

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по УВР и МП

д.м.н., доцент

И.А. Соловьева

29" июня 2022

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине

Здоровьесберегающие технологии

для подготовки обучающихся по программе магистратуры по направлению
подготовки 34.04.01 Управление сестринской деятельностью

Красноярск

2022

Практическое занятие №1

Тема: Рациональное питание в формировании здорового образа жизни.

Принципы рационального питания.

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): На протяжении многих тысячелетий, вплоть до середины XIX века, человечество, принимая пищу в зависимости от ситуации, не задумывалось о смысле и сути питания. В середине XIX века возникла первая серьезная теория энергетически сбалансированного питания, а с ней и наука о питании – диетология.

Формирование государственной политики в области обеспечения адекватным питанием детей, особенно раннего возраста, является не только своевременной, но и жизненно необходимой государственной задачей. Она закреплена рядом нормативных документов, действующих на территории Российской Федерации. В области рационализации детского питания первоочередной задачей является реализация комплексных мероприятий, обеспечивающих детей грудного и раннего возраста специализированными продуктами общего и лечебного питания. Рациональное питание является одной из наиболее важных и эффективных предпосылок, обеспечивающих здоровье и гармоничное развитие детей, оно способствует нормальному росту ребенка, правильному развитию органов и тканей, формированию скелета, ЦНС и интеллекта, повышает защитные силы организма и способствует снижению детской смертности.

Формируемые компетенции: УК-6, УК-6.2, УК-6.1

Место проведения и оснащение практического занятия: Лекционный зал № 1 ООВП – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	15.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	25.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос,

			фронтальный опрос
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	60.00	Выполнение практического задания
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	25.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	15.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	180	

Аннотация (краткое содержание темы):

На протяжении многих тысячелетий, вплоть до середины XIX века, человечество, принимая пищу в зависимости от ситуации, не задумывалось о смысле и сути питания. В середине XIX века возникла первая серьезная теория энергетически сбалансированного питания, а с ней и наука о питании – диетология.

Формирование государственной политики в области обеспечения адекватным питанием детей, особенно раннего возраста, является не только своевременной, но и жизненно необходимой государственной задачей. Она закреплена рядом нормативных документов, действующих на территории Российской Федерации. В области рационализации детского питания первоочередной задачей является реализация комплексных мероприятий, обеспечивающих детей грудного и раннего возраста специализированными продуктами общего и лечебного питания.

Начало отечественной науке о детском питании положили А.А. Покровский и Г.С. Коробкина. Большой теоретический и практический вклад в развитие технологии продуктов для детей внесли П.Ф. Крашенинин, Н.Н. Липатов, И.Я. Конь, Н.С. Королева, К.С. Ладодо, М.Я. Бренц, В.Д. Харитонов, И.А. Рогов, Н.Н. Липатов (мл.), А.Г. Храмцов, Г.П. Шаманова, В.С. Медузов, В.А. Тутельян, В.Б. Спиричев, С.М. Кунижев, В.М. Позняковский, А.В. Устинова,

Е.М. Фатеева, А. Armuzzi, D. Hofmann, P. Marteau, другие отечественные и зарубежные ученые.

Рациональное питание является одной из наиболее важных и эффективных предпосылок, обеспечивающих здоровье и гармоничное развитие детей, оно способствует нормальному росту ребенка, правильному развитию органов и тканей, формированию скелета, ЦНС и интеллекта, повышает защитные силы организма и способствует снижению детской смертности.

Содержание темы

Законы рационального (адекватного) питания

Закон энергетической адекватности питания.

Энергетическая ценность рациона питания должна соответствовать энергетическим затратам организма с учётом возраста, пола, состояния здоровья, специфики выполняемой работы.

Закон нутриентной (в том числе пластической) адекватности питания.

В пищевом рационе должны присутствовать в необходимых количествах все жизненно важные (эссенциальные) вещества для пластических целей и регуляции физиологических функций, притом содержание и соотношение этих веществ (нутриентов) должно быть оптимально сбалансированным, что и определяет их усвояемость и эффект действия. Нарушение биологических соотношений последних приводит к блокированию синтеза ферментов, гормонов, специфических антител, белков и отдельных структур органов и тканей организма. Адекватность питания обеспечивается разнообразием продуктов в рационе. В суточном рационе должны быть 6 групп продуктов:

- 1) молоко и молочные продукты;
- 2) мясо, птица, рыба, яйцо;
- 3) хлебобулочные, крупяные, макаронные и кондитерские изделия;
- 4) жиры;
- 5) картофель и овощи;
- 6) фрукты, ягоды, натуральные соки.

Закон энзиматической адекватности питания.

Химический состав пищи, ее усвояемость и перевариваемость должны соответствовать ферментным системам организма. При нарушении закона энзиматической адекватности, то есть, если в ЖКТ отсутствуют адекватные химической структуре пищи ферменты, происходит нарушение пищеварения и всасывания. Отсутствие фермента, угнетение его образования или снижение функциональной активности ведет к возникновению энзимопатий.

Закон биотической адекватности питания

Пища должна быть безвредной и не содержать патогенных микроорганизмов, а также ксенобиотиков (пестициды, тяжёлые металлы, нитраты, нитриты, нитрозамины, синтетические химические соединения, полициклические ароматические углеводы, микотоксины), радионуклидов, в количествах, не превышающих допустимых уровней.

Продукты – зеркальное отражение окружающей и производственной среды. Чем выше загрязненность окружающей среды, тем выше загрязненность продуктов питания. Острое или хроническое действие на организм ксенобиотиков, поступающих с пищей, приводит к пищевым отравлениям.

5. Закон биоритмологической адекватности питания.

Необходимо соблюдать рациональный режим питания в соответствии с биологическими и социальными ритмами. Данный закон подразумевает построение питания с учетом циклической деятельности пищеварительного тракта, а также влияния ритмов деятельности других органов и систем на процессы пищеварения.

В детском возрасте правильное питание имеет большое значение, поскольку, кроме удовлетворения повседневной потребности в пищевых веществах, необходимо обеспечивать процессы роста и развития организма.

