

VI Международная студенческая электронная научная конференция «Студенческий научный форум 2014»

Медицинские науки

СОЦИАЛЬНАЯ ОПАСНОСТЬ В РОССИИ

Акопян С.А., Демьянова Л.М.

Волгодонский институт экономики управления и права,
филиал ЮФУ, Волгодонск, e-mail: Sona_31@mail.ru

Безопасность является одной из фундаментальных потребностей человека, осуществление которой способствует дальнейшему полноценному функционированию индивида в социуме. Известный философ Т. Гоббс отмечал стремление большинства людей не к счастью, свободе и справедливости, а, в первую очередь, к безопасности, их готовность принести свою свободу к алтарю сильного государства в надежде, что оно обеспечит безопасность их жизни и собственности. О безопасности как ситуации, когда знаешь, как вернуться от опасности высказался в свое время Э. Хэмингуэй.

Категория «опасность» – центральное понятие, как сферы безопасности жизнедеятельности в техносфере, так и промышленной безопасности. Под опасностью понимаются явления, процессы, объекты, способные в определенных условиях наносить вред здоровью человека, ущерб окружающей природной среде и социально – экономической инфраструктуре, т.е. вызывать нежелательные последствия непосредственно или косвенно.

Современное российское общество подвержено многим опасностям как извне так и изнутри. Классификация опасностей достаточно обширна (техногенные, экологические и социогенные (социальные) т.д.), но наиболее актуальны и злободневны социальные опасности. Социальные опасности – это такие опасности, которые распространены в обществе и угрожают жизни и здоровью людей. По природе социальные опасности делятся на связанные: с психическим воздействием на человека (шантаж, мошенничество, воровство и др.); с физическим насилием (разбой, бандитизм, террор, изнасилование, заложничество и др.); с употреблением веществ, разрушающих организм (алкоголизм, наркомания, табакокурение и т.д.); с социальными болезнями (спид, венерические и т.д.); с суицидом. По половозрастному признаку делятся на характерные для детей, молодежи, женщин, пожилых людей. По организации бывают случайные и организованные, по масштабу – локальные, региональные, глобальные. В своей основе эти опасности порождаются социально-экономическими процессами в обществе. Они противоречивы по характеру из-за несовершенства человеческой природы. Их распространению способствует развитие международных связей, туризма и спорта.

На основе вышеуказанной классификации социальных опасностей нами было проведено небольшое исследование среди учащихся медицинского колледжа г. Волгодонска, опрошено 78 человек с целью выявления их осведомленности о состоянии социальной опасности в городе, знании социальных организаций, занимающихся решением данной проблемы. Таким образом, согласно ответам респондентов, было обнаружено, что алкоголизм, наркомания, табакокурение занимают первое место в списке социальных опасностей города (68%); далее на втором месте – шантаж, мошенничество, воровство (23%); после следуют венерические заболевания (5%) и суициды (4%). По половозрастной структуре картина социальных опас-

ностей предстаёт следующая: мужчины – алкоголизм, табакокурение; молодёжь – наркомания, алкоголизм; пенсионеры – шантаж, мошенничество; дети – травмы; женщины – насилие. На вопрос о существовании в г. Волгодонске социальной защиты от опасностей ответы респондентов довольно различны, среди них: молодежные организации, волонтеры, социальные психологи, социальные работники, департамент социальной защиты населения, телефон доверия, полицейские участки, охранные предприятия («Щит»).

Следует отметить, что в целом представления респондентов соответствуют общей картине происходящих событий в городе. Несмотря на высокую гражданскую активность жителей города, их вовлечённость в жизнь города, его развитие, стремление к новому, лучшему, созданию различных проектов, участие в них, всё же уровень социальной опасности достаточно высок. Данная печальная картина предстает не только в небольшом провинциальном городе, но и по всей России, согласно различным исследованиям (например, Шиловцева А.В., Бельковой О.А., Мирошниченко В.М. и др.).

Социальные опасности будоражат наше общество, создают благоприятную почву для его деградации. Трансформации сфер жизнедеятельности человека наряду с прогрессом, стремлением к уровню развития цивилизованных стран разоблачают пороки общества, его самые ветхие стороны, которые активизируются в фрустрационные моменты модернизации. Так происходило в 90-е годы и продолжает происходить в наше время. Об этом всё чаще пишут, больше проводят исследований, создаются организации, комитеты для устранения или же минимизирования социальных опасностей, поскольку очевидно, что полное их уничтожение невозможно.

Социальные опасности – наша беда. Наша жизнь, наша безопасность в наших руках. Поднимая данную проблему, принимая участие в различных организациях по социальной защите или же просто вовремя сообщив в полицию о случившемся мы заботимся о безопасности не только своей, но и социума, в котором живём, а, следовательно, и государства.

Если ты хочешь перемену в будущем – стань этой переменной в настоящем. (Ганди Махатма).

