

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФИЛИАЛ КУБАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА
В Г. СЛАВЯНСКЕ-НА-КУБАНИ**

Кафедра физической культуры и естественно-биологических дисциплин

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

**Учебно-методическое пособие
для студентов 1-го курса бакалавриата, обучающихся по направлениям:
44.03.01 Педагогическое образование
(с одним профилем подготовки – Русский язык; Филологическое
образование; Биология; Начальное образование; Физическая культура;
Экономика);
44.03.05 Педагогическое образование
(с двумя профилями подготовки – Информатика, Математика;
Русский язык, Литература; Английский язык, Немецкий язык;
Начальное образование, Дошкольное образование;
Экономика, Право; История, Право)
44.03.02 Психолого-педагогическое образование
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
(профиль – Логопедия)
очной, заочной форм обучения**

- . .

Славянск-на-Кубани
Филиал Кубанского государственного университета
в г. Славянске-на-Кубани
2017

УДК 613
ББК 51.204.0
О 753

Рекомендовано к печати кафедрой физической культуры и естественно-биологических дисциплин филиала Кубанского государственного университета
в г. Славянске-на-Кубани Протокол № 6 от 16 февраля 2017 г.

Рецензент:

кандидат медицинских наук, доцент

Л. М. Паикова

О 753 **Основы медицинских знаний и здорового образа жизни** : учеб.-метод. пособие для студентов 1-го курса бакалавриата, обучающихся по направлениям: 44.03.01 Педагогическое образование (с одним профилем подготовки – Русский язык; Филологическое образование; Биология; Начальное образование; Физическая культура; Экономика); 44.03.05 Педагогическое образование (с двумя профилями подготовки – Информатика, Математика; Русский язык, Литература; Английский язык, Немецкий язык; Начальное образование, Дошкольное образование; Экономика, Право; История, Право); 44.03.02 Психолого-педагогическое образование; 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование (профиль – Логопедия) очной, заочной форм обучения / авт.-сост. И. Л. Шишкина. – Славянск-на-Кубани : Филиал Кубанского гос. ун-та в г. Славянске-на-Кубани, 2017. – 94 с. 100 экз.

Учебно-методическое пособие «Основы медицинских знаний и здорового образа жизни» составлено в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования и рабочей программы дисциплины. Пособие содержит наиболее важные сведения по основам медицинских знаний. В нем представлены основные термины и понятия, общие и частные данные о строении и функциях человеческого организма, изложены основы гигиены и рекомендации по соблюдению здорового образа жизни в контексте каждой главы.

Пособие предназначено для студентов первого курса, очного и заочного отделений, обучающихся по направлениям: 44.03.01, 44.03.05 Педагогическое образование; 44.03.02 Психолого-педагогическое образование; 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование (профиль – Логопедия) для использования при подготовке к практическим занятиям и систематизации самостоятельной работы по дисциплине.

Электронная версия издания размещена в электронной информационно-образовательной среде филиала и доступна обучающимся из любой точки доступа к информационно-коммуникационной сети «Интернет».

УДК 613
ББК 51.204.0

© Филиал Кубанского государственного университета
в г. Славянске-на-Кубани, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

1 Пояснительная записка	4
2 Содержание лекционного материала	6
3 Содержание практических занятий	46
4 Методические материалы к практическим занятиям	53
5 Тематика рефератов и методические указания по их выполнению	63
6 Задания для самостоятельной работы (ситуационные задачи)	64
7 Материалы, устанавливающие содержание и порядок проведения промежуточных и оценочных аттестаций	74
8 Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины.....	78
9 Итоговые тестовые задания по дисциплине «Основы Медицинских знаний и здорового образа жизни»	81

1 ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Учебное пособие предназначено для студентов педагогических вузов и составлено в соответствии с учебной программой обучения дисциплине «Основы медицинских знаний и здорового образа жизни». Актуальность проблемы обучения будущих педагогов основам медицинских знаний и ЗОЖ продиктована значительным снижением уровня здоровья в России не только взрослого, но и детского населения. Поэтому стратегической задачей государства, на современном этапе, является обеспечение детей здоровыми навыками и условиями именно в семейной и образовательной среде силами педагогических и медицинских работников.

Дисциплина «Основы медицинских знаний и здорового образа жизни» относится к вариативной части «Профессионального цикла» Федерального Государственного Образовательного стандарта. Тесно связана с такими дисциплинами, как анатомия и физиология человека, педагогика, психология, методика обучения и воспитания, безопасность жизнедеятельности, Физическая культура.

Целью изучения дисциплины «Основы медицинских знаний и здорового образа жизни» является обеспечение студентов знаниями в области здорового образа жизни и факторах, влияющих на здоровье; развитие умений оценивать текущее состояние здоровья пострадавшего при возникновении различных экстремальных ситуациях и оказания первичной медицинской помощи.

Для достижения поставленных целей необходимо решить следующие задачи:

- формирование практических умений и знаний у студентов о методах оценки количества и качества здоровья человека;
- развитие положительной мотивации сохранения и укрепления собственного здоровья через овладение принципами здорового образа жизни;
- ознакомление студентов с организационными формами отечественного здравоохранения и медицинского обслуживания школьников;
- формирование у студентов навыков по уходу за больными на дому;
- ознакомление с наиболее часто встречающимися неотложными состояниями и привитие практических навыков оказания первой помощи.

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование общекультурной компетенции (ОК):

- способностью использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-9)

В результате изучения дисциплины студент должен знать:

– пороговый уровень: определение понятий здоровья, болезни, промежуточного состояния, индивидуального и популяционного здоровья; неотложные состояния при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, при заболеваниях дыхательной системы, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, при заболеваниях эндокринной системы.

– углубленный уровень: определение здорового образа жизни, его структуру, основные принципы и подходы к формированию здорового образа жизни; основные принципы восстановления дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности; показатели индивидуального и популяционного здоровья, характеристику групп здоровья.

– продвинутый уровень: факторы риска и группы риска заражения венерическими заболеваниями, основные симптомы и особенности течения венерических заболеваний, основные методы профилактики болезней, передающихся половым путем; основные формы школьной патологии, их признаки, предпосылки и факторы возникновения патологических состояний у школьников.

Уметь:

– пороговый уровень: использовать полученные теоретические и практические навыки для организации образовательного процесса с использованием современных средств здоровьесберегающих технологий.

– углубленный уровень: останавливать кровотечения различными способами; оказать первую помощь при ушибах, растяжениях, переломах и термических повреждениях.

– продвинутый уровень: выполнять простейшие приемы реанимации; формулировать и обосновывать роль различных факторов в возникновении вредных привычек у детей и подростков; оказать первую медицинскую помощь при обмороке, гипертоническом кризе, при приступе бронхиальной астмы, ложного крупа, при остром пищевом отравлении, при гипогликемической коме.

Владеть:

– пороговый уровень: навыками обработки раны и наложения асептической повязки;

– углубленный уровень: навыками наложения жгута при артериальном кровотечении;

– продвинутый уровень: навыками проведения искусственного дыхания и непрямого массажа сердца.

2 СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Лекция 1.

Тема. **Проблемы здоровья учащихся различных возрастных групп. Основные признаки нарушения здоровья ребенка**

Медицина. Социальная медицина. Главными направлениями в социальной медицине являются изучение: социальных отношений в обществе, которые связаны с жизнедеятельностью человека, его образом жизни; социальных факторов, влияющих на здоровье. Общественное здоровье. Оздоровительные доктрины мира.

Главная цель дисциплины. Задачи. Определений понятия болезни. Факторы, определяющие здоровье и болезнь. Норма. Здоровье. Компоненты здоровья. Биологическое здоровье. Психическое (или душевное) здоровье. Социальное здоровье.

Здоровье – одно из основных условий счастья человека. постулат всей жизни (исходное положение, допущение, принимаемое без доказательств): «Здоровье человека – это главная ценность жизни. Его не купишь, его надо сохранять, сберечь, улучшить смолоду, с первых дней жизни ребенка».

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): *«Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».*

И. И. Брехман (1990), основатель валеологии – науки об индивидуальном здоровье человека, определяет здоровье как «способность человека сохранять соответствующую возрасту устойчивость в условиях резких изменений количественных и качественных параметров триединого потока сенсорной, вербальной и структурной информации».

Существуют и другие определения здоровья, которые подчеркивают качественные и количественные составляющие, а также и индивидуальные и коллективные параметры здоровья. по мнению В. П. Казначеева (1991), здоровье индивида – это сохранение и развитие психических, физических и биологических способностей человека, его оптимальной трудоспособности, социальной активности при максимальной продолжительности жизни. Необходимость количественной оценки здоровья подчеркивал Н. М. Амосов (1987): «Здоровье = это максимальная производительность органов при сохранении качественных пределов их функций».

В настоящее время принято выделять несколько компонентов (видов) в понятии «здоровье»:

Первый уровень – *биологическое здоровье*, связанное с организмом и зависит от динамического равновесия функций всех внутренних органов, их адекватного реагирования на влияние окружающей среды.

Здоровье на биологическом уровне имеет две компоненты:

- *Соматическое здоровье* – текущее состояние органов и систем организма человека, основу которого составляет биологическая программа индивидуального развития;

- *Физическое здоровье* – уровень роста и развития органов и систем организма. основу его составляют морфологические и функциональные резервы, обеспечивающие адаптационные реакции.

Второй уровень – *психическое здоровье* связано с личностью и зависит от развития эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сфер личности, от развития самосознания личности и от осознания ценности для личности собственного здоровья и здорового образа жизни. Психическое здоровье – это состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную поведенческую реакцию. Психическое или душевное здоровье относится к разуму, интеллекту, эмоциям (психологическое благополучие, уровни тревоги и депрессии, контроль эмоций и поведения, познавательные функции). К компонентам психического здоровья относят нравственное здоровье – комплекс эмоционально-волевых и мотивационно-потребностных свойств личности, система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе. Нравственное здоровье определяет духовность человека. как говорили греки: «В здоровом теле здоровый дух».

Третий уровень – *социальное здоровье* связано с влиянием на личность других людей, общества в целом и зависит от места и роли человека в межличностных отношениях, от нравственного здоровья социума. Социальное здоровье – мера социальной активности, прежде всего, трудоспособности, форма активного, деятельного отношения к миру. Социальная составляющая здоровья складывается под влиянием родителей, друзей, одноклассников в школе, сокурсников в вузе, коллег по работе, соседей по дому и т.д. и отражает социальные связи, ресурсы, межличностные контакты.

Различие между психическим и социальным здоровьем условно, психические свойства и качества личности не существуют вне системы общественных отношений. Люди со здоровой психикой чувствуют себя достаточно уверенно и благополучно в любом обществе. В здоровом обществе, как правило, формируются здоровые личности. Недостатки воспитания и неблагоприятные влияния окружающей среды могут вызвать деградацию личности. Личность с развитым сознанием и самосознанием может противостоять воздействию внешних условий, бороться с трудностями и оставаться здоровой физически, психически и социально.

Одной из объединяющих социальное и психическое здоровье является творческая компонента здоровья. Присутствие элементов творчества в работе рассматривают как источник здоровья. Чем больше в трудовой деятельности выражено творческое начало, инициатива, применяются личные способности и знания, тем больше приносит она удовлетворение, тем заметнее ее оздоровительное воздействие. И наоборот, чем меньше труд увлекает человека

своим содержанием и способом исполнения, тем ниже удовлетворение от него, тем скорее, посредством отрицательных эмоций, он может стать источником различных заболеваний. К характеристикам работы, влияющим на здоровье, относят: творчество, познание нового, неповторяемость. Работа может быть источником укрепления здоровья, так как она дает чувство принадлежности к обществу, чувство нужности, ценности, возможность выражения своих способностей, раскрытия личности. Развитие духовного мира человека, его творческих способностей, творческое отношение к себе, своим близким, к работе, к отдыху – является стратегическим изменением образа жизни по направлению к индивидуальному здоровью.

Предболезнь и болезнь.

Переход от здоровья к болезни не является внезапным. Между этими состояниями имеется ряд переходных стадий. Которые не вызывают у человека выраженного снижения социально-трудовой активности и субъективной потребности в медицинской помощи. Здоровье – это динамический процесс в жизни человека. При снижении его количества развивается третий уровень здоровья, при котором возможно развитие патологического процесса без изменения силы действующего фактора вследствие снижения резервов адаптации.

Предболезнь – это латентный, скрытый период болезни или стадия функциональной готовности организма к развитию определенного заболевания.

«Тело здоровое, но не до предела; тело не здоровое, но и не больше», так отзывался Авиценна об этом периоде, то есть еще не болезнь, но уже и не здоровье. Признаки (индикаторы) предболезни: общее недомогание, снижение аппетита, переедание, изжога, отрыжка, тошнота, головные боли, неприятные ощущения в области сердца, мышечные судороги, обмороки, повышенная потливость, головокружение, постоянное чувство усталости, бессонница, сонливость, хроническая раздражительность и др.

В этот период третьего состояния у человека есть все ресурсы, чтобы выйти из предболезненной фазы с помощью пересмотра своего образа жизни. При истощении адаптационных резервов здоровья наступает переход от количественных накоплений к качественному изменению, которое называется болезнью.

Болезнь – это жизнь, нарушенная в своем течении повреждением структуры и функций организма под влиянием внешних и внутренних факторов; болезнь характеризуется снижением приспособленности к среде и ограничением свободы жизнедеятельности больного.

По продолжительности течения болезни разделяются на острые и хронические. Первые продолжаются недолго, а хронические занимают более продолжительный промежуток времени и затягиваются на многие месяцы, годы, десятилетия. Все болезни также подразделяются на инфекционные (заразные) и неинфицированные (незаразные).

Факторы, определяющие здоровье и болезнь.

Причин нездоровья (третьего состояния) и болезней много. На человека постоянно и одновременно действуют три потока информации: сенсорной, воспринимаемой органами чувств через первую сигнальную систему, вербальной (устное или письменное слово), воспринимаемой через вторую сигнальную систему, и структурной (компоненты пищи воздуха), поступающей через желудочно-кишечный тракт и дыхательную систему. Информация может быть необходимой (полезной), индифферентивной и вредной. Организм, с учетом адаптации, имеет определенную пропускную способность восприятия информации. Таким образом, заболевания возникают в результате воздействия тех или иных факторов внешней или внутренней среды, превышающих приспособительно-компенсаторные возможности организма, а также передаются от больного человека, бациллоносителя, или больного животного здоровому. ВОЗ выделено более 200 факторов, которые оказывают самое значительное влияние на современного человека. Среди них выделяют физические, химические, биологические, социальные, психологические, генетические факторы. Основными из них являются: гиподинамия (недостаток движения), неправильное питание (прежде всего переизбыток), психоэмоциональное напряжение и вредные привычки (злоупотребление алкоголем, курение, употребление наркотиков и других химических веществ). Неблагоприятная экологическая обстановка во многих странах также является причиной многих современных болезней.

Контроль за состоянием здоровья школьников.

Контроль за состоянием здоровья учащихся класса осуществляет классный руководитель совместно с медицинским работником. В классном журнале на последней странице обобщаются сведения о здоровье учащихся в течение учебного года в форме следующих показателей:

Индекс здоровья – процент не болевших детей в течение учебного года (в норме 70-80%, фактически – 17-30%).

Количество часто болеющих детей (более 3-4 раз в году).

Количество детей с хроническими заболеваниями и перечень этих заболеваний (особенность последних лет – увеличение числа «взрослых болезней»: хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, гипертоническая болезнь и др).

Сведения о состоянии здоровья учащихся класса и школы обсуждаются на педагогическом совете и, совместно с медицинским работником и Центром Госсанэпиднадзора, составляет комплексный план по охране здоровья школьников.

Комплексная оценка состояния здоровья школьников достигается использованием 4-х критериев, предложенных НИИ гигиены детей и подростков (критерии оценки здоровья по С.М. Громбаху).

Оценка состояния здоровья дается на момент обследования. Острое заболевание, прошлые болезни, если только они не приобрели хроническую

форму, возможность рецидива, стадия реконвалесценции (период выздоровления), вероятность возникновения заболеваний, обусловленная наследственностью или условиями жизни, не учитываются.

Первый критерий – наличие или отсутствие в момент обследования хронических заболеваний. Определяется при врачебном осмотре с участием специалистов.

Второй критерий – уровень функционального состояния основных систем организма. выявляется клиническими методами с использованием в необходимых случаях функциональных проб.

Третий критерий – степень сопротивляемости организма неблагоприятным воздействием – выявляется по подверженности заболеваниям. О ней судят по количеству острых заболеваний (в том числе и обострений хронических болезней) за предыдущий год.

Четвертый критерий – уровень достигнутого развития и степень его гармоничности. Для детей и подростков этот критерий имеет особенно большое значение, так как организм их находится в процессе непрерывного роста и развития.

Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка или подростка с отнесением к одной из «групп здоровья» дается с обязательным учетом всех перечисленных критериев.

В соответствии с предложенной схемой дети и подростки, в зависимости от состояния здоровья, подразделяются на следующие группы:

Здоровые дети, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций.

Здоровые дети, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям.

Дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма.

Дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями.

Дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма.

При отсутствии же своевременного врачебного контроля и адекватных лечебно-оздоровительных мероприятий функциональные отклонения могут перейти в болезнь.

Лекция 2

Тема. Понятие о микробиологии, иммунологии и эпидемиологии. Меры профилактики инфекционных заболеваний.

Все заболевания человека, известные современной медицине, по характеру их возникновения можно разделить на две группы:

соматические, или телесные, и *инфекционные*. Если первые даже при самом тесном общении не передаются от одного человека к другому, то вторые тем и отличаются от первых, что передаются от человека человеку даже в отсутствие близкого общения, на расстоянии. Другими словами, они являются заразными, или контагиозными (*Контагиозность* (лат. *contagiosus* — заразительный, заразный) – свойство инфекционных болезней передаваться от больных людей, или животны), для человека.

Причина соматических заболеваний находится либо внутри человека (наследственность, срыв адаптационно-компенсаторных механизмов), либо вне организма (различные факторы, разрушающе действующие на здоровье человека). И напротив, причина инфекционных заболеваний всегда находится вне организма.

Микробиология - это наука, изучающая строение, физиологию микроорганизмов и устойчивость их к факторам внешней среды. Все микроорганизмы, распространенные в природе, делятся на *патогенные* (болезнетворные), способные вызвать различные заболевания, и *сапрофитные* – микробы, не вызывающие заболевания, т.е. безвредные для человека. Но есть микробы, которые вызывают заболевания в особых, неблагоприятных для человека условиях. Их относят к группе *условно-патогенных*.

Все инфекционные заболевания вызываются патогенными микроорганизмами, они имеют очень маленькие размеры. Увидеть их возможно только под микроскопом при очень большом увеличении.

Общие свойства патогенных микроорганизмов.

Важнейшими свойствами микробов являются патогенность, т.е. способность вызывать инфекционную болезнь различной тяжести; вирулентность, т.е. сумма агрессивных свойств микробов по отношению к организму человека и животного.

Попадая во внутреннюю среду, микроорганизмы в процессе своего размножения и жизнедеятельности выделяют ядовитые (токсические) отравляющие вещества. Именно они и определяют характер поражения организма и признаки инфекционного заболевания.

Различают экзотоксины и эндотоксины. *Экзотоксин* выделяется при жизни микробной клетки (бактерий столбняка, дифтерии, ботулизма). Экзотоксины поражают только строго определенные, чувствительные к данному токсину ткани. Так, столбнячный токсин действует на центральную нервную систему, ботулинистический – на ядра черепно-мозговых нервов; дифтерийный – на сердечно-сосудистую систему, почки. Экзотоксины обладают антигенностью. *Эндотоксин* выделяется при разрушении микробной клетки, вызывает общую интоксикацию и не обладает антигенным свойством.

Все микробы по типу дыхания делятся на две группы: *анаэробы* – хорошо размножаются только в отсутствии кислорода (возбудители столбняка, ботулизма, газовой гангрены и др.) и *аэробы* – живут исключительно в кислородной среде.

Инфекционный процесс.

Инфекцией в биологическом смысле называют возникающее в процессе эволюции взаимоотношение между микро- и макроорганизмами. Применительно к человеку и высшим животным понятие «инфекция» означает состояние зараженности, проявляющееся в виде болезни или носительства.

Возбудитель (патогенный микроб), проникнув в организм человека, находит в нем оптимальные условия для питания, роста, размножения. В свою очередь, организм человека использует все свои механизмы защиты, стремится воспрепятствовать проникновению микробов в его внутреннюю среду, органы, ткани и ведет борьбу с возбудителем. Если же возбудитель все-таки проник во внутреннюю среду организма, но его защитные силы воспрепятствовали развитию патологического процесса, возникает носительство.

Таким образом, сущностью инфекционного процесса является противоборство двух живых систем – организма человека с болезнетворными микробами. В тех случаях, когда сила воздействия микробов высока, а защитно-приспособительные механизмы человека оказываются не в состоянии противостоять их вредоносному действию, развивается инфекционная болезнь.

В течении инфекционной болезни различают следующие периоды развития:

- 1) инкубационный (скрытый);
- 2) начальный (продромальный);
- 3) период основных проявлений болезни;
- 4) период выздоровления (реконвалесценция).

Инкубационный период – это период от момента заражения до проявления первых клинических симптомов болезни. В этот период происходят размножение и накопление в организме возбудителей болезни и их токсинов. Длительность периода различна при различных инфекционных заболеваниях. Так, при проказе и СПИДе – до нескольких лет или десятилетий, а при гриппе – от нескольких часов до суток.

Начальный, или продромальный, период характеризуется общими проявлениями болезни: недомогание, повышение температуры, озноб, головная боль и т.д. Как правило, в данном периоде отсутствуют специфические симптомы болезни. Начало заболевания может быть острым или постепенным.

Период основных проявлений болезни характеризуется появлением специфических симптомов болезни. Так, характер температуры (температурная кривая) при многих заболеваниях типичен и является важным диагностическим признаком. Многие инфекционные болезни протекают с сыпью. Характер сыпи, ее локализация и время появления являются также важными диагностическими признаками. Жидкий стул, время его появления, кашель, характер мокроты, наличие судорог и т. д. – все это важные симптомы при постановке диагноза инфекционного заболевания.

Период реконвалесценции характеризуется постепенным улучшением самочувствия, исчезновением симптомов заболевания, восстановлением трудоспособности. При тяжелом токсическом течении заболевания может наступить смерть.

Отличительной особенностью инфекционных заболеваний является заразительность, т. е. способность больного, начиная с начального периода болезни (а иногда и с последних дней инкубационного периода) выделять возбудитель болезни. Интенсивность этого выделения неодинакова в различные периоды болезни, поэтому и больной неодинаково опасен для окружающих.

Эпидемиологический процесс.

Эпидемиологический процесс – это процесс распространения инфекционных болезней в человеческом коллективе, который состоит из трех взаимодействующих звеньев: источника инфекции, механизма передачи возбудителей инфекционных болезней, восприимчивости населения. Без этих звеньев не могут возникать новые случаи заражения инфекционными болезнями.

1. Источник инфекции. Таким источником является зараженный человек или зараженное животное. Они могут быть источниками инфекции на протяжении болезни, в период выздоровления (реконвалесценции) и в период носительства. Предметы внешней среды не могут быть источниками инфекции, так как на них возбудители живут в течение ограниченного срока, лишь организм человека или животного для патогенных микробов является единственной и оптимальной средой для размножения.

По характеру источников инфекции все инфекционные заболевания делятся на три группы: антропонозы (единственный источник инфекции – человек); антропозоонозы (источник – животное и человек); зоонозы (основной источник – животное, и болеют только животные).

2. Механизм передачи возбудителя инфекции – это способ перехода возбудителя из зараженного организма в незараженный. Элементы внешней среды, обеспечивающие переход возбудителя из одного организма в другой, называются факторами передачи.

3. Третьим звеном эпидемиологического процесса является восприимчивый коллектив людей. При этом эпидемиологов интересует не столько восприимчивость каждого индивида, сколько степень восприимчивости населения в целом к данной инфекционной болезни. Степень восприимчивости складывается из очень многих моментов: состояние иммунитета, социальные условия, культурные навыки, полноценное питание, возраст.