Правильная организация питания предусматривает поступление в организм необходимого количества продуктов определенного качественного состава. Это положение получило название концепции сбалансированного питания. Она предусматривает для каждого периода развития ребенка свою величину потребности в основных пищевых веществах и энергии с учетом физиологических особенностей организма и метаболических процессов, присущих ребенку данного возраста. Для детей характерна относительно высокая потребность во всех пищевых и биологических компонентах, что связано с интенсивным ростом, развитием и напряженностью обменных процессов, свойственных детскому организму. В настоящее время определены величины потребности в основных пищевых веществах и энергии для 7 возрастных групп детей. Группу детей в возрасте 14-17 лет делят еще и по полу, так как этот период имеет свои физиологические

особенности, определяющие различную потребность в основных пищевых веществах и энергии.

Правильное вскармливание ребенка на первом году жизни в значительной мере облегчает организацию питания в последующие возрастные периоды.

В наше время невозможно вырастить здоровое поколение людей, не обучая население использованию достижений науки о питании, о культуре потребления пищевых продуктов.

Если спросить, зачем мы едим, то мало кто сможет ответить что-нибудь, кроме того, что пища необходима для поддержания жизни и роста тела человека. Однако есть и более глубокий аспект во взаимоотношениях между пищей и духовной жизнью человека. Для животного достаточно есть, играть и спать. Для человека также очень важно наслаждаться здоровой пищей, простой повседневной жизнью и спокойным сном.

Каждый ребенок должен учиться, как надо есть. Еда должна быть радостью, есть следует красиво. Некоторые мудрецы учат, что еда должна даже быть обрядом. Еду следует давать хорошо приготовленной, т. е. хорошо проваренной или прожаренной, вкусно приправленной, на красивой посуде. Сажать ребенка можно за стол взрослых или к маленькому столику, но обязательно так, чтобы ребенок сидел достаточно высоко. Если ребенок достает до стола только подбородком, значит, он сидит низко и необходимо его посадить выше, подложив что-нибудь твердое (не мягкую подушку, а туго набитую!). В противном случае ребенок привыкнет держать рот у самой тарелки, а когда вырастет, будет склонять к ней лицо. При этом ребенок горбится и разбрасывает локти в разные стороны. Перед едой обязательно нужно мыть ребенку руки. Позже, приблизительно с 2-х лет, дети в яслях и в детских садах будут сами мыть себе руки. Приучать их к этому нужно дома.

С первого же года нужно приучать ребенка есть самостоятельно. Пить он уже умеет, а теперь еще надо его научить обращаться с прибором – сначала с ложкой, начиная с третьего года – с вилок, а после трех лет – и с ножом.

Ребенок подражает тому, что видит. Поэтому и всем в семье следует правильно есть. Культура потребления пищи включает в себя сервировку стола, умение пользоваться столовыми приборами, культуру поведения за столом. Эти навыки должны стать привычкой для каждого и в праздничные

дни, и в будни; они в немалой степени характеризуют общий культурный уровень человека.

Сервировка стола может быть различной в зависимости от характера приёма пищи (завтрак, обед, ужин, праздничный стол). Большинство семей в будние дни принимает пищу на кухне.

Здоровье детей в руках родителей, и воспитание культуры питания нужно начинать с них, с беременных женщин, с первых дней жизни новорожденного.

Современные проблемы питания населения известны: избыточное потребление жиров, сахара, хлеба, картофеля, макаронных изделий и катастрофично малое использование в меню плодов, овощей, трав, корней. Недостаточно по рациональным нормам используются молочные продукты и рыба. В городских условиях (а большинство населения нашей страны ныне живет в городах) главенствует так называемое европейское питание – однообразное, насыщенное животными жирами и сахаром. Появилось в продаже много рафинированных (очищенных и подвергнутых фабричной обработке) продуктов и консервов.

Роль современной бабушки в воспитании внуков часто отрицательна в вопросах питания. Не секрет, что в обыденном сознании здоровый ребенок – обязательно пышка в складочках, а худой ребенок – больной. Часто бабушки так и считают: мы голодали, пусть хоть наши дети живут хорошо — едят досыта. А можно ли заставлять детей есть через силу, перекармливать мороженым, конфетами, печеньем, тортами? Старшее поколение, со всей настойчивостью и энергией вмешиваясь в жизнь молодых, заставляет порой родителей насильно «пичкать» детей едой.

В результате — проблема ожирения, растет число больных детей. А как кормить беременную женщину? Ведь от этого во многом зависит здоровье будущего ребенка. Нужны кафе, столовые и для беременных женщин, где они не только могли бы поесть, но и получить научно обоснованную консультацию. Женщина, ждущая ребенка, должна уметь готовить еду не только для себя, но и с учетом потребностей будущего ребенка. Обработка продуктов должна быть рациональной: меньше потерять, разрушить. В процессе обработки не должны появляться вещества, вредные для организма. Так, если обжаривание пищевых продуктов или кулинарных полуфабрикатов

вести жестко, с получением корочки, то вместе с вкусным продуктом образуются вредные вещества. Вот и проблема: вкусно, но не полезно.

На завтрак рекомендуются молочные и рыбные продукты, крупы, овощи, травы и корни в самом широком ассортименте.

Принимать пищу нужно не торопясь: «Когда я ем, я глух и нем». Поговорка уходит глубокими корнями в сельский быт, где еде уделялось огромное внимание. Запрещалось за столом говорить, петь. Дети вели себя тихо и степенно. Современная же семья «обогащает» завтрак мощными звуками магнитофона или телевизора, хотя известно о вредном влиянии избыточных децибелов на пищеварение.

После завтрака — работа, школа, детский садик, то есть каждый член семьи занят своим делом. Обед — время священное. Диетологи Университета Миннесоты утверждают, что совместные обеды и ужины всей семьей в домашней обстановке поддерживают привычки правильного питания среди детей и подростков. В исследовании участвовало 677 учеников средних и старших классов. В настоящее время все меньше подростков обедают или ужинают вместе с семьей. Было установлено, что из 60% детей, которые регулярно получают питание дома, лишь 30% составляют подростки. При этом диетологи установили, что именно домашняя еда является здоровой и содержит достаточное количество овощей и фруктов, богатых кальцием, магнием, калием, железом и цинком.

Американские педиатры говорят: «... семейные обеды и ужины способствуют оздоровлению питания у подростков, тем самым помогая им защититься от ожирения и его последствий, а также прививая правильные диетические предпочтения. Переходный возраст — важный период в жизни ребёнка, поскольку именно в это время закладываются основы для хорошего здоровья в молодости».

