-разному: вредно, дорого, вплоть до геноцида. Родители не верят, что у ребенка может быть туберкулез.

Для реализации практической части работы мы провели онлайн-анкетирование в Google-форме обучающихся 1 курса нашего филиала. В анкетировании приняли участие 62 человека.

Анализ результатов анкетирования показал следующее:

- живут в многодетной семье с низким уровнем обеспеченности – 29%;
- в семье беженцев и переселенцев – нет;
- под опекой и попечительством – 6,5%;
- в семье с одним родителем – 38,7%;
- в семьях, где не работают оба родителя – 3,2%;
- в семье благополучной во всех отношениях – 64,5%;
- практически ежедневное употребление в пищу мяса – 74,2%;
- практически ежедневное употребление в пищу фруктов – 67,7%;
- курят – 13,9%;
- частые конфликты дома – 19,4%;
- знают пути передачи туберкулеза – 93,5%;
- желание получить дополнительные знания по туберкулезу – 64,5%.

23 респондента из числа опрошенных живут в условиях, которые могут спровоцировать туберкулезную инфекцию. По Диаскинтесту, проведенному в мае 2025г., выявлено 3 случая положительной реакции и обучающиеся направлены на консультацию в противотуберкулезный диспансер.

Из выше сказанного можно сделать следующие выводы о наличии факторов риска у наших студентов: напряженная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в городе, низкий уровень социальной обеспеченности, неблагоприятная экологическая среда, курение обучающихся, недостаточная информация о туберкулезе. На основании этого мы решили оформить памятку по профилактике туберкулеза. В ней отражены следующие вопросы: пути заражения туберкулезом, отягощающие факторы, цель постановки туберкулиновой пробы, отличие инфицирования от заболевания, правильное питание.

В заключении хотим отметить, что если не усилить профилактическую работу по предупреждению этого социально опасного заболевания, то ситуация не улучшится. Необходимо более активно вести разъяснительную работу среди населения города.

#### Литература

1. Аджаблаева, Д.Н. Изучение параметров качества жизни детей и подростков с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом / Д.Н. Аджаблаева // Туберкулез и болезни легких. - 2020. - Том 98, №9. - С. 14-17.
2. Зими́на, В. Н. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых / В. Н. Зими́на, А. В. Кравченко, И. Б. Викторова, В. А. Кошечкин. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 256 с.

3. Зоркальцева, Е.Ю. Клинические проявления рецидивов туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией / Е.Ю. Зоркальцева, Ю.О. Егорова // Туберкулез и болезни легких. - 2020. - Том 98, №6. - С. 32-35.

## **СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Перфильева Кристина Николаевна

Руководитель: Ефимова Анна Анатольевна, преподаватель

Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Бронхиальная астма является одним из наиболее распространенных заболеваний человечества, которому подвержены люди всех полов и возрастов. Вместе с тем существенное влияние на состояние здоровья человека оказывает повсеместное ухудшение экологической ситуации.

По данным статистики распространённость бронхиальной астмы в мире составляет от 4% до 10%, а в России бронхиальной астмой страдает около 10% взрослого населения, а в последние годы положение ещё более усугубилось, увеличилась частота заболеваний астмой и тяжесть её протекания. По оценкам ВОЗ, сегодня БА болеет примерно 235 млн человек, а к концу 2025 года прогнозируется увеличение до 400 млн человек в мире.

**Более тяжёлое течение болезни** – у пациентов старше 60 лет. У них чаще, чем у пациентов молодого возраста, наблюдаются фиксированная бронхиальная обструкция и **высокий риск смерти**.

Цель исследовательской работы: разработка плана сестринской помощи за пациентами пожилого возраста при бронхиальной астме в амбулаторных условиях.

Объект исследования: пациент с бронхиальной астмой

Предмет исследования: сестринская помощь при бронхиальной астме в амбулаторных условиях

Задачи исследования:

1. *Проанализировать литературные источники по заболеванию.*
2. Выявить проблемы пациента с бронхиальной астмой.
3. *Составить план ухода с учетом приоритетности проблем пациента.*
4. *Разработать информационно-методические материалы для пациента.*

Практическая значимость: При решении поставленных задач можно смоделировать действия среднего медицинского персонала по реализации плана сестринской помощи за

пациентами с бронхиальной астмой в амбулаторных условиях. Проведение обучающих бесед позволит повысить образовательный уровень пациента, сделать его активным участником лечения и профилактики, улучшить качество его жизни, уменьшить риск развития осложнений бронхиальной астмы.

Анализируя официальные статистические данные заболеваний дыхательной системы «Бронхиальная астма» в г. Югорск за период с 2022 по 2024 гг. мы можем отметить, что по городу больше всего случаев данного заболевания было зарегистрировано в 2024 г. – общее количество пациентов с установленным диагнозом БА составило 733 человека, в сравнении с 2022 г. – показатель увеличился на 4,4%.