Таким образом, только при взаимодействии трех звеньев возникает эпидемиологический очаг и разрастается эпидемия. Чтобы предотвратить распространение инфекционных заболеваний, необходимо разорвать связи между этими тремя взаимодействующими факторами и одновременно воздействовать на каждый из них в отдельности.

Эпидемиологический очаг – это территория, на которой находится источник инфекции и где может реализоваться механизм передачи. При кишечных, это может быть отдельная квартира, групповая комната детского сада или целый этаж общежития, если туалет один для всех комнат данного этажа. При воздушно-капельных инфекциях очагом может быть и комната, где находится больной, и целый дом (в случае распространения возбудителя по вентиляционной системе).

Эпидемией называется значительное (в 3-10 раз) увеличение заболеваемости в данной местности или появление нескольких случаев заболевания новым, ранее не встречавшимся в данной местности заболеванием. Можно говорить об эпидемии дизентерии, если на каждую тысячу населения города заболело 25-30 человек, и об эпидемии натуральной оспы или чумы, если в городе появится хотя бы один больной данным заболеванием (следует заметить, что оспа давно не встречается, а появление чумы маловероятно).

Необычно большую эпидемию, охватывающую многие области, страны и континенты, называют *пандемией*. Так, например, пандемия гриппа и сыпного тифа имела место в 1918-1920 гг.

Лекция 3

Тема. Понятие о неотложных состояниях, причины и факторы, их вызывающие. Диагностика и приемы оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях.

Неотложные (угрожающие) состояния - это состояния, при которых существует декомпенсация жизненно важных функций организма (дыхания, кровообращения, нервной системы) или есть опасность ее возникновения. Чем тяжелее угрожающее состояние, тем более экстренная помощь нужна больному.

Имеется ряд факторов, которые существенно влияют на тяжесть угрожающих состояний.

Первая помощь – комплекс срочных мероприятий при несчастных случаях, отравлениях или внезапных заболеваниях.

Первая медицинская помощь при травмах, острых заболеваниях, несчастных случаях может быть оказана на месте поражения самим пострадавшим (самопомощь) или другим человеком (взаимопомощь) и должна проводиться в соответствии с определенными правилами.

В значительной части случаев помощь пострадавшему оказывают окружающие. Лишь спустя некоторое время на место происшествия прибывают медицинские работники. Хорошо известно, что от качества первой помощи и того насколько она своевременно оказана в значительной степени зависит благоприятный исход.

Время от момента получения травмы до первой помощи должно быть максимально сокращено. Нужно быть готовым к типичным для несчастных случаев внезапности и неожиданности, которые существенно влияют на состояние (особенно психики) и самого пострадавшего и окружающих. Например: некоторые люди панически боятся вида крови так, что могут впасть в обморочное состояние далее при появлении небольшое царапины, друг не легко теряют контроль и самообладание над своими действиями в любой неординарной ситуации. И то и другое существенно осложняет оказание первой помощи.

Чтобы предупредить всякую растерянность необходимо с одной стороны заранее подготовить возможно большее число людей, способных оказать первую помощь, с другой – обеспечить доступность и достаточное количество средств для ее оказания (перевязочный материал, наборы для остановки кровотечений, обездвижения поврежденных конечностей)

При оказании первой медицинской помощи необходимо быстро спланировать последовательность ее этапов. Сначала используют те приемы, которые в большей степени способствуют сохранению жизни пострадавшего, а также те, без которых невозможно выполнение последующих приемов. Все они должны производиться бережно и осторожно, поскольку грубые действия нередко могут только ухудшить состояние пострадавшего. Если помощь оказывают несколько человек, то их действия должны быть не только оперативными, но и слаженными, скоординированными. В этом случае один из тех, кто оказывает помощь, должен принять на себя обязанности старшего группы и руководить действиями всех остальных.

В ходе оказания первой медицинской помощи используются табельные и подручные средства. К табельным средствам относятся бинты, перевязочные медицинские пакеты, большие и малые стерильные повязки и салфетки, вата, специальные жгуты для остановки кровотечения, шины для иммобилизации. В качестве подручных средств, при оказании первой медицинской помощи могут быть использованы: для наложения повязок – чистые простыни, белая ткань; для остановки кровотечения – кожаные и

другие ремни, пояса или закрутки из ткани; для иммобилизации при переломах – куски картона, фанеры, доски, палки и т.д.

Прежде всего, надо оценить обстановку и принять меры к прекращению воздействия повреждающих факторов (извлечь из воды, вынести из горящего помещения, потушить одежду, удалить из помещения где скопились ядовитые газы и т.п., быстро и правильно оценить состояние пострадавшего.

Этому способствует выяснение обстоятельств, при которых произошли травма или внезапное заболевание, времени и места возникновения травмы.

При осмотре пострадавшего сначала устанавливают, жив он или мертв, затем определяют вид и тяжесть травмы, было и продолжается ли кровотечение.

При тяжелой травме, поражении электрическим током, утоплении, удушении отравлении, ряде заболеваний может развиваться потеря сознания, т.е. состояние, когда пострадавший лежит без движения, не отвечает на вопросы, не реагирует на окружающее.

Оказывающий помощь должен уметь отличить потерю сознания от смерти.

При обнаружении минимальных признаков жизни необходимо немедленно приступить к оказанию первой помощи.

Признаками жизни являются:

1) наличие сердцебиения (его определяют рукой или ухом на грудной клетке в области левого соска)

2) наличие пульсации на артериях (определяют на шее – сонная артерия, в области лучезапястного сустава – лучевая артерия, в паху – бедренная артерия);

3) наличие дыхания (определяется по движению грудной клетки и живота, увлажнению зеркала, приложенного ко рту и носу пострадавшего, движению кусочка ваты или бинта поднесенного к ноздрям);

4) наличие реакции зрачков на свет. Если осветить глаз пучком света (например, фонариком), то наблюдается сужение зрачка – положительная реакция зрачка. При дневном свете проверяется следующим образом: на некоторое время закрыть глаз рукой, затем быстро отвести ее в сторону, при этом заметно сужение зрачка.

Наличие признаков жизни свидетельствует о необходимости немедленного проведения реанимационных мероприятий.

Следует помнить, что отсутствие сердцебиения, пульса, дыхания и реакции зрачков на свет еще не означает, что пострадавший мертв, подобный комплекс симптомов может наблюдаться и при клинической смерти, когда пострадавшему также необходимо оказать помощь в полном объеме.

Оказание помощи бессмысленно при явных признаках смерти:

- 1) помутнении и высыхании роговицы глаза;
- 2) наличии симптома «кошачий глаз» – при сдавлении глаза зрачок деформируется и напоминает кошачий глаз;
- 3) похолодании тела, появлении трупных пятен и трупного окоченения. Трупные пятна сине-фиолетового или багрово-красного цвета выступают на коже при положении трупа на спине в области лопаток, поясницы, при положении на животе на лице, шее, груди, животе.

Трупное окоченение – этот бесспорный признак смерти – начинает появляться через 2-4 ч после смерти.

На основании осмотра пострадавшего определяют последовательность оказания первой помощи, выясняют какие необходимы для этого средства, исходя из конкретных условий, обстоятельств и возможностей, оказывают первую помощь и подготавливают пострадавшего к транспортировке, организуют транспортировку в лечебное учреждение и при необходимости оказывают помощь по пути следования.

Оказывающий первую помощь должен уметь ориентироваться в том, кого из пострадавших после мероприятий первой помощи нужно немедленно направить в лечебное учреждение в каких случаях это направление можно отложить на время. Так при сильном кровотечении из сосудов конечности нужно срочно наложить жгут кровоостанавливающий или прижать пальцем магистральную артерию, что значительно сократит кровопотерю и только после этого пострадавшего можно транспортировать для оказания медицинской помощи в лечебное учреждение. Но при электротравме, артериальном кровотечении, связанным с отрывом конечности или ее части, переломах, повреждениях черепа, потере сознания, угрозе жизни пострадавшего в результате остановки сердца и дыхания, а также массовых повреждениях присутствие на месте происшествия медицинских работников совершенно необходимо. Важно помнить, что вызов медицинского персонала не должен приостанавливать оказание первой помощи на месте.

При травмах в быту или на улице, если пострадавший находится в тяжелом состоянии и не может передвигаться, после оказания первой помощи (а еще лучше одновременно с ее проведением) следует вызвать скорую медицинскую помощь. Пострадавшего с тяжелой травмой черепа, позвоночника, таза, груди, брюшной полости, бедер, отчленением конечностей, обширными или проникающими ранами, тяжелыми ушибами, ожогами следует транспортировать в больницу, в которой есть хирургическое или травматологическое отделение.

Лекция 4

Тема. Комплекс сердечно-легочной реанимации и показания к ее проведению, критерии эффективности.

Терминальные состояния – (от лат. terminalis относящийся к концу, пограничный) – состояния пограничные между жизнью и смертью, критический уровень расстройства жизнедеятельности с катастрофическим падением АД, глубоким нарушением газообмена и метаболизма. Широко распространена разработанная академиком АМН СССР В. А. Неговским трехстепенная классификация терминального состояния: предагония, агония, клиническая смерть. Кроме того, к терминальным состояниям относят также состояние оживленного организма после реанимации. Терминальные состояния этого типа возникли в связи с развитием реаниматологии. Они имеют сложную патофизиологическую природу и требуют от врача применения специального комплекса лечебных мер.

Рассмотрим характеристику терминальных состояний.

Преагональное состояние: общая заторможенность, сознание спутанное, АД не определяется, пульс на периферических артериях отсутствует, но пальпируется на сонных и бедренных артериях; дыхательные нарушения проявляются выраженной одышкой, цианозом и бледностью кожных покровов и слизистых оболочек.

Вслед за преагональным состоянием развивается терминальная пауза – состояние, продолжающееся 1-4 минуты: дыхание прекращается, развивается брадикардия, иногда асистолия, исчезают реакции зрачка на свет, корнеальный и другие стволовые рефлексы, зрачки расширяются. При умирании в состоянии глубокого наркоза терминальная пауза отсутствует.

По окончании терминальной паузы развивается агония.

Агональное состояние: диагностируют на основании следующего симптомокомплекса: отсутствие сознания и глазных рефлексов, неопределяемое АД, отсутствие пульса на периферических и резкое ослабление на крупных артериях; при аускультации определяются глухие сердечные тоны; на ЭКГ регистрируются выраженные признаки гипоксии и нарушения сердечного ритма.

Клиническая смерть: ее констатируют в момент полной остановки кровообращения, дыхания и выключения функциональной активности ЦНС. Непосредственно после остановки и прекращения работы легких обменные процессы резко понижаются, однако полностью не прекращаются благодаря наличию механизма анаэробного гликолиза. В связи с этим клиническая смерть является состоянием обратимым, а ее продолжительность определяется временем переживания коры больших полушарий головного мозга в условиях полной остановки кровообращения и дыхания.

В этом состоянии при внешних признаках смерти организма (отсутствие сердечных сокращений, самостоятельного дыхания и любых нервно-рефлекторных реакций на внешние воздействия) сохраняется потенциальная возможность восстановления его жизненных функций с помощью методов реанимации.

Есть также смысл упомянуть о таких понятиях, как мозговая и биологическая смерть.

«Мозговую смерть» как диагноз регистрируют при необратимом повреждении коры больших полушарий головного мозга (декортикация). Однако в ранние сроки (первые часы и сутки после клинической смерти) установить этот диагноз нелегко. В настоящее время его обосновывает триада симптомов:

1. Отсутствие спонтанного дыхания (продолженная ИВЛ);
2. Исчезновение корнеального и зрачковых рефлексов, как правило, соответствующее полной арефлексии;
3. Угасшая биоэлектрическая активность коры больших полушарий головного мозга, регистрируемая в виде изоэлектрической линии на ЭЭГ в течение 3 часов.

Биологическую смерть в обобщенном виде определяют как необратимое прекращение жизнедеятельности, то есть конечную стадию существования живой системы организма. Ее объективными признаками являются гипостатические пятна, понижение температуры и трупное окоченение мышц.

Реанимационные мероприятия

На ранних этапах умирания все виды смерти определяет следующая триада клинических признаков:

- Отсутствие дыхания (апноэ);
- Остановка кровообращения (асистолия);
- Выключение сознания (кома).

Из-за трудности разграничения обратимого и необратимого состояния реанимационное пособие следует начинать во всех случаях скоропостижной смерти и уже по ходу оживления уточнять эффективность мероприятий и прогноз для больного. Это правило не распространяется на случаи с отчетливыми внешними признаками биологической смерти (гипостатические пятна, окоченение мышц).

Фундаментальное значение имеет знание трех приемов метода оживления (правило ABC): Air way open – восстановить проходимость дыхательных путей; Breathe for victim – начать ИВЛ; Circulation his blood – приступить к массажу сердца.

Экстренное восстановление проходимости дыхательных путей достигается последовательным выполнением следующих мероприятий: больному придают соответствующее положение; голову запрокидывают назад; производят пробное нагнетание воздуха в легкие. Если на этом

этапе ИВЛ не удалась, предпринимают: максимальное смещение вперед нижней челюсти, быструю санацию полости рта и носоглотки, попытку ИВЛ через введенный воздуховод, немедленную ликвидацию бронхоспазма при его симптомах.

Поясним эту принципиальную схему. Больного следует уложить на спину горизонтально, в ходе санации ротоглотки желательнее опустить головной конец. Реаниматор запрокидывает голову больного назад, подкладывая одну руку под его шею, а другую, располагая на лбу. Это заставляет корень языка отойти от задней стенки глотки и обеспечивает восстановление свободного доступа воздуха в гортань и трахею. В ходе оживления рот больного постоянно держат открытым, поскольку носовые ходы часто забиваются слизью и кровью. В целях предельного смещения вперед нижней челюсти подбородок больного захватывают двумя руками; этот прием можно выполнить одной рукой, поместив большой палец в рот оживляемого. К туалету ротоглотки приступают после одно- двукратной попытки произвести ИВЛ, когда убеждаются в том, что в санации действительно есть острая необходимость. При помощи марлевой салфетки или носового платка на пальце можно очистить лишь верхние этажи воздухоносных путей. Эффективная аспирация выполнима при помощи различных вакуумных отсасывателей и резиновых катетеров с большим диаметром внутреннего просвета (0.3 - 0.5 см). В момент аспирации голова и плечи больного максимально повернуты в сторону, рот широко открыт.

ИВЛ начинают после восстановления проходимости воздухоносных путей. В настоящее время доказано бесспорное преимущество ИВЛ по одному из экспираторных типов (изо рта в рот, изо рта в рот и нос) перед старыми приемами, основанными на изменении объема грудной клетки (по Сильвестру, Шеде, Хольгеру-Нильсену). В основе ИВЛ под положительным давлением лежит ритмичное вдувание воздуха, выдыхаемого реаниматором, в дыхательные пути больного. Производя глубокий вдох, реаниматор плотно обхватывает губами рот больного и с некоторым усилием вдувают воздух. Чтобы предотвратить утечку воздуха, нос больного закрывают своей щекой, рукой или специальным зажимом. На высоте искусственного вдоха нагнетание воздуха приостанавливается, реаниматор поворачивает свое лицо в сторону, происходит пассивный выдох. Интервалы между отдельными дыхательными циклами должны составлять 5 с (12 циклов за минуту). Не следует стремиться вдувать воздух как можно чаще, важнее обеспечить достаточный объем искусственного вдоха. При дыхании через нос рот больного закрывают, реаниматор плотно обхватывает, но не сжимает нос больного губами и вдувает воздух. Вздутье эпигастральной области, возникающее по ходу ИВЛ под положительным давлением, свидетельствует о попадании воздуха в желудок. Тогда следует осторожно надавить ладонью на область

эпигастрия, предварительно перевернув в сторону голову и плечи больного. На следующем этапе оживления приступают к восстановлению сердечной деятельности.

Главный симптом остановки сердца, на который ориентируются, - отсутствие пульса на сонной (бедренной) артерии. К исследованию пульса приступают после первых трех искусственных вдохов. Его отсутствие – императивный сигнал к началу *закрытого массажа сердца*. Сдавление сердечной мышцы между позвоночником и грудиной приводит к изгнанию небольших объемов крови из левого желудочка в большой, а из правого – в малый круг кровообращения (около 40% МОК). Сам по себе массаж не приводит к оксигенации крови, поэтому оживление бывает эффективным при одновременной ИВЛ. Для проведения массажа реаниматор располагается с любой стороны от больного, кладет одну ладонь на другую и производит давление на грудину в точке, расположенной на 2 поперечных пальца выше мечевидного отростка, у места прикрепления 5-го ребра к грудины слева.

Глубина прогиба грудной стенки – 4-5 см, продолжительность – 0.5 с, интервал между отдельными компрессиями 0.5 – 1 с. В паузах рук с грудины не снимают, пальцы остаются приподнятыми, руки полностью выпрямлены в локтевых суставах. Критерий правильного проведения массажа – четко определяемая искусственная пульсовая волна на сонной (бедренной) артерии. Если оживление проводит один человек, то после двух нагнетаний воздуха проводят 15 компрессий; при участии двух человек соотношение вентиляция – массаж составляет 1:5, после интубации трахеи это соотношение составляет 2:15 независимо от числа реаниматоров. С появлением отчетливой пульсации артерии массаж сердца прекращают, продолжая одну ИВЛ до восстановления спонтанного дыхания.

Различные осложнения реанимации связаны с отклонениями от изложенной выше методики. К асфиксии и необратимой остановке сердца приводит затянувшаяся интубация трахеи – свыше 15 с. Другое осложнение – разрыв паренхимы легких, напряженный пневмоторакс – возникает в ходе форсированного нагнетания воздуха под давлением и чаще наблюдается у детей раннего возраста. Неквалифицированное проведение наружного массажа сердца влечет за собой перелом ребер; относительно чаще это осложнение наблюдается у лиц пожилого возраста. Если при закрытом массаже сердца точка максимального давления на грудину чрезмерно смещена влево, то наряду с переломом ребер повреждается ткань легкого; если она смещена вниз, то может произойти разрыв печени; если вверх – перелом грудины. Эти осложнения в настоящее время считают грубыми нарушениями в методике оживления. Их можно избежать, обучая медицинский персонал и население

элементарным навыкам реанимации с обязательной тренировкой на муляжах (1 раз в 6 месяцев).

Благоприятный исход оживления предвещают быстрое появление корнеальных и зрачковых рефлексов, исчезновение мертвенной бледности кожных покровов и слизистых оболочек, а вслед за этим возобновление кровообращения, спонтанного дыхания, восстановление сознания. Напротив, длительное отсутствие сознания, арефлексия, расширенные зрачки сигнализируют о неблагоприятном прогнозе. Реанимационное пособие можно прекратить тогда, когда последовательное (3-5-кратное) проведение всех этапов оживления не восстановило сердечную деятельность, спонтанного дыхания нет, зрачки остаются широкими и не реагируют на свет.

Лекция 5

Тема. Характеристика детского травматизма. Меры профилактики травм и первая помощь при них.

Травма – внезапное воздействие различных внешних факторов (механических, термических, химических, радиационных и др.) на организм человека, приводящее к нарушению целостности тканей, анатомической структуры и физиологических функций. Это наиболее частая разновидность несчастных случаев у детей.

Заболеваемость при ней, по данным различных статистик, колеблется от 275 до 327 случаев на 1000 детей в год. Большинство из этих повреждений легкие (малая травма), и госпитализации требует около 10% от общего числа пострадавших, или 7,6 на 1000 детей в год. Наиболее частые причины малой травмы:

- падение – 21,3%,
- дорожное происшествие – 8,9%.

Травмы могут быть *изолированными*, когда имеется повреждение одного органа или в пределах одного сегмента опорно-двигательного аппарата (например: разрыв печени, перелом бедра); *множественными*, включающими несколько однотипных повреждений; *сочетанными*, сопровождающиеся повреждением опорно-двигательного аппарата и одного или нескольких внутренних органов; *комбинированные* – повреждения, возникающие от воздействия механических и немеханических – термических, химических, радиационных и др., например, перелом костей в сочетании с ожогами.

Травмы служат наиболее распространенной причиной инвалидности у детей. На каждый случай смерти от травмы, приходится 1000 не смертельных травм. Определенные ситуации предрасполагают к получению ребенком травмы. Вероятность несчастного случая выше, когда ребенок голоден или устал (перед едой или сном), когда он находится в новой обстановке, если ребенок гиперактивен или кто-то заменяет мать в

уходе за ним. Вероятность травмы повышается, если родители спешат, очень заняты, когда они не предвидят риска, связанного с каждым новым этапом развития их ребенка.

Ежегодно неумышленные предотвратимые повреждения убивают больше детей, чем вместе взятые все другие заболевания с естественной смертью. Кроме того на одного погибшего ребенка приходится четыре выживших глубоких инвалида.

Травматизм – совокупность травм, повторяющихся при определенных обстоятельствах у одинаковых групп населения, за определенный отрезок времени. Различают травматизм производственный, автодорожный, бытовой, спортивный, уличный, детский и др.

Под детским травматизмом подразумевают острые повреждения, возникающие в результате внезапного воздействия факторов внешней среды, поражающих детей разного возраста в различных условиях.

В зависимости от специфики условий, при которых возникла травма, различают следующие виды детского травматизма:

1. *Родовой.* Родовая травма, как правило, встречается в родильных домах. Это повреждения скелета и мягких тканей у новорожденного; чаще всего это перелом ключицы, переломы плечевой и бедренной костей, повреждения черепа и мозга. Профилактикой этого вида травм занимаются врачи родильных домов.

2. *Бытовой.* К бытовому травматизму относят повреждения, не связанные с пребыванием детей на улице, в школе, на производстве и учебе.

Бытовой травматизм составляет от 30 – 80 % всех детских травм, чаще всего встречаются в возрасте от 1 года до 3 лет и снижаются в школьном возрасте. У грудных детей около трети всех повреждений составляют ожоги и около 1/6 переломы. Предупреждение несчастных случаев в быту, зависит от взрослых ухаживающих за ребенком. Правильная организация ухода, благоприятные условия окружающей обстановки являются важнейшими факторами предупреждения бытовой травмы. За детьми ясельного возраста требуется усиленное наблюдение. Если травма произошла в детском учреждении, она должна быть предметом разбора и обсуждения. Бытовые травмы у детей дошкольного возраста возникают в основном при падении, ударе о разные предметы. Количество ожогов уменьшается в связи с увеличением жизненного опыта ребенка. Ожоги возникают в этом возрасте в основном из-за плохого надзора и небрежности взрослых.

Предупреждение травмы в этой возрастной группе зависит от соблюдения взрослыми элементарных правил безопасности в быту (правильное хранение спичек, ядовитых жидкостей, осторожное обращение с электроприборами, сосудами с горячей жидкостью во время стирки и т.д.

У детей школьного возраста наиболее часто встречается бытовая и транспортная травма. Последняя самая тяжелая и в связи с увеличением автотранспорта является причиной подавляющего большинства несчастных случаев у детей. Основными причинами детского травматизма является безнадзорность детей, незнание и несоблюдение детьми правил уличного движения, иногда несоблюдение правил движения водителями транспорта. В целях предупреждения самых тяжелых повреждений необходимо проводить специальные занятия по изучению правил уличного движения среди детей дошкольного и школьного возраста. Эту работу должны проводить учителя, родители, воспитатели детских садов и взрослые. Все должны быть примером поведения на улице.

3. *Уличный, транспортный, нетранспортный.* Уличный нетранспортный травматизм обусловлен в основном несоблюдением детьми правил поведения на улице. С целью предупреждения этого вида травматизма необходимо правильно организовать досуг детей, шире использовать комнаты продленного дня в школах, детские комнаты и площадки домоуправления, детские отделения при клубах, занятия детей общественными делами.

4. *Школьный.* Среди школьников 4/5 повреждений происходит во время перемен и лишь 1/5 на уроках физкультуры. Травмы во время перемен обусловлены в основном нарушением правил поведения, поэтому усиление надзора за учащимися во время перемен со стороны учителя является основным способом предупреждения несчастных случаев в школе.

5. *Спортивный.* Несчастные случаи, происходящие во время уроков физкультуры, требуют особого внимания, поскольку большую роль в возникновении этих травм играет недостаточная организация «страховки», особенно во время упражнений на снарядах и при прыжках.