Не поздний ужин — самый важный прием пищи. После ужина — отдых, затем прогулка на свежем воздухе и сон.

Неверна точка зрения, что после ужина трудно спать и т. п. Процесс переваривания пищи сложный (ведь в организме — сложнейшая «фабрика», где проходят тысячи реакций). Здоровое пищеварение достигается тогда, когда организм, отдыхает, спокоен, без стрессов и нагрузок.

Меню на ужин – чрезвычайно ответственное дело: нельзя перегружать, нельзя употреблять животные жиры в избытке, консервы, копчености и т. п.

Умеренность в еде – вот путь к культуре питания XXI века. Переесть не сложно, а вот умерить свой аппетит – не обузданный, развращенный современными красивыми, ароматными, вкусными продуктами – достаточно сложно.

Проблема цивилизации – употребление избыточно калорийной пищи и уменьшение энергозатрат. В долгом процессе эволюции желудок человека приобрел такой объем, чтобы он смог усваивать количество пищи, обеспечивающее физическую активность на 8-12 часов в сутки. Однако в наше время расход энергии снизился. Жизнь стала более комфортной (личный и общественный транспорт, бытовые приборы, офисная работа), а значит, уменьшилась и потребность в еде. Понятно, что даже посещение фитнес клуба 3 раза в неделю по 40 минут не эквивалентно прежним затратам.

Традиционная русская культура питания, относящаяся к основной части населения, в главных своих чертах сложившаяся еще в домонгольский период и не претерпевшая качественных изменений вплоть до конца XIX – начала XX вв., основывалась на потреблении, в первую очередь, кислого ржаного хлеба, важнейшей «приправой» к которому служила, естественно, соль. Выражение «хлеб да соль» в фольклоре и бытовом словоупотреблении семиотически обозначало пищу как таковую. Недаром поднесение и отведывание этих продуктов стали важнейшим ритуалом гостеприимства.

Среди слоев населения, которые были хорошо обеспечены на протяжении многих поколений и не имели недостатка в продуктах питания, выработались определенные традиции приема пищи. Особенно отчетливо эти традиции проявляются в аристократической и буржуазной среде Западной Европы, где людей с избыточным весом немного. Основных правил два: во-первых, никогда не кормить детей насильно, чтобы не нарушить формирование механизма самоконтроля, во-вторых, никогда самим не переесть – вставать из-за стола «с чувством легкого голода». Да и с физической активностью состоятельные слои населения всегда дружили – охота, лошади, спортивные игры на свежем воздухе.

Стиль жизни обеспеченных слоев дореволюционной России складывался по-другому. В то время даже очень состоятельные люди не всегда отличались

высокой пищевой культурой. Посмотрите на старинные картины, изображающие помещичий быт – часто ли вы увидите стройных помещиков? А купцов? Достаток по-русски – это когда можно есть много и сытно, это когда можно «закусить перед обедом». И конечно, эти привычки накладывали отпечаток на понятие благополучия в российской ментальности. Поэтому, во-первых, детей старались накормить независимо от их желания. Ведь счастливый ребенок по-русски – это сытно накормленный ребенок! Из-за этого у многих с раннего детства сформировался страх перед чувством голода и привычка есть «впрок». Еще с давних времен укоренилось понятие хлебосольного русского гостеприимства. Что в печи (а сейчас в холодильнике) – все на стол мечи. В результате мысль о том, что гостям в качестве угощения можно предложить сырые овощи и не усаживать за стол, еще недавно казалась просто непристойной, а мало есть (и пить!) в гостях – значит, обидеть хозяев и прослыть невоспитанным человеком. В этом сказывается влияние восточной культуры, которая запрещает принимать пищу в доме врага. С детства мы окружены соблазнами, и преодолеть их можно только воспитанием вкуса. И он формируется в зависимости от того, как мы питаемся в течение многих лет, – ведь в каждой семье существует какой-то выработанный годами стереотип. Внешний вид пищи оказывает большое влияние на восприятие. Чем красивее продукт, тем больше мы его съедаем. Так, жареный картофель во фритюре вкуснее отварного. Жареное мясо превосходит вареное, а копчености по вкусу и аромату превосходят жареные изделия. Бутерброд с колбасой вкуснее, если кусочек хлеба смазать маслом. Но ведь колбаса содержит от 20 до 40 % жира, зачем же к жирной колбасе добавлять еще масло? Привычка, причем вредная для здоровья. Животные жиры приносят нам много бед, но именно жиры придают неповторимый вкус многим блюдам. Сливочное масло – готовый продукт, и использовать его для обжарки крайне неразумно. Оно горит, при этом накапливаются продукты разложения: и жир теряем, и получаем пищу бесполезную. Все это видят, наблюдают наши дети, запечатлевая на всю жизнь такой варварский стереотип поведения за столом.

Примерная тематика НИРС по теме

1. Особенности анализа финансово-хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения.
2. Современные направления теоретико-методологических разработок в области анализа финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций.

Основная литература

1. Мисюк, М. Н. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни : учебник и практикум для вузов / М. Н. Мисюк. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2022. - 332 с. - Текст : электронный.

Дополнительная литература

1. Ахмадуллина, Х. М. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней : учебное пособие для студентов вузов / Х. М. Ахмадуллина, У. З. Ахмадуллин. - 2-е изд., стер. - М. : Флинта , 2018. - 300 с. - Текст : электронный.

Электронные ресурсы

1. Международное общественное движение Здоровая планета - <http://www.zdorovajaplaneta.ru/zdorovyj-obraz-zhizni-zozh/>
2. Здоровая Россия - <http://www.takzdorovo.ru/>
3. Калькулятор калорий - <http://www.calorizator.ru/>

Практическое занятие №2

Тема: Табачные изделия, их состав и выделяемые вещества. Виды табачных изделий. Компоненты табачного дыма. Миф о легких сигаретах. Курение кальяна.

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Согласно статистическим данным рак у курящих людей возникает в 20 раз чаще, чем у тех, кто свободен от табакозависимости. 96-100 процентов больных раком легких являются курильщиками. У них часто возникают раковые опухоли и других органов как пищевод, желудок, гортань, почки, а также рак нижней губы вследствие канцерогенного воздействия табачного экстракта, скапливающегося в мундштуке трубки.

