

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления»
(ВСГУТУ)
Министерство социальной защиты населения Республики Бурятия

ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В РАЗЛИЧНЫХ СФЕРАХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

FORMS AND METHODS OF SOCIAL WORK IN DIFFERENT SPHERES OF LIFE

Материалы

V Международной научно-практической конференции,
посвященной 25-летию социальной работы в России

8-9 декабря 2016 г.

Улан-Удэ
Издательство ВСГУТУ
2016

Таким образом, при воздействии на позвоночник получили идеальное состояние пациентки, не только по состоянию позвоночника, но и состояние соматических органов.

Исследования показали, что наши представления о физиологии позвоночника отличаются от реальной физиологии. Были выявлены десятки несоответствий наших представлений к потребностям организма.

Мы наблюдали несоответствие при купировании судорог икроножных мышц на КУМП-01 и существующим представлениям по этой нозологии. По литературным данным судороги возникают при дефиците кальция и магния. При проведении процедуры на КУМП-01 судороги купируются в течение нескольких минут при первой же процедуре. За это время изменить количество кальция и магния в организме практически невозможно.

Было опровергнуто положение, что в острый период, пациент должен находиться в полном покое. Клинически установлено, что при возникновении острой боли в первые 15-30 минут использование ортопедических комплексов КУМП-01 приводит к тому, что на следующий день пациент сможет перемещаться без особых болевых ощущений. Если это время увеличивается до часа и более, то приходится прилагать большие усилия по компенсации отеков нервных корешков, а купирование компрессии корешков отходит на второй план. Поэтому положение, что в острый период пациент должен находиться в полном покое, приводит к усилению отека и противоречит физиологии нашего тела.

По литературным данным, если где то в конечностях возникает боль, то в головном мозге формируются болевые центры. Но на комплексе КУМП-01 пациенты купировали боли воздействием на позвоночник, причем в подавляющем большинстве при первых процедурах, в том числе и фантом боли в отсутствующих конечностях. Возникает предположение, что боли формируются в корешках в спинном мозге а иррадируют в конечности или органы, за которые они несут ответственность.

Рентгеновские исследования с помощью компьютерных фильмов показали, что вероятность дренажа спинномозговой жидкости через интерстициальные клапана оболочек спинного мозга существенно меньше, чем дренаж в дуральный мешок на уровне конского хвоста с последующим выводом через почки.

Это хорошо согласуется с клиническими наблюдениями. Из этого следует предположение, что появляется возможность управления болью изменением режима течения ликвора не воздействуя на нервные окончания.

Поэтому врач теперь может воспользоваться двумя способами купирования боли: воздействием на нервные окончания и узелки нервной системы иглами- акупунктура или воздействием на корешки спинного мозга на комплексе КУМП-01- аутокинестерапия.

Разработанная система может не только конкурировать с иглорефлексотерапией, но и по некоторым нозологиям превосходит её.

Так как, метаморфозы происходят в самом позвоночнике, и датчиком этих изменений является корешок нерва, то проводя процедуры на комплексе КУМП-01, пациент управляет возникновением и интенсивностью боли в позвоночнике, корректирует двигательные паттерны и их рефлекторное сопровождение.

Другим примером конкурентоспособности АКТ является анкилозирующий спондилоартрит или болезнь Бехтерева. Основной проблемой этой патологии является оссификация продольных связок позвоночника. Так как пациент на комплексе КУМП-01 одновременно получает массаж, гимнастику и мануальную процедуру, то это позволяет снизить скорость оссификации продольной связки и разрастание остеофитов на телах позвонков. Восстанавливается или поддерживается подвижность позвоночника. В раннем возрасте возможен регресс заболевания. При этом не возникает угрозы повышения креатинина.