Можно сделать вывод, что численность пациентов с бронхиальной астмой увеличивается каждый год, что в свою очередь требует от медицинских работников проведения комплекса мероприятий по своевременному обращению, лечению пациентов и организацией сестринской помощи пациентам.

Наблюдение за пациентом проводилось на базе БУ «Югорская городская больница».

При проведении научного исследования рассмотрен клинический случай и составлен план сестринской помощи пациенту 67 лет, с диагнозом «Бронхиальная астма», фаза обострения.

Согласно Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. №916н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология»», был составлен план сестринской помощи пациенту:

1) Организация режима и труда пациента:

- ежедневное проветривание помещения;
- исключения контакта с аллергеном (цветы, домашние животные, книги, ковры, перьевые подушки);
- отказ от продуктов, которые вызывают аллергию и провоцируют приступы;
- регулярная влажная уборка квартиры и увлажнение воздуха;
- ежедневное измерение АД утром и вечером;
- ежедневное проведение контроля пиковой скорости выдоха утром и вечером, с записью в дневник контроля проведения пикфлоуметрии.

2) Организация правильного питания пациента:

Сестринская помощь заключается в том, что, медицинская сестра объясняет пациенту о необходимости соблюдения диеты назначенную лечащим врачом, с целью уменьшения обострения приступов бронхиальной астмы.

При бронхиальной астме назначают диету по приказу 1008-н (Основной вариант стандартной диеты (ОВД)). Диета заключается в рациональном потреблении белков, жиров, углеводов, продуктов, обогащенных витаминами и минеральными веществами, клетчаткой, получаемой из любимых овощей и фруктов. Допускается потребление блюд в отварном виде или на пару, запечённые. Температура горячих блюд не более 60-65°C, холодных блюд – не ниже 15°C. Поваренная соль (6-8 г/день) Свободная жидкость – 1,5-2 литра. Питание дробное 4-6 раз в день.

Рекомендуется: овощи, фрукты, различные крупы, макаронные изделия, хлеб пшеничный и ржаной вчерашней выпечки, несдобные изделия, нежирные сорта мяса, паровые котлеты, кисломолочные напитки, творог и блюда из него.

Исключить: цитрус, кофе, какао, чай, острые и соленые сыры, соленые, копченые, жареные изделия, консервы, острые приправы, щавель, шпинат, шоколад, халва, кислые и неспелые фрукты.

3) Обучение и информирование пациента:

1. Рассказать пациенту об особенностях питания при бронхиальной астме.
2. Беседа с пациентом о необходимости приема лекарственных препаратов по назначению врача, предоставить памятку.
3. Предоставить памятку по гипоаллергенному быту при бронхиальной астме.
4. Рассказать о методах массажа, которые стимулируют расширения бронхов. Объяснить в какой период лучше проводить сеансы для снижения тяжести приступов.
5. Рассказать пациенту о правилах использования пикфлоуметра и необходимости ведения дневника пикфлоуметрии.
6. Объяснить пациенту цель лабораторных и инструментальных исследований, и подготовку к ним.
7. Объяснить пациенту об опасности самолечения.
8. Беседа с пациентом, о причинах появления одышки и мерах её профилактики.
9. Рассказать пациенту о необходимости посещения «Школы бронхиальной астмы».

Для повышения уровня знаний пациента был разработан информационные материалы для пациента:

1. Памятки для пациента «Пикфлоуметрия», «Спирометрия», «Правила приёма лекарственных препаратов и их побочное действие при бронхиальной астме», «Гипоаллергенный быт», «Правила использования карманного ингалятора».
2. Дневник контроля проведения пикфлоуметрии.

Реализация плана сестринской помощи пациенту пожилого возраста с бронхиальной астмой в амбулаторных условиях позволит, предотвратить возникновение приступов, что в свою очередь повысит качество жизни пациента. Разработка информационного материала для пациента повысит его образовательный уровень в вопросах профилактики, лечения и диспансерного наблюдения.

#### Литература

1. Клинические рекомендации / Бронхиальная астма 2021 г. – 118 с. – Текст: непосредственный.
2. Болотовский, Г. В. Бронхиальная астма / Г.В. Болотовский. – Москва: Омега, 2021. – 176 с. – Текст: непосредственный.
3. Бронхиальная астма. – Москва: АСТ, Сова, Кладезь, 2023. – 128 с. – Текст: непосредственный.
4. Минкайлов, К.О. Бронхиальная астма и аллергические заболевания: моногр. / К.О. Минкайлов. – Москва: Медицина, 2020. – 106 с. – Текст: непосредственный.
5. Рывкин А.И., Андрианова Е.Н., Побединская Н.С., О.В. Кузнецова, и др. Роль образовательных программ в улучшении качества жизни пациентов с бронхиальной астмой // Пульмонология, 2018. – Текст: непосредственный.