Список литературы

1. Безопасность жизнедеятельности: Учебник / Под ред. Э.А. Арустамова. 10-е изд., перераб. и доп. – М.: Изд-во «Дашков и К^о», 2006. – 476 с.
2. Белькова О.А., Мирошниченко В.М. Опасность как социальное явление и научное понятие. Опубликовано в бюллетене «Проблемы безопасности» № 1 2008 года Научно-исследовательского центра «Наука-XXI».
3. Надежность технических систем и техногенный риск: Электронное пособие. – URL: www.obzh.ru.
4. Шиловцев А.В. Истоки социальных опасностей в эпоху современных российских трансформаций // Известия УрГЭУ 6 (44). 2012.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Аллахвердиева С.А., Хузиханов Ф.В., Алиев Р.М.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ», Казань,
e-mail: pokeda102@mail.ru

Актуальность. Распространенность инфекций мочевыводящих путей в России ежегодно составляет около 1000 случаев на 100 000 населения [1].

В структуре общей инфекционной заболеваемости, инфекции мочевых путей прочно занимают второе место, уступая лишь респираторным заболеваниям. При сравнении показателей первичной инвалидности по основным группам урологических заболеваний, хронический пиелонефрит занимает 2-е место (21,4-23%), уступая только злокачественным новообразованиям [8].

Согласно сборной статистики (более чем 100 авторов), в среднем ежегодно около 1% населения Земли заболевает пиелонефритом (Г. Маждраков, 1980 год) [3].

Отмечается рост доли пиелонефрита в структуре основных причин терминальной хронической почечной недостаточности в России, с 1998 по 2003 год этот показатель вырос с 13,9 до 14,7% [5]. По данным статистики 2009 года в России хронический пиелонефрит в структуре причин хронической почечной недостаточности занимает второе место и на его долю приходится 17,1% [9].

Настораживает огромное количество схем лечения хронического пиелонефрита (более 80) в основе которых лежит, прежде всего, борьба с инфекционным началом. [7]

Цель. Изучение влияния медико-социальных факторов на развитие пиелонефрита и разработка методов его профилактики.

Материалы и методы. Проведено исследование 390 медицинских карт пациентов, страдающих хроническим пиелонефритом по данным трех поликлиник города Казани: 77 мужчин в возрасте от 21 до 58 лет и 313 женщин в возрасте от 19 до 83 лет. Далее из этой группы было проведено целенаправленное анкетирование 162 пациентов, из них 54 мужского пола и 108 женского пола.

Методы исследования: социологический, статистический, математический (однофакторный дисперсионный анализ)

Результаты и их обсуждение. Уровень заболеваемости хроническим пиелонефритом представлен в табл. 1.

Таблица 1

Уровень заболеваемости хроническим пиелонефритом среди мужчин и женщин в зависимости от возраста

Возраст	До 19 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 и более лет
Количество больных мужчин	нет	18	6	5	17	31
Количество больных женщин	1	29	46	61	74	102

Анализируя данные табл. 1, можно сделать вывод о более высоком удельном весе среди больных хроническим пиелонефритом лиц зрелой и пожилой возрастной группы. Этот вывод можно сделать в отношении и мужчин, и женщин. По длительности за-

болевания больные были разделены следующим образом: до 10 лет – 217 больных; 11-20 лет – 99 больных; более 20 лет – 34 больных.

Результаты однофакторного дисперсионного анализа приведены в табл. 2.

Таблица 2

Сила влияния медико-социальных факторов на развитие хронического пиелонефрита, с градацией факторов

№	Факторы	Градация фактора	Сила влияния (%)
1.	Социальное положение больного	Интеллектуальный труд	13,79
		Учащиеся	9,17
		Рабочие	20,68
		Пенсионеры и безработные	25,24
2.	Курение	Да	48,43
		Нет	17,46
3.	Занятия физкультурой, спортом	Да, регулярно	44,52
		Нет, нерегулярно	19,87
4.	Урологические заболевания	Да	64,87
		Нет	22,17
5.	Длительность заболевания	До 10 лет	42,23
		10-20 лет	16,26
		Более 20 лет	5,59
6.	Возраст, в котором впервые было выявлено заболевание	До 17 лет	10,62
		18-35 лет	13,93
		36-49 лет	16,92
		50 и более лет	23,22
7.	Частота обострений хронического пиелонефрита	3 и более раз в год	41,81
		1-2 раза в год	12,62
		Менее 1 раза в год	9,46
8.	Наблюдение в условиях амбулаторно-поликлинической службы	Регулярное	19,05
		Нерегулярное	52,74

Полученные данные свидетельствуют о том, что влияние подавляющего большинства факторов на развитие пиелонефрита оказалось существенным. Определение силы влияния того или иного неблагоприятного фактора позволило нам провести ранжирование и разработать медико-социальные мероприятия

по устранению или ослаблению действия этих факторов, что должно повысить эффективность медицинской помощи больным пиелонефритом.

Рекомендации по устранению (ослаблению) медико-социальных факторов среди больных пиелонефритом представлены в табл. 3.