Следующим примером является поддержка качества жизни. В результате трудовой деятельности возникают усталостные напряжения в мышцах спины. И если спазмы длинных мышц спины можно снять ручным массажем, то напряжение внутренних мышц позвоночных сочленений можно снять только на комплексе КУМП-01. Поэтому при возникновении дискомфорта или угнетенного настроения необходимо провести релаксация мышц паравертебральной зоны на комплексе КУМП-01 и остановить скрытый период развития заболевания позвоночника и обострение остеохондроза. При этом нагрузка на сердце не превышает нагрузку от простой прогулки. Контроль пациентом процедуры позволяет корректировать двигательные рефлексы, а если коррекция невозможна, то вырабатывать новые рефлексы в соответствии со сложившимися обстоятельствами. Это особенно актуально при лечении детей с детским церебральным параличом.

Список литературы:

1. Технология биосферы №4 2016. Русская альтернатива китайской акупунктуре или восстановление физиологии паравертебральной зоны, как метод лечения позвоночника. [Электронный ресурс] <http://niinmt.tora.ru/pages/home.html>.

УДК 612.6:37.018.3-053.2/4

Клименко О.В., Таран О.Н.

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, г. Днепр, Украина

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА - ВОСПИТАННИКОВ ДОМА РЕБЕНКА

В статье приводятся результаты сравнительного анализа показателей физического развития детей раннего возраста - воспитанников дома ребенка и их сверстников, воспитывающихся в семье.

Ключевые слова: *дети раннего возраста, лишенные родительской опеки, физическое развитие.*

Klimenko O.V., Taran O.N.

Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine, Dnipro, Ukraine

PHYSICAL DEVELOPMENT OF INFANTS - PUPILS OF CHILDREN'S HOME

The article presents the results of a comparative analysis of the physical development of young children - pupils of children's homes and the same aged children brought up in the family.

Key words: *young children deprived of parental care, physical development.*

Проблема состояния здоровья детей, лишенных родительской опеки, остается актуальной. По данным центра медицинской статистики МЗ Украины, в структуре патологии детей раннего возраста - воспитанников дома ребенка, одно из ведущих мест занимают хронические расстройства питания (Р.А. Моисеенко, 2013) [1]. Уровень физического развития ребенка является основным параметром ее биологической зрелости и одним из главных критериев адаптационных возможностей детского организма[2].

Процессы роста и развития определяются генетическими фенотипическими факторами, а реализация этих процессов находится под влиянием эндогенных факторов и среды, в которой находится ребенок. Причиной грубой задержки физического развития ребенка, хронических расстройств питания является негативное влияние целого ряда биологических, наследственных и социальных факторов[2]. Поэтому, целью нашего исследования стало изучение особенностей физического развития детей раннего возраста, воспитывающихся в доме ребенка.

Материалы и методы. Нами проведено обследование 58 детей, воспитывающихся в Доме ребенка №2 г. Днепр: 45 мальчиков (76,5%) и 13 девочек (23,5%). Дети первого года жизни составили 21,65%, во второй год - 38,2%, третьего года - 40,25%. В качестве контрольной группы были выбраны 34 ребенка, воспитывающиеся в семье. По возрасту и полу исследуемые группы существенно не отличались.

Физическое развитие оценивалось по показателям массы и длины тела и их динамики в зависимости от возраста. Статистический анализ проводили с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты исследования и их обсуждение. Как свидетельствует таблица 1, показатели физического развития у детей в группах сравнения при рождении были, примерно, одинаковыми. Но уже с первых месяцев жизни дети из группы наблюдения начина-