### **СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Прийма Валерия Владимировна

Руководитель: Ефимова Анна Анатольевна, преподаватель

Серовский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Сахарный диабет относится к числу наиболее распространённых хронических заболеваний. По данным ВОЗ в мире 537 млн. больных сахарным диабетом (2021 год), в РФ – 4,9 млн. чел. или 3,34 % населения, из них 4,5 млн. – СД II типа, 272 тыс. – СД I типа, 102 тыс. – СД других типов. В мире и в нашей стране отмечается неуклонный рост сахарного диабета, особенно в связи с постковидными нарушениями, а также вызванный некоторыми лекарственными препаратами и развитием преддиабетического синдрома.

Согласно данным Эндокринологического научного центра МЗ РФ, 8 миллионов человек в России болеют диабетом, что составляет примерно 6% населения.

Несмотря на все достижения, данное заболевание остается очень серьезным и занимает восьмое место среди прочих причин смерти людей. Современные методы лечения

привели к увеличению продолжительности жизни пациентов с сахарным диабетом, это требует особого подхода к осуществлению сестринской помощи пациентам пожилого возраста с сахарным диабетом.

Цель исследовательской работы: разработать план сестринского ухода при сахарном диабете 2 типа пациентам пожилого возраста в условиях стационара.

Объект исследования: пациент с сахарным диабетом 2 типа.

Предмет исследования: сестринский уход при сахарном диабете 2 типа в условиях стационара.

Задачи исследования:

5. *Проанализировать литературные источники по заболеванию сахарный диабет 2 типа.*
6. *Выявить проблемы пациента с сахарным диабетом 2 типа.*
7. *Составить план ухода с учетом приоритетности проблем пациента.*
8. *Разработать информационно-методические материалы для пациента.*

Практическая значимость: при решении поставленных задач можно смоделировать действия среднего медицинского персонала по реализации плана сестринского ухода за пациентами с диагнозом сахарный диабет 2 типа в условиях стационара. Исходя из этого, у медицинских сестёр возрастает ответственность за здоровье пациента. Проведение бесед позволит повысить образовательный уровень пациента, сделать его активным участником лечения и профилактики факторов риска развития СД 2 типа, улучшить качество его жизни.

Исследование проводилось на базе БУ «Югорская городская больница», в форме анонимного анкетирования пациентов. Анкета состоит из 13 вопросов.

В анкетировании приняли участие 20 пациентов (20% мужчин и 80% женщин) в возрасте от 65 до 80 лет.

10% респондентов считают, что сахарный диабет 2 типа – это заболевание, при котором уровень глюкозы в крови слишком низкий, 65 % – заболевание, при котором организм не может нормально использовать инсулин.

15% респондентов считают, что нормальным значением уровня глюкозы в крови натощак является менее 3,9 ммоль/л, 80% – 4,0-5,5 ммоль/л, 50% респондентов – более 6,1 ммоль/л.

На вопрос о выборе продуктов для перекуса предпочтение шоколадному батончику отдали 15% респондентов, 85 % опрошенных сделали выбор в пользу яблока с миндальным орехом.

Анализируя данные анкетирования, можем составить «портрет среднестатистического респондента» – это человек женского пола, в возрасте от 31 до 65

лет, с дефицитом знаний о заболевании, из-за нехватки времени он не измеряет уровень глюкозы в крови регулярно, не соблюдает в полном объеме принципы лечебного питания, который хотел бы больше узнать о заболевании сахарный диабет 2 типа и его профилактике.

При проведении научного исследования на базе БУ «Югорская городская больница» был рассмотрен клинический случай и составлен план сестринского ухода за пациентом 67 лет, с диагнозом «Сахарный диабет 2 типа».

Проведено субъективное и объективное обследование пациента. На основании полученных данных определены нарушенные потребности, выявлены проблемы пациента. С учетом полученных данных поставлены цели, составлен план сестринского ухода. В результате реализации плана сестринского ухода к моменту выписки пациент отметил отсутствие утомляемости, слабости, сухости во рту, жажды, учащенного мочеиспускания, зуда кожных покровов, повышенной потливости, боли в ногах.

Пациент продемонстрировал знания о развитии сахарного диабета 2 типа, лечении и профилактике осложнений. Состояние пациента значительно улучшилось, дефицит знаний через обучение был устранен.

С целью повышения осведомленности пациента о заболевании «Сахарный диабет 2 типа» были разработаны информационные материалы:

1. Памятка для пациента «Правила ухода за ногами при сахарном диабете 2 типа».
2. Памятка для пациента «Подготовка пациента к определению уровня глюкозы плазмы натощак».
3. Памятка для пациента «Пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ)».
4. Памятка для пациента «Профилактика гипогликемии и гипергликемии».
5. Памятка для пациента «Расчет хлебных единиц».
6. Памятка для пациента «Диетотерапия».
7. Памятка для пациента «Правила приёма лекарственных препаратов и их побочное действие при сахарном диабете 2 типа».
8. Памятка для пациента «Правила измерения уровня глюкозы с помощью глюкометра».
9. Памятка для пациента «Профилактика гиподинамии».