Формируемые компетенции: УК-6, УК-6.2, УК-6.1

Место проведения и оснащение практического занятия: Лекционный зал № 1 ООВП – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	15.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Контроль исходного уровня знаний и умений	25.00	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос
4	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	20.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	60.00	Выполнение практического задания
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	25.00	Тесты по теме, ситуационные задачи

7	Задание на дом (на следующее занятие)	15.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	180	

Аннотация (краткое содержание темы): Влияние курения на риск возникновения злокачественных опухолей изучено досконально. На основании обобщения результатов эпидемиологических и экспериментальных исследований рабочие группы Международного агентства по изучению рака (МАИР), созданные в 1985 и 2002 гг., пришли к заключению, что курение табака является канцерогенным для человека и приводит к развитию рака губы, языка и других отделов полости рта, глотки, пищевода, желудка, поджелудочной железы, печени, гортани, трахеи, бронхов, мочевого пузыря, почки, шейки матки и миелоидного лейкоза.

Табак содержит никотин, который признан международными, медицинскими организациями веществом, вызывающим наркотическую зависимость. Никотиновая зависимость внесена в международную классификацию болезней. Никотин соответствует ключевым критериям наркотической зависимости и характеризуется:

- навязчивой, непреодолимой тягой к потреблению, несмотря на желание и повторяющиеся попытки отказаться;
- психоактивными эффектами, развивающимися при действии вещества на мозг;
- особенностями поведения, вызванными воздействием психоактивного вещества, включая синдром абстиненции.

Содержание темы

В состав табачного дыма, кроме никотина, входят несколько десятков токсических и канцерогенных веществ, в т.ч. полициклические ароматические углеводороды (ПАУ), например, бенз(а)пирен, ароматические амины (нафтиламин, аминобифенил), летучие нитрозосоединения, табакоспецифические нитрозоамины (ТСНА), винилхлорид, бензол, альдегиды (формальдегид), фенолы, хром, кадмий, полоний-210, свободные радикалы и т.д. Некоторые из этих веществ содержатся в табачном листе, другие же образуются при его обработке и горении. Необходимо подчеркнуть, что температура горения табака в сигаретах очень высока при затяжке и значительно ниже между затяжками, что определяет различную концентрацию химических веществ в основной и побочной струях табачного

дыма. Побочная струя, например, содержит больше никотина, бензола, ПАУ, чем основная струя.

Большинство канцерогенных и мутагенных веществ содержатся в твердой фазе табачного дыма, которая остается на т.н. кембриджском фильтре при прокурировании сигарет на курительной машине. Смолой принято называть твердую фракцию табачного дыма, задержанную кембриджским фильтром, минус вода и никотин. В зависимости от типа сигарет, фильтра, которым они снабжены, сорта табака и его обработки, качества и степени перфорации сигаретной бумаги содержание смолы и никотина в табачном дыме может быть самым различным. За последние 20-25 лет произошло значительное снижение концентраций смолы и никотина в табачном дыме сигарет, производимых в развитых странах, в т.ч. и в России. В большинстве стран введены нормативы на содержание смолы и никотина. Для смолы эти нормативы варьируют в пределах 10-15 мг в сигарете, а для никотина - 1-1,3 мг в сигарете.

Доказана канцерогенность табачного дыма в экспериментах на лабораторных животных. Контакт с табачным дымом вызывает злокачественные опухоли гортани и легких. Однако трудность проведения подобных экспериментов с вдыханием табачного дыма очевидна ввиду невозможности имитации на животных процесса курения. Кроме того, как известно, продолжительность жизни лабораторных животных, таких как мыши и крысы, очень коротка, что мешает постановке долгосрочных экспериментов, имитирующих длительный (20 лет и более) процесс канцерогенеза у человека.

Этиологическая связь между курением и злокачественными опухолями показана во многих эпидемиологических исследованиях. Показатель относительного риска (ОР), связанный с курением, различен для опухолей различных локализаций и зависит от возраста начала курения, длительности курения и количества сигарет, выкуриваемых в день.

Риск возникновения рака полости рта и глотки у курящих повышен в 2-3 раза по сравнению с некурящими, а у тех, кто курит более одной пачки сигарет в день, относительный риск достигает 10.

Риск возникновения рака гортани и легкого у курильщиков очень высок. В большинстве эпидемиологических когортных исследований отмечена дозовая зависимость между возрастом начала курения, длительностью

курения, количеством сигарет, выкуриваемых в день, и показателем ОР. Например, по данным когортного исследования английских врачей, ОР рака легкого равен 7,9 у курящих 1-14 сигарет, 12,7 - у выкуривающих 15-24 сигареты и 25 – у тех, кто курит более 25 сигарет в день. Результаты когортного исследования американского противоракового общества и когортных исследований, проведенных в других странах, доказывают важную роль возраста начала курения. Наибольший ОР рака легкого отмечен у мужчин, которые начали курить до 15 лет (15,0). У мужчин, начавших курить в возрасте 15-19; 20-24 и более 25 лет, ОР был равен 12,8; 9,7 и 3,2 соответственно. Следует отметить, что этиологическая связь между курением и раком легкого более выражена для плоскоклеточного и мелкоклеточного рака, чем для аденокарциномы.

Риск возникновения рака пищевода в 5 раз выше у курящих по сравнению с некурящими. Риск возникновения рака желудка у курильщиков также повышен и равен 1,3-1,5, причем курение повышает риск развития рака как кардиального, так и других отделов желудка. Курение является одной из причин рака поджелудочной железы. ОР возникновения рака поджелудочной железы у курящих повышен в 2-3 раза. Курение, скорее всего, не влияет на риск рака ободочной и прямой кишки, однако в ряде эпидемиологических исследований выявлена ассоциация между курением и аденоматозными полипами толстой кишки. Существует зависимость между курением и риском возникновения рака ануса (опухолью, имеющей плоскоклеточное или переходноклеточное строение).

В нескольких эпидемиологических исследованиях выявлен повышенный риск печеночноклеточного рака, связанный с курением. Скорее всего, курение повышает риск гепатоцеллюлярного рака печени в сочетании с потреблением алкоголя. Кроме того, показано, что курение увеличивает риск рака печени у лиц, инфицированных вирусами гепатита В и С. Связи между курением и холангиоцеллюлярным раком, а также злокачественными опухолями желчного пузыря и желчных протоков не обнаружено.