ют отставать в физическом развитии от своих сверстников из группы контроля. Так, в первом полугодии жизни отставание и в показателях массы и длины у воспитанников дома ребенка было уже существенным - в 1,4 раза ниже, чем в группе контроля. И если у детей из группы контроля наибольшая интенсивность прироста массы тела приходилась на первое полугодие, то в группе наблюдения на 5-ый и 7-ой месяцы. За первый год жизни наблюдаемых детей суммарный прирост массы тела составил 4297,1 г, что в 1,7 раза меньше, чем у в группе контроля ($p < 0,01$) (табл. 1). Следует так же отметить, что за первый год жизни воспитанники дома ребенка подросли на 19,2 см, а их сверстники из семей 23,6 см (табл. 1). И если группе материнских детей ежемесячный прирост был равномерным и закономерным, то в группе наблюдения, кривая прироста длины имела волнообразный характер (максимальный рост на 3-м месяце минимальный - на 4-м 8-м и 10-м) (табл. 1). На конец первого года жизни, показатели длины тела в группе наблюдения оставались низкими 68,83 см \pm 0,6 и достоверно отличались от таковых из группы контроля (75,77 см \pm 0,5, $p < 0,001$).

На втором году жизни, динамика показателей физического развития оценивалась поквартально. Наибольший прирост массы тела у детей из группы наблюдения отмечался в третьем квартале. Дети из семей набирали массу тела равномерно. Следует отметить, что за второй год жизни суммарный прирост показателей массы тела у материнских детей был почти в два раза меньше, чем у воспитанников дома ребенка. Однако все равно масса тела у детей из группы наблюдения была существенно ниже (10118,5 г \pm 240,3 против 12529,1 г \pm 1019,7 $p < 0,001$) (табл. 1). Анализируя динамику показателей длины тела на втором году жизни, мы заметили, что темпы роста у детей, воспитывающихся в семье также стали несколько меньшими, а ежеквартальный прирост длины тела у воспитанников дома ребенка был достаточным и относительно равномерным. Однако, показатели линейного развития в группе наблюдения оставались низкими и достоверно отличались от группы контроля ($p < 0,001$) (табл. 1).

Оценка показателей физического развития на третьем году жизни проводилась один раз в полугодие. Прирост массы и длины у детей третьего года в группах сравнения был практически одинаковым. Тем не менее, показатели и массы и длины тела у детей из группы наблюдения оставались низкими и достоверно отличались от группы контроля (табл. 1).

Выводы. Проведенные наблюдения выявили значительные отклонения в физическом развитии у воспитанников дома ребенка. Наиболее выражена задержка и массы и длины тела у этого контингента детей в течение первых месяцев жизни, что связано с целым комплексом неблагоприятных биологических и социальных факторов. На втором и третьем годах жизни на фоне стабилизации процессов адаптации у воспитанников дома наблюдается интенсификация физического развития, тем не менее, догнать сверстников, воспитывающихся в семьях, ни по массе тела, ни по росту до 3-летнего возраста им не удастся. И если отставание развития массы тела у наблюдаемых детей можно объяснить алиментарными факторами и этот показатель нормализуется при адекватном уходе и сбалансированном питании, то задержка роста у детей из дома ребенка наблюдается еще долгое время, несмотря на адекватные реабилитационные мероприятия. По нашему мнению, задержка роста у этих детей являются признаками психосоциальной депривации, вызванной, в первую очередь, отсутствием материнского ухода и опеки.

Список литературы:

1. Моисеенко Р.А. Оценка эффективности системы социального обеспечения детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки, в домах ребенка Украины / Р.А. Моисеенко // Современная педиатрия. - 2013. - № 1. - С. 37-43.
2. Гойда Н.Г. Соціально-гігієнічна характеристика дітей в соціально-неблагополучних сім'ях та деякі особливості їх захворюваності та фізичного розвитку / Н.Г. Гойда, П.М. Веропотвельян // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2012. - № 1. - С. 13-15.

УДК 613.846:614.353.4

Кметь О.Г., Філінець Н.Д., Кметь Т.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ВІДМОВИ ВІД ТАБАКОПАЛІННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Стаття присвячується методам формування мотивації відмови від тютюнопаління у студентів-медиків.

Ключові слова: тютюнопаління, студент.

Kmet O.H., Filipets N.D., Kmet T.I.

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

FORMATION OF MOTIVATION DISCLAIMER TABAKOPALINNYA IN MEDICAL STUDENTS

The article deals with methods of formation of motivation of refusal of smoking in medical students.