Для профилактики травмы на уроках физкультуры в школах необходимо лучше организовать «страховку» во время гимнастических упражнений, обеспечить школы доброкачественным спортивным инвентарем с учетом возрастных потребностей учащихся, содержать в порядке физкультурные помещения. Повышение квалификации преподавателей физкультуры в школах и повышение спортивной дисциплины среди школьников также способствует снижению этого вида травматизма.

Для предупреждения повреждений при неорганизованных спортивных занятиях на улице, во дворе, необходимо увеличить число детских мест для игры в футбол, баскетбол, теннис и др. площадки для игры должны быть огорожены, вдали от проезжей части.

6. *Прочий* (учебно-производственный, сельскохозяйственный и др.)

Среди прочих видов травм следует упомянуть о несчастных случаях, происходящих вследствие манипуляции с взрывоопасными предметами.

Здесь необходимо проводить разъяснительную работу среди детей как школьного, так и дошкольного возраста, среди воспитателей и учителей.

Лекция 6

Тема. Здоровый образ жизни как биологическая и социальная проблема. Принципы и методы формирования здорового образа жизни учащихся.

В определении понятия здорового образа жизни необходимо учитывать два отправных фактора – генетическую природу данного человека и ее соответствие конкретным условиям жизнедеятельности. С этих позиций *здоровый образ жизни есть способ жизнедеятельности, соответствующий генетически обусловленным типологическим особенностям данного человека, конкретным условиям жизни и направленный на формирование, сохранение и укрепление здоровья и на полноценное выполнение человеком его социально-биологических функций.*

В приведенном определении здорового образа жизни акцент делается на индивидуализации самого понятия, т.е. здоровых образов жизни должно быть столько, сколько существует людей. В установлении здорового образа жизни для каждого человека необходимо учитывать как его типологические особенности (тип высшей нервной деятельности, морфофункциональный тип, преобладающий механизм вегетативной нервной регуляции и т.д.), так и возрастную-половую принадлежность и социальную обстановку, в которой он живет (семейное положение, профессию, традиции, условия труда, материального обеспечения, быта и т.д. и т.п.). Важное место в исходных посылах должны занимать личностно-мотивационные особенности данного человека, его жизненные ориентиры, которые сами по себе могут быть серьезным стимулом к здоровому образу жизни и к формированию его содержания и особенностей.

Структура здорового образа жизни должна включать следующие факторы:

- оптимальный двигательный режим;
- тренировку иммунитета и закаливание;
- рациональное питание;
- психофизиологическую регуляцию;
- психосексуальную и половую культуру;
- рациональный режим жизни;
- отсутствие вредных привычек;
- валеологическое самообразование.

Оптимальный двигательный режим.

Для работников умственного труда систематическое занятие физкультурой и спортом приобретает исключительное значение. Сила и работоспособность сердечной мышцы находится в прямой зависимости от силы и развития всей мускулатуры. Поэтому физическая тренировка, развивая мускулатуру тела, в то же время укрепляет сердечную мышцу.

Физкультура и спорт весьма полезны и лицам физического труда, так как их работа нередко связана с нагрузкой какой-либо отдельной группы мышц, а не всей мускулатуры в целом. Физическая тренировка укрепляет и развивает скелетную мускулатуру, сердечную мышцу, сосуды, дыхательную систему и многие другие органы, что значительно облегчает работу аппарата кровообращения, благотворно влияет на нервную систему.

Ежедневная утренняя гимнастика - обязательный минимум физической тренировки. Она должна стать для всех такой же привычкой, как умывание по утрам.

Физические упражнения надо выполнять в хорошо проветренном помещении или на свежем воздухе. Для людей, ведущих „сидячий“, образ жизни, особенно важны физические упражнения на воздухе (ходьба, прогулка). При отсутствии других физических нагрузок ежедневная минимальная норма нагрузки только ходьбой для молодого мужчины составляет 15 км., меньшая нагрузка связана с развитием гиподинамии.

Тренировка иммунитета и закаливание

Важной профилактической мерой против простудных заболеваний является систематическое закаливание организма. К нему лучше всего приступить с детского возраста. Наиболее простой способ закаливания - воздушные ванны. Большое значение в системе закаливания имеют также водные процедуры. Они укрепляют нервную систему, оказывают благотворное влияние на сердце и сосуды, нормализуя артериальное давление, улучшают обмен веществ.

Рациональный режим жизни

Особое место в режиме здоровой жизни принадлежит распорядку дня определенному ритму жизни и деятельности человека. Режим каждого человека должен предусматривать определенное время для работы, отдыха, приема пищи, сна.

Распорядок дня у разных людей может и должен быть разным в зависимости от характера работы, бытовых условий, привычек и склонностей, однако и здесь должен существовать определенный суточный ритм и распорядок дня. Необходимо предусмотреть достаточное время для сна, отдыха. Перерывы между приемами пищи не должны превышать 5-6 часов. Очень важно, чтобы человек спал и принимал пищу всегда в одно и то же время. Таким образом, вырабатываются условные рефлексы. Человек, обедающий в строго определенное время, хорошо знает, что к этому времени у него появляется аппетит, который сменяется ощущением

сильного голода, если обед запаздывает. Беспорядок в режиме дня разрушает образовавшиеся условные рефлексы.

Говоря о распорядке дня, не имеются в виду строгие графики с поминутно рассчитанным бюджетом времени для каждого дела на каждый день. Не надо доводить излишним педантизмом режим до карикатуры. Однако сам распорядок является своеобразным стержнем, на котором должно базироваться проведение как будничных, так и выходных дней.

Рациональное питание.

Пища является не только основным источником энергии, но и «строительным материалом» для новых клеток.

Люди питаются по-разному, однако существует ряд требований, которые должны учитываться всеми. Прежде всего пища должна быть разнообразной и полноценной, т.е. содержать в нужном количестве и в определенных соотношениях все основные питательные вещества. Нельзя допускать переедания: оно ведет к ожирению. Весьма вредно для здоровья и питание с систематическим введением непомерных количеств какого-либо одного продукта или пищевых веществ одного класса (например, обильное введение жиров или углеводов, повышенное потребление поваренной соли).

Промежутки между приемами пищи не должны быть слишком большими (не более 5-6 ч.). Здоровому человеку лучше питаться 3-4 раза в сутки. При трехразовом питании самым сытным должен быть обед, а самым легким – ужин. Вредно во время еды читать, решать сложные и ответственные задачи. Нельзя торопиться, есть, обжигаясь горячей пищей, глотать большие куски пищи, не пережевывая. Плохо влияет на организм систематическая еда всухомятку, без горячих блюд. Необходимо соблюдать правила личной гигиены и санитарии. Человеку, пренебрегающему режимом питания, со временем угрожает развитие таких тяжелых болезней пищеварения, как, например, язвенная болезнь и др.

Психофизиологическая регуляция.

Каждый человек в силу своих гено- и фенотипических особенностей отличается присущими только ему психофизиологическими качествами.

Индивидуальные особенности психики человека вслед за И.П. Павловым в отечественной литературе называют типами высшей нервной деятельности (ВНД). Есть несколько классификаций типов ВНД, каждая из которых использует свои критерии, считая приоритетными в проявлении психики те или иные ее качества.

Одной из самых древних является предложенная Гиппократом классификация, в которой он выделил 4 типа (темперамента): сангвиники, холерики, флегматики и меланхолики. **Сангвиники** – уравновешенные подвижные люди с устойчивой психикой; **холерики** – легко возбудимые, вспыльчивые люди, которые хорошо справляются в основном с быстротекущими делами; **флегматики** – инертные, малоподвижные люди,

медленно думающие, но упорные в достижении цели; **меланхолики** – очень чувствительные, легко ранимые и быстро утомляющиеся люди.

И. П. Павлов выделил и чисто человеческие типы ВНД. Согласно им, *при преобладании первой сигнальной системы (системы конкретных, чувственно непосредственных образов действительности, фиксируемых мозгом) формируется так называемый художественный тип*. Для него характерна переработка информации с помощью образов, т.е. образное мышление. Этот тип характерен для художников в широком смысле слова. *Для мыслительного типа характерно преобладание второй сигнальной системы – речи*. И, наконец, между двумя этими полюсами – **средний тип** с более-менее сбалансированной первой и второй сигнальными системами в деятельности мозга. В реальной жизни крайние типы встречаются редко, и каждый человек находится в определенной точке диапазона между ними.

Длительное время к выделенным И. П. Павловым типам относились с некоторым скепсисом. Однако относительно недавно исследователи установили, что образное (художественное) мышление связано преимущественно с правым полушарием головного мозга (В. Л. Бианки). Особенностью этого мышления является то, что оно интегрально, охватывает окружающую действительность целиком, не дробит ее. Можно сказать, что правое полушарие выполняет функцию оценки информации, но без предварительного анализа.

Люди художественного, или «правополушарного», типа лучше понимают и усваивают информацию, поданную в эмоциональной, образной форме, другой же вид информации усваивается хуже, и мозг будет напрягаться и быстро уставать.

Таким образом, становится понятным, насколько важен для человека выбор профессии, соответствующей его психофизиологическим особенностям. Несомненно, что и эффективность использования тех или иных методов обучения ребенка в школе также во многом определяется его индивидуальными характеристиками.

Психосексуальная и половая культура.

У человека пол закладывается уже в первые недели внутриутробного периода, и на восьмой неделе, когда плод весит всего лишь около четырех граммов, у него начинают формироваться половые органы. Последние преимущественно и определяют внешние отличия мальчиков и девочек в первые годы жизни, хотя год от года половые различия становятся все более выраженными. Решительное же разделение между полами происходит в возрасте полового созревания, когда особенности развития организма начинают определяться во многом половыми гормонами. Последние и вызывают появление свойственных данному полу признаков, причем, не только морфологических, но и характера обмена веществ, психологических и т.д. В основе анатомо-физиологических различий

полов лежит разное соотношение женских (эстрогенов) и мужских (андрогенов) половых гормонов. Преобладание первых обуславливает появление тех структурно-функциональных характеристик, которые и определяют реализацию женщиной обеих специфичных для нее биологических функций:

– репродуктивной – широкий таз, половые органы надежно защищены костными и мышечными тканями, короткие конечности, в головном мозге есть центры, регулирующие процессы овуляции, и т.д.; высокие ловкость рук, скорость восприятия, счет, память, беглость речи и другие речевые навыки;

– сохранения вида – высокая устойчивость к действию неблагоприятных факторов (кровопотеря, гипоксия, переохлаждение, физическое утомление, недосыпание, психологическая устойчивость и т.д.).

Преобладание андрогенов ведет к появлению у мужских особей качеств, обеспечивающих *адаптацию к меняющимся условиям жизни*:

– мужской организм крепче, выше, тяжелее, конечности длиннее, туловище короче, быстрота реакции выше, скорость и координация движений более совершенны, лучшее понимание механических отношений, более выражены ориентация в пространстве и математические рассуждения;

– большая жизненная неустойчивость и более чувствительная реакция на изменившиеся условия жизни, меньшая устойчивость к голоду, холоду, кровопотере, боли и т.д.

Таким образом, половая принадлежность человека должна в значительной степени накладывать отпечаток на образ жизни человека. Однако в этом вопросе нельзя быть абсолютно категоричным, противопоставляя женский и мужской организмы, т.к. в каждом из них в той или иной степени присутствуют оба начала. Речь идет об учете этих особенностей в поисках той гармонии социальных ролей мужчины и женщины, которые они играют в обществе и в семье.

Лекция 7.

Тема. Медико-гигиенические аспекты здорового образа жизни. Формирование мотивации к здоровому образу жизни. Профилактика вредных привычек.

Привычные действия (привычки) с точки зрения достигаемых результатов могут быть полезными и вредными. Например, выполнение гигиенических процедур полезно, так как приносит пользу здоровью. Важно, чтобы оно было регулярным, обязательным, в определенное время, в определенной последовательности, т.е. привычным. Напротив, если учащийся разбрасывает свои вещи вместо того, чтобы складывать их в определенном месте, и делает это постоянно, то это привычка вредная, так

как ведет к определенной потере времени на их поиск в случае, когда в этих вещах возникает необходимость.

Болезненные пристрастия – особая группа вредных привычек. Они подрывают сначала психическое, а затем и физическое здоровье человека. Это – употребление алкоголя и других наркотических веществ, включая и никотин, содержащийся в табаке. Наркотические вещества (от греч. «*наркотикос*» – приводящий в оцепенение, одурманивающий) – вещества, вызывающие вначале своеобразное возбуждение, а затем угнетение центральной нервной системы. Помимо этилового спирта и никотина к ним относятся вещества, содержащиеся в опийном маке, индийской конопле, южноамериканском растении кока и некоторых других растениях. Подобными же наркотическими свойствами, выраженными в различной степени, обладают эфир, хлороформ, органические растворители, используемые в химчистке, а также бензин.

В результате приема наркотических веществ возникает особое состояние психики – *эйфория*, для которого характерны приподнятое настроение, отрешенность от тревог и забот, прилив ложной уверенности в себе, основанной на переоценке своих сил и возможностей; может наблюдаться также «приятная расслабленность», «умиротворенность», сонливость. Опасность эйфории заключается в том, что у человека, несколько раз испытавшего это состояние, постепенно развивается стремление испытывать его вновь и вновь, сначала при каждом подходящем случае, а затем не считаясь ни с чем, это состояние становится для него дороже всего остального в жизни. Когда стремление к состоянию эйфории, к доставанию и приему вызывающего ее вещества полностью подчинит себе мысли и поступки человека, он уже тяжело психически болен, и болезнь эта называется наркоманией. Таким образом, *алкоголизм* — это разновидность наркомании.

Алкоголизм, как и любая наркомания (за исключением курения, которое вредно сказывается не столько на психике, сколько на состоянии различных органов и систем органов), делает человека социально неполноценным, а нередко и опасным для общества, так как при этом заболевании полностью изменяется отношение человека к окружающему, разрушается вся его потребностно-эмоциональная сфера, развивается слабохарактерность, недобросовестность, лживость, неспособность к умственным и физическим усилиям.

Особенностью наркомании является прогрессирование заболевания с усилением зависимости больного от приема наркотического вещества. По характеру взаимодействия организма и психики с наркотическими веществами различают несколько стадий.

Наркотические вещества оказывают на организм токсическое действие, поэтому первоначально прием алкоголя и других наркотических веществ вызывает *защитную реакцию организма:*

возникает тошнота, рвота, головокружение, головная боль и т.д. Никаких приятных ощущений при этом, как правило, не бывает. При повторных приемах защитная реакция ослабевает и на смену ей приходит уже описанная выше эйфория. Постепенно развивается навязчивое влечение человека к алкоголю, которое заключается в том, что человек (теперь уже больной) постоянно думает о выпивке и вызываемом ею эффекте. Уже при мысли о предстоящем приеме наркотического вещества у него повышается настроение.

Представление о наркотике и его эффекте становится постоянным элементом сознания и содержанием мыслей. О чем бы человек ни думал, чем бы ни занимался, он уже не забывает об алкоголе. Как благоприятные он начинает расценивать ситуации, способствующие добыванию спиртных напитков, как неблагоприятные – препятствующие этому. (Все это – проявления психической зависимости от наркотического вещества.) Вместе с тем на этой стадии заболевания окружающие, как правило, ничего особенного в его поведении еще не замечают.

Постепенно зависимость человека от алкоголя усиливается. В отсутствие его наркотического эффекта человек не только ощущает, что ему чего-то не хватает, но и начинает испытывать болезненное и трудно переносимое состояние, называемое *абстиненцией*. Она проявляется общим недомоганием, снижением работоспособности, дрожанием конечностей, ознобом, болями в различных частях тела и т.д. Это – проявления физической зависимости от наркотического вещества. При этом многие болезненные симптомы хорошо уже различимы для окружающих. Наиболее известное и хорошо изученное состояние абстиненции – алкогольное похмелье.

Постепенно влечение больного к наркотику приобретает неудержимый характер, со стремлением немедленно, как можно скорее, во что бы то ни стало, вопреки любым преградам достать и принять наркотическое вещество. Это стремление подавляет все другие потребности и полностью подчиняет себе поведение человека. Он готов снять с себя и продать последнюю одежду, все унести из дома и т.д. Именно в таком состоянии больные идут на любые антисоциальные действия, в том числе и преступные.

На этой стадии развития болезни человеку требуются значительно более высокие дозы наркотического вещества, чем в начале заболевания, потому что при систематическом употреблении его нарастает устойчивость организма к яду (т.е. развивается *толерантность*). В результате для достижения желательного наркотического эффекта больному приходится употреблять все большее количество алкоголя (соответственно другого наркотика).

Под влиянием систематического приема наркотических веществ происходит выраженная в той или иной степени (в зависимости от особенностей употребляемого вещества) *психосоциальная деградация личности*. Она включает эмоциональную, волевую, интеллектуальную деградацию. Эмоциональная деградация заключается в ослаблении, а затем полном исчезновении наиболее тонких и сложных эмоций, в эмоциональной неустойчивости, проявляющейся в резких и беспричинных колебаниях настроения, а одновременно с этим и в нарастании дисфории – устойчивых нарушений настроения (к ним относятся постоянная озлобленность, подавленность, угнетенность). Интеллектуальная деградация проявляется в снижении сообразительности, неспособности сосредоточиться, в забывчивости, в неумении выделить главное и существенное в разговоре, в повторении одних и тех же банальных или глупых мыслей. Волевая деградация проявляется в неспособности сделать над собой усилие, начатое дело довести до конца, в быстрой истощаемости намерений и побуждений. Наркоман способен проявить настойчивость только в стремлении раздобыть наркотическое вещество.

У учащихся, склонных к употреблению наркотических веществ, в значительном числе случаев имели место: остаточные явления родовой травмы, длительная задержка дыхания при родах, нейроинфекции, черепно-мозговые травмы и т.д. Уже в начальных классах у них отмечаются такие особенности поведения, как чрезмерная возбудимость, расторможенность, немотивированные колебания настроения и т.д. Однако в настоящее время отчетливо выражена тенденция к приему тех или иных наркотических веществ и среди вполне здоровых подростков, которые начинают использовать их под влиянием более старших по возрасту товарищей из своей группы, компании. При этом наименее устойчивы к такому влиянию учащиеся социально незрелые, повышено внушаемые, неспособные к направленным волевым усилиям и не имеющие твердых моральных устоев; с завышенным уровнем притязаний, с претензиями на исключительность; не имеющие развитых интересов и ориентированные главным образом на потребление и развлечения.

Мотивами начала употребления наркотических средств являются подражание более «опытным», любопытство; у девочек этому способствует наличие истеричных черт характера в условиях стрессовых или психотравмирующих ситуаций. Подростки, употребляющие наркотические вещества, оказывают интенсивное давление на неупотребляющих: этому способствуют свойственные подростковым группам и компаниям установки типа «делай как все», и противостоять этому воздействию может лишь какой-либо иной вид активной деятельности, общий для группы и привлекательный для нее, а не просто бездействие.

Поскольку, как говорилось выше, стремление к доставанию и приему наркотического вещества субъективно неудержимо и полностью подчиняет себе деятельность наркомана, определенные лица могут использовать это с корыстной целью, вовлекая неискушенную молодежь в употребление токсических веществ и подчиняя их себе в материальном, физическом, психологическом плане.

Поскольку наркомания полностью подчиняет себе деятельность человека и сводит тем самым на нет результаты любого раздела воспитания, будь то идейно-политическое, трудовое, нравственное, ее профилактика и активная борьба с нею должны рассматриваться работниками народного образования как неотъемлемая часть всех этих разделов воспитания, как их гражданский и профессиональный долг, а не узкое дело гигиенистов и медиков. Вместе с тем особая роль в профилактике наркомании среди учащихся принадлежит классному руководителю, поскольку он лучше других учителей знает (или должен знать) круг общения учащихся своего класса, а следовательно, и характер референтной группы подростка, юноши. Это позволяет оценить характер, который оказывает данная группа на учащегося. Кроме того, классный руководитель знает (или должен знать) семейное положение учащихся. Известно, что если родители курят, употребляют алкоголь, принимают психотропные препараты, их дети оказываются более других предрасположенными к наркомании. Способствуют этому и неблагоприятные семейные условия (конфликты, развод). Знание всех этих микросоциальных, экзогенных факторов позволяет выявить группу риска по наркомании, алкоголизму. В качестве эндогенных факторов риска наркомании выступают отмеченные выше неблагоприятные особенности — предболезненный фон (остаточные явления родовой травмы и т. д.), отклонения в психическом развитии. О них учитель может судить по данным медицинских карт, а также на основании анализа некоторых особенностей поведения учащихся (расторженность, неуравновешенность и т. д.).

Учителю необходимо уметь распознавать особенности поведения учащегося, подозрительные в плане употребления им наркотических веществ. Это колебания активности и настроения на протяжении короткого времени (несколько часов), охлаждение к прежним занятиям, смена круга общения, отчужденность, необычные возбуждение или заторможенность.

Задачей школы в профилактике наркомании является своевременное выявление учащихся, склонных к употреблению или употребляющих те или иные наркотические вещества, и направление их в соответствующие подразделения создаваемой в стране наркологической службы для окончательной диагностики, выявления референтной группы, выяснения, где было сформировано заинтересованное отношение к наркотическому веществу, установления источников получения наркотика. Учащийся,

употребляющий наркотическое вещество, должен быть взят на учет и направлен на лечение; в обычной школе он оставаться не должен: наркотическая склонность требует лечения.

В работе по профилактике вредных привычек учитель должен действовать совместно с родителями. Учащимся же следует разъяснить лишь сущность пьянства и алкоголизма, наркомании как особого явления, ее безнравственность, несовместимость с осуществленным жизненным планом человека, разрушительность для психики и здоровья.

Поскольку к употреблению наркотических веществ учащихся толкает в ряде случаев не только любопытство, раздражение или давление группы, но также и неудовлетворительное по тем или иным причинам их психологическое состояние, необходимо вести в школе работу по психогигиене, с помощью медицинских работников, психологов обучать школьников снятию психического напряжения путем переключения на новые виды деятельности, способствующие психической разрядке, вовлекать их в активные занятия физической культурой, в художественную самодеятельность и т.д. Главное при этом – подобрать индивидуально учащемуся такой вид активной деятельности, который, во-первых, был бы посилен для него и, во-вторых, результаты которого способствовали бы достижению положительных эмоций.

Вред курения.

В табачном дыме содержится большое количество различных вредных веществ – окись углерода (до 5%), углекислый газ (9—10%), синильная кислота, аммиак, формальдегид, а также радиоактивные вещества (полоний, свинец, висмут) и канцерогенное вещество, способствующее возникновению злокачественных опухолей, – *бензопирен*. Во время курения происходит сухая перегонка табака, образуются смолы и деготь. Вредное влияние курения на органы дыхания связано с прямым раздражающим действием веществ табачного дыма на слизистую оболочку дыхательных путей, с ухудшением насыщения крови кислородом, с канцерогенным действием бензопирена и радиоактивных веществ.

Голосовые связки курящих находятся в состоянии хронического воспаления (отсюда и типичное для курящих огрубение и осиплость голоса, особенно заметные у женщин). Слизистая оболочка трахеи и бронхов раздражена и воспалена, активность мерцательного эпителия значительно снижена, вследствие чего дренажная функция бронхов ослаблена. Это, в свою очередь, способствует застою грязно-серой мокроты курящих, и удаление ее из дыхательных путей становится возможным лишь путем кашля, так как обычный путь – за счет движения ресничек мерцательного эпителия оказывается недостаточным.

Курение ведет к гипоксии, поскольку угарный и углекислый газы табачного дыма блокируют часть гемоглобина и дыхательная функция крови

нарушается. Хроническое гипоксическое состояние в молодом возрасте ведет к отставанию в физическом развитии, ухудшению показателей умственной и физической работоспособности, снижению производительности учебного труда, повышенной утомляемости.

По статистике различных стран, курящие заболевают раком легких в 10—30 раз чаще некурящих, раком гортани в 6—10 раз, раком пищевода в 2—6 раз. Значительно чаще курящие болеют бронхиальной астмой и туберкулезом. В среднем продолжительность жизни в результате курения сокращается на 6—8 лет. Смертность курящих в молодом возрасте на 30—40% выше, чем среди некурящих. «Голос курильщика», «кашель курильщика», «бронхит курильщика» – все это плата за курение. В легких курящих людей накапливаются частицы сажи и дегтя – несмотря на частый кашель, полного очищения легких не происходит.