Курение является причиной развития рака мочевого пузыря и почки. Риск рака мочевого пузыря среди курящих повышен в 5-6 раз. Связь между курением и риском рака почки более выражена для плоскоклеточного и переходноклеточного рака, чем для аденокарциномы.

Выявлена связь между курением и раком шейки матки и интраэпителиальной неоплазией. Учитывая тот факт, что инфицированность вирусом папилломы человека является доказанной причиной рака шейки матки, курение, скорее всего, играет роль промотора процесса канцерогенеза в шейке матки, инициированного вирусом папилломы человека. В ряде эпидемиологических исследований показана связь курения с ОР миелоидного лейкоза. В частности, ОР острого миелобластного лейкоза равен 1,5.

Рак тела матки является единственной формой рака, риск которого у курящих женщин снижен. Это наблюдение подтверждено в нескольких исследованиях методом "случай-контроль". Показатель относительного риска рака эндометрия у курящих женщин равен 0,4-0,8. Защитный эффект курения против рака этой локализации можно, скорее всего, объяснить гормональным механизмом, а именно снижением (ингибированием) продукции эстрогенов. Кроме того, известно, что у курящих женщин менопауза наступает на 2-3 года раньше, чем у некурящих. Курение, скорее всего, не влияет на развитие рака яичников. В то же время показана связь между курением и риском развития рака вульвы. Эффект курения на риск появления рака молочной железы изучен во многих эпидемиологических исследованиях, результаты которых указывают на то, что курение, скорее всего, не влияет на риск развития рака молочной железы. Рак простаты также относится к формам рака, на риск развития которого курение, по всей видимости, не влияет.

Атрибутивный риск (АР), т.е. процент всех случаев рака, этиологически связанный с курением, различен для различных форм злокачественных опухолей. Так, по самым консервативным оценкам, непосредственной причиной 87-91% рака легкого у мужчин и 57-86% у женщин является курение сигарет. От 43 до 60% раковых опухолей полости рта, пищевода и гортани вызваны курением или курением в комбинации с чрезмерным потреблением алкогольных напитков. Значительный процент опухолей мочевого пузыря и поджелудочной железы и небольшая часть рака почки, желудка, шейки матки и миелоидного лейкоза причинно связаны с курением. Курение сигарет является причиной 25-30% всех злокачественных опухолей.

Несмотря на распространенное мнение, что курение сигар не является канцерогенным, получены убедительные эпидемиологические данные, что курение сигар повышает риск рака полости рта, глотки, гортани, легкого, пищевода и поджелудочной железы, причем выраженность канцерогенного

эффекта сигар на полость рта, глотку и гортань аналогична эффекту сигарет. Риск рака легкого у курящих сигары несколько ниже, но может достигать высоких показателей у тех, кто глубоко затягивается. Относительный риск злокачественных опухолей у курящих зависит от длительности курения, количества выкуриваемых сигар в день, а также от того, совмещается ли курение сигар с курением сигарет или трубки. Сигарный дым содержит практически все те же токсические и канцерогенные вещества, что и табачный дым сигарет. Однако в нем больше никотина и ТСНА. Кроме того, рН сигарного дыма выше, чем у сигаретного дыма, что является препятствием, хоть и относительным, к его вдыханию. Никотин и другие вещества всасываются через слизистую оболочку полости рта, а если куритель затягивается, то и через слизистую оболочку бронхов.

На основании нескольких десятков эпидемиологических исследований рабочая группа МАИР (2003) пришла к заключению, что пассивное курение также является канцерогенным, ОР рака легкого у некурящих женщин, мужья которых курят, равен, по данным различных исследований, 1,3-1,7. Агентство по защите окружающей среды США пришло к заключению, что пассивное курение является причиной смерти от рака легкого 3 тыс. американцев в год и повышает риск возникновения рака легкого на 30%.

Кроме курения, известны и другие формы потребления табака. В Индии табак и различные его смеси (например, смесь табака с известью или порошком измельченных ракушек, завернутых в лист бетеля) закладывают за щеку или под язык или жуют. В странах Центральной Азии распространен нас, который состоит из смеси табака с известью и золой. Нас также закладывается под язык или за щеку. В Швеции распространен табачный продукт снус, который также предназначен для перорального потребления. Кроме того, существуют и нюхательные табаки.

В отличие от табачного дыма, вышеперечисленные типы табачных изделий не содержат канцерогенных веществ, которые образуются в результате горения табака при высоких температурах. Однако в их состав входят ТСНА, такие как N-нитрозонорникотин (NNN), 4-метилнитрозоамино-1-(3-пиридил)-1-бутанон (NNK), канцерогенность которых доказана. Эпидемиологические исследования показали, что потребление оральных форм табачных изделий повышает риск развития рака полости рта и глотки. Кроме того, выявлена связь между потреблением оральных форм табака и

наличием лейкоплакии, патологических образований слизистой оболочки полости рта, которые обычно предшествуют развитию рака.

Рабочая группа МАИР, созванная в 1984 г., на основании анализа экспериментальных и эпидемиологических данных, сделала заключение, что оральные формы табачных изделий являются канцерогенными для человека.

Таким образом, табак является важнейшей причиной развития злокачественных опухолей.

Снижение частоты курения среди населения некоторых развитых стран, например, США и Великобритании, уже привело к снижению заболеваемости и смертности от рака легкого и других форм рака, этиологически связанных с курением.

Кроме злокачественных опухолей, курение является основной причиной хронических обструктивных болезней легких и одной из важнейших причин инфаркта миокарда и инсульта головного мозга. Каждый второй курильщик умирает от причин, связанных с курением. Смертность курильщиков в среднем возрасте (35-69 лет) в 3 раза выше, чем некурящих, причем продолжительность их жизни на 20-25 лет ниже, чем некурящих.

Отказ от курения даже в среднем возрасте приводит к снижению риска умереть от рака и других причин, связанных с курением. Например, если кумулятивный риск смерти от рака легкого (до 70 лет) мужчин, которые курили всю жизнь, равен 16%, то среди бросивших курить в 60 лет этот показатель равен 11%. Кумулятивный риск умереть от рака легкого снижается до 5 и 3% среди бросивших курить в 50 и 40 лет соответственно.