Key words: smoking, student.

Тютюнопаління в наш час становить одну з провідних медико-соціальних проблем [3, 5]. Складність її вирішення полягає у невідповідності відношення до паління в суспільстві та його негативним впливом на стан здоров'я людей. Це найпоширеніша у всьому світі шкідлива звичка, що здійснюється вдиханням різних тліючих рослинних продуктів. Залежність від тютюну внесено до Міжнародної класифікації хвороб [2]. Нікотин – стимулятор нервової системи, який має патологічний вплив на організм людини і є фактором ризику розвитку злоякісних новоутворень. За сучасною статистикою від захворювань, спричинених тютюнопалінням на планеті щорічно помирає понад 4 мільйони людей, із них 110 тисяч – в Україні.

Отже, Україна належить до країн з високою розповсюдженістю тютюнопаління. В наш час палять 51 % чоловіків працездатного віку в міській і 60 % – у сільській місцевості [4]. Найбільша частота паління реєструється серед чоловіків віком 20-29 років. Аналіз досліджень показує, що із цієї когорти молодих чоловіків 25 % помруть передчасно внаслідок хвороб, спричинених палінням, тобто із 3,5 мільйонів молодих людей зазначеного віку 587 тисяч не доживуть до 70 років. За даними ВООЗ в Україні споживається 1,5 % всіх цигарок у світі [3]. В той же час, населення України складає не більше 0,85 % населення планети. Якщо в усьому світі на кожну людину припадає в середньому 870 випалюваних за рік цигарок, то в Україні – 1500-1800 або в середньому – 4,5 цигарки в день, тобто приблизно в 2 рази більше, ніж в середньому на земній кулі.

Враховуючи вище сказане, одним із пріоритетних напрямків діяльності науково-педагогічних працівників вищих медичних навчальних закладів повинна бути наполеглива та цілеспрямована робота з пропаганди здорового способу життя, профілактики негативних явищ у молодіжному середовищі. Необхідно інформувати молодь про високий ризик виникнення широкого спектру патологій, пов'язаних з палінням як особисто, так і серед оточуючих.

У Буковинському державному медичному університеті проводиться велика робота зі студентами щодо пропаганди здорового способу життя та дбайливого ставлення до свого здоров'я. Особливо акцентується увага студентів на шкідливості тютюнопаління. Адже тютюнозалежність – хронічна патологія, що потребує комплексного лікування. На практичних заняттях з фармакології, основ біоетики та біобезпеки обговорюються питання досвіду України та інших країн, які досягли значних успіхів у зниженні захворюваності і смертності від хронічної патології завдяки зменшення поширеності паління.

Особливо активно обговорюють студенти проблеми намагання припинити тютюнопаління. При цьому важливо акцентувати на непомітний початковий вплив тютюну на організм, швидкий розвиток залежності і труднощі відмови від шкідливої звички. Оскільки процес відмови складний, тривалий, потребує індивідуального підходу залежно від стадії паління (преклінічна стадія, хронічна інтоксикація тощо). Адже на першій стадії легше відмовитись від паління, оскільки ні фізичної, чи психічної залежності ще немає. Навпаки ніхто не може докурити першої сигарети до кінця. Цьому заважають запаморочення й нудота, а часом і ще неприємніші відчуття, такі як інтенсивне слиновиділення, шум у голові, головний біль, серцебиття. З часом куріння не викликає таких неприємних відчуттів, організм пристосовується до нікотину. Головним елементом дискусії є розуміння студентами, що нікотин – речовина, яка викликає у людини сильну наркотичну залежність. На сьогоднішній день вченими доведено спільні риси між наркотичною та нікотиновою залежністю. Коли припиняється введення нікотину у організм то розвивається абстинентний синдром, який характеризується роздратованістю, станом збудження, порушенням концентрації уваги та зниженням працездатності, тривогою, почуттям голоду, збільшенням маси тіла, порушенням сну.