Курящий наносит большой вред не только своему здоровью, но и здоровью окружающих. Установлено, что примерно 2/3 дыма от сгоревшей сигареты попадает во внешнюю среду и загрязняет ее вредными веществами. Человек, который находился в течение часа в сильно накуреном помещении, получает такую же дозу ядовитых веществ, как и выкуривший четыре сигареты. Особенно плохо переносят табачный дым дети. Они становятся бледными, беспокойными, плохо спят, у них снижен аппетит. Для самочувствия «пассивных курильщиков» характерны головная боль, головокружение, повышенная утомляемость, учащенное сердцебиение. Подсчитано, что жены активных курильщиков живут в среднем на 3 – 4 года меньше, чем жены некурящих.

В чем же заключается вредное действие курения на сердце и сосуды? Одно из распространенных заболеваний сосудов – *облитерирующий эндартериит* и его осложнение – *сухая гангрена* стопы. Другой вид гангрены – *газовая* – вызывается особыми анаэробными микроорганизмами, но исход их один – *некроз конечности*. При этом гангрена – не обычный некроз, а распространяющийся, захватывающий все новые участки ткани. Это заболевание поражает нижние конечности. Признаками являются синюшный до черноты цвет, нарастающий от пятки к пальцам, стопа холодная на ощупь, некроз (омертвление) от частичного, по типу трофических язв, до полного и резкая болезненность при прикосновении, особенно на границе между еще живой и уже мертвой тканью. Внешний вид больных тоже различен: от здорового и несколько недоуменного (откуда среди полного, казалось бы, здоровья такая неприятность) до страдальчески-болезненного.

Начинается все неожиданно. Во время ходьбы курильщик вдруг ощущает судорожную боль в икроножной мышце одной или обеих ног, начинает хромать и вынужденно останавливаться, боль через 1-2 мин. проходит. При продолжении ходьбы все это повторяется. С течением времени расстояние, которое безболезненно может пройти такой человек

(отныне — больной), неуклонно сокращается, а промежутки вынужденного отдыха увеличиваются. Затем болезненность в икроножных мышцах проявляется даже при вставании. Эти симптомы дали основание назвать заболевание также «перемежающейся хромотой».

Иногда заболевание начинается с несколько иных признаков. Курильщик замечает, что у него сильно зябнут ноги и даже при длительном пребывании в тепле стопы не согреваются. Они постоянно холодные на ощупь, пульсация в их сосудах очень слабая, почти неуловимая. Затем начинается гангрена (обычно с большого пальца). Нередко наблюдается сочетание болезненных проявлений в мышцах голени и в стопах.

Таким образом, вредное воздействие никотина на сердечнососудистую систему заключается в развитии под его влиянием спазма сосудов, а также постепенного перерождения их стенки (преимущественно внутренней оболочки), что ведет к склерозу и уменьшению просвета (облитерации) сосуда, с соответствующим ухудшением кровоснабжения определенного участка тела. Следует учитывать также, что курение способствует ускорению свертывания крови и соответственно развитию тромбозов, особенно у полных людей, у которых вообще свертываемость крови повышена. Никотин ухудшает течение обменных процессов в сердечной мышце, что ослабляет ее. Не случайно при одной и той же физической нагрузке у курящих пульс учащается значительно больше, чем у некурящих, — это верный признак недостаточной мощности сердца и низкой экономичности его работы.

Вредное влияние курения на органы пищеварения проявляется в раздражении слизистой оболочки пищевода и желудка, в повышении кислотности желудочного сока. Никотин увеличивает склонность к спазмам желудка, кишечника, а в больших дозах способен вызвать кишечную непроходимость вследствие пареза кишечника. Исходом ее может быть смерть. Курение извращает вкус, ухудшает аппетит и различие вкусовых свойств пищи, частично это происходит вследствие ухудшения обоняния. Курение увеличивает также частоту и выраженность поражений сосудов при сахарном диабете, а также при других заболеваниях, связанных с нарушением обмена веществ. Ухудшается цвет лица, что особенно заметно у женщин.

Токсикомания — употребление, как правило, подростками самых разнообразных одурманивающих веществ, не относящихся к группе наркотических, однако высокотоксичных. Эти вещества включают и широкий ассортимент средств бытовой химии, органических растворителей. Профилактика и меры борьбы с токсикоманией среди школьников такие же, как и с другими дурными социально опасными привычками.

Лекция 8.

Тема. Здоровьесберегающая функция учебно-воспитательного процесса. Роль учителя в формировании здоровья учащихся в профилактике заболеваний. Совместная деятельность.

1. Здоровьесберегающая функция учебно-воспитательного процесса.

Учебно-воспитательным процессом называется целостный процесс развития личности ребенка. Он включает в себя не только образование как передачу некоторых знаний от одного поколения к другому, но и полноценное развитие нравственной стороны личности, выработку определенных правил и норм поведения.

Важно также помнить, что полноценное и целостное развитие ребенка невозможно, если ребенок болен или страдает физическими недугами. Поэтому к числу функций учебно-воспитательного процесса необходимо отнести и здоровьесберегающую функцию. Выполнение этой функции должно включать в себя ряд мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья всех участников учебно-воспитательного процесса. Среди таких мер можно выделить следующие:

1. Организация условий для нормального прохождения учебно-воспитательного процесса. Данная мера включает в себя наличие специализированных для проведения учебных занятий помещений, создание в них оптимальных условий (температурный режим, освещенность и др.), наличие удобной классной мебели (не портящей осанку ученика).

2. Соблюдение в учебном учреждении необходимых санитарно-гигиенических норм и правил (регулярная влажная уборка всех помещений, профилактический осмотр всех сотрудников и др.).

3. Организация правильного питания учащихся в период нахождения в учебном учреждении: наличие специальных заведений (столовых, кафе), постоянный контроль за качеством исходных и конечных продуктов, строгое соблюдение санитарно-гигиенических норм.

4. Регулярное проведение специальных занятий, цель которых привить школьникам правила и нормы личной гигиены, основные правила безопасности жизнедеятельности, а также научить элементарным приемам оказания первой медицинской помощи.

Воспитание здорового школьника должно стать составной частью общего воспитания учащихся. Следовательно, здоровьесберегающая функция учебного процесса ложится не только на плечи учителя-предметника, но и всего педагогического коллектива школы – от вахтера до директора.

2. Роль учителя в формировании здоровья учащихся, профилактике заболеваний

Известно, что здоровье ребенка, особенно в младшем школьном возрасте, зависит от того, как окружающие его взрослые участвуют в жизни ребенка. В частности, учитель, в обществе которого школьник проводит часть своего времени, способен оказать влияние на состояние здоровья своих учеников. Такое влияние может быть, как положительным, так и отрицательным.

Влияние учителя будет положительным, если учитель выполняет в процессе учебной деятельности следующие требования:

- следит за тем, чтобы в классе регулярно выполнялись санитарно-гигиенические правила (проветривание классной комнаты, периодическая влажная уборка помещения и др.), а также за тем, чтобы ребенок (особенно младшего возраста) выполнял все требования личной гигиены. В противном случае учитель должен обратить на это внимание родителей ученика;

- вовремя выявляет в классе детей, болеющих инфекционными заболеваниями. При обнаружении в классе больных детей следует обратиться в медицинский пункт при учебном заведении с целью подтверждения диагноза, а если диагноз подтвердился, то в учебном заведении может быть объявлен карантин;

- допускает к занятиям детей только в случае, если посещение занятий одобрено врачом (нарушение этого правила может быть опасным как для болеющего ученика, так и для окружающих);

- сам соблюдает все правила и нормы личной гигиены, чтобы своим примером показывать образец правильного поведения (опрятно выглядеть и др.);

- при возникновении чрезвычайных ситуаций несет ответственность за жизнь и здоровье детей, т. е. предпринимает все необходимые меры для спасения детей (осуществляет грамотную эвакуацию детей из школы, принимает меры по герметизации помещения и др.).

Каждый учитель должен помнить, что здоровье учеников – основная задача школы, так как больной и физически неразвитый ребенок не может получить полноценного образования и, следовательно, ему будет тяжело стать полноценным членом общества.

3. Совместная деятельность школы и семьи в формировании здорового образа жизни учащихся

Сохранение здоровья ребенка – главная задача взрослых людей, окружающих его: родителей, педагогов и других работников школы, в которой ребенок обучается. В этой связи важно отметить, что ребенок будет действительно здоровым, если усилия школы и семьи в формировании его здоровья и здорового образа жизни были слаженными, т. е. имели одну и ту же цель, претворялись одними и теми же методами.

Однако часто встречаются случаи, когда политика школы и политика семьи не совпадают и ребенок попадает «между двух огней». Примером

такой ситуации является то, как школа пытается бороться с вредными привычками среди учеников. Все сотрудники школьного коллектива следят за тем, чтобы ученики не курили в период нахождения в школе. В то же время ученики утверждают, что родители разрешают им курить и учителя не имеют права запрещать им то, что разрешают родители. В этом случае, во-первых, все усилия коллектива школы сохранить здоровье курящего ученика становятся напрасными; во-вторых, такой ученик потенциально опасен для других учеников, поскольку они делаются пассивными курильщиками, что тоже наносит вред здоровью; в-третьих, страдает авторитет учителя как в глазах курящего ученика, так и в глазах других учеников, что приводит к уменьшению воспитательного воздействия на школьников.

Родители должны помнить, что здоровье ребенка – это фундамент здоровья будущего взрослого человека. И этот фундамент будет хрупок, если ребенок не соблюдает правила здорового образа жизни. Для согласования усилий родителей и школьного коллектива, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей, нужно проводить специальные родительские собрания. На таких собраниях родителям должны разъясняться правила поведения учеников в школе, на них можно обсудить и возможности проведения дополнительных мероприятий с целью укрепления здоровья детей. К таким мероприятиям можно отнести регулярное посещение ребенком бассейна (при наличии согласия врача), прогулки и экскурсии на свежем воздухе, организацию спортивных секций и кружков, проведение дополнительных медицинских осмотров детей и др. На собраниях принимаются удовлетворяющие и родителей, и школу решения, выполнение которых должно быть обязательным. Кроме того, родители ребенка должны следить за тем, чтобы действия администрации школы или учителей не нарушали права ребенка, не причиняли вред его здоровью. С этой целью создается родительский комитет, который следит за процессом обучения и воспитания детей в школе, за соблюдением всех санитарно-гигиенических норм, созданием в школе оптимальных условий для плодотворного учебно-воспитательного процесса.

Для повышения уровня тренированности детей в школе организуются специальные спортивные секции и кружки. При согласованной деятельности школьного коллектива и родителей занятия в этих кружках строятся таким образом, чтобы в них могло принять участие максимальное число детей. Таким образом, ребенок не только тренируется и укрепляет свое здоровье, но и приобретает определенные навыки, развивает реакцию и координацию, а также оберегается от пагубного влияния дурных привычек.

Если ребенок не интересуется спортивными играми и мероприятиями, родители совместно с администрацией школы могут подобрать другое занятие, способствующее его интеллектуальному или эстетическому развитию, которое бы занимало свободное время ребенка.

Также в согласовании школьной администрации и родительского комитета должно приниматься решение о школьной форме учеников. Однако в любом случае одежда школьника должна соответствовать определенным правилам.

1. Ребенку нельзя носить тесную, сковывающую движения одежду, так как это может привести к патологии в развитии мышечных и костных структур.

2. Одежда ребенка должна быть чистой, так как его иммунитет окончательно не сформирован, а находящиеся на одежде бактерии могут стать причиной возникновения раздражений и инфекционных заболеваний.

3. Желательно, чтобы одежда ребенка была изготовлена из натуральных материалов, что позволяет коже «дышать» и предотвращает появление на ней раздражений.

4. Обувь ребенка должна быть удобной, на небольшом каблучке. Это связано с тем, что при отсутствии каблучка или, напротив, если каблук слишком высокий, ребенок быстрее устает при ходьбе, повышается вероятность развития у него плоскостопия.

При наличии определенных показаний ребенок должен носить ортопедическую обувь.

4. *Профилактика заболеваний и роль педагогов в укреплении здоровья школьников.*

Многочисленные исследования последних лет показывают, что около 25-30% детей, приходящих в первые классы, имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья. Среди выпускников школ уже более 80% нельзя назвать абсолютно здоровыми. Напрашивается вывод, что школа здоровья детям не прибавляет, а даже наоборот. Конечно, проблема охраны здоровья детей и подростков – проблема комплексная, и сводить все аспекты ее только к школе было бы неправильно. Но в тоже время анализ структуры заболеваемости школьников убедительно показывает, что по мере обучения в школе растет частота встречаемости таких заболеваний, как болезни дыхательных путей, патология органов пищеварения, нарушение осанки, заболевания глаз, пограничные нервно-психические расстройства.. Следует отметить, что довольно часто причины ухудшения здоровья детей в процессе их пребывания в школе носят не объективный, а субъективный характер, т.е. связаны или с неправильными действиями учителей, или, что чаще, с их бездействием при решении задач охраны здоровья школьников и профилактики заболеваний.

Профилактика – это система мер (коллективных и индивидуальных), направленных на предупреждение или устранение причин, вызывающих заболевание, различающихся по своей природе.

В настоящее время различают первичную, вторичную и третичную профилактику заболеваний.

Первичная профилактика – это система мероприятий, направленная на устранение причин возникновения болезней. Задача первичной профилактики – улучшение состояния здоровья детей и взрослых на протяжении всего жизненного цикла. Для школьного учителя – это в первую очередь выполнение всех норм и правил школьной гигиены. Это и система закаливания, и календарь профилактических прививок.

Вторичная профилактика – это система мероприятий, направленная на раннее выявление доклинических признаков заболеваний (на стадии предболезни), показателей наследственной предрасположенности людей, выявление фактов риска заболеваний и прогнозирование риска, а также своевременное проведение лечебно-оздоровительных мероприятий с целью предупреждения развития болезни. Роль учителя на этом этапе заключается в активном участии в проведении ежегодных медицинских осмотров школьников и выполнении рекомендаций медицинской комиссии.

Третичная профилактика – это предупреждение рецидивов заболеваний у больных в общепопуляционном плане. Основная задача этого вида профилактики – предупреждение инвалидности и реабилитация больных детей и взрослых.

Педагогическое воздействие на личность другого человека – вот главный механизм, с помощью которого учитель может изменить ситуацию со здоровьем населения России: быть самому здоровым, быть пропагандистом здорового образа жизни, знать и уметь какими методами, секретами можно продлить свое благосостояние, как преодолеть профессиональные и бытовые трудности и вести активный образ жизни.

Лекция 9.

Тема. Медико-социальные проблемы наркотизма и инфекции вируса иммунодефицита человека.

Алкоголизм. Классификация потребления алкогольных напитков. Алкогольные мифы. Причины алкоголизма. Последствия алкоголизма. Меры борьбы с пьянством и алкоголизмом.

Наркомания и токсикомания. Особенности наркотического опьянения. Причины наркомании и токсикомании. Меры борьбы с наркоманией и токсикоманией.

Наркотики, по сути, являются ядами. Эффект зависит от принимаемого количества. Наркотики в небольшом количестве оказывают «стимулирующее воздействие» (повышение активности).

Наркотики в большем количестве действуют как седативное средство (подавление активности). В ещё большем количестве наркотики - действуют как яд и могут привести к летальному исходу.

Наркотики воздействуют непосредственно на разум.

Наркотики, завоевав популярность в 60-е годы благодаря музыке и средствам массовой информации, вторгаются в наше общество. Наркотики, эта проблема многолика. Здесь и студент, танцующий три дня без передышки в горячке, вызванной экстази или метамфетаминами, и школьники, пристрастившиеся к риталину (метилфенидат), и домохозяйки, неспособные прожить и дня без таблетки от депрессии (амфетамин), и глава крупной фирмы, привыкший к кокаину. Наркотики в нашей повседневной жизни.

Марихуана, героин, кокаин, ЛСД, экстази, риталин, первитин, ингалянты, конопля, обезболивающие, алкоголь, амфетамины – каждый день эти наркотики разрушают миллионы жизней.

Наркомания затрагивает все стороны общества. Запрещенные наркотики и злоупотребление алкоголем приводит к ежегодным потерям в сфере экономики в размере 276 миллиардов долларов. Наркотики стали частью нашей культуры.

В наши дни молодые люди как никогда подвержены влиянию наркотиков. Согласно опросам, около 45% учеников средних школ в России к 13 годам уже пробовали наркотики или алкоголь, либо употребляют их постоянно.

Новый наркотик насвай завоевывает популярность в Азии и России. Наркотики как чума, сжигают жизни людей. Будь то кокаин, героин, марихуана, экстази, обезболивающие, ЛСД или алкоголь, наркотики не делают людей счастливыми, лишь миг под кайфом, а дальше обреченность и

Насвай (насыбай, нас) – никотиносодержащий продукт, наркотик. Насвай представляет из себя маленькие зелёные шарики, зёрнышки с неприятным запахом и вкусом.

Насвай изготавливается в домашних условиях. Основными компонентами насвая являются махорка или табак, раньше растение нас. В состав также может входить: гашённая известь (вместо извести может использоваться куриный помёт или верблюжий кизяк), компоненты различных растений, масло. Для улучшения вкуса в насвай иногда добавляют приправы. Насвай легко изготовить и имеет низкую себестоимость.

Большинство компонентов смеси призваны выполнять формообразующую функцию при гранулировании пылеобразных отходов табачного производства. Известь изменяет кислотность среды и способствует всасыванию никотина в кровь через слизистую оболочку ротовой полости.

Насвай закладывают в рот, стараясь не допустить попадания на губы, которые в таком случае покрываются волдырями. Проглоченные слюна или крупинки зелья могут вызвать тошноту, рвоту и понос, что также весьма неприятно. А полученное удовольствие — легкое головокружение,

покалывание в руках и ногах, помутнение в глазах — длится не более 5 минут. В основном причиной закладывания насвая подростки называют то, что после него не хочется курить.

Насвай долгосрочные последствия потребления

1. По данным узбекских онкологов, 80% случаев рака языка, губы и других органов полости рта, а также гортани были связаны с тем, что люди употребляют насвай. Насвай – это стопроцентная вероятность заболеть раком.

2. Поскольку насвай содержит экскременты животных, то, потребляя его, чрезвычайно легко заразиться разнообразными кишечными инфекциями и паразитарными заболеваниями, включая вирусный гепатит.

3. Садоводы знают, что будет с растением, если его полить неразбавленным раствором куриного помета: оно «сгорит». Врачи подтверждают, что, то же самое происходит в организме человека, употребляющего насвай, страдают в первую очередь слизистая рта и желудочно-кишечный тракт. Длительный прием насвая может привести к язве желудка.

4. Поскольку основным действующим веществом насвая является табак, развивается та же никотиновая зависимость. Эта форма табака более вредна, чем курение сигарет, т.к. человек получает большую дозу никотина, особенно в связи с воздействием извести на слизистую оболочку ротовой полости. Насвай вызывает сильную наркотическую зависимость.

5. Наркологи считают, что в некоторые порции насвая могут добавляться иные наркотические вещества, помимо табака. Таким образом, развивается не только никотиновая зависимость, но также и зависимость от других химических веществ.

6. Насвай можно отнести к числу психотропных веществ. Его употребление подростками отражается на их психическом развитии - снижается восприятие и ухудшается память, дети становятся неуравновешенными. Потребители сообщают о проблемах с памятью, постоянном состоянии растерянности. Следствиями употребления становятся изменение личности подростка, нарушение его психики.

7. У детей употребление насвая очень быстро переходит в привычку, становится нормой. Вскоре подростку хочется уже более сильных ощущений. А если подросток покупает для себя насвай с такой же легкостью, как жевательную резинку, то есть вероятность, что в ближайшем будущем он попробует сильные наркотики.

8. Потребители сообщают о разрушении зубов.

Экстази – нелегальный наркотик. Американское агентство по борьбе с наркотиками классифицирует экстази как наркотик из «Списка I» опасных препаратов, которые никоим образом не используются в медицине. Среди других наркотиков «Списка I» – такие наркотики, как героин, псилоцибин, ЛСД и мескалин. Наказание за хранение,

распространение и изготовление экстази может включать в себя штраф до 100 000 долларов и тюремное заключение до 99 лет, в зависимости от количества хранимого наркотика. Трагично, но экстази – один из наиболее популярных наркотиков среди сегодняшней молодежи. По некоторым оценкам, этот наркотик попробовали по крайней мере один раз более 10 миллионов человек, большинство из которых подростки и молодые люди.

Метил-диоксиметамфетамин (“MDMA”) – это химическое название экстази. Это синтетический психоактивный наркотик, который сохранил стимулирующие свойства метамфетамина и галлюциногенные свойства, больше всего похожие на свойства мескалина. MDMA – это не что-то новое. Впервые он был разработан в 1912 году под видом препарата для подавления аппетита компанией «Мерк», немецким фармацевтическим гигантом и производителем другого расхваленного «безопасного» наркотика – виокса. В конце 70-х психологи и психиатры использовали экстази как лекарство от психологических и эмоциональных расстройств. Экстази распространился на улицах в 80-х; в США его запретили в 1985 году. В самой чистой своей форме экстази – это белый кристаллический порошок с запахом плесени. Из-за примесей у него может быть красноватый или коричневатый цвет. Он распространяется в виде таблеток, капсул или в виде порошка, и обычно принимается через рот, хотя его иногда и вкалывают шприцем. Количество MDMA может варьироваться от 9 мг до 117 мг в одной таблетке. Бельгия и Нидерланды производят 80 процентов MDMA, потребляемого во всем мире.

Экстази часто называют «таблеткой любви», потому что она увеличивает восприятие цвета и звука и предположительно усиливает ощущения прикосновений или ласк, особенно во время секса. Но экстази – это галлюциноген, наркотик, который действует на разум и заставляет людей видеть или чувствовать вещи, которых на самом деле нет. Галлюциногены запутывают картинку в разуме и могут забросить человека в ужасное или грустное происшествие в прошлом, где он застревает, не осознавая этого.

ЛСД

ЛСД - Полусинтетическое психоактивное вещество из семейства триптаминов.

Химическое имя: диэтиламид d-лизергиновой кислоты (d-Лизергид, LSD-25)

Химическая формула: C₂₀H₂₅N₃O

ЛСД – представляет собой вещество без цвета, вкуса и запаха, кристаллизуется в виде призм. В воде не растворяется, чувствительно к воздействию кислорода и ультрафиолета.

ЛСД синтезируется из лизергиновой кислоты (химическая формула - C₁₆H₁₆O₂N₂), которую в свою очередь выделяют из спорыньи (*Claviceps purpurea*) - микроскопического грибка, паразитирующего на злаковых

растениях. Поскольку процесс химического синтеза требует специальных навыков и оборудования, основная часть препарата производится в специально оборудованных лабораториях. Считается, что львиная доля нелегального ЛСД производится в США и Канаде.

В 1938 году, работая над созданием лекарства для улучшения кровообращения из алкалоидов спорыньи, швейцарский химик Альберт Хофманн (Albert Hofmann, род. 11.01.1906) впервые синтезировал ЛСД. Работа над созданием новых лекарств проводилась в лаборатории компании «Sandoz Pharmaceutical», и поначалу новое вещество не вызвало интереса, как фармакологический препарат. К изучению свойств ЛСД Хофманн вернулся лишь в 1943 году. 19 апреля 1943 года он опробовал на себе действие препарата, испытав при этом необычайно мощные психические переживания.

В последствии было отмечено большое сходство симптомов человека под воздействием ЛСД и шизофренического синдрома. Ученые предполагали, что исследования в этом направлении помогут понять природу шизофрении – одного из самых загадочных заболеваний психики.

Биохимический механизм действия ЛСД до настоящего момента не изучен. Известно, что являясь структурным аналогом серотонина, препарат воздействует на дофаминовые и адреналиновые рецепторы, вызывая их возбуждение.