Основным направлением профилактики рака является борьба с курением. Во всех известных национальных и международных программах профилактики рака контролю курения придается первостепенное значение.

Примерная тематика НИРС по теме

1. Особенности анализа финансово-хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения.
2. Современные направления теоретико-методологических разработок в области анализа финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций.

Основная литература

1. Мисюк, М. Н. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни : учебник и практикум для вузов / М. Н. Мисюк. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2022. - 332 с. - Текст : электронный.

Дополнительная литература

1. Ахмадуллина, Х. М. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней : учебное пособие для студентов вузов / Х. М. Ахмадуллина, У. З. Ахмадуллин. - 2-е изд., стер. - М. : Флинта , 2018. - 300 с. - Текст : электронный.

Электронные ресурсы

1. Международное общественное движение Здоровая планета - <http://www.zdorovajaplaneta.ru/zdorovyj-obraz-zhizni-zozh/>
2. Здоровая Россия - <http://www.takzdorovo.ru/>
3. Калькулятор калорий - <http://www.calorizator.ru/>

Практическое занятие №3

Тема: Закаливание организма. Показания, противопоказания. Методики

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Закаливание – один из способов приблизить человеческий организм к естественной среде. Это своего рода тренировка иммунной системы. Закаливание повышает адаптационные свойства человеческого организма к воздействиям перепада температур и атмосферного давления.

Формируемые компетенции: УК-6, УК-6.2, УК-6.1

Место проведения и оснащение практического занятия: Лекционный зал № 1 ООВП – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	15.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Основная часть	35.00	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия
4	Самостоятельная работа обучающихся (текущий контроль)	100.00	Выполнение практического задания
5	Задание на дом (на следующее занятие)	10.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	180	

Аннотация (краткое содержание темы): **Закаливание** – один из способов приблизить человеческий организм к естественной среде. Это своего рода тренировка иммунной системы. Закаливание повышает адаптационные свойства человеческого организма к воздействиям перепада температур и атмосферного давления.

Закаливание под воздействием природных факторов (вода, солнце, воздух) способствует устойчивости к их неблагоприятным воздействиям. Соответственно, снижается риск простудных и сердечно-сосудистых заболеваний.



Содержание темы

Как это работает

В основе механизма закаливания для адаптации организма к смене температур лежит механизм терморегуляции. Под воздействием холода раздражаются терморцепторы на поверхности кожи. Далее сигнал поступает в ЦНС, после чего идут импульсы к нервным центрам, отвечающим за работу сосудов. Сосуды сокращаются, уменьшается приток крови к коже, соответственно, уменьшается теплоотдача. Другие импульсы направляются к внутренним органам, к мышцам, увеличивая там производство тепла и окислительные процессы, усиливая мышечный тонус и деятельность дыхательной и сердечно-сосудистой систем. С воздействием холода на организм в кровь поступает адреналин, именно потому закаливание так бодрит!

Появление пупырышек и ощущение озноба свидетельствует о том, что среагировали рецепторы на коже и кровь переместилась от периферии к центру. Когда закаливание продолжается более пяти минут, организм начинает усиленно вырабатывать тепло, сердце работает интенсивнее, а кровь начинает снова идти от внутренних органов к коже, появляется ощущение теплоты.

Почему мы заболеваем, когда замерзаем или когда очень жарко? В момент перепада температур организм испытывает стресс и все силы, все ресурсы организма идут на то, чтоб мы согрелись либо остыли. Защитные функции

организма в этот момент снижаются, вследствие чего также снижается сопротивляемость к вирусам и инфекциям.

Будьте осторожны

Закаливание имеет не только профилактический, но и лечебный эффект. Каждый вид закаливания обладает своими преимуществами, эффектами и противопоказаниями. Прежде чем приступить к закаливанию, нужно проконсультироваться с врачом и убедиться в том, что вы абсолютно здоровы.

Аллергия на холод и проблема с сосудами накладывают табу на многие виды закаливания. Тогда стоит больше гулять на свежем воздухе, купаться летом в тёплом море или речке, ходить босиком по прогретой земле.

Методы закаливания водой

Закаливание водой – самый распространённый вид закаливания. Это бани с последующим купанием в бассейне, моржевание, контрастный душ, обтирание мокрым полотенцем и простое обливание.

1. Моржевание

Купание в открытых водоёмах в холодное время года. Этот вид закаливания обладает самым мощным эффектом. Незакалённым людям нельзя сразу приступать к этому виду закаливания. На это уходят месяцы и годы закаливаний холодными обливаниями, растираниями снегом. Перед моржеванием важно проконсультироваться с врачом. На пребывание в холодной воде организм тратит много ресурсов. Увеличивается ЧСС, повышается АД (артериальное давление), понижается температура тела. Пожилым людям не рекомендуется начинать моржевание.



Как это делается. Начинать закаливаться моржеванием стоит с пребывания в ледяной воде в течение 15-20 секунд, далее постепенно увеличивать это время до 1-2-х минут. После процедуры нужно сразу одеться и согреться, нельзя пребывать мокрым и раздетым на холодном воздухе.

Противопоказания: аллергия на холод, детский возраст, гипертония, астма, хронический бронхит и пневмония, атеросклероз, хронические заболевания сердца, хронический гайморит, пиелонефрит, аднексит.

2. Обливание холодной водой

Наиболее популярное и простое средство закаливания водой. Этот мягкий вид закаливания укрепляет сосудистую систему, иммунитет.

Как это делается. Изначально температура воды должна быть немного выше температуры тела (37-38 градусов), затем каждую неделю нужно понижать температуру воды на 1 градус. Длительность такой процедуры составляет первоначально от 20-30 секунд и затем до 2-х минут. Обливаться нужно с головой. Существует также известный метод Порфирия Иванова, согласно которому обливание начинается сразу с холодной воды, но сначала нужно начинать обливать ступни до щиколотки, затем постепенно переходить выше.

Противопоказания: острые респираторные инфекции, высокая температура тела.

3. Один из видов обливания – контрастный душ.



Чередование воздействия холодной и горячей воды способствует укреплению стенок сосудов, тонизирует кожу, делает её более упругой и эластичной. Такая процедура имеет оздоровительные и омолаживающие эффекты.