Реализация плана сестринского ухода за пациентом пожилого возраста с диагнозом «Сахарный диабет 2 типа» в стационарных условиях поможет достичь хороших результатов, что в свою очередь обеспечит качество жизни пациента, предотвратит развитие осложнений и сохранит максимальную независимость пациента в повседневной жизни.



## Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ, Клинические рекомендации. Сахарный диабет у взрослых. Общественная организация «Российская ассоциация эндокринологов» Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ. Год утверждения: 2019 – Текст: непосредственный.
2. Гарднер Д., Шобек Д. Базисная и клиническая эндокринология. 2020. – 464 с. – Текст: непосредственный.
3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Майоров А.Ю., Шамхалова М.Ш., Сухарева О.Ю., Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю., Никонова Т.В., Суркова Е.В., Кононенко И.В., Егорова Д.Н., Сахарный диабет 2 типа у взрослых. // Сахарный диабет. 2020. – 102 с. – Текст: непосредственный.
4. Метаболические и сердечно-сосудистые риски у больных сахарным диабетом 2 типа: результаты применения многокомпонентной программы контроля массы тела: автореферат дис. кандидата медицинских наук Моткова Светлана Игоревна. – Москва, 2022. – 30 с. – Текст: непосредственный.
5. Сайт российской ассоциации эндокринологов – Режим доступа: <https://edu.endocrincentr.ru/saharnyy-diabet-2-tipa-u-vzroslyh> (дата обращения: 29.04.2025) – Текст: электронный.

## ШАГ НАВСТРЕЧУ ЗДОРОВЬЮ

Кайгородова Евгения Владимировна, Изотова Ксения Андреевна

Руководители: Чудова Вероника Ивановна, Толмачева Галина Евгеньевна, преподаватель  
Суходолжский филиал ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»

Залог отличного здоровья и крепкого фундамента организма заложен в грамотно подобранной обуви. Стопа – фундамент, опора нашего тела, и любое нарушение сводчатого строения стопы приводит к возникновению её патологии в виде плоскостопия. Плоскостопие - самый распространенный вид патологии нижних конечностей, который встречается у детей в пределах от 15 до 23,5% [2]. Плоскостопие – это заболевание опорно-двигательной системы человека, характеризующееся уплотнением свода стопы и нарушением нормального функционирования мышечных тканей, суставов и костей стопы [3]. Причины формирования плоскостопия могут быть разные: особенности физиологии конкретного ребенка, травмы, развитие болезни, малоподвижный образ жизни, ожирение,

неправильная обувь [3]. Общая слабость мышечно-связочного аппарата проявляется во всех суставах, стопы постепенно деформируются и приобретают устойчивое плоско-вальгусное положение (пятки отклонены кнаружи), развивается плоскостопие [1].

Эксперты Всемирной организации здравоохранения отмечают, что неудобная обувь часто становится катализатором возникновения тяжёлых недугов стоп и связанных с ними осложнений позвоночника.

Отдельное внимание заслуживает профилактика плоскостопия – болезни, которой страдает около половины населения нашей страны, согласно исследованиям сотрудников Российского научно-исследовательского медицинского института имени Пирогова.

Женщины подвержены этому заболеванию значительно больше мужчин - почти вчетверо чаще.

Статистика, предоставляемая Росстатом, демонстрирует тревожную тенденцию ежегодного увеличения числа впервые выявленных заболеваний костей и мышц, которое достигает отметки в 3663 новых зарегистрированных случаев только среди тех, кто получил официальный диагноз.

Следовательно, разумный подход к приобретению подходящей обуви обеспечивает не только комфорт повседневной носки, но и играет ключевую роль в предотвращении возможных рисков для здоровья, гарантируя надежную защиту и общее благополучие каждого гражданина на всю жизнь.

Все начинается с детства. Правильный выбор детской обуви имеет огромное значение для формирования и поддержания здорового состояния стопы ребёнка. Плохо подобранная обувь способна привести к развитию множества ортопедических отклонений, таких как плоскостопие, искривление пальцев ног и прочие деформации [4].

Первые признаки патологии проявляются у детей еще в дошкольном возрасте. Статистика плоскостопия фиксирует их у 24% детей двухлетнего возраста и 40% у шестилеток. К 12 годам заболевание наблюдается у каждого второго подростка [5]. Таким образом, внимательное отношение родителей к покупке качественной и удобной обуви существенно влияет на здоровое развитие и нормальное функционирование стопы у ребёнка.

Для того, чтобы плоскостопие не приводило к нарушению жизнедеятельности человека необходимо уже в детском возрасте проводить диагностику и профилактику плоскостопия, а если и требуется, то его коррекцию.

Цель данной работы: восполнить дефицит знаний обучающихся о влиянии обуви на неокрепший опорно-двигательный аппарат.

