

Литература:

1. Белялова М.А. Исследовательское мышление и исследовательские умения студента в обеспечении качества современного профессионального образования. //Международный журнал экспериментального образования.- Краснодар, 2014.
2. Ефремова Т.Ф. Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный. - М.: Русский язык, 2000.
3. Коджаспирова, Г.М., Коджаспиров, А.Ю. Педагогический словарь: Для студентов высших и средних педагогических учебных заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2000.
4. Мещеряков, Б.Г., Зинченко, В.П. Психологический словарь. – М.: Прайм-Еврознак, 2008.
5. Фетискин, Н.П., Козлов, В.В., Мануйлов, Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. — М.: Изд-во Института Психотерапии. 2002.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЦИНКА В ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ**

Соколова П.С., Ткаченко А.В.

*МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»  
Краснодар, Россия*

Почва содержит почти все элементы периодической системы. Источником поступления элементов в почву являются материнские породы, природные воды и геохимическая деятельность человека. Существует прямая корреляция содержания микроэлементов в почве и воде с их содержанием в организме человека. Доказана зависимость между составом почв и частотой заболеваний населения конкретного региона[1].

Содержание цинка в земной коре составляет 0,0083%, а в организме человека 0,0005% (2-3 г), он относится к микроэлементам [2,3].

Биогенная роль цинка определяется его активностью во многих биологических циклах. Он входит в состав карбоангидразы эритроцитов как специфический компонент; является неспецифическим компонентом и кофактором ряда дегидрогеназ, карбоксипептидазы, щелочной фосфатазы, играющей важнейшую роль в минерализации костной ткани. Цинк участвует в синтезе РНК, стабилизируя ее структуру. Обмен цинка в костной ткани тесно связан с  $Ca^{+2}$ ,  $P^{+5}$ ,  $Fe^{+3}$ , а также микроэlemen-

тами, например, Си, Мо. Цинк угнетает активность железо- и медьсодержащих ферментов (цитохромоксидазы, каталаз, сукцинат дегидрогеназы), которые связаны с коллагенсинтетической активностью остеобластов.

В то же время является доказанной роль цинка как необходимого элемента метаболизма растений. Внесение цинка в качестве компонента микроудобрений, наряду с другими микроэлементами (медь, марганец и другие) увеличивает урожайность, повышает стойкость к болезням растений.

Нами поставлена задача определения содержания цинка в почве виноградников. В работе использован блок методов, включающий извлечение цинка экстракционным методом из почвы (экстрагент – β-дикетон), фотометрическом его определении в экстракте в виде окращенных соединений дитизона по классическому методу Г.Иванчева и атомно-абсорбционным определении цинка в вине (совместно с Северо-Кавказским НИИ Садоводства и виноградарства). Полученные материалы обрабатывались с использованием методов вариационной статистики по Стьюденту.

Объектам исследования были почвы виноградников Мысхако Новороссийского района Краснодарского края.

Содержание цинка в почве вне виноградников (контроль) составляет 18-25 мг/кг. В почвах виноградников цинка значительно меньше: на участках, где применялись микроудобрения – от 10 до 17 мг/кг, а на участках без внесения этих удобрений – еще меньше, от 8 до 10 мг/кг. Это объясняется тем, что растения поглощают из почвы цинк, необходимый для их нормального функционирования. Данные эксперимента показывают, что внесенная доза удобрения (0,5 кг/га) недостаточна для компенсации естественной убыли цинка.

Из винограда цинк попадает в вино. Следует отметить, что цинк относится к микроэлементам, необходимым для обмена веществ в растении винограда, а также входит в состав ферментов, участвующих в процессах брожения и созревания вина[4].