Таблица 3

Рекомендации по устранению (ослаблению) медико-социальных факторов среди больных хроническим пиелонефритом

№ п/п	Факторы и их градации	Сила влияния и ранги	Мероприятия по устранению (ослаблению) факторов
1	Урологические заболевания – да	I 64,87	Разъяснить о необходимости обязательного устранения урологического заболевания, о снижении эффективности лечения пиелонефрита и высоком риске неблагоприятного исхода заболевания. Направить на консультацию к урологу.
2	Наблюдение в условиях амбулаторно-поликлинической сети – нерегулярное	II 52,74	Объяснить о необходимости регулярного наблюдения у врача в условиях амбулаторно-поликлинической сети по месту жительства. Предупредить о возможном отсутствии клинических проявлений даже в период обострения заболевания. В условиях поликлиники приглашать больных находящихся на диспансерном учете для прохождения необходимого обследования и лечения
3	Социальное положение больного – Рабочие – Пенсионеры и безработные	III 20,68 25,24	Нормализовать трудовой режим, избегать переохлаждений. По состоянию здоровья рекомендовать рациональную физическую нагрузку. Рекомендовать консультацию профпатолога.
4	Курение – да	IV 48,43	Провести беседу о вреде курения и о негативном влиянии курения на функциональное состояние почек.
5	Возраст, в котором впервые было выявлено заболевание – 50 и более лет	V 23,22	Объяснить о более неблагоприятном течении пиелонефрита у лиц в зрелой и пожилой возрастной группе. Необходимо более длительное диспансерное наблюдение у врача уролога или нефролога.
6	Занятия физкультурой, спортом – нет, нерегулярное	VI 19,87	Объяснить пациенту о благоприятном влиянии физкультуры на состояние мочевыводящих путей, улучшении уродинамики на фоне регулярных физических упражнений и снижении риска нефроптоза, в связи с укреплением мышц передней брюшной стенки и связочного аппарата почки. По состоянию здоровья рекомендовать рациональную физическую нагрузку. Направить на консультацию к врачу по лечебной физкультуре.
7	Длительность заболевания – до 10 лет	42,23 VII	Диспансерное наблюдение, лечение с проведением противорецидивных курсов на фоне нормальной/восстановленной уродинамики с целью выздоровления.
8	Частота обострений хронического пиелонефрита – 3 и более раз в год	41,81 VIII	Объяснить о необходимости как можно раннего обращения за медицинской помощью при каждом обострении хронического пиелонефрита. Не заниматься самостоятельным лечением заболевания. Проведение противорецидивных курсов 2 раза в год. Санация очагов хронической бактериальной инфекции. Проведение общеукрепляющих мер (занятия физкультурой, правильный режим труда и отдыха)

Список литературы

1. Лоран, О.Б. Воспалительные заболевания органов мочевой системы: актуальные вопросы // О.Б. Лоран, Л.А. Синякова. – М.: МИА, 2008. – 88 с.
2. Лопаткин, Н.А. Урология: фармакотерапия без ошибок / Н.А. Лопаткин. – М.: enoto, 2012. – 543 с.
3. Пытель, А.Я. Пиелонефрит / А.Я. Пытель, С.Д. Голигорский. – М.: Медицина, 1977. – 287 с.
4. Сигитова, О.Н. Антимикробная терапия больных пиелонефритом в условиях поликлиники / О.Н. Сигитова, Е.В. Архипов, Р.З. Давлетшина // Казанский медицинский журнал. 2009, Т. 90. № 3. С. 390-394.
5. Смирнов А.В., Добронравов В.А., Каюков И.Г. Эпидемиология и социально-экономические аспекты хронической болезни почек // Нефрология. 2006. Т.10, № 1-стр.7-13.
6. Соколова О.А., Логачева Т.М., Дядик Т.Г. Половая инфекция у детей. Лечащий врач. 2005; 7:стр. 22-26.
7. Сравнительная эффективность антибактериальных препаратов фторхинолонового и β-лактаминового рядов в комплексной терапии больных хроническим пиелонефритом / В.Е. Твердой, С.А. Осолков, В.А. Жмуров, Ю.А. Петрова, Н.В. Оборотова // Урология. 2012. № 4. С. 8-12.
8. Тиктинский, О.Л. Пиелонефриты / О.Л. Тиктинский, С.Н. Калинин. – СПб.: Медиа Пресс, 1996. – 240 с.
9. Урология: Национальное руководство / Под ред. Н.А. Лопаткина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 434-451.
10. Devarajan P. Update on mechanisms of ischemic acute kidney injury // J. Am. Soc. Nephrol. 2006. № 17. P. 1503-1520.

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

Андреева Ю.В., Толмачёва Н.В.

ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»,
Новочебоксарск,
e-mail: aj_00001@mail.ru

В организме человека среди всех химических элементов особое значение имеет магний. Он контролирует поступление ионов кальция в клетку, проявляя антиспастическое действие, существенно снижая реакцию организма на внешние раздражители и являясь важным антистрессовым фактором.

Актуальность. Демографический кризис является первостепенной проблемой нашего государства.

С 1992 года население России не растёт, а сокращается, причем очень быстрыми темпами. За прошедшее с 1992 г. время оно сократилось почти на 2 млн. человек, или на 1,3%.