Задачи:

- 1) Изучить специальную современную медицинскую литературу по влиянию обуви на опорно-двигательный аппарат человека;
- 2) Разработать анкету, направленную на оценку степени осведомленности респондентов относительно критериев выбора комфортной и безопасной обуви, а также понимания ими симптомов и факторов риска развития плоскостопия;
- 3) Провести исследования стопы по методу В.А. Штритера;
- 4) Подготовить раздаточный материал по профилактике плоскостопия (буклеты, памятки, сборник упражнений).
- 5) Провести информационную беседу и сформировать инициативную группу участников, заинтересованных в улучшении своего самочувствия.

Сегодня особо значимой задачей является формирование здорового образа жизни всего населения, профилактика заболеваний и функциональных расстройств. Нарушения формы стоп нельзя недооценивать – это серьезное анатомическое и функциональное отклонение, способствующее запуску механизмов развития многих других заболеваний.

Следовательно, предотвращение плоскостопия – это социально значимая и медицинская задача, решение которой должно включать комплекс профилактических мероприятий с привлечением всех возможных ресурсов физического воспитания.

Изучив заболеваемость М21.4 Плоская стопа [pesplanus] (приобретенная) по МО Сухой Лог можно сделать выводы об увеличении заболеваемости среди детей и подростков.

Таблица 1

**Статистические данные по ГО Сухой Лог**

год	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани		М21.4 Плоская стопа	на «Д» учете
	всего	от 5 до 9 лет	всего с 0 до 18	
2020	299	29	54	13
2021	375	48	117	19
2022 с 1 января по 1 июня	212 (508)	95	71	7
2023	467	105	101	14
2024	502	107	98	19

После изучения статистических данных было проведено исследование среди студентов Сухоложского филиала ГБПОУ «СОМК» в форме анкетирования с целью информированности о выборе правильной и качественной обуви, а также выяснения, знают

ли они о таком заболевании, как плоскостопие. Анкетирование проходило онлайн в Гугл Формах, с 09.04.2025 - 21.04.2025.

В опросе приняли участие 107 студентов, в возрасте от 16 лет и выше.

*Результаты опроса:*

- Большинство студентов, принявших участие в анкетировании, ответили, что предпочитают носить в повседневной жизни спортивную обувь (кроссовки), около 85%; 10% носят кеды и сандалии, а 5 % - туфли, лоферы

- 100 % опрошенных знают о таком заболевании, как плоскостопие

- 70% выбирают обувь удобству и качеству; 5% по низкой цене; 25% - по моде

- 63% ответили, что родители помогают им в выборе обуви

- 12% носят любимую обувь по три месяца; 30% - полгода; 8% - месяц; 25% - год и более

- 60% любят ходить босиком, а 40% ответили, что нет

- 86% считают, что обувь у них не изношена с внутренней стороны, когда 14% ответили - да

- 33% не знают, есть ли у них заболевания, связанные с нарушением осанки; 40% ответили, что на сегодняшний день имеют проблемы с осанкой, а 27% - не имеют

- 40% ответили, что ноги быстро утомляются при подвижных играх, а 60% - не утомляются.

- 42% ответили, что к концу дня чувствуют тяжесть, боль и усталость в ногах

- 86% считают, что у них нет данного заболевания; 10% - не знают; 4% - имеют плоскостопие

- у 88% проверяли плоскостопие, а у 12% - нет

- на вопрос «Как вы считаете, эта болезнь лечится?» 85% опрошенных ответили, что да; 10% - нет, а 5% - не знаю

- 50% не знают упражнения для профилактики плоскостопия и 50% знают

- 55% хотели бы получить информацию по выбору правильной обуви

По результатам анкетирования было выявлено, что большинство опрошенных носят спортивную обувь – кроссовки и выбирают обувь по моде и дешевизне, но некоторые всё-таки склоняются к качеству. Большая часть любит ходить босиком, что способствует профилактике плоскостопия, но также имеют заболевания, связанные с осанкой. Опрошенные знают о таком заболевании как плоскостопие. Большее количество респондентов ответили, что не знают упражнения для профилактики плоскостопия и хотели бы больше узнать информации по данной теме.

Мы предложили студентам пройти специальное обследование методом В.А. Шриттера. 60 студентов добровольно согласились принять участие в обследовании. В результате этой работы выявлено, что у 40 человек нет плоскостопия, но у 20 все же оно имеется. Вот несколько примеров:



Рис.1

Студент 1



Рис.2

Студент 2

На рисунке под 1 – левая стопа плоская, нет пересечения сводом проведенных линий, правая стопа уплощенная есть пересечение сводом только одной линии.

На рисунке под 2 – обе стопы плоские, нет пересечения сводом проведенных линий.