Литература:

1. Протасова Н.А., Редкие и рассеянные элементы в почве/Воронеж: ВГУ,1992,166 с.
2. Покатилов Ю.Г., Биогеохимия элементов, нозогеография юга Средней Сибири/ Новосибирск,: Наука, 1992, 186 с.
3. Бгатов А.В., Биогенная классификация химических элементов/ Журнал «Философия науки», 1999, №2(6) с. 88-96

4. Ткаченко А.В., Киселева Г.К. Определение содержания металлов в кубанских винах марки Каберне. 36 НПК ЮФО, Краснодар, 2009, с.101

### **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В СНИЖЕНИИ УРОВНЯ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

Сычева Н.Ю., Барельская Т.А.  
*МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный  
медицинский институт высшего  
сестринского образования»  
Краснодар, Россия*

Хронический панкреатит является важной проблемой современной медицины, как по распространенности, так и по росту заболеваемости, временной нетрудоспособности и причине инвалидизации. В структуре заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта он составляет от 5,1 до 9 % [1, 2, 5, 6].

Проблема боли, и ее лечение занимает одно из центральных мест в медицине. Это обусловлено тем, что болевой синдром – одно из наиболее распространенных явлений при большинстве заболеваний человека [2, 3, 4, 7].

В связи с сигнальным значением боли очевидна актуальность дальнейшего изучения патофизиологических взаимосвязей поджелудочной железы и болевого синдрома, а также поиск методов терапии хронического панкреатита и купирования боли.

Цель исследования: определить роль медицинской сестры в купировании болевого синдрома у больных с хроническим панкреатитом.

Задачи исследования:

- 1) дать оценку выраженности болевого синдрома у пациентов с хроническим панкреатитом;
- 2) изучить роль медицинской сестры в уходе за больными;
- 3) разработать мероприятия по снижению уровня боли у пациентов с хроническим панкреатитом;
- 4) провести констатирующий эксперимент и оценить эффективность сестринских мероприятий;
- 5) провести анализ мнения пациентов об удовлетворенности работой среднего медицинского персонала и качеством медицинской помощи.

Исследование проводилось на базе МБУЗ Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи.

В исследовании принимали участие пациенты с хроническим панкреатитом, мужского и женского пола, в возрасте от 32 до 68 лет в количестве 20 человек.

Сначала мы оценили выраженность болевого синдрома. За отправную точку брали субъективные ощущения пациента. Боль испытывали 100 % больных. На боль в эпигастральной области указывали 40 % респондентов, в левом подреберье – 15 %, в правом подреберье 10 %. Боль опоясывающего характера испытывали 35 % исследуемых. Болевой синдром носил волнообразный характер, усиливающийся при несоблюдении рекомендаций врача, нарушения диеты, курения.

Наиболее эффективным способом, позволяющим установить интенсивность боли у пациента до и после анальгезии, является использование линеек со шкалой, по которой оценивается сила боли в баллах. Эти линейки представляют собой прямую линию, на одном конце которой отмечена точка отсутствия боли (0 баллов), а на другом конце находится точка, соответствующая нестерпимой боли (10 баллов). По данным дневников наблюдений, результатов шкал, видно, что пациенты исследуемой группы, контролируя боль, указывали ее характер и интенсивность и обращались за помощью к медицинской сестре.

Частота возникновения боли прослеживается по данным дневников наблюдения пациентов за болью. По приведенным данным видно, что болевой синдром в первые сутки наблюдения присутствует у 100 % больных. К пятому дню наблюдения у 12 человек из 20 болевой синдром практически отсутствует, у 8 человек сохраняется, но в значительно меньшей степени. Мы совместно с медицинской сестрой, в свою очередь, анализировали имеющиеся у нас данные: характер боли, ее интенсивность, причину возникновения, частоту возникновения и предоставляли эти сведения лечащему врачу. По предоставленным данным, пациентам была назначена стандартная терапия и эффективное обезболивание.

Далее в качестве эксперимента учитывая особенности и условия, в которых находились пациенты, явилось возможным применение двух видов арт-терапии (музыкотерапия и изотерапия).

Сначала мы применили один вид арт-терапии – музыкотерапию. Поставили классическую музыку и наблюдали за пациентами. Данный метод помог уменьшить боль у 9 пациентам из 20 (40 %).