Как это делается. Начинать контрастный душ нужно с горячей воды, затем переходить к понижению температуры воды. Далее следует включить холодную воду. Таких циклов может быть от 3 до 5. Разница между температурами поначалу должна быть небольшой, со временем контраст температур можно увеличивать. Горячая вода не должна быть кипятком, как минимум - это некомфортно, максимум - опасно и чревато ожогами. Заканчивать контрастный душ нужно холодной водой и последующим растиранием тела полотенцем.

Контрастный душ является мощной профилактикой варикоза, предотвращает дальнейшее его развитие (если он уже имеется), усиливает потенцию, устраняет отёчность и застойные явления, способствует снижению веса.

Противопоказания: простуда, острые вирусные инфекции, повышенное АД, тромбофлебит, онкология.

4. Обтирание мокрым полотенцем.

Улучшает терморегуляцию и разрешается даже тем, у кого имеются проблемы с сердечно-сосудистой системой.

Как это делается. Начинать стоит с обтирания полотенцем, намоченным в воде температурой 35-36 градусов. Затем следует постепенно снижать температуру воды и перейти плавно к обтиранию холодным полотенцем. Длительность процедуры составляет 1-2 минуты, а растираться лучше всего утром после зарядки.

Противопоказания: кожные болезни.

5. Сауна или баня с бассейном.

Чередование температур тут наиболее мягкое, поэтому закаливание с помощью бани – хорошее решение для новичков.



Как это делается. Поначалу лучше не бросаться в ледяную купель, а принять тёплый душ, затем постепенно снижать температуру воды и переходить к бассейну. Более продвинутые и закалённые обтираются снегом, обливаются ледяной водой или ныряют в холодную купель. Разогретое тело не успевает охладиться до критических показателей. Контраст температур при таком закаливании способствует улучшению работы сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем, улучшается обмен веществ, кровообращение и лимфоток, повышается сопротивляемость организма к воздействию жары, холода, инфекций, улучшается общее самочувствие, очищаются поры, кожа лучше «дышит».

Противопоказания: гипертония, кожные заболевания, варикоз, тромбофлебит, онкология, болезни ЦНС, диабет, нарушения работы щитовидки, заболевания мочеполовых органов, инфекционные заболевания, артрит, артроз, бронхолегочные заболевания, воспалительные процессы внутренних органов.

Воздушные ванны



Этот вид закаливаний доступен каждому и не требует поиска особых условий. Воздушные ванны можно принимать на улице, на балконе, в комнате при открытом окне. Холодный воздух воздействует на кожные рецепторы, улучшает циркуляцию крови, тренирует терморегуляцию, насыщает все органы и ткани кислородом, ускоряет обмен веществ, улучшает аппетит, сон, настроение и общее самочувствие. Воздушные ванны развивают устойчивость организма к простудным заболеваниям и улучшают работу нервной системы.

Как это делается. Начинать принимать воздушные ванны желательно утром, в полураздетом виде, при температуре 18-21 градусов на протяжении 10-15 минут. Затем следует увеличивать время пребывания постепенно на 5 минут, доводя до 2-х часов.

Существуют холодные (10-15 градусов), прохладные (15-20 градусов), умеренные (20-24), тёплые (24-30 градусов) и горячие (свыше 30 градусов) воздушные ванны. Длительность их приёма зависит от температуры. Чем выше или чем ниже температура воздуха, тем меньше стоит пребывать на таком воздухе. Начинать закаливание стоит с тёплых и умеренных воздушных ванн. Холодные ванны лучше сочетать с физическими упражнениями.

После приёма любой воздушной ванны рекомендуется принять тёплый душ, а после холодных ванн рекомендуется также растереться после душа.

Не стоит принимать воздушные ванны при неблагоприятной погоде (дождь, ураган, туман, град, мороз).

Противопоказания: острые респираторные инфекции, повышенная температура тела, артриты, миозиты, невриты в острой фазе.

Солнечные ванны

Пребывание под ультрафиолетовыми лучами не только способствует появлению красивого загара, но и выработке витамина D. Солнечные ванны благотворно влияют на обмен веществ, стимулируют работу нервной системы. Для здоровья (как и для красивого загара) солнечные ванны стоит принимать разумно и осторожно. Оптимальное время для пребывания на солнце - май-сентябрь. Детей поначалу желательно не раздевать полностью, дать им побыть в трусиках и маечке, затем уже раздеть, а головной убор должен быть обязательно.



Как это делается. Принимать солнечную ванну лучше с 8-11 часов и после 16-17 часов. Поначалу пребывание под ультрафиолетовыми лучами следует ограничивать до 5 минут, постепенно увеличивая процедуру. К мерам предосторожности стоит отнести использование солнцезащитного крема, который предотвратит ожоги и потерю влаги с кожи. Важно менять положение тела и обязательно прикрывать голову. Пожилым людям не стоит пребывать под солнцем дольше 20 минут. После принятия солнечной ванны нужно принять душ и увлажнить кожу специальным кремом.

Нельзя приступать к солнечным ваннам будучи голодным или сразу после принятия пищи.

Противопоказания: острые респираторные и хронические заболевания, артериальная гипертензия, онкология, высокая температура тела, пищевые отравления.

Солнечные ванны – метод закаливания, которым нельзя увлекаться, иначе вместо оздоровления можно получить массу проблем со здоровьем (перегрев, солнечный удар, ожоги, головная боль, обезвоживание, повышение ЧСС и АД, обмороки и летальный исход).

Закаливание босиком

Практиковать этот метод закаливания можно начинать с хождения в носках дома. Затем постепенно можно начинать ходить босиком. В лесу, на траве, на даче, на пляже в тёплое время года, когда земля достаточно прогрета (далее можно практиковать хождение босиком в более прохладную пору), ходить босиком рекомендуется всем, независимо от возраста и состояния здоровья. Это не только закаливание, но ещё и профилактика плоскостопия у детей. Издревле известно, что участки на наших стопах являются проекцией соответствующих органов, а хождение босиком обладает массажным эффектом, стимулируя и улучшая работу того или иного органа. Важно лишь смотреть под ноги, чтоб не наступить на стекло или колючку, а в лесу необходимо подумать про защиту от клещей.

Хождение босиком по снегу способствует тренировке терморегуляционного центра, укрепляет иммунитет, стимулирует работу нервной и сердечно-сосудистой систем.