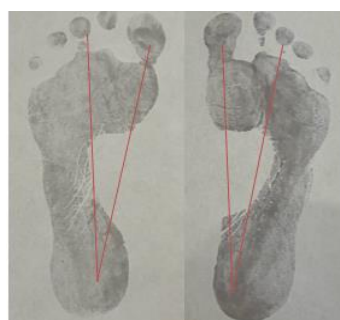


Рис.3

Студент 3



Рис.4

Студент 4

На рисунке под 3,4 – обе стопы нормальные, есть пересечение сводом обе линии.

Именно поэтому была подготовлена и организована информационная беседа для студентов, посвященная вопросам грамотного выбора обуви и методам профилактики плоскостопия. Так же мы использовали информационные материалы, которые самостоятельно разработали.

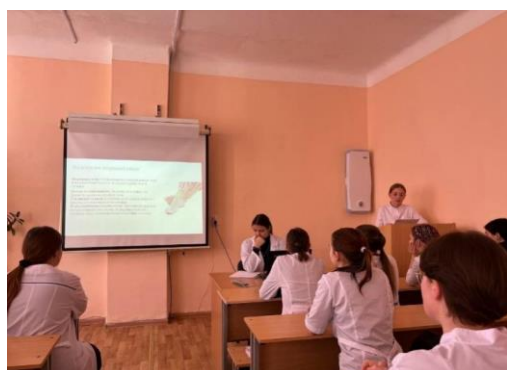


Фото 1



Фото 2

После проведённого информационного часа большинство студентов осознали важность правильного выбора обуви и приняли меры, приобретя специализированную ортопедическую обувь, что положительно сказалось на состоянии их стоп. В течение месяца мы взаимодействовали с участниками группы «Шаг навстречу здоровью» и получили положительные отклики: состояние здоровья заметно улучшилось.

Систематическая профилактическая работа играет очень важную роль в формировании нормальной функции стопы и профилактике плоскостопия, и самое главное, способствует повышению качества жизни, а также улучшению физического здоровья.

#### Литература

1. Красикова А.С. «Профилактика лечения плоскостопия». М. 2002 г.
2. Верич Г.Е., Банникова Р.А. Нефиксированные изменения и статические деформации опорно-двигательного аппарата. [Текст] ./ Г.Е. Верич, Р.А. Банникова //
3. Гацкан О.В. Причины плоскостопия в современном мире / О.В. Гацкан // Электронный научный журнал «Дневник науки», – 2020, – №7. [Электронный ресурс] URL: <https://clck.ru/SRWEP> (дата обращения: 1 10 2020).
4. URL: <https://kidfoot.ru/blogs/blog/ploskostopiyu-net>.
5. URL: <https://vawilon.ru/statistika-ploskostopija/#posledstviyaploskostopiya>.

### ТЕХНОЛОГИИ НОСИМЫХ УСТРОЙСТВ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ

Коновалова Евгения Владимировна

Булыгина Карина Сергеевна, преподаватель ВКК

Сухоложский филиал ГБПОУ «СОМК»

г. Сухой Лог

В последние годы технологии носимых устройств, таких как фитнес-трекеры и другие гаджеты, приобрели значительную популярность в сфере мониторинга здоровья. Данная работа посвящена оценке эффективности этих технологий в контексте профилактики и управления заболеваниями. В исследовании рассматриваются основные функции носимых устройств, включая отслеживание физической активности, мониторинг сердечного ритма, качества сна и уровня стресса.

Цифровизация в здравоохранении – это, по сути, важный процесс использования технологий для улучшения показателей здоровья. Это включает в себя интеграцию цифровых инструментов и платформ в здравоохранение, от электронных медицинских карт и рецептов до носимых устройств и приложений на основе искусственного интеллекта [4].

Сегодня в эпоху, когда доминируют технологические достижения, сфера здравоохранения переживает замечательную трансформацию благодаря интеграции носимых устройств. Речь идет о проникновении в эту сферу мобильных технологий [2]. Постоянный мониторинг показателей здоровья позволяет не только следить за общим состоянием человека, но и понять и предотвратить возможные проблемы, а также отслеживать изменения в работе организма. Именно такую сложную и необходимую для современного человека задачу - следить за основными показателями здоровья человека, выполняют цифровые технологии.

На форуме, посвященном Всемирному Дню качества в 2024 году Татьяной Пановой, деканом ФМРиРУ Института службы и управления Президентской Академии, к.э.н. было представлено будущее медицины, где будет проводиться удаленный мониторинг через носимые устройства, автоматическое наблюдение за здоровьем и экстренное оповещение при необходимости, пациенты будут готовы использовать свой смартфон и Интернет, чтобы вносить туда свои симптомы и получать мнение о заболевании и дальнейших действиях и т.д.

По результатам опроса представленного Институтом общественного мнения на сегодняшний день 63% опрошенных россиян пользуются такими девайсами и сервисами. Среди них 47% делают это ежедневно, 22% – регулярно, например, на тренировках, 27% – время от времени, и лишь 4% – крайне редко [1].