Общая продолжительность эффектов от ЛСД составляет 6-12 часов. Пиковое воздействие ощущается спустя 1-2 часа после приема, за ним следует трех-пяти часовое плато, постепенно переходящее в стадию спада. Совокупность эффектов, вызываемых приемом ЛСД, на сленге называют трипом. (Trip (англ.) - путешествие, поездка). Эти эффекты для разных людей довольно сильно различаются, в зависимости от многих обстоятельств, включая дозировку препарата, внутреннее состояние субъекта и внешнюю обстановку. В общем случае, если субъект внутренне не подготовлен к действию наркотика, либо находится в неподходящей или недружественной обстановке, то трип скорее всего оставит ему только негативные воспоминания.

Визуальные эффекты ЛСД-трипа выражаются в необычном восприятии цвета и звука, искажении вида знакомых предметов и людей и измененного восприятия времени.

Возникает ощущение того, что вся окружающая обстановка как будто «плывет и дышит», постоянно видоизменяясь. За закрытыми глазами появляются необыкновенные меняющиеся красочные узоры. Ощущается общий прилив энергии, подъем настроения и повышение ассоциативного мышления.

Физиологические реакции на действие ЛСД также сильно различаются, и могут проявляться в повышении температуры, слюно- и потоотделения, аритмии, гиперрефлексии, сильном расширении зрачков и

«гусиной коже». Возможны также тошнота и головокружение, резкая смена эмоций, временный дальтонизм. При резком негативном психологическом воздействии препарата (так называемый bad-trip) могут проявиться резкие перепады давления, затрудненное дыхание, беспричинная паника и паранойя.

Абстинентный синдром выражен слабо. Он проявляется на следующие сутки после приема, и в основном характеризуется, понижением двигательной активности.

Как правило, все что произошло во время ЛСД-трипа, сохраняется в памяти со многими подробностями в течении долгого времени. Проявления амнезии нетипичны.

Вред и зависимость от ЛСД

Физиологический вред от длительного воздействия ЛСД на организм человека не выявлен. Нет также подтвержденных данных о возможности развития хронических заболеваний, связанных с расстройством психики.

В краткосрочном периоде, ЛСД вызывает временные, но весьма серьезные искажения мировосприятия. Под воздействием препарата велика опасность травматизма, связанного с управлением автотранспортом и другими сложными механизмами. Еще одна опасность, связанная с употреблением ЛСД, это так называемые флешбэки. Флешбэк выражается в неожиданном возврате субъекта к состоянию, которое он испытывал ранее при приеме препарата. Примерно каждый четвертый из употреблявших ЛСД, попадал в ситуацию, когда ЛСД-трип начинался спонтанно, без предварительного приема наркотика. ЛСД также может вызывать сокращение матки, поэтому противопоказан для беременных.

Понятие никотинизма. Медико-социальные последствия курения. Меры борьбы с курением.

ВИЧ-инфекция. Определение наличия ВИЧ в организме. Особенности клинического проявления ВИЧ-инфекции. Ответственность ВИЧ-инфицированных и больных за заведомое заражение. Законодательные акты и нормативно-методические документы в системе отечественного здравоохранения, направленные на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции.

3 СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №1

ПО ТЕМЕ 1. «ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА» (2 часа)

В результате освоения данного материала у студента будут формироваться

- способность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-9).

В результате выполнения практического задания студент должен:

Знать определение здоровья, факторов влияющие на здоровье детей и подростков, показателей индивидуального здоровья.

Уметь выявлять группы здоровья детей; проводить анализ классного журнала по выявлению групп здоровья детей.

Владеть навыками проведения тренинга на осознание мотивации к здоровому образу жизни; определения популяционного здоровья.

Исходные данные:

1. Показатели заболеваемости. Инвалидность. Показатели индивидуального здоровья. Комплексная оценка состояния здоровья школьников. Критерии оценки индивидуального здоровья. Объективные показатели. Функциональные показатели. Группы здоровья детей.

2. Презентация «Основные признаки нарушения здоровья ребенка».

Основные вопросы темы:

1. Понятие о здоровье. Определения здоровья. Абсолютное, относительное здоровье.

2. Факторы, влияющие на здоровье детей и подростков.

3. Показатели индивидуального здоровья.

4. Группы здоровья.

5. Показатели популяционного здоровья

6. Решение проблемных вопросов:

1). Проведение мини – тренинга на осознание мотивации к здоровому образу жизни.

2). Рассмотреть медико-гигиенические аспекты здорового образа жизни.

3). Провести анализ классного журнала (страница здоровья).

ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 2

ПО ТЕМЕ 4. «БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ЗДОРОВЬЯ» (2 часа)

В результате освоения данного материала у студента будут формироваться

- способность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-9).

В результате выполнения практического задания студент должен:

Знать основные наследственные заболевания, их симптомы и лечение.

Уметь выявлять генные, геномные и хромосомные мутации.

Владеть навыками профилактики нарушения слуха детей и подростков.

Исходные данные:

1. Презентация по теме «Наследственные болезни и их классификация».
2. Схемы: «Наследование групп крови и резус-фактора».
3. «Гигиена слуха ребенка», «Профилактика нарушения слуха у детей и подростков».

Основные вопросы темы:

1. Мутации и наследственные болезни человека.
2. Заболевания, обусловленные генными изменениями.
3. Хромосомные аномалии.
4. Геномные мутации и их последствия.
5. Профилактика нарушения слуха у детей и подростков.

**ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 3
ПО ТЕМЕ 6. «ПОНЯТИЕ О МИКРОБИОЛОГИИ, ИММУНОЛОГИИ
И ЭПИДЕМИОЛОГИИ. МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ» (2 часа)**

В результате освоения данного материала у студента будут формироваться

- способность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-9).

В результате выполнения практического задания студент должен:

Знать определение эпидемиологии, общие сведения об иммунитете и его видах.

Уметь выявлять основные пути передачи инфекционных болезней.

Владеть навыками создания и методами формирования приобретенного иммунитета.

Исходные данные:

Материалы по теме «Микробиология, иммунология, эпидемиология. Инфекционные заболевания. Иммунитет. Виды иммунитета».

Основные вопросы темы:

1. Эпидемиология как наука о закономерностях возникновения и распространения инфекционных заболеваний.

2. Понятие об инфекционном и эпидемическом процессах, эпидемическом очаге.

3. Общие сведения об иммунитете. Виды, методы создания приобретенного иммунитета.

4. Возбудители инфекционных болезней. Классификация.

5. Эпидемия, пандемия. Пути передачи инфекции.

Задания для самостоятельной работы.

Зарисуйте схему строения сердца, стенки артерий и вен, обозначьте их оболочки. Запишите результаты измерения артериального давления и

частоты пульса в состоянии покоя и при физической нагрузке, объясните полученные результаты.

ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 4
ПО ТЕМЕ 7. «МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ» (2 часа)

В результате освоения данного материала у студента будут формироваться

- способность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-9).

В результате выполнения практического задания студент должен:

Знать определение дезинфекция, дезинсекция, иммунизация.

Уметь планировать профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных заболеваний.

Владеть навыками проведения дезинфекции, дезинсекции; составления календаря прививок.

Исходные данные:

- 1) воздействие на источник инфекции - обезвреживание его;
- 2) разрыв путей передачи инфекции;
- 3) повышение невосприимчивости людей к инфекционным заболеваниям.

Основные вопросы темы:

1. Дезинфекция: профилактическая, текущая и заключительная.
2. Методы дезинфекции.
3. Механические, физические, химические и биологические методы дезинсекции
4. Иммунизация. Календарь прививок
5. Профилактические мероприятия по предупреждению основных инфекционных заболеваний

ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 5
ПО ТЕМЕ 7. «ПОНЯТИЕ О НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ. ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ ИХ ВЫЗЫВАЮЩИЕ. ДИАГНОСТИКА И ПРИЕМЫ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ» (2 часа)

В результате освоения данного материала у студента будут формироваться

- способность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-9).

В результате выполнения практического задания студент должен:

Знать определение асептики и антисептики; основные виды ранений.

Уметь определять ранения по симптомам.

Владеть навыками оказания первой помощи при различных видах ранений.

Исходные данные:

Асептика и антисептика. Открытые повреждения (раны). Первая помощь при ранениях, кровотечениях. Временная остановка наружного кровотечения. Закрывание раневых поверхностей с помощью асептических повязок. Правила наложения жгутов

На занятии студенты знакомятся со способами асептики и антисептическими методами. Особое внимание уделяется профилактике и оказанию первой помощи при открытых повреждениях (ранах). Разбираются методы оказания первой помощи при кровотечениях.

Основные вопросы темы:

1. Понятие об асептике и антисептике.
2. Открытые повреждения - раны.
3. Основные принципы оказания первой помощи при ранениях.
4. Первая помощь (при ранениях) на месте происшествия.
5. Ситуационные задачи.

ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 6

ПО ТЕМЕ 7. «ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА. НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ»

(2 часа)

В результате освоения данного материала у студента будут формироваться

- способность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-9)).

В результате выполнения практического задания студент должен:

Знать об основных сердечно-сосудистых заболеваниях.

Уметь определять сердечно-сосудистые заболевания по симптоматике.

Владеть навыками оказания первой помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Исходные данные:

Методики определения и оценки пульса и артериального давления. Функциональная диагностика сердечно-сосудистой системы.

На занятиях студенты закрепляют знания по диагностике индивидуального состояния сердечно-сосудистой системы, проводят исследования по определению частоты сердечных сокращений, артериального давления. Дают интерпретацию полученных показателей. Осваивают функциональную пробу Мартине-Кушелевского; дают заключение о состоянии своей сердечно-сосудистой системы, вырабатывают рекомендации по совершенствованию функции органов кровообращения.

Основные вопросы темы:

- Понятие об ишемической болезни сердца (ИБС). Факторы риска, классификация, признаки.
- Стенокардия. Причины возникновения, признаки, первая помощь.
- Инфаркт миокарда. Причины, признаки, неотложная помощь, особенности ухода за больными в постинфарктном периоде.
- Виды острой сердечной недостаточности. Причины, признаки, неотложная помощь и организация ухода за больными.
- Острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс, шок). Причины возникновения, признаки, неотложная помощь.
- Гипертоническая болезнь. Причины, формы, особенности профилактики.
- Осложнения гипертонической болезни (гипертонический криз, инсульт) особенности оказания первой помощи и организация ухода за больными.
- Ситуационные задачи.

ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 7

ПО ТЕМЕ 8. «ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА. ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ. ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ» (2 часа)

В результате освоения данного материала у студента будут формироваться

- способность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-9).

В результате выполнения практического задания студент должен:

Знать основные патологии опорно-двигательного аппарата.

Уметь различать и выявлять различные повреждения опорно-двигательного аппарата.

Владеть навыками оказания первой помощи при повреждениях опорно-двигательного аппарата и проведения транспортной иммобилизации.

Исходные данные:

Занятие посвящено освоению простейших методов оказания первой помощи при травмах опорно-двигательного аппарата. Закрепляются навыки транспортной иммобилизации, наложение шин и импровизированных материалов при переломах костей различной локализации. Накладываются наиболее распространенные бинтовые повязки: циркулярная, спиральная, черепашья, крестообразная, повязки на голову, конечности.

Основные вопросы темы:

1. Патология опорно-двигательного аппарата.
2. Травматические повреждения костей, мышц, сухожилий.
3. Ушибы, растяжения, разрывы мышц и отрывы сухожилий, вывихи. Оказание доврачебной помощи.
4. Переломы костей. Оказание доврачебной помощи. Транспортная иммобилизация.

ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 8
ПО ТЕМЕ 8. «ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА. ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ. ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ» (продолжение, 2 часа)

В результате освоения данного материала у студента будут формироваться

- способность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-9).

В результате выполнения практического задания студент должен:

Знать основные виды повязок, понятие о травматическом шоке..

Уметь определить тип повреждения и применить определенный вид повязок.

Владеть навыками наложения различных видов повязок.

Исходные данные:

Занятие посвящено освоению простейших методов оказания первой помощи при травмах опорно-двигательного аппарата. Отрабатываются навыки наложения наиболее распространенных бинтовых повязок: циркулярной, спиральной, черепашьей, крестообразной, повязок на голову, конечности.

Основные вопросы темы:

1. Травматический шок. Первая помощь при шоке.
2. Наложение повязок: циркулярной, спиральной, черепашьей, крестообразной, повязок на голову, конечности.
3. Правила иммобилизации.
4. Решение ситуационных задач.

ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 9
ПО ТЕМЕ 9. «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НАРКОТИЗМА И ИНФЕКЦИИ ВИРУСА ИММУНОДИФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА» (2 часа)

В результате освоения данного материала у студента будут формироваться

- способность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-9).

В результате выполнения практического задания студент должен:
Знать понятие алкоголизм, наркомания, токсикомания, СПИД.

Уметь выявлять группы риска детей, разрабатывать мероприятия по проведению первичной профилактики.

Владеть навыками проведения профилактических мероприятий.

Исходные данные:

Материалы по теме «Алкоголизм. Курение. Наркомания и Токсикомания. СПИД»

Основные вопросы темы:

1. Как классифицируется потребление алкоголя?
2. Назовите причины алкоголизма.
3. Каковы медицинские, социальные, социально-экономические последствия алкоголизма?
4. Раскройте понятия наркомания и токсикомания.
5. Назовите медицинские, социальные, социально-экономические последствия токсикомании.
6. Перечислите меры по борьбе с наркоманией и токсикоманией.
7. В чем заключаются причины курения?
8. Назовите медико-социальные последствия никотинизма.
9. Как передается ВИЧ-инфекция?
10. В чем состоят особенности проявления ВИЧ-инфекции?
11. Назовите меры профилактики ВИЧ-инфекции.

4 МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Оказание первой медицинской помощи. Основы ухода за больными.

1 Остановка кровотечений.

Рана - это нарушение целостности кожи, слизистых оболочек или органов, возникшее в результате механического или иного воздействия. Раны подразделяются на поверхностные и глубокие. Ранящий предмет может проникнуть в полость тела (брюшную, грудную, полость черепа), такие ранения называются проникающими.

Всякая рана сопровождается кровотечением и опасностью проникновения в организм инфекции. Основная задача первой помощи - остановка кровотечения, т. к. потеря 1,5-2,0 литра крови несет угрозу для жизни человека.

Кровотечение бывает: артериальным, венозным, капиллярным, внутренним.

Артериальное - кровь бьет струей, высота которой меняется с каждой пульсовой волной, цвет ярко красный.

Венозное - менее интенсивное, цвет более темный.

Капиллярное - возникает при повреждении мельчайших кровеносных сосудов, которое бывает несильным и обычно прекращается самостоятельно.

Внутреннее кровотечение возникает при нарушении внутренних органов.

При наружном кровотечении кровь поступает через рану наружу, при внутреннем в какую-нибудь полость (брюшную, плевральную). Внутреннее кровотечение особенно опасно, так как протекает скрытно и диагностика его затруднена.

Существует два способа остановки кровотечений: временный и окончательный.

При оказании помощи проводится временная остановка кровотечения путем:

- а) пальцевого прижатия артерии к подлежащей кости;
- б) максимального сгибания конечностей;
- в) наложение стерильной давящей повязки;
- г) наложение жгута (закрутки).

2 Места прижатий при кровотечении

- из ран головы: височная артерия большим пальцем прижимается впереди ушной раковины;

- из ран на лице: нижнечелюстная артерия прижимается большим пальцем к углу нижней челюсти;

- общая сонная артерия прижимается к позвонкам на передней поверхности шеи сбоку от гортани, затем на рану кладут валик (скатку) из бинта и накладывается давящая повязка;

- подключичная артерия прижимается к I-му ребру в ямке под ключицей при кровотечении в области плечевого сустава, верхней трети плеча, в подмышечной впадине;

- плечевую артерию прижимают к плечевой кости с внутренней поверхности плеча сбоку от двуглавой мышцы;

- бедренную артерию прижимают кулаком в паховой области к лобной кости таза (повреждение бедренной артерии) в области бедра, в области подколенной ямки (при повреждении в области голени стопы);

- в сгиб конечности вложить валик (закатанный рукав или штанину брюк) и до отказа согнуть конечность;

- в рану наложить ватно-марлевую подушечку или сложенную в несколько слоев салфетку (кусочек бинта) и прибинтовать бинтом;

- кровотечение из сосудов верхних и нижних конечностей, из культи конечности останавливают в два этапа:

- вначале применяется пальцевое прижатие артерии выше места кровотечения, чтобы уменьшить кровопотерю во время подготовки к наложению жгута;

- затем накладывается жгут (закрутка). Слишком слабое затягивание жгута вызывает передавливание вен, что усиливает кровотечение, слишком сильное - может вызвать паралич периферического отдела. Жгут накладывается поверх одежды или мягкой подкладки из бинта, чтобы не прищемить кожу. Его накладывают на бедро, голень, плечо, предплечье выше места кровотечения, ближе к ране.

Табельный жгут представляет собой эластичную резиновую ленту длиной 1-1,5 м. с металлическим крючком на одном конце и цепочкой - на другом, или с застежками.

Чтобы наложить резиновый жгут, необходимо растянуть его и обернуть несколько раз конечность выше места повреждения, располагая витки рядом один с другим. Конечность перед наложением жгута приподнимается. О времени наложения жгута делается запись с указанием даты, часа и минут. Записка подкладывается под жгут, она должна быть видна. Конечность тепло укутывают. Держать жгут на конечности можно не более 1,5 часов - зимой, 2 часа - летом. Если жгут необходимо держать дольше (например, при длительной эвакуации пострадавшего), то его расслабляют на 5-10 минут, предварительно сделав пальцевое прижатие поврежденного сосуда. Затем снова накладывают жгут несколько выше того места, где он лежал, но не более чем на 1 час.

При отсутствии жгута используют поясной ремень, носовой платок, тесьму, ткань. Под платок, тесьму, ткань подводят палочку и делают закрутку.

Носовое кровотечение. Помощь - возвышенное положение головы. Прижать крыло носа к перегородке носа, перед этим можно ввести в преддверие носа ватный шарик (сухой или смоченный 3% раствором перекиси водорода). Холод на затылок.

При внутреннем кровотечении на предполагаемую область кровотечения кладут пузырь со льдом с последующей экстренной доставкой в лечебное учреждение.

3 Наложение повязок на раны и ожоговые поверхности

Для защиты раны от загрязнения и заражения используется перевязочный материал: марлевые бинты, салфетки большие и малые, повязки большие и малые, трубчатые бинты, лейкопластырь, вата.

Бинт - полоска марли в скатанном состоянии. Скатанная часть называется головкой, свободный конец - началом бинта. Бинт держат в правой руке, а левой удерживают его свободный конец. Бинтование производится слева направо круговыми ходами, каждый последующий ход прикрывает предыдущий на 1/3 ширины бинта. Бинтование должно быть плотным, но не затрудняющим кровообращение.

Рана, перед наложением повязки, обнажается и оберегается от загрязнения. Одежду, прилипшую к ране, обрезают. Кожу вокруг раны обработать дезинфицирующим раствором (перекиси водорода, фурацилина, настойки йода и др.).

Головку бинта держат в правой руке, левой разглаживают ходы бинта, чтобы не было складок и карманов, раскатывают головку, не отрывая от повязки.

На ожоговую поверхность накладывается сухая стерильная повязка.

При закладывании повязки запрещается:

- касаться руками поверхности перевязочного материала, который прикладывается к ране;

- удалять прилипшую к ожоговой поверхности одежду, вскрывать пузыри;

- удалять инородные тела из раны, промывать ее водой;

- вправлять выехавшие внутренние органы.

Бинтовые повязки:

Пакет перевязочный индивидуальный состоит из 2-х ватно-марлевых подушечек, бинта шириной 10 см. и длиной 7 м. Одна из подушечек свободно передвигается по бинту. Перевязочный материал стерильный, завернут в пергаментную бумагу и помещен в прорезиненную ткань (герметизированный чехол). В пакет вложена булавка. При вскрытии пакета разворачивают перевязочный материал, не касаясь пальцами внутренней поверхности подушечек (наружная поверхность прошита цветными (черными) нитками).

При сквозном ранении подвижную подушечку перемещают по бинту на нужное расстояние и закрывают оба отверстия.

При ранении грудной клетки (открытый пневмоторакс) непосредственно на рану накладывается прорезиненный чехол внутренней поверхностью, поверх его подушечки с последующим тугим бинтованием.

Бинтование начинают с круговых укрепляющих ходов, конечности бинтуют с периферии.

Повязка на голову “череп”

Отрывается кусок бинта около 0,5 м., средняя часть его кладется на салфетку, закрывающую рану, концы спускаются вниз впереди ушных раковин и удерживаются натянутыми. Вокруг головы делают закрепляющий ход, дойдя до завязки, оборачивают вокруг нее и, попеременно, ведут через затылочную и лобную области, закрывая всю волосистую часть головы, концы завязывают под подбородком.

Спиральная повязка на грудь

Отрывается кусок бинта, кладется на здоровое надплечье. Начиная снизу со спины, спиральными ходами бинтуют грудную клетку. Висящие концы связывают.

Крестообразная повязка на грудь

Накладывается снизу круговыми ходами бинта, далее со спины справа на левое надплечье, фиксирующим круговым ходом снизу через правое надплечье, опять вокруг грудной клетки и закрепляют.

Повязка на плечевой сустав

Накладывают, начиная от здоровой стороны из подмышечной впадины по груди и наружной поверхности плеча сзади через подмышечную впадину через плечо, по спине через здоровую подмышечную впадину на грудь и, повторяя ходы бинта, пока не закроют весь сустав, закрепляют конец на груди.

Повязка на локтевой сустав

Начинают 2-3 хода бинта через сустав и далее спиральными ходами, попеременно чередуя их на предплечье и плечо с перекрещиванием в локтевой ямке.

Повязка на коленный сустав

Техника исполнения аналогична предыдущей повязке.

Повязка на голеностопный сустав

Фиксирующий ход делают над лодыжкой, далее вниз на подошву и вокруг стопы, затем бинт накладвается по тыльной поверхности стопы выше лодыжек и возвращается на стопу, закрепляют бинт выше лодыжки.

Повязка на кисть

Начинают с фиксирующего хода на запястье, далее по тылу кисти на ладонь, вокруг кисти у основания пальцев, по тылу кисти через запястье к основанию 5-го пальца, по ладонной поверхности и опять на тыл кисти, закрепляют вокруг запястья.

Косыночные повязки

Косынки не стерильные. Рану предварительно закрывают стерильной салфеткой или бинтом. Косыночные повязки накладывают на различные части тела, косынку применяют для подвешивания поврежденной конечности.

Повязки трубчатыми трикотажными бинтами, фиксирующие перевязочный материал. Подручные средства

При отсутствии табельных перевязочных средств используют матерчатые повязки по методу Маштафорова. Повязка изготавливается из широкого материала, края которого надрезаются для получения тесемок. Повязка изготавливается с учетом ее использования: на плечо, на конечность и т. д.

4 Помощь при несчастных случаях

Переломы. Переломом называется нарушение целостности кости. Различают закрытые и открытые переломы. Открытые переломы опаснее закрытых, т.к. велика возможность заражения раны.

Для перелома характерна резкая боль, увеличивающаяся при движении и нагрузке на конечность, изменение положения и формы

конечности, нарушение ее функции, появление отечности и кровоподтеков в области перелома, укорочение конечности.

Оказывая первую помощь необходимо обеспечить иммобилизацию (неподвижность) костей в области перелома.

Иммобилизация достигается наложением транспортных шин или шинированием конечностей при помощи импровизированных шин из подручного твердого материала. Шины накладывают на месте происшествия, осторожно, чтобы не сместить отломки.

Для прочной иммобилизации костей применяют две шины, которые прикладывают к конечности с противоположных сторон.

При переломе позвоночника - пострадавшего укладывают на твердый щит лежа на спине, при отсутствии щита - на живот.

При переломе костей таза, также используют твердый щит, но нижние конечности полусогнуты в коленных суставах, под них подложить валик.

При переломе ребер - во время максимального выдоха накладывается повязка на грудную клетку.

На предплечье шины накладывают следующим образом. Конечность согнуть под прямым углом в локтевом суставе и подвесить на косынке.

Ушибы, растяжения, вывихи. При ушибах, растяжениях и разрыве связок необходимо создать покой поврежденному органу, наложить тугую давящую повязку и приложить холод.

При растяжении и разрыве связок фиксируют сустав тугой повязкой и создают неподвижность конечностей.