Растирание снегом

Такой вид закаливания проводят с целью повышения устойчивости и сопротивлению организма к воздействию низких температур. Также укрепляется иммунитет, повышается упругость, тонус и эластичность кожи.

Как это делается. Для начала стоит освободить верхнюю часть тела от одежды. Затем нужно горстью снега растереть лицо, шею, дальше перейти к растиранию груди, живота, плеч и рук. Поначалу длительность снежных ванн составляет 10-15 секунд, затем в течение месяца длительность можно увеличить до 18-20 секунд.

Противопоказания: аллергия на холод, острые респираторные инфекции, простуда, вирусные инфекции высокая температура тела, обострение артритов, ревматизм.

Закаливание – самый древний способ профилактики и лечения многих заболеваний. Человек изначально появился и рос в естественных, порой, суровых, условиях. Цивилизация из нас сделала «тепличных» людей, а потому мы утратили первоестественные защитные механизмы нашего организма. Включить и развивать их – наша задача для сохранения своего здоровья и здоровья следующих поколений.

Примерная тематика НИРС по теме

1. Особенности анализа финансово-хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения.
2. Современные направления теоретико-методологических разработок в области анализа финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций.

Основная литература

1. Мисюк, М. Н. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни : учебник и практикум для вузов / М. Н. Мисюк. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2022. - 332 с. - Текст : электронный.

Дополнительная литература

1. Ахмадуллина, Х. М. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней : учебное пособие для студентов вузов / Х. М. Ахмадуллина, У. З. Ахмадуллин. - 2-е изд., стер. - М. : Флинта , 2018. - 300 с. - Текст : электронный.

Электронные ресурсы

1. Международное общественное движение Здоровая планета - <http://www.zdorovajaplaneta.ru/zdorovyj-obraz-zhizni-zozh/>
2. Здоровая Россия - <http://www.takzdorovo.ru/>
3. Калькулятор калорий - <http://www.calorizator.ru/>

Практическое занятие №4

Тема: Планирование семьи. Разработка индивидуальных мероприятий по планированию семьи. Профилактика заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП).

Разновидность занятия: комбинированное.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный.

Значение темы (актуальность изучаемой проблемы): Планирование семьи - комплекс медицинских, социальных и юридических мероприятий, проводимых с целью рождения желанных детей, регулирования интервалов между беременностями, контроля времени деторождения, предупреждения нежелательной беременности. Планирование семьи — одна из важнейших проблем здравоохранения всего государства в целом. Решение этой проблемы направлено на создание условий для рождения здоровых и желанных детей, охрану репродуктивного здоровья населения и тем самым на сохранение генофонда нации. Целью изучения данной темы является подготовка фельдшера, владеющего знаниями и умениями, необходимыми для выявления проблем человека в области планирования семьи, контрацепции, умеющего обучать население особенностям сохранения и укрепления здоровья в разные возрастные периоды и вопросам планирования семьи.

Формируемые компетенции: УК-6, УК-6.2, УК-6.1

Место проведения и оснащение практического занятия: Лекционный зал № 1 ООВП – комплект раздаточных материалов, комплект учебной мебели, посадочных мест, ноутбук, проектор, экран.

Структура содержания темы (хронокарта практического занятия)

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин.)	Содержание этапа и оснащенность
1	Организация занятия	15.00	Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся
2	Формулировка темы и целей	20.00	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	35.00	Изложение основных положений темы
5	Самостоятельная работа обучающихся (текущий)	60.00	Выполнение практического задания

	контроль)		
6	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	35.00	Тесты по теме, ситуационные задачи
7	Задание на дом (на следующее занятие)	15.00	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
	ВСЕГО	180	

Аннотация (краткое содержание темы):

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

«Планирование семьи - это все виды деятельности, которые имеют целью помочь отдельным лицам или супружеским парам достичь определенных результатов: избежать нежелательной беременности, произвести на свет желательных детей, регулировать интервалы между беременностями, и выбор времени деторождения в зависимости от возраста родителей, определить число детей в семье» (Комитет экспертов ВОЗ).

Проблема планирования семьи касается каждого человека, но по существу является проблемой национальной безопасности страны, поскольку она непосредственно связана со здоровьем будущих поколений.

В рамках реализации федеральной программы «Планирование семьи» в стране создана служба планирования семьи. В настоящее время в России действуют примерно 200 региональных центров планирования семьи и репродукции. Перед ними стоит задача изменить сложившуюся практику достижения желаемого числа детей в семье, используя не контрацепцию, а аборты, наносящие непоправимый вред репродуктивному здоровью женщин. Кроме того, в задачи центров планирования семьи входит разъяснительная работа относительно оптимального возраста для рождения детей. Важную роль в реализации программы «Планирование семьи» играют общественные организации, работающие в этой области: Российская ассоциация «Планирование семьи», имеющая 50 отделений в регионах страны, Международная ассоциация «Семья и здоровье», Российское общество по контрацепции.

Цель комплекса мероприятий по планированию семьи заключается в решении следующих задач:

Избежать нежеланных детей.

Иметь только желанных детей.

Регулировать интервалы между беременностями.

Установить количество детей.

Контролировать выбор времени рождения ребенка в зависимости от возраста родителей.

Часть этих задач решается за счет:

Обеспечения противозачаточными средствами.

Лечения бесплодия.

Лечения невынашивания.

Подготовка к желанной беременности является главным моментом в планировании семьи. Супругам за 2 мес. до планируемой беременности следует полностью отказаться от вредных привычек (алкоголь, курение, наркотики). Благоприятный возраст матери составляет 19-35 лет. Интервал между родами должен быть не менее 2-2,5 и желательно не более 5 лет. Зачатие допустимо не менее чем через 2 мес. после перенесенного супругами острого инфекционного заболевания. Целесообразно зачатие осенью и зимой (снижается процент спонтанных мутаций и риск иммунного конфликта). У женщин, страдающих хроническими заболеваниями, беременность допустима в зависимости от заболевания лишь при отсутствии обострений в течение 1-5 лет. Беременность работницам, подвергающимся воздействию неблагоприятных факторов, можно рекомендовать лишь после 1-3 лет работы на производстве, т.е. после развития стойкой адаптации.

Содержание темы

ИСКУССТВЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

К сожалению, в нашей стране основным методом контрацепции является искусственный аборт, несмотря на то, что искусственное прерывание беременности является фактором риска многих форм