Что представляют из себя устройства для здоровья. «Гаджет» - это небольшое устройство, предназначенное для облегчения и усовершенствования жизни, неременный атрибут спортсменов. Гаджеты широко распространены в самых разных сферах: спорт – фитнес - трекеры, смарт - браслеты, спортивные устройства, в том числе и «умная» одежда. Фитнес-трекер – устройство, которое отслеживает физическую активность пользователя. Это своего рода современный вариант ведения дневника. Небольшой носимый гаджет позволяет автоматизировать сбор и обработку данных, выдавая пользователю готовый результат в виде графиков и прогнозов, а в ходе тренировки – текущую информацию по ней [5].

Объектом исследования являются технологии носимых устройств для мониторинга здоровья. Предмет исследования: использование устройств с целью профилактики и управления здоровьем человека.

Цель исследования: изучение роли устройств и других гаджетов для мониторинга здоровья и профилактики заболеваний.

В исследовании выдвигается следующая гипотеза: сегодня на рынке медицинского оборудования есть такие диагностические приборы, пользоваться которыми может любой

человек, даже не имеющий специального образования. Любой человек может самостоятельно контролировать на дому течение различных заболеваний. Новые поколения носимых медицинских гаджетов научились отслеживать состояние пациента непрерывно. Это отчасти может помочь решить проблему недостаточной заботы современного человека о своем здоровье.

Носимые устройства для мониторинга здоровья значительно трансформировались за последние десятилетия, от простых шагомеров до высокотехнологичных устройств, которые могут управлять многими аспектами нашей жизни. Умные часы и фитнес-трекеры стали не только популярными гаджетами, но и важными инструментами для управления здоровьем и повседневными задачами.

Виды носимых устройств для мониторинга здоровья делятся на умные часы и фитнес – трекары – это носимые устройства обычно включают в себя датчики и такие функции, как мониторинг сердечного ритма. Гаджеты помогают пользователям понять частоту пульса в состоянии покоя, отслеживать интенсивность тренировок и даже выявлять нарушения сердечного ритма, которые могут указывать на потенциальные проблемы со здоровьем. Фитнес-трекеры подсчитывают шаги и оценивают пройденное расстояние, стимулируя физическую активность. Они часто устанавливают ежедневные цели по шагам, чтобы мотивировать пользователей оставаться активными. Объединяя данные о уровне активности, частоте сердечных сокращений и других факторах, эти устройства могут оценить количество сжигаемых калорий, что полезно для управления весом. Многие умные часы и фитнес-трекеры теперь предлагают подробный анализ сна. Некоторые продвинутые устройства включают функции отслеживания стресса, а такие как Apple Watch Series 4 и более позднее, включают функциональность ЭКГ.

Достоинства технологий носимых устройств для мониторинга здоровья:

- доступность и удобство. Пользователи могут отслеживать свои показатели, не посещая врача или лабораторию;
- мотивация к активному образу жизни. Напоминания и уведомления о необходимости двигаться или выполнять упражнения способствуют улучшению физической формы;
- ранняя диагностика заболеваний. Мониторинг ключевых показателей здоровья позволяет выявлять проблемы на ранних стадиях. Если есть проблемы с нарушениями ритма, внезапная слабость, бывают головокружения или потеря сознания, чтобы понять, связано ли ухудшение состояния с нарушением ритма и проводимости, трекары полезны.



Недостатки технологий носимых устройств для мониторинга здоровья:

- точность измерений. Некоторые устройства могут давать погрешности в измерениях. Производители заявляют, что гаджеты достаточно точны, но предупреждают, что подозрительные или противоречивые результаты измерений стоит перепроверить у врачей. Исследования это факт подтверждают – иногда трекеры ошибаются, значительно искажая реальную картину. Обычно ошибки связаны с неправильным ношением устройства.
- зависимость от батареи. Многие носимые устройства требуют регулярной зарядки.
- конфиденциальность данных. Сбор и хранение данных о здоровье вызывает вопросы относительно конфиденциальности и безопасности информации.
- необходимость регулярного обновления. Для обеспечения точности и функциональности устройств необходимо регулярно обновлять программное обеспечение.
- стоимость устройств. Некоторые носимые устройства могут быть достаточно дорогими, что ограничивает их доступность для широкого круга пользователей.

При всем этом у гаджетов для ЗОЖ есть одна проблема – условность формул, заданных на основе норм для пола, возраста, веса, роста и т. д. У каждого человека уникальный организм, который нельзя подогнать под средние показатели. Например, у спортсменов частота сердечных сокращений в покое может быть низкая, поскольку их тело привыкло к нагрузкам.

И еще один важный момент – гаджеты ни в коем случае не замена врачу и лабораторным анализам. Человеку с проблемами здоровья нужно в обязательном порядке посещать врача, даже если прибор покажет, что его пульс в норме, а давление – под контролем.