Вывих – повреждение сустава, при котором происходит смещение соприкасающихся в полости костей сустава с выходом одной из них через разрыв капсулы из полости сустава.

Первая помощь заключается в иммобилизации конечности в том положении, которое она приняла после травмы. Верхнюю подвешивают на косынке, нижнюю – шинируют. Прикладывают холод, дают обезболивающие средства.

Ожоги. Ожог – повреждение тканей, вызванное воздействием высокой температуры (световое излучение, пламя, кипяток) - термический ожог, воздействие химических веществ - химический ожог.

В зависимости от глубины поражения ожоги подразделяются на 4 степени тяжести (I-IV).

Первая помощь:

- тушение горящей одежды;
- повязка на обожженную поверхность тела;
- холод (лед, вода).

При химических ожогах обожженный участок тела обильно орошают струей воды и накладывают повязку.

Во всех случаях рекомендуется дать подсоленное питье.

Поражение электрическим током.

Пострадавшего, как можно быстрее освободить от воздействия электрического тока (перерубить провод с обеих сторон, отбросить его сухой палкой, выключить рубильник, оттащить пораженного за одежду).

При прекращении сердечной деятельности и дыхания провести реанимацию.

Отморожение (замерзание). Отморожение – повреждение тканей, возникающее в результате воздействия низкой температуры. Общее замерзание выражается в глубоких изменениях всех тканей организма вследствие постепенного прекращения кровообращения, в т. ч. головного мозга.

Первая помощь: согревание отмороженных участков, восстановление в них кровообращения.

Общие мероприятия: горячий чай, водяные ванны 18-37° С в течении 20-30 мин.

Тепловой и солнечный удар - наступает при длительном воздействии на организм высокой температуры внешней среды или при работе в изолирующей защитной одежде.

Признаки: головная боль, шум в ушах, головокружение, слабость, тошнота, рвота, судороги, учащение дыхания, пульса, расширение зрачков.

Первая помощь: пострадавшего разместить в тени, снять изолирующую одежду (расстегнуть пуговицы), уложить, слегка приподнять голову. Положить холод на голову, обтереть грудь пострадавшего увлажненной тканью, обрызгать лицо водой, дать понюхать нашатырный спирт.

Шок -это тяжелая общая реакция организма, проявляющаяся при травматических повреждениях, ожогах и т. д. Делится на первичный и вторичный.

Первичный шок проявляется в момент тяжелой травмы или вскоре после нее.

Вторичный шок может возникать после оказания помощи пораженному вследствие его небрежной транспортировки или плохой иммобилизации. Он проявляется в возбуждении и торможении. Фаза возбуждения развивается сразу после травмы, далее наступает торможение.

Помощь заключается в прекращении воздействия на человека травмирующего фактора, обратив особое внимание на остановку кровотечения, при переломах, вывихах обеспечить иммобилизацию, устранить боль путем приема обезболивающих средств, а также дать сердечные средства, согреть, напоить горячим чаем, водкой.

Помощь утопающим.

а). Оказание помощи при истинном (синем) утоплении:

- сразу же после извлечения утопающего из воды перевернуть его лицом вниз и опустить голову ниже его таза;
- очистить рот от инородного содержимого и слизи;
- резко надавить на корень языка;
- при появлении рвотного рефлекса добиться полного удаления воды из дыхательных путей и желудка;
- при отсутствии рвотного рефлекса и дыхания - положить на спину и приступить к реанимации, периодически удаляя содержимое ротовой полости и носа;
- при появлении признаков жизни перевернуть лицом вниз и удалить воду из легких и желудка;
- в случае развития отека легких: усадить, наложить жгуты на ребра, наладить дыхание кислорода через пары спирта;
- переносить пострадавшего только на носилках.

б). Оказание помощи при бледном утоплении (после извлечения из проруби):

- перенести тело на безопасное расстояние от проруби;
- при отсутствии пульсации на сонной артерии приступить к сердечно-легочной реанимации;
- при появлении признаков жизни перенести в теплое помещение, переодеть в сухую одежду, дать теплое питье;
- вызвать “Скорую помощь”.

Недопустимо!

- терять время на удаление воды из легких и желудка при появлении признаков клинической смерти (помутнение роговицы глаз, трупные пятна);
- переносить пострадавшего в теплое помещение, если нет признаков жизни.

Реанимация (оживление)

При прекращении сердечной деятельности и дыхания пораженного положить на спину, под лопатки положить валик, голову максимально запрокинуть, раскрыть рот (при необходимости очистить), на рот наложить носовой платок (марлю), встать сбоку от пораженного (на колени), сделать глубокий вдох, плотно прижать свои губы к губам пораженного, зажать нос и с силой вдуть воздух в пораженного. Ритм проведения – 16-18 раз в минуту.

При остановке сердечной деятельности, одновременно с проведением искусственной вентиляции легких, приступают к непрямому массажу сердца.

Пострадавший лежит на спине. Оказывающий помощь кладет ладони одна на другую, затем на нижнюю треть грудины и ритмично надавливает на нее со смещением на глубину 3-4 см., 50-60 раз в минуту.

На 1 вдох делают 4-5 надавливаний на грудную клетку.

Оживление считается эффективным при появлении пульса на сонных (лучевых) артериях, сужение зрачков, исчезновение синюшной окраски кожи, самостоятельного дыхания.

При поражении АХОВ удушающего действия

При воздействии хлора, аммиака и других ядовитых веществ удушающего и выраженного прижигающего действия в незначительных концентрациях наблюдаются покраснения конъюнктивы, слизистой мягкого неба и глотки, бронхит, охриплость, легкая отдышка, чувство сдавленности груди.

Если воздействовали малые и средние концентрации, отмечаются загрудинные боли, жжение и резь в глазах, слезотечение, сухой кашель, увеличивается отдышка, учащается пульс, начинается отделение желтой или красноватой со слизью мокроты. Возможна тяжелая бронхопневмония с повышением температуры, развитием токсического отека легких. Наиболее выраженным симптомом отека легких является отдышка с частотой дыханий 30-35 раз в минуту и более, переходящая в удушье. Пострадавший занимает положение, сидя или полусидя. Он возбужден, беспокоен. В наиболее тяжелых случаях отек легких сопровождается артериальной гипотонией, заторможенностью сознания и другими признаками шока.

В случае вдыхания паров фосгена и других удушающих ядовитых веществ со слабым прижигающим действием в течение определенного периода могут отсутствовать выраженные симптомы поражения. Период скрытого действия в зависимости от полученной дозы может быть от 1 часа до 2 суток. Чем он короче, тем менее благоприятен прогноз. Физическая нагрузка усугубляет состояние человека. По истечении скрытого периода развивается отек легких.

Первая медицинская помощь. Надеть на пострадавшего противогаз (промышленный с коробкой марки "В" желтого цвета. Можно использовать гражданские ГП-5, ГП-5М, ГП-7, ГП-7В, детские, в отдельных случаях противогазовые респираторы РПГ-67, РУ-60М, У-2ГП) и вывезти (вынести) из опасной зоны.

В случае рефлекторной остановки дыхания провести искусственную вентиляцию легких.

Основы ухода за больными.

Уход – совокупность мероприятий, направленных на облегчение состояния больного и обеспечение успеха лечения. Это существенная часть лечения.

Хронические больные большую часть времени находятся дома и нуждаются в соответствующих, состоянию здоровья, условиях. Они нуждаются в уходе, выполнении врачебных назначений. Так длительная неподвижность может привести к атрофии мышц, нарушению деятельности кишечника, появлению пролежней.

От ухаживающего требуется такт, терпение, выдержка, благожелательное и чуткое отношение к больному.

Рассмотрим общие правила ухода:

- для больного желательна отдельная комната или отгороженная часть комнаты;

- регулярное проветривание комнаты;

- подход к кровати больного должен быть обеспечен с разных сторон;

- при повышенном артериальном давлении голова больного должна быть приподнята, а при пониженном – горизонтально с туловищем. В случае воспаления вен ног им придают возвышенное положение. Длительно в одном положении больному находиться не рекомендуется, время от времени его поворачивают.

- смену постельного белья проводить не реже 1-го раза в неделю. Для смены простыни у тяжело больного применяют 2 способа:

1. Приподнимают голову, головной конец простыни собирают к пояснице, затем, подняв ноги, собирают ножной конец и осторожно простынь убирают. Под поясицу подкладывают новую простынь, скатанную в валик и расправляют ее.

2. Больного поворачивают на бок ближе к краю постели, простынь, на освободившемся месте, скатывают. Одновременно кладут новую простынь, также валиком. Больного возвращают на прежнее место, убирая сменяемую простынь и расправляют новую.

Гигиена больного

Ежедневно больной умывается. Лежащих больных обтирают с помощью смоченной губки или тампонов. По возможности больного моют в ванной.

Для предупреждения пролежней рекомендуется менять положение больного (каждые 2 часа), на постели не должно быть складок, места образования пролежней (область лопаток, пятки, крестец, позвоночник) протирают камфарным спиртом. Покрасневшая кожа протирается 5-10% раствором перманганата калия, подкладывается резиновый круг.

На гиперемизированные места можно накладывать мазовые повязки. После каждого приема пищи тяжело больным обрабатывается рот ватным шариком, смоченным в 5% растворе борной кислоты или 2%-м растворе питьевой соды.

5 ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ

Подготовка к написанию реферата начинается с подбора литературы и составления библиографического списка. Затем собранный материал изучается и составляется план (содержание) реферата, который согласуется с преподавателем. После этого в соответствии с планом пишется основной текст реферата, оформленный в соответствии с требованиями, предъявляемыми к оформлению научных работ.

Содержание реферата должно полностью раскрывать изучаемую проблему и показывать ее противоречивые стороны. В нем должны быть отражены мнения и взгляды на решение этой проблемы разных ученых. Автор реферата должен обобщить и сделать вывод о том, какое мнение в настоящее время является основным.

В разделе «Заключение» автор высказывает свое мнение по изучаемой проблеме.

Темы рефератов/

1. Профилактика стресса. Способы антистрессовой защиты.
2. Физическая культура и ее оздоровительное значение.
3. Двигательная активность в различные периоды жизни человека.
4. Соблюдение физиологической основы режима труда и отдыха для сохранения здоровья.
5. Социально-психологические аспекты здорового образа жизни.
6. Проблема формирования здорового образа жизни на различных этапах жизнедеятельности человека.
7. Философские, нравственные, этические аспекты здорового образа жизни.
8. Культура, творчество, здоровье.
9. Возрастные аспекты здоровья.
10. Здоровье учителя. Возможности самосовершенствования.
11. Закаливание - составляющая здорового образа жизни.
12. Питание современного человека. Проблема, связанная с дефицитом витаминов в рационе и пути ее решения.
13. Питание современного человека. Проблема, связанная с избыточным потреблением жиров животного происхождения. Пути ее решения.
14. Пища как источник токсических и биологически активных веществ.
15. Проблема женского и семейного алкоголизма.
16. Проблема подросткового алкоголизма.
17. Алкоголизм как социальная проблема.
18. Наркомания как социальная проблема.

19. Влияние табакокурения на здоровье.
20. ВИЧ (СПИД)-медико-социальные аспекты.
21. Действие алкоголя на плод. Алкогольный синдром плода.
22. Пищевые отравления и их профилактика.
23. Значение личной гигиены для сохранения и укрепления здоровья.

6 ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ)

1. Пожилая женщина, страдающая гипертонической болезнью, стала невольной участницей скандала в очереди. В этот день была сильная оттепель, и она с утра ощутила ухудшение самочувствия. Придя из магазина, легла, поскольку появилась очень сильная головная боль, тошнота, головокружение, боли в сердце, перед глазами замелькали «темные мушки». Объективно: пульс напряженный, твердый, АД 220/130мм рт.ст. Какое острое состояние развилось? Первая помощь. Профилактика.

2. Учитель русского языка, заменяя заболевшего коллегу, месяц работал с большой нагрузкой, не досыпал по ночам. Постепенно он стал ощущать к концу дня сильное утомление, слабость, рассеянность внимания, головную боль, головокружение и тошноту. Обратился в медпункт, где ему измерили АД. Оно оказалось 170/110мм рт. ст. О каком заболевании идет речь? Что предпринять? Профилактика.

3. Мужчина 56 лет очень спешил, боясь опоздать на электричку, и вдруг почувствовал сильную боль давящего характера за грудиной. Боль иррадиировала в левую руку, под лопатку слева и продолжалась несколько минут. О каком заболевании надо думать? Какое состояние развилось? Первая помощь.

4. Пожилой учитель в ответ на грубость старшеклассника внезапно побледнел, зашатался, схватился за грудь. На лице отразились страх и страдание. Известно, что он периодически принимал под язык какие-то маленькие таблетки. О каком заболевании идет речь? Опишите симптомы острого состояния. Первая помощь.

5. Пожилой человек, получив известие о внезапной смерти близкого, ощутил чрезвычайно сильные, раздирающего характера боли, охватывающие всю грудную клетку. Он начал метаться от боли и страха, затем вдруг побледнел, открылась рвота, и он упал. Пульс и дыхание отсутствуют. О каком заболевании идет речь? Что за состояние развилось? Первая помощь.

6. После экзамена школьника испугало ощущение частых и сильных сокращений сердца, сопровождающихся болями колющего характера, слегка «отдающих» под левую лопатку. При этом артериальное

давление, пульс и размеры сердца в пределах нормы. Выберите предположительный диагноз и меры помощи:

- приступ стенокардии;
- инфаркт миокарда;
- боли невротического характера из-за переутомления;
- вызвать «Скорую помощь»;
- немедленно госпитализировать;
- заниматься реанимацией;
- не волноваться, дать настойку валерианы (пустырника) в теплой воде, уложить ребенка спать;
- контролировать соблюдение режима труда и отдыха, длительность сна.

Обоснуйте свой выбор.

7. В день резкого изменения погоды учитель, страдающий гипертонической болезнью, ощущал с утра головную боль и тошноту. Конфликтная ситуация с учеником вызвала резкое усиление головной боли, появилось головокружение, перед глазами замелькали «темные мушки», онемение левых конечностей. Объективно: пульс твердый, напряженный, АД 220/130 мм рт. ст. Движения в левых конечностях отсутствуют. Какое состояние развилось? Первая помощь и профилактика.

8. У мужчины, выкуривающего ежедневно больше 1 пачки сигарет, осенью ухудшилось самочувствие: температура 37,6°C, беспокоит упорный кашель с отделением небольшого количества вязкой, трудно отделяемой гнойной мокроты. О каком заболевании можно думать? Укажите принципы лечения.

9. На фоне насморка, «осиплости» голоса, сухого кашля у школьника поднялась температура до 38,4°C, появилась одышка, кашель стал влажный. Объективно: в легких слева притупление перкуторного звука и в этих же участках влажные хрипы. Количество лейкоцитов 12 тыс. в 1 куб.мм, СОЭ ускорена. При рентгеноскопии слева участки затемнения разной интенсивности. О каком заболевании можно думать? Укажите принципы лечения.

10. У девочки, часто пропускавшей занятия из-за заболеваний дыхательной системы, во время работы с древесным лаком появилась сильная одышка с затрудненным выдохом. Дыхание стало свистящим, сопровождалось жужжащими, трескучими, слышными на расстоянии хрипами, наблюдается цианоз лица. Какое острое состояние развилось? Первая помощь.

11. Сильно переохладившись после лыжного пробега, вечером мальчик 12 лет почувствовал недомогание и головную боль, не мог делать уроки. Затем появился потрясающий озноб, сухой кашель, сопровождавшийся колющими болями в грудной клетке справа. Вскоре температура поднялась до 40°C, число дыханий 35 в мин. На второй день

стала отходить и «ржавая» мокрота. Возможно, о каком заболевании идет речь? Профилактика данного заболевания.

12. Двухлетний ребенок, болеющий гриппом (температура 39,7°C, резкая слабость, головные и мышечные боли, светобоязнь), вечером вдруг стал задыхаться. Вдох затруднен, сопровождается втягиванием межреберных промежутков, надключичных областей. Ребенок испуган, мечется, наблюдается цианоз лица, шейные вены набухшие, голос сиплый. О чем надо думать? Первая помощь. Чем опасно такое состояние?

13. Мальчик пришел в школу больной: температура 37,5°C, упорный кашель с небольшим количеством вязкой, трудно отделяемой мокроты. В школе пахло краской. На уроке у него вдруг развился приступ мучительного кашля и одышки с затрудненным выдохом. Дыхание стало свистящим, слышны жужжащие и трескучие хрипы. Мальчик испуган, наблюдается цианоз лица, шейные вены набухшие. В прошлом несколько раз была крапивница. О каком приступе идет речь? Первая помощь.

14. У ребенка 3 лет повысилась температура до 37,8°C, небольшой насморк, на коже лица, груди, спины, на конечностях появилась сыпь в виде мелких пузырьков с прозрачным содержимым, несколько пузырьков расположено на волосистой части головы. В зеве - умеренная гиперемия. Возможно, о каком заболевании идет речь? Обоснуйте. Какие карантинные мероприятия необходимы в очаге инфекции? Дайте советы по уходу за больным.

15. Ребенок 3 лет, посещающий детский комбинат, заболел три дня назад. Его беспокоит сильный кашель, насморк, слезотечение, температура тела 38°C. При осмотре: состояние средней тяжести, светобоязнь, конъюнктивит, в зеве - гиперемия слизистой оболочки, на слизистой щёк напротив малых коренных зубов - мелкие белые высыпания, на мягком нёбе - энантема. Дыхание жесткое, тоны сердца учащены. Предположительно, какое заболевание развилось у ребенка? Обоснуйте. Какие карантинные мероприятия необходимы в очаге инфекции?

16. Ребенок 6 лет болен 2-й день. Беспокоит боль при жевании, повороте головы, открывании рта, чувство жара. При осмотре: температура 38°C, с обеих сторон вокруг ушных раковин припухлость, болезненная при пальпации. Ребенок посещает детский комбинат, где уже были случаи подобного заболевания. Предположительно, какое заболевание развилось? Обоснуйте. Какие карантинные мероприятия необходимы в очаге инфекции? Дайте рекомендации по питанию.

17. Во время осмотра у ребенка 3 лет Вы наблюдали приступ кашля: приступ начался кашлевыми толчками, следующими друг за другом, затем наступил глубокий затрудненный вдох и вновь ребенок закашлялся, покраснел, а затем посинел. Приступ длился долго, закончился рвотой. О каком заболевании идет речь? Обоснуйте. Окажите

помощь при спазматическом кашле. Какие карантинные мероприятия необходимы в очаге инфекции?

18. У студентки, съевшей в столовой котлету с неприятным привкусом, через несколько часов появились боли в эпигастральной области, тошнота и повторяющаяся рвота. Объективно: при пальпации болезненность в подложечной области, язык сухой, с белым налетом, температура 37,5°C. Какое заболевание развилось? Первая помощь?

19. Подросток 16 лет жалуется на боли в животе. Болен в течение 2 лет. Боли возникают до еды или через 1-1,5 часа после еды, интенсивные, стихающие после приема пищи, периодически возникает изжога. Объективно: состояние удовлетворительное, питание несколько снижено, кожа бледная, сухая. Органы грудной клетки без особенностей. При пальпации живота определяется болезненность в области эпигастрия. О какой патологии следует думать? Обоснуйте.

20. У больного язвенной болезнью внезапно резко ухудшилось самочувствие: на фоне сильных болей в эпигастральной области появилась нарастающая слабость, головная боль и головокружение, рвота цвета кофейной гущи с примесью крови, стул дегтеобразный. Объективно: кожные покровы бледные с липким потом, пульс слабый 120 уд. в мин, АД 85/55 мм рт.ст. Какое состояние развилось? Первая помощь. Можно ли поить и кормить больного?

21. После обильной еды у пожилой женщины с ожирением появились острые боли в правом подреберье. Они имели коликообразный, временами режущий характер, иррадиировали вправо в плечо и под лопатку, усиливались при поколачивании по ребрам справа. Появились тошнота и рвота, температура субфебрильная – 37,4°C. О каком заболевании идет речь? Первая помощь.

22. Девочке 8 лет. Её мать рассказала, что 3 месяца назад ребенок перенес эпидемический паротит в тяжелой форме. Через некоторое время после болезни мать заметила, что девочка стала много пить жидкости (до 5 л в сутки), часто и обильно мочится. Несмотря на хороший аппетит, похудела, последние 10 дней стала вялой, жалуется на головные боли. О каком заболевании можно думать? Обоснуйте. Консультация, какого специалиста необходима ребенку? Угроза развития какого осложнения имеется у ребенка?

23. Старшеклассница в течение месяца резко похудела, ощущала жажду, на всех переменах пила воду и мочилась. К врачу не обращалась. С утра была очень вялой, сонливой и на уроке потеряла сознание. У девочки редкое, шумное дыхание с запахом ацетона. Какое острое состояние развилось? Первая помощь?

24. Старшеклассница, страдающая сахарным диабетом, сделав в школе очередную инъекцию инсулина, не успела поесть. Вскоре почувствовала нарастающую слабость, головокружение, острое чувство

голода, мышечное дрожание (тремор), покрылась холодным потом. Какое состояние развилось? Первая помощь?

25. Мальчика 8 лет беспокоят боли в коленных суставах, одышка при умеренной физической нагрузке. Объективно: мальчик спокойный, добродушный, кожные покровы чистые, без полос растяжения. Вес превышает возрастную норму на 50%, отложение жира равномерное. Какое заболевание развилось? Укажите форму, степень тяжести, принципы лечения и меры профилактики данного заболевания.

26. На лабораторной работе по химии девочка вдруг почувствовала сильный кожный зуд, слезотечение, лицо покраснело и стало отекать. На видимых участках кожи появились красные пятна и папулы разной величины с зудом. О каком заболевании идет речь? Опишите действия учителя.

27. В одной из групп детского сада ощущается запах краски, применяемой в ремонте соседнего помещения. У ребенка появился отек век, зуд, затрудненное дыхание. Какое состояние развилось? Первая медицинская помощь?

28. У мальчика 12 лет на тыльной стороне левого запястья две недели назад появилось зудящее пятно. Объективно: мальчик избыточного веса, страдает аллергией на ряд пищевых продуктов. Поверхность зудящего элемента увлажнена, покрыта чешуйками и корочками, вокруг следы расчесов. О каком заболевании идет речь? Обоснуйте свое мнение. Профилактика.

29. У девушки 23 лет по утрам стали отекать веки, потом все лицо, руки. Она обратила внимание на помутнение и уменьшение количества мочи, на появление болей в правой поясничной области, усиливающихся при поколачивании. На медосмотре АД 140/90 мм рт. ст., после чего была сразу госпитализирована. О патологии какой системы органов идет речь? Укажите заболевание данной системы, его симптомы, а также факторы, способствующие его развитию и меры профилактики.

30. Поздней осенью на сельскохозяйственных работах школьники ели, сидя на земле. Вскоре после этого у девочки появились неприятные ощущения и чувство рези в области мочеиспускательного канала. К вечеру мочеиспускание участилось и сопровождалось режущими болями в конце. Мочи мало, она мутная с резким запахом. Температура тела нормальная. О каком заболевании можно думать? Принципы лечения. Профилактика.

31. Пожилой мужчина мечется из-за внезапно появившихся сильных болей коликообразного характера в области поясницы слева. Боли иррадируют на внутреннюю поверхность бедра и в паховую область слева, мочеиспускание учащено. При обследовании симптом Пастернацкого резко положительный. Какого характера колика развилась? Первая помощь?

32. На контрольной работе, проходившей в непроветриваемом классе, школьник 10 лет почувствовал головокружение, чувство дурноты, туман перед глазами, онемение губ, кончиков пальцев, побледнел, потерял сознание и упал, обмякая, на парту. Судорог не было, спустя 1-2 минуты пришел в себя, чувствовал себя удовлетворительно, беспокоила общая слабость. Какое состояние развилось? Первая медицинская помощь?

33. На уроке русского языка во время написания диктанта школьник внезапно замер, прекратил писать, взгляд застеклен, устремлен вдаль. Контакт не доступен. Приступ продолжался 6 с. Не упал, судорог не было. Выход из этого состояния мгновенный, сознание восстановилось, и мальчик продолжил прерванную деятельность. О припадке не помнит. Какое состояние развилось?

34. На улице больной К. 25 лет внезапно потерял сознание, упал, ударившись головой об асфальт. Развились тонические, затем клонические судороги. Наблюдались пена изо рта, непроизвольное мочеиспускание. Приступ продолжался 2 минуты, затем сознание восстановилось, но больной был сонлив, жаловался на боли в виске. О случившемся не помнит. Какое состояние развилось? Первая медицинская помощь.

35. 3-летний ребенок в ответ на любой отказ родителей в выполнении требований падал на пол, колотил руками, ногами и головой по полу, кричал до тех пор, пока его требование не исполняли. Синяков и ссадин при этом не оставалось, пена изо рта не появлялась. Укажите вызывающие и предрасполагающие факторы развития этого состояния, принципы лечения и профилактики, а также рекомендации родителям в таких ситуациях.

36. Мальчик 13 лет страдает умственной отсталостью до степени дебильности. Учится в специальной школе для умственно отсталых и слепых детей. Злопамятен, эгоцентричен, мстителен. Снижение памяти и внимания затрудняет процессы обучения и воспитания. На лице в области лба и щеки справа имеется ангиома ярко красного цвета (в виде «пылающего пятна»). Страдает периодическими судорожными припадками. Отмечается снижение зрения на оба глаза. Известно, что мать здорова. У отца на лице имеется ангиома. Однако припадков, снижения интеллекта и зрения у него не отмечается. О каком заболевании идет речь? Определить тип наследования.

37. Девочке 10 лет. Оба родителя здоровы. Известно, что на 1-м году жизни часто срыгивала, плохо спала, отмечалось повышенное двигательное беспокойство, от больной исходил специфический «мышинный» запах. Объективно: дефект пигментации (светлые волосы, светлая радужная оболочка), параличи конечностей, судорожные припадки. Умственная отсталость достигает степени имбецильности. Не учится. Речь бедна, аграмматична. Навыки опрятности и самообслуживания формируются с трудом. Девочка не стремится к

общению с родителями, детьми, резка, боязлива, раздражительна, склонна к аффектам гнева. О каком заболевании идет речь? Определить тип наследования.

38. Мальчику 15 лет. Возраст матери при рождении ребенка 37 лет. Умственная отсталость до степени имбецильности. Не учится. Отмечается монголоидный разрез глаз, широкая плоская переносица, эпикант (третье веко), складчатость языка, скошенный затылок, двусторонняя поперечная борозда ладоней, низкий рост волос, короткопалость, пороки развития сердца, почек. Мальчик привязан к близким, послушный, ласковый, однако настроение неустойчивое, со вспышками агрессивности. Какое заболевание у мальчика? Составить кариотип.

39. Девочка 16 лет, родители здоровы. Учится в массовой школе. Рост 135 см, пропорции тела нормальные, низко расположенные уши, короткая шея, крыловидная складка на шее. Задержка полового развития: гипоплазия молочных желез, матка уменьшена в размерах, аменорея, пороки сердца. Девочка трудолюбива, услужлива. Интерес к противоположному полу снижен. Какое заболевание можно предположить? Составить кариотип.

40. Женщине 30 лет. Рост - 195 см. Мужской тип телосложения. Непропорционально длинные руки, ноги, ожирение, пороки сердца, искривление позвоночника, широкая переносица, высокое твердое небо, очень жесткие волосы. Интеллект сохранен. Хорошие спортивные данные. О каком заболевании можно думать? Составить кариотип.

41. Мужчина 28 лет. Родители здоровы. Снижение интеллекта до степени дебильности. Рост - 200 см, астеничен, с узкой грудной клеткой, непропорционально длинные руки, ноги, гинекомастия (развитие молочных желез у мужчин), отложение жира по женскому типу, евнухоидизм, бесплодие. Периодически приступы реактивного психоза (неадекватность поведения, озлобленность, агрессивность). О каком заболевании можно думать? Составить кариотип.

42. Определить тип наследования и риск рождения больного ребенка в следующих ситуациях:

AA+AA →

AA+Aa →

AA+aa →

Aa+Aa →

Aa+aa →

при условии, что «A» - доминантный патологический ген, «a» - рецессивный ген.

43. Определить тип наследования и риск рождения больного ребенка в следующих ситуациях:

aa+aa →

aa+ Aa→
aa+ AA →
Aa+ Aa→
AA + Aa→

при условии, что «a» - рецессивный патологический ген, а «A» - нормальный доминантный ген.

44. Отец страдает дальтонизмом, мать здорова. Определить вероятность рождения детей, страдающих дальтонизмом, как мальчиков, так и девочек.

45. Больной И., 22 года. Жалобы на длительные гнойные выделения из мочеиспускательного канала, кровь в моче и усиление боли в конце мочеиспускания. За последние 2 дня отмечалось повышение температуры тела до 38°C, боли в области мошонки. Месяц назад была случайная половая связь, к врачу не обращался. Укажите и обоснуйте предварительный диагноз, перечислите возможные осложнения, меры личной и общественной профилактики.

46. Больной В., 32 года. Доставлен на медицинское освидетельствование как лицо без определенных занятий. При осмотре: на головке полового члена в области крайней плоти обнаружена безболезненная язвочка, около 1 см, плотная на ощупь с блестящей поверхностью. Резко увеличены паховые лимфоузлы. Со слов больного язвочка появилась около трех недель назад, не беспокоила. Укажите предварительный диагноз. Какие дополнительные анализы необходимо сделать? Личная и общественная профилактика.

47. На приеме к врачу-терапевту обратился больной С., 34 лет, с жалобами на повышение температуры тела до 37,5°C в течение 2 месяцев, слабость, снижение работоспособности и аппетита, потливость, особенно по ночам. За последний год похудел примерно на 7кг. С. не женат, бисексуал. При обследовании выявлено увеличение паховых, шейных и подмышечных лимфатических узлов. Укажите и обоснуйте предположительный диагноз. Какие анализы необходимо сделать для подтверждения диагноза? В чем заключается личная и общественная профилактика заболевания?

48. В КИЗ обратилась больная М. со следующими жалобами: температура 37,6°C, тошнота, рвота, боль в животе, жидкий стул до 8 раз в сутки. Стул зловонный, обильный, цвета болотной тины. Из анамнеза: двое суток назад больная пообедала на работе. Ела курицу, которая показалась ей не прожаренной. Укажите предварительный диагноз. В чем заключается причина заболевания и какие профилактические мероприятия следовало проводить?

49. Больная В. обратилась к участковому терапевту, которая поставила диагноз: грипп. Вечером этого же дня Х. заметила, что у нее потемнела моча и обесцветился кал. Объективно печень увеличена,

выходит из-под края реберной дуги на 2 см. При обследовании HBS-антиген в крови не обнаружен. Укажите предварительный диагноз. В чем заключаются профилактические мероприятия?

50. Больной Денис, 10 лет, предъявляет жалобы на зуд, появляющийся в вечернее время в области межпальцевых промежутков и на сгибательных поверхностях кистей рук. Объективно на коже в указанных местах видны серые полосы, прямолинейные и изогнутые. Имеются следы расчесов. О каком заболевании идет речь, и в чем заключаются профилактические мероприятия?

51. У Бориса 6 лет, на волосистой части головы в области затылка обнаружено пятно округлой формы, диаметром 2,5 см. Волосы в области пятна обломаны, белого цвета, легко выдергиваются пинцетом. Наблюдается мелкопластинчатое шелушение кожи. Укажите предварительный диагноз и меры профилактики.

52. Больной К., 21 год. Жалобы на длительное, в течение 2,5 мес., повышение температуры, озноб или потливость, нарушение сна и аппетита, кашель, иногда кровохарканье. Объективно: приглушение перкуторного звука в подключичной области, при аускультации мелкие влажные хрипы. На рентгенограмме: не резко очерченные тени диаметром 2-2,5 см. Укажите предварительный диагноз и профилактические мероприятия.

53. У девочки, посещающей детский сад, появились боли в животе, беспокойно спит. Девочка жаловалась на сильный зуд, особенно ночью, в области анального отверстия и половых органов. В кале мать обнаружила небольших белых червячков. Укажите предварительный диагноз и меры профилактики.

54. Больной К. обратился к врачу - терапевту с жалобами на слабость, головокружение, тошноту, расстройство стула, боли в животе. При анализе крови было обнаружено малокровие. После микроскопического исследования кала был поставлен точный диагноз. Из анамнеза: больной много лет увлекается рыбной ловлей. Какое заболевание развилось? Профилактика.

55. При осмотре больного врач обратил внимание на изменение ногтей пальцев ног: ногтевые пластинки утолщены, желтого цвета с темными полосами, легко крошатся. Из анамнеза больной часто посещает общественную баню. Укажите предварительный диагноз. Личная и общественная профилактика данного заболевания.

56. В детском оздоровительном лагере к врачу обратилась М., 14 лет, которая пожаловалась на недомогание. Температура тела повысилась до 38,3° С. Девочка предъявляет жалобы на жидкий стул 10-12 раз в сутки, который сопровождается мучительными потугами. Стул с прожилками крови. Укажите предварительный диагноз и меры профилактики.

57. Молодая женщина во время ходьбы оступилась, почувствовала боль в голеностопном суставе, из-за болей с трудом приступает на ногу. При осмотре: в области голеностопного сустава отёчность, выраженная болезненность при пальпации. Движения резко ограничены из-за болей. Положение стопы нормальное. Какое повреждение можно заподозрить у больной? Перечислите мероприятия первой медицинской помощи. Как провести иммобилизацию конечности?

58. В результате наезда автомобиля мужчина получил тяжелую травму. Жалобы на боль в правой ноге, резко усиливающуюся при попытке к движению. При осмотре: состояние удовлетворительное. Правое бедро имеет деформацию по типу «галифе», укорочение правого бедра до 5 см. При попытке движений определяется патологическая подвижность в средней трети бедра. Какое повреждение можно заподозрить у пострадавшего? Перечислите мероприятия первой медицинской помощи. Какой шиной можно пользоваться? Сколько суставов и какие конкретно необходимо иммобилизовать в данном случае?

59. В результате наезда автомобиля женщина получила тяжелую травму правой голени. Жалуется на резкие боли, невозможность движений в ноге из-за болей. При осмотре: кожные покровы бледные. Пульс до 100 уд. в мин удовлетворительного наполнения. На правой голени - глубокая рана, обильно кровоточит. Из раны выступает большеберцовая кость. Правая голень укорочена, определяется грубая деформация. Какое повреждение можно определить у пострадавшей? Сколько суставов и какие конкретно необходимо иммобилизовать? Какой шиной можно воспользоваться?

60. При спуске с горы на лыжах женщина упала, возникли резкие боли в области нижней трети голени, усиливающиеся при изменении положения. При осмотре: стопа неестественно вывернута наружу. В нижней трети голени определяется патологическая подвижность. Кожные покровы не нарушены. Каков характер повреждения, какие суставы надо иммобилизовать? Какой шиной можно воспользоваться?

61. Пожилой человек, споткнувшись, упал на руку, возникла резкая боль в области нижней трети предплечья, усиливающаяся при любом движении кисти. При осмотре нижней трети предплечья определяется припухлость, деформация, локальная болезненность. Какое повреждение можно предположить у пострадавшего? Перечислите объем первой медицинской помощи. Какие суставы и сколько иммобилизовать? Какой шиной воспользоваться?

62. Во время занятий спортом молодой человек упал на отведенную руку. Возникли резкая болезненность, невозможность движений в плечевом суставе. При осмотре области плечевого сустава определяется грубая деформация в виде западения тканей, плечо кажется более длинным, чем неповрежденное. При попытке изменить положение

конечности усиливается боль и определяется пружинящее сопротивление. Какое повреждение можно заподозрить у пострадавшего? Перечислите мероприятия первой медицинской помощи?

63. В результате автомобильной аварии женщина получила травму головы. Теряла сознание на 10 минут. Предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, отмечает однократно рвоту, о факте травмы не помнит. При осмотре: сознание ясное, кожные покровы бледные, гипергидроз, зрачки равные. Какую травму перенесла женщина? Первая медицинская помощь?

64. Во время катания на коньках мальчик упал, ударился головой об лед. Терял сознание на 5 минут. Жалуется на головную боль, головокружение, о факте травмы не помнит. Отмечает однократно рвоту. При осмотре кожные покровы бледные, гипергидроз, пульс – 68 ударов в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст., в последующем чувствовал себя удовлетворительно. На 5 день состояние ухудшилось, вновь появилась рвота, головные боли, больной стал вялым, сонливым. При осмотре: пульс – 48 ударов в минуту, артериальное давление 110-70 мм рт. ст., правый зрачок шире. Какую травму головы перенес мальчик? Первая медицинская помощь?

65. Молодой человек во время купания нырнул с берега высотой около двух метров. Ударился головой о дно. Сознание не терял, сразу почувствовал онемение в руках и ногах. После извлечения из воды жаловался на боли в шейном отделе позвоночника. При осмотре: сознание ясное, наблюдается ограничение движений в шейном отделе позвоночника, отсутствуют движения верхних и нижних конечностей. Какую травму перенес молодой человек? Первая медицинская помощь?

66. В результате дорожно-транспортного происшествия женщина получила травму грудного отдела позвоночника. При осмотре: жалобы на боль в грудном отделе. При пальпации болезненность в зоне X – XI грудных позвонков. Движения в конечностях сохранены. Какую предположительно травму получила пострадавшая? Укажите правила транспортировки.

7 МАТЕРИАЛЫ, УСТАНОВЛИВАЮЩИЕ СОДЕРЖАНИЕ И ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ И ОЦЕНОЧНЫХ АТТЕСТАЦИЙ

Текущий контроль осуществляется путем оценки работы студента на всех семинарских и практических занятиях по пятибалльной шкале, оценки за реферат. При успешном изучении практической части курса студент допускается к зачету (экзамену).

Вопросы к зачету (экзамену).

1. Понятие здоровья. Уровни. Понятие болезни. Факторы, определяющие здоровье и болезнь.
2. Определение общественного здоровья. Основные показатели общественного здоровья: рождаемости, смертности, естественного прироста населения, младенческой смертности, средней продолжительности предстоящей жизни.
3. Критерии оценки индивидуального здоровья. Субъективные и объективные показатели. Группы здоровья.
4. Часто болеющие дети. Дети контингента высокого социального риска. Факторы риска.
5. Организация лечебно-педагогических и социальных мер при реабилитации детей-инвалидов.
6. Здоровый образ жизни и его составляющие. Закаливание. Организация системы закаливания с использованием научно-обоснованных методов. Неспецифические, специальные и нетрадиционные способы закаливания.
7. Основы рационального питания. Значение и потребности макро- и микронутриентов в питании детей и подростков. Организация питания в образовательных учреждениях.
8. Понятие стресса, стрессовых факторов. Общий адаптационный синдром. Виды стресса. Стадии развития.
9. Наркомании. Основные синдромы. Виды наркоманий. Признаки употребления наркотиков. Принципы лечения. Роль учителя в их профилактике.
10. Ишемическая болезнь сердца. Причины, клинические формы (стенокардия, инфаркт миокарда). Первая медицинская помощь при стенокардии и инфаркте миокарда.
11. Гипертоническая болезнь, причины, клиника. Гипертонический криз. Первая доврачебная помощь.
12. Цереброваскулярная болезнь. Причины. Острое нарушение мозгового кровообращения (ишемический и геморрагический инсульт). Первая медицинская помощь.
13. Профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы.
14. Понятие о причинах заболеваний органов дыхания. Основные симптомы острого бронхита и пневмонии. Принципы лечения, ухода и профилактики.
15. Ложный круп и бронхиальная астма: причины, клинические проявления первая медицинская помощь.
16. Аллергические реакции: причины. Понятие о реакциях немедленного и замедленного типа. Первая медицинская помощь при неотложных состояниях. Профилактика.
17. Понятие об ожирении: причины, степени тяжести, клинические формы, принципы лечения и меры профилактики.

18. Нефрит: определение, причины, признаки, первая медицинская помощь, осложнения, принципы лечения и профилактика.

19. Цистит: определение, причины, признаки, принципы лечения и профилактика.

20. Пиелонефрит: причины, признаки, принципы лечения и профилактика.

21. Почечнокаменная болезнь: причины, признаки, принципы лечения, первая медицинская помощь при приступе почечной колики, профилактика.

22. Острый гастрит: причины, признаки, принципы лечения и профилактика.

23. Гастроэзофагеальная болезнь, этиология, клинические проявления. Осложнения. Принципы лечения.

24. Желчнокаменная болезнь: причины развития, признаки, осложнения, принципы лечения и профилактика.

25. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки: причины, признаки, осложнения, первая медицинская помощь при желудочном кровотечении, принципы лечения и профилактика.

26. Личная гигиена и здоровье. Понятие о пролежнях и их профилактика.

27. Понятие о лекарствоведении. Лекарственные формы и виды лекарств. Пути введения.

28. Сахарный диабет. Причины, факторы риска. Клинические проявления. Первая медицинская помощь при гипо- и гипергликемических состояниях.

29. Методы планирования семьи. Современные методы и традиционные методы контрацепции. Недостатки. Достоинства. Эффективность.

30. Аборт: определение, виды, осложнения.

31. Нормальная беременность: определение, благоприятный возраст, продолжительность, признаки.

32. Болезни, передающиеся половым путем (БППП). Характерные общие симптомы большинства болезней, передающихся половым путем. Меры личной и общественной профилактики.

33. Сифилис: этиология, эпидемиология, клинические проявления. Профилактика.

34. Гонорея: этиология, эпидемиология, клинические проявления. Профилактика.

35. СПИД: возбудители, пути передачи, клиника. Меры личной и общественной профилактики.

36. Пароксизмальные состояния. Определения. Классификация. Краткая характеристика эпилептических и неэпилептических припадков.

Первая мед. помощь (обморок, большой судорожный (эпилептический) припадок).

37. Медико-генетическое консультирование. Методы. Задачи. Медико-педагогическая реабилитация детей, страдающих наследственными заболеваниями.

38. Основные нарушения опорно-двигательного аппарата у детей: нарушение осанки, сколиоз, плоскостопие. Причины. Признаки. Профилактика.

39. Неврозы: этиология, клинические формы, принципы лечения. Системные неврозы.

40. Иммуитет, его значение. Виды иммунитета и их общая характеристика. Специфические и неспецифические механизмы иммунитета. Понятие об антигенах и антителах.

41. Инфекционный процесс: понятие, динамика его развития.

42. Эпидемический процесс: понятие, три звена, формы интенсивности развития (спорадия, эпидемия, пандемия).

43. Инфекции дыхательных путей (грипп, ангина): возбудители, пути передачи, клиника, профилактика.

44. Кишечные инфекции (дизентерия, сальмонеллез): возбудители и пути поражения, клиника, профилактика.

45. Кишечные инвазии (энтеробиоз, дифиллоботриоз): возбудители, эпидемиология, клиника, диагностика. Принципы лечения и профилактика.

46. Инфекции наружных покровов (грибковые поражения кожи (микроспория), чесотка, педикулез): возбудители, пути заражения, клиника, диагностика, профилактика.

47. Социально значимые заболевания: туберкулез и гепатиты с гемоконтактным механизмом передачи возбудителя.

48. Детские инфекции: корь, скарлатина, ветряная оспа, полиомиелит, коклюш, паротит. Эпидемиология. Клинические проявления. Профилактика.

49. Травмы опорно-двигательного аппарата: ушибы мягких тканей, растяжение связок, переломы, вывихи. Признаки. Первая медицинская помощь.

50. Переломы позвоночника. Первая медицинская помощь. Варианты транспортной иммобилизации при повреждении различных отделов позвоночника.

51. Травмы головы. Черепно-мозговая травма: сотрясение, ушиб, сдавление. Признаки. Первая медицинская помощь.

52. Травматический шок, фазы. Основные противошоковые мероприятия.

53. Синдром длительного сдавления (травматический токсикоз). Причины. Клиника. Первая медицинская помощь.

54. Кровотечения. Виды, характеристика, симптомы острой кровопотери. Способы временной остановки.

55. Раны: классификация, признаки, осложнения, первая медицинская помощь.

56. Термические ожоги: степени тяжести, способы определения площади ожога, первая медицинская помощь.

57. Отморожение и замерзание: признаки, степени тяжести, первая медицинская помощь.

58. Тепловой и солнечный удар: признаки, первая медицинская помощь.

59. Терминальные состояния. Реанимационные мероприятия при остановке сердца и дыхания. Особенности проведения реанимационных мероприятий при утоплении, электротравме у детей и взрослых.

60. Первая медицинская помощь при попадании инородных тел в дыхательные пути.

61. Артериальное давление: техника измерения, характеристики артериального давления.

62. Пульс: определение, характеристики, техника исследования.

63. Частота дыхания у взрослых, новорожденных, а также при повышении температуры тела. Характеристика по частоте, ритму, глубине. Одышка: понятие, виды.

64. Правила термометрии. Понятие о нормальной, субфебрильной и лихорадочной температуре.

65. Понятие об ознобе, лихорадке и критическом падении температуры. Первая медицинская помощь.

66. Применение горчичников. Показания, противопоказания.

67. Наложение согревающего компресса. Показания, противопоказания.

68. Применение грелки и пузыря со льдом. Показания и противопоказания.

69. Постановка очистительной и лекарственной клизмы. Показания.

70. Техника постановки подкожной и внутримышечной инъекции. Места инъекций.

71. Первичная обработка новорожденного.

8 УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Основная литература

1. Бажук, О. В. Педагогическая профилактика профессионального здоровья студентов на основе ресурсного подхода [Электронный ресурс] : монография / О. В. Бажук. – М. : ФЛИНТА, 2015. - 115 с. : табл., схем. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=272510>.

2. Гайворонский, И. В. Анатомия здорового и нездорового образа жизни [Электронный ресурс] / И. В. Гайворонский, П. К. Яблонский, Г. И. Ничипорук. – СПб. : СпецЛит, 2014. – 183 с. : ил. – Библиогр. в кн. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=253739>.

3. Кувшинов, Ю. А. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни [Электронный ресурс] : учебное пособие / Ю. А. Кувшинов. – Кемерово : КемГУКИ, 2013. – 183 с. – URL: http://biblioclub.ru/index.php?page=book_red&id=275372&sr=1.

4. Мисюк, М. Н. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни : учебное пособие для бакалавров / М. Н. Мисюк. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Юрайт, 2013. – 431 с. – (Бакалавр. Базовый курс).

5. Митяева, А. М. Здоровьесберегающие педагогические технологии : учебное пособие / А. М. Митяева. – 3-е изд. – М. : Академия, 2012. – 208 с. – (Высшее профессиональное образование. Бакалавриат).

6. Современные образовательные технологии [Электронный ресурс] / Л. Л. Рыбцова [и др.] ; под общ. ред. Л. Л. Рыбцовой. – Екатеринбург : Издательство Уральского университета, 2014. – 93 с. : ил. – Библиогр. в кн. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=276535>.

7. Тулякова, О. В. Состояние здоровья, физическое и психическое развитие детей в зависимости от различных факторов [Электронный ресурс] : монография / О. В. Тулякова. – М. : Директ-Медиа, 2013. – 333 с. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=229844>.

Дополнительная литература

1. Гигиена и экология человека [Электронный ресурс] : учебное пособие / под общ. ред.: И. И. Бурака, С. И. Сычика, Л. М. Шевчук. – Минск : Вышэйшая школа, 2015. – 272 с. : ил. – Библиогр. в кн. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=449968>.

2. Ильиных, И. А. Экология человека [Электронный ресурс] : учебное пособие / И. А. Ильиных. – М. ; Берлин : Директ-Медиа, 2016. – 299 с. : ил. – Библиогр. в кн. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=429414>.

3. Тулякова, О. В. Влияние аэротехногенного загрязнения урбанизированной территории на физическое, психическое развитие и состояние здоровья детского населения [Электронный ресурс] / О. В. Тулякова. – М. : Директ-Медиа, 2014. – 405 с. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=235804>.

4. Чуприна, Е. В. Здоровый образ жизни как один из аспектов безопасности жизнедеятельности [Электронный ресурс] : учебное пособие / Е. В. Чуприна, М. Н. Закирова. – Самара : Самарский государственный архитектурно-строительный университет, 2013. – 216 с. : ил. – Библиогр. в кн. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=256099>.

5. Щанкин, А. А. Курс лекций по региональным особенностям экологии человека [Электронный ресурс] : учебное пособие / А. А. Щанкин. – М. ; Берлин : Директ-Медиа, 2015. – 75 с. – Библиогр. в кн. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=362687>.

Периодические издания

1. Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – URL: <http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1344235>.

2. Адаптивная физическая культура. – URL: <http://www.afkonline.ru/biblio.html>.

3. Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Биология, клиническая медицина. - URL: <http://elibrary.ru/contents.asp?titleid=11920>.

4. Естественные науки : URL: <http://elibrary.ru/contents.asp?titleid=9543>.

5. Здоровье. Медицинская экология. Наука. - URL: <http://elibrary.ru/contents.asp?titleid=28351>.

6. Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки. - URL: <http://elibrary.ru/contents.asp?titleid=7362>.

7. Лечебная физкультура и спортивная медицина. - URL: <http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1377300>.

8. Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. – URL: <http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1585469>.

9. Теория и практика физической культуры. – URL: <http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1513374>.

10. Физиология человека. – URL: <http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1504633>.

11. Физическое воспитание и спортивная тренировка. – URL: <http://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1587742>.

Интернет-ресурсы

1. Университетская библиотека онлайн : электронно-библиотечная система : сайт. - URL: <http://biblioclub.ru>.

2. Электронно-библиотечная система издательства «Лань» : сайт. - URL: <http://e.lanbook.com>.

3. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU : сайт. - URL: <http://elibrary.ru>.

4. Биология // Единое окно доступа к электронным ресурсам : сайт. - URL: http://window.edu.ru/catalog/?p_rubr=2.2.74.2.

5. Физическая культура и спорт // Единое окно доступа к электронным ресурсам : сайт. - URL: http://window.edu.ru/catalog/resources?p_rubr=2.2.74.14

6. Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова : сайт. – URL: <http://200years.pirogov-center.ru>.

7. WebMedINfo : медицинский информационно-образовательный портал. – URL: <http://www.webmedinfo.ru>.

9 ИТОГОВЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ»

1. Боковое искривление позвоночника называют ...

- а) сколиозом б) лордозом в) кифозом г)

остеохондрозом

2. К показателям индивидуального здоровья относят(-я)ся ...

- а) уровень физического развития, тип конституции (морфотип)
б) средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении
в) показатели смертности, ее причины
г) коэффициенты общей, по возрастной, в том числе младенческой, смертности

3. Заболеваемость, смертность (общая и новорожденных детей), физическое развитие, инвалидность относятся к показателям ...

- а) медицинским б) социального благополучия
в) психического благополучия г) социально-экономическим

4. Иммуитет, сформировавшийся в результате перенесенных инфекций или бактерионосительства, называется ...

- а) приобретенным б) врожденным в) пассивным г)
искусственным

5. Стадия инфекционного заболевания, начинающаяся с момента проникновения возбудителя и продолжающаяся до появления первых клинических признаков заболевания, называется ...

- а) инкубационной б) продромальной в) реконвалесцентной
г) клинической

6. Необратимые изменения в коре головного мозга, вплоть до полной потери психической и интеллектуальной деятельности, ведущие к полной потере человека как личности, определяются как _____ смерть.

- а) социальная б) биологическая в) клиническая г)
психическая

7. Во время проведения реанимационных мероприятий необходимо обложить голову пациента пакетами со льдом или снегом для ...

- а) предотвращения развития необратимых изменений в коре головного мозга

б) предотвращения повторной остановки сердца

- в) более полноценного кровоснабжения головного мозга
- г) обеспечения венозного возврата крови в сердце

8. Первая помощь ребенку, получившему ссадины и ушибы, включает ...

- а) промывание раны чистой водой, остановку кровотечения прижатием к ране повязки, наложение стерильной повязки с антисептиком
- б) обработку раны антисептическим порошком, остановку кровотечения методом наложения жгута
- в) обработку раны йодом, остановку кровотечения пальцевым прижатием, наложение стерильной повязки
- г) обработку раны перекисью водорода и йодом, наложение на рану лейкопластыря

9. Неотложная помощь при артериальном кровотечении у детей заключается в...

- а) остановке кровотечения путем наложения жгута, обработке раны йодом и наложении стерильной повязки
- б) остановке кровотечения путем прижатия ладони к ране, обработке раны спиртом и наложении стерильной повязки
- в) остановке кровотечения путем наложения холодного компресса, обработке раны дезинфектантом и наложении стерильной повязки
- г) остановке кровотечения путем наложения шины, обработке раны перекисью водорода, наложении давящей повязки

10. Выделение крови или бесцветной жидкости из ушей и из носа, потеря сознания являются признаками перелома ...

- а) свода черепа
- б) лицевой части черепа
- в) позвоночника
- г) грудной клетки

11. Огромное влияние на формирование здорового образа жизни ребенка дошкольного возраста накладывает(-ют) ...

- а) личный пример взрослых
- б) компания ребенка
- в) средства массовой информации
- г) сверстники ребенка

12. Одной из самых действенных мер борьбы с наркоманией и ее профилактики является ...

- а) санитарное просвещение
- б) улучшение социально-экономических условий
- в) повышение уровня жизни
- г) деятельность средств массовой информации

13. Состояние репродуктивного здоровья характеризует, прежде всего, ...

- а) материнская и детская смертность
- б) юношеская смертность
- в) смертность мужчин репродуктивного возраста
- г) уровень социально-экономического развития страны

14. Осознание и переживание учащимися высшей ценности своего здоровья, убежденность в необходимости вести здоровый образ

22. К примерам хронической интоксикации относится ...

- а) курение б) ботулизм в) сальмонеллез г) отравление кислотами

23. К социально-экономическим последствиям алкоголизма относят ...

- а) снижение трудоспособности б) увеличение преступности
в) повышение травматизма г) рождение нездорового потомства

24. Программы по обучению грамотной заботе о своем здоровье и формированию культуры здоровья учащихся, мотивации их к ведению здорового образа жизни, предупреждению вредных привычек составляют основу _____ здоровьесберегающих образовательных технологий.

- а) учебно-воспитательных б) организационно-педагогических
в) психолого-педагогических г) лечебно-оздоровительных

25. Заболевание, вызванное сенсibilизацией к тому или иному агенту, называют ...

- а) аллергией б) аллергеном в) реактивностью г) раздражимостью

26. К первичным факторам риска развития заболеваний относят ...

- а) гиподинамию б) сахарный диабет в) атеросклероз г) артериальную гипертензию

27. К показателям индивидуального здоровья относит(-я)т(-ся) ...

- а) уровень физического развития, тип конституции (морфотип)
б) средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении
в) показатели смертности, ее причины
г) коэффициенты общей, по возрастной, в том числе младенческой, смертности

28. Предметы, посредством которых осуществляется передача возбудителя от больного человека к здоровому, называются _____ передачи.

- а) факторами б) путями в) периодами г) этапами

29. К мерам, направленным на повышение невосприимчивости населения к инфекции, относится _____ населения по эпидемическим показаниям.

- а) иммунизация б) сенсibilизация в) гипоаллергизация
г) витаминизация

30. Острое воспаление червеобразного отростка слепой кишки называется ...

- а) острым аппендицитом б) кишечной непроходимостью
в) острым перитонитом г) ущемлением брюшной грыжи

31. На длительность клинической смерти влияет ...

- а) возраст умирающего человека б) цвет кожи умирающего человека
в) генотип умирающего человека г) генофонд человеческой популяции

32. При оказании первой помощи необходимо наложить жгут при кровотечении...

- а) из лучевой артерии б) из вен предплечья в) в кишечнике
г) в желудке

33. Признаком вывиха не является ...

- а) активное движение в суставе б) травма в анамнезе
в) деформация области сустава в) изменение длины конечности

34. Для утопления в морской воде характерно ...

- а) сгущение крови б) разжижение крови
в) наступление смерти в течение 1–3 минут
г) быстрое прекращение сердечной деятельности

35. Ранними симптомами отравления пестицидами (ядохимикатами) являются: ...

- а) психомоторное возбуждение, миоз (сокращение зрачка до размера точки), стеснение в груди, одышка, влажные хрипы в легких, потливость
б) мышечные подергивания, судороги, нарушение дыхания, непроизвольный стул, учащенное мочеиспускание
в) дыхательная недостаточность до полной остановки дыхания, параличи мышц конечностей, падение артериального давления
г) нарушение сердечного ритма и проводимости сердца, коматозное состояние

36. Следствием хронического недостатка движения у человека является развитие такого комплекса изменений в функционировании организма, как ...

- а) гиподинамия б) гипотензия в) гипотрофия г) гипотиреоз

37. Хроническое системное венерическое инфекционное заболевание с поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей, нервной системы с последовательной сменой стадий болезни, вызываемое микроорганизмом бледная трепонема, называется ...

- а) сифилисом б) гонореей в) хламидиозом г) герпесом

38. Непрерывно протекающие приспособительные изменения, которые не закрепляются, а исчезают после устранения воздействия, характерны для _____ адаптации.

а) срочной б) кумулятивной в) биологической г)
социальной

**39. Отсутствие признаков болезни относится к _____
показателям индивидуального здоровья.**

а) клиническим б) метаболическим в) генетическим г)
морфологическим

40. Сыворотки готовят из ...

а) крови переболевших инфекционной болезнью людей или путем
искусственного заражения микробами животных

б) живых возбудителей с ослабленной вирулентностью или убитых
микроорганизмов

в) химических комплексов поверхностных структур микробных
клеток

г) экзотоксинов возбудителей определенных инфекционных
заболеваний

41. Диабетическая кома развивается ...

а) при недостатке инсулина, постепенно б) при передозировке
инсулина, постепенно

в) при недостатке инсулина, молниеносно г) при передозировке
инсулина, молниеносно

**42. Совокупность мероприятий по оживлению человека,
находящегося в состоянии клинической смерти, называется ...**

а) реанимацией б) купированием в) анестезией г)
операцией

**43. О признаках эффективности проводимых реанимационных
мероприятий судят по ...**

а) обнаружению пульса на сонной артерии б) сгущению крови

в) непроизвольному мочеиспусканию г) отсутствию

роговичного рефлекса

44. Наиболее выражено кровотечение в _____ ранах.

а) резаных б) рваных в) огнестрельных (касательных) г)
огнестрельных (осколочных)

45. При кровотечении из тонкого кишечника наблюдается ...

а) темный дегтеобразный стул б) наличие в стуле алой
несвернувшейся крови

в) кровавая рвота г) откашливание крови

**46. Синюшным видом лица и кожи характеризуется _____
утопление.**

а) истинное б) ложное в) синкопальное г) любое

**47. Повышению риска формирования заболеваний желудочно-
кишечного тракта способствует ...**

а) бесконтрольная еда б) диетическое питание

в) недостаток движения г) неспешная еда

48. Никотин вызывает отравление плода, так как ...

- а) проникает через плаценту
- б) влияет на свертываемость крови
- в) нарушает передачу нервных импульсов
- г) проникает через дыхательные пути

49. Комплекс медицинских, социальных и юридических мероприятий, проводимых с целью рождения желанных детей, регулирования интервалов между беременностями, контроля времени деторождения, предупреждения нежелательной беременности – это?

- а) планирование семьи
- б) охрана материнства и детства
- в) охрана репродукции
- г) регулирование рождаемости

50. Система мер, направленных на предупреждение возникновения и развития заболеваний, называется ...

- а) профилактикой
- б) карантинном
- в) дезинфекцией
- г) стерилизацией

51. Соотношение здорового и нездорового образа жизни населения составляет...

- а) индекс общественного здоровья
- б) потенциал общественного здоровья
- в) общественное здоровье
- г) баланс здоровья

52. Защитные механизмы, реализующиеся на уровне целостного организма, в ответ на воздействие инфекционных агентов или любых веществ белковой природы, называются ...

- а) специфическими
- б) неспецифическими
- в) фагоцитарными
- г) искусственными

53. В случае несоблюдения правил оказания первой медицинской помощи возможно _____ инфицирование раны.

- а) вторичное
- б) первичное
- в) третичное
- г) хирургическое

54. К достоверным признакам перелома относится ...

- а) укорочение конечности
- б) отек в зоне повреждения
- в) усиление боли при нагрузке на травмированную часть
- г) гематома в области поражения

55. Для определения площади ожога используют ...

- а) «правило ладони»
- б) «правило квадратов»
- в) индекс Альговера
- г) математические расчеты

56. При оказании первой медицинской помощи при укусах змей необходимо ...

- а) промыть рану 1% раствором перманганата калия и наложить на рану асептическую повязку
- б) остановить кровотечение и наложить асептическую повязку
- в) дать обезболивающие средства и остановить кровотечение
- г) удалить жало пинцетом (или рукой) и обработать место укуса спиртом

57. При постоянном употреблении никотина возникает(-ют) ...

- а) психическая и физическая зависимость
- б) соматическая и социальная зависимость
- в) инфекционно-аллергические заболевания
- г) заболевания эндокринной системы

58. Раздел гигиены, изучающий проблемы полноценного и рационального питания здорового человека, называется ...

- а) гигиеной питания
- б) диетологией
- в) школьной гигиеной
- г) лечебным питанием

59. В автобусе внезапно одному из пассажиров стало плохо. Возникли сильные боли за грудиной, отдающие в левую руку, лопатку; появились чувство нехватки воздуха, головокружение, слабость. При осмотре: кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, пульс 60–62 удара в мин.

Если приступ интенсивной загрудинной боли длится более 30 минут, следует предположить развитие _____ миокарда.

(Слово введите в поле ответов в форме соответствующего падежа).

60. Юноша 19 лет в течение нескольких дней чувствовал сильную жажду, сухость во рту, головную боль, вялость, сонливость, тошноту, после чего развилась кома. Больной не реагирует на раздражители, отмечается шумное глубокое дыхание, запах ацетона изо рта, пульс учащен. Кожные покровы сухие, их упругость резко снижена, глаза западают, тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены. Зрачки узкие.

При оказании первой медицинской помощи в данной ситуации в первую очередь необходимо ...

- а) обеспечить проходимость дыхательных путей
- б) повернуть больного на живот или на бок
- в) уложить больного на спину
- г) вызвать «Скорую помощь»

61. Внешнее проявление болезни называется ...

- а) симптомом
- б) синдромом
- в) диагнозом
- г) причиной

62. Географические, погодные и ландшафтные условия относятся к _____ факторам, влияющим на здоровье человека.

- а) физическим
- б) химическим
- в) биологическим
- г) социальным

63. Система ограничительных мероприятий, проводимых для предупреждения распространения инфекционных заболеваний из эпидемического очага, называется ...

- а) карантином
- б) иммунизацией
- в) вакцинацией
- г) сенсбилизацией

64. Изучением смерти занимается наука ...

- а) танатология
- б) геронтология
- в) гериатрия
- г) серпентология

65. Выделяют такие стадии травматического шока, как ...

- а) эректильная и торпидная
- б) предагония, агония, клиническая смерть
- в) клиническая и биологическая смерть
агония, клиническая смерть, биологическая смерть

66. Комплекс мер, направленных на появление у детей стремления соблюдать все правила и нормы здорового образа жизни, называется ...

- а) мотивацией здорового образа жизни
- б) гигиеническими требованиями
- в) оптимумом функционирования и развития организма
- г) факторами, детерминирующими здоровье

67. К мерам косвенной профилактики возникновения алкоголизма относится(-ятся) ...

- а) установка на формирование здорового образа жизни
- б) формирование общественного мнения
- в) санитарное просвещение
административные меры

68. Интоксикация табачным дымом приводит к ...

- а) снижению поступления в мозг питательных веществ и кислорода
- б) общему истощению и ослаблению организма
- в) изменению баланса половых гормонов в организме
- г) появлению фантастических галлюцинаций

69. В круг вопросов, которые должен знать учитель для управления здоровьем учащихся, не входит знание о (об) ...

- а) особенностях терапии некоторых заболеваний
- б) анатомо-физиологических особенностях роста и развития детей
- в) факторах, формирующих здоровье
- г) факторах, разрушающих здоровье

70. Раздел медицины, изучающий причины и конкретные условия возникновения болезней, называют ...

- а) этиологией
- б) эпидемиологией
- в) этнологией
- г) энтомологией

71. Совокупность лимфоидных органов и тканей, образующих клетки, способные самостоятельно или путем синтезированных ими антител специфически взаимодействовать с антигеном, представляет собой _____ систему.

- а) иммунную
- б) репродуктивную
- в) гормональную
- г) выделительную

72. Предвестниками диабетической (гипергликемической) комы являются ...

- а) жажда и сухость во рту, частое и обильное мочеиспускание
- б) рвота и характерный запах ацетона во рту
- в) сильное сердцебиение и холодный пот
- г) головокружение и головная боль

73. К признакам агонального состояния не относят(-ят)ся ...

- а) суженные зрачки
- б) расширенные зрачки
- в) аритмичное судорожное дыхание
- г) затуманенное сознание

74. Непрямой массаж сердца детям школьного возраста проводится ...

- а) одной рукой
- б) двумя пальцами
- в) двумя руками в неполную силу
- г) двумя руками в обычном режиме

75. Скопление крови в брюшной или грудной полости тела человека во время травмы относят к _____ кровотечению.

- а) внутреннему
- б) внешнему
- в) артериальному
- г) венозному

76. При оказании первой доврачебной помощи при открытых переломах костей рекомендуется ...

- а) остановить кровотечение
- б) удалить торчащие из ран костные обломки
- в) сопоставить обломки костей
- г) эвакуировать пострадавшего без транспортной иммобилизации

77. Травматический шок начинается с фазы возбуждения, которая длится ...

- а) 5–10 минут
- б) 30–40 минут
- в) 1–2 часа
- г) 24 часа

78. Ожоговый шок, как правило, развивается при ожогах II, III и IV степени площадью более _____ % поверхности тела.

- а) 10
- б) 8
- в) 5
- г) 1

79. В обычных условиях продолжительность клинической смерти составляет не более _____ минут.

- а) 5–6
- б) 7–10
- в) 11–12
- г) 13–15

80. Устранение подвижности и создание покоя поврежденной области или части тела называется ...

- а) иммобилизацией
- б) мобилизацией
- в) гипсованием
- г) госпитализацией

81. Синдром физических и (или) психических расстройств, развивающийся у больных наркоманией и алкоголизмом спустя некоторое время после прекращения приема наркотика, алкоголя или уменьшения их дозы, называется ...

- а) абстинентным синдромом
- б) психической зависимостью
- в) физической зависимостью
- г) синдромом Горнера

82. Наиболее тяжелым следствием женского алкоголизма является ...

- а) угасание инстинкта материнства
- б) быстрое развитие заболевания
- в) преждевременное старение
- г) склонность к асоциальному поведению

83. Творческая компонента здоровья объединяет _____ здоровье.

- а) социальное и психическое
- б) соматическое и физическое
- в) биологическое и социальное
- г) биологическое и психическое

84. В основе приступа бронхиальной астмы лежит ...

- а) спазм гладкой мускулатуры бронхов, отек слизистой оболочки бронхов, гиперсекреция бронхов
- б) ослабление функции гладкой мускулатуры бронхов, учащенное дыхание, повышение артериального давления
- в) сужение стенок гортани, отек слизистой оболочки и гиперсекреция гортани
- г) спазм гладкой мускулатуры бронхов, учащение дыхания, пульса и умеренное повышение артериального давления

85. Соотношение вдуваний воздуха и надавливаний на грудину чередуют в соотношении 2:15, когда сердечно-легочная реанимация проводится ...

- а) одним спасателем
- б) двумя спасателями
- в) тремя спасателями
- г) бригадой спасателей

86. Под иммобилизацией при переломах костей понимают ...

- а) создание неподвижности поврежденной части тела
- б) обеспечение покоя и теплого питья
- в) наложение салфетки с антисептиком на область перелома
- г) перемещение пострадавшего в лечебное учреждение

87. В понятие здорового образа жизни входит целый комплекс условий и требований, например, таких, как ...

- а) соблюдение режима дня
- б) наличие вредных привычек
- в) регулярные занятия тяжелой атлетикой
- одно- или двухразовое питание

88. Во время курения 50% вредных веществ, содержащихся в табаке, ...

- а) загрязняют окружающую среду
- б) сгорают при курении
- в) оседают в легких курильщика
- г) остаются в окурке

89. Свойство организма реагировать на факторы внешней среды изменением своей жизнедеятельности, что обеспечивает ту или иную степень приспособления организма к внешней среде, называется ...

- а) реактивностью
- б) выносливостью
- в) гомеостазом
- г) раздражимостью

90. Для определения уровня биологической зрелости организма используют ...

- а) оценку развития вторичных половых признаков

- б) антропометрические исследования
- в) оценку функциональных резервов организма
- г) лабораторные исследования крови

91. Вопрос о прекращении реанимационных мероприятий при отсутствии эффекта должен решить врач либо сам спасатель не раньше, чем через _____ от начала реанимационных действий.

- а) 30 минут
- б) 2 часа
- в) 5 минут
- г) 1 час

92. Вправление осложненных вывихов осуществляется при оказании _____ помощи.

- а) квалифицированной
- б) первой
- в) доврачебной
- г) первой медицинской

93. Нарушения осанки и искривление позвоночника чаще встречаются у детей ...

- а) ослабленных, перенесших болезни, особенно связанные с нарушением солевого обмена
- б) перегруженных внеклассными или дополнительными занятиями
- в) проживающих в экологически неблагоприятных регионах
- г) обучающихся в переполненных классах, школах

94. Одним из определяющих факторов реализации генетической программы развития человека является ...

- а) двигательная активность
- б) рациональный режим дня
- в) закаливающие процедуры
- г) духовная культура

95. Заболеваемость, смертность (общая и новорожденных детей), физическое развитие, инвалидность относятся к показателям ...

- а) медицинским
- б) социального благополучия
- в) психического благополучия
- г) социально-экономическим

96. Мероприятия, включающие раннее выявление заболевших и контроль за лицами, бывшими в контакте с больными, режимно-ограничительные мероприятия, изоляцию больных, относятся к _____ профилактике.

- а) вторичной
- б) первичной
- в) г) инфекционной

97. Для восстановления проходимости дыхательных путей при выполнении сердечно-легочной реанимации по П. Сафару необходимо провести следующие мероприятия:

- а) запрокидывание головы, выдвижение нижней челюсти, открывание рта
- б) запрокидывание головы, поднятие верхней челюсти, открывание рта
- в) приподнимание головы, опускание нижней челюсти, прижатие рук к груди
- г) опускание головы, выдвижение нижней челюсти, поднятие ног

98. К закрытым травмам относят ...

- а) вывих нижней челюсти
- б) обморожение пальцев
- в) химический ожог ноги
- г) рваную рану на ноге

99. Средняя продолжительность беременности от начала последней менструации до родов составляет _____ недель.

- а) 40
- б) 21
- в) 36
- г) 48

100. Общеукрепляющая терапия включает в себя ...

- а) повышение общей устойчивости организма больного
- б) устранение причины заболевания
- в) восстановление нарушенных функций органов, приводящих к болезни
- г) уменьшение или ликвидацию отдельных симптомов болезни

Учебное издание

ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Учебно-методическое пособие
для студентов 1-го курса бакалавриата, обучающихся по направлениям:
44.03.01 Педагогическое образование
(с одним профилем подготовки – Русский язык; Филологическое образование;
Биология; Начальное образование; Физическая культура; Экономика);
44.03.05 Педагогическое образование
(с двумя профилями подготовки – Информатика, Математика;
Русский язык, Литература; Английский язык, Немецкий язык;
Начальное образование, Дошкольное образование;
Экономика, Право; История, Право)
44.03.02 Психолого-педагогическое образование
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
(профиль – Логопедия)
очной, заочной форм обучения

Подписано в печать 03.03.2017
Формат 60x84/16. Бумага типографская. Гарнитура «Таймс».
Печ. л. 5,86. Уч.-изд. л. 5,19
Тираж 100 экз.
Заказ № 462

Филиал Кубанского государственного университета в г. Славянске-на-Кубани
353560, Краснодарский край, г. Славянск-на-Кубани, ул. Кубанская, 200

Отпечатано в издательском центре
филиала Кубанского государственного университета в г. Славянске-на-Кубани
353563, г. Славянск-на-Кубани, ул. Коммунистическая, 2