В рамках исследования мы провели опрос медицинских работников, в какой мере сами медработники доверяют результатам полученных от гаджетов.

Некоторые рекомендации при работе с фитнес-трекерами.

1. Сформировать список нужных показателей. Например, пульс, ежедневная активность. Чрезмерный контроль может вызвать зависимость.
2. Завести медицинскую карту в приложении. В неё нужно внести актуальные данные о росте, весе или заболеваниях.
3. Изучить дополнительные возможности. Например, оценка насыщения крови кислородом (SpO2) может быть полезна людям с заболеваниями дыхательной системы. Не пренебрегать измерением пульса. В критических ситуациях трекер подскажет, что нужно успокоиться, или, наоборот, сообщит, что пульс слишком низкий.

4. Включить функцию оценки стресса и замер окружающего шума. Это поможет лучше избегать стрессовых ситуаций.

5. Синхронизировать трекер с другими девайсами.

Стоит иметь в виду и то, что пациенты могут самостоятельно выбирать далеко не те приложения и устройства, которые пойдут им на пользу, или же неправильно пользоваться нужными. Для уточнения влияния дистанционных технологий на клинические исходы требуются дальнейшие обширные исследования [6].

В рамках исследования мы подготовили две анкеты. Первую анкету прошли медицинские работники ГАУЗ СО «Сухоложская РБ». Всего приняли участие 18 человек (терапевт, фельдшер, главная медсестра, старшие медсестры). 55,6% респондентов (12 человек) считают, что можно доверять информации, полученной от гаджетов. 13 медработников (72,2%) сами используют гаджеты для здоровья. 61,1% медицинских работников спрашивают у пациента, какие показатели здоровья показывает то или иное устройство. 22,2% не спрашивают и 16,7% не обращают внимание на данные показатели.

Как и с любым другим устройством, с гаджетом нужно уметь работать и мы задали вопрос «Готовы ли Вы обучать пациентов пользоваться гаджетами для здоровья» и получили следующие ответы: 1 человек определенно готов обучать пациентов, 9 человек скорее готовы, и 8 человек выбрали ответ «скорее не готовы». 66,7% от респондентов рекомендуют следить за здоровьем через устройства.

Вторая анкета предназначена для пациентов и сбор информации от пациентов продолжается. По результатам опроса представленного Институтом общественного мнения по мнению 84% пользователей, гаджеты и приложения для ЗОЖ дисциплинируют. Более половины (57%) отметили, что такие устройства мотивируют вести здоровый образ жизни, 42% – что им интересно следить за своим здоровьем и физической активностью. Более трети (35%) благодаря гаджетам и приложениям для здоровья держат себя в хорошей физической форме, 26% – стали лучше чувствовать себя, 25% – борются с недостатками и вредными привычками. Только 6% пользователей не видят никаких преимуществ и плюсов в гаджетах и приложениях для здоровья.

По результатам анкетирования пациентов в ГО Сухой Лог мы сможем понять, какие рекомендации для них необходимы и подготовим информационный материал, как для пациентов, так и для медицинских работников.

Прежде чем устройства для контроля здоровья прочно займут свою нишу в системе здравоохранения, предстоит провести долгую работу по просвещению и стимулированию интереса со стороны, как пациентов, так и врачей/фельдшеров.

Носимые оздоровительные технологии вышли за рамки своего статуса новизны и стали неотъемлемой частью современного здравоохранения. Легко интегрируясь в нашу жизнь, эти устройства позволяют людям контролировать свое здоровье и принимать обоснованные решения. Носимые оздоровительные устройства формируют будущее здравоохранения: от мониторинга физической активности и жизненно важных показателей до лечения хронических заболеваний и пропаганды здорового образа жизни.

#### Литература

1. Digital health: 63% россиян пользуются гаджетами и приложениями для ЗОЖ- [Электронный ресурс] // <https://iom.anketolog.ru/2023/07/17/gadzhety-i-prilozheniya-dlya-zdorov-ya> (Дата обращения: 01.11.2024).
2. mHealth – «мобильное» здравоохранение в современном мире - [Электронный ресурс]// <https://habr.com/ru/companies/medgadgets/articles/227159/> (Дата обращения: 01.11.2024).
3. Пчелинцев С. В., Невзорова Е. В. Использование мобильных приложений и технологий для мониторинга здоровья // Вестник науки. 2024. №10 (79). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ispolzovanie-mobilnyh-prilozheniy-i-tehnologiy-dlya-monitoringa-zdorovya> (дата обращения: 11.11.2024).
4. Сыздыков Ж. К. Цифровизация в здравоохранении // Вестник науки и творчества. 2024. №2 (93). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsifrovizatsiya-v-zdravoohranenii> (дата обращения: 11.11.2024).
5. Фитнес-трекеры: устройства, следящие за вашим здоровьем - [Электронный ресурс] // <https://media.mts.ru/gadgets/175845/> (дата обращения: 03.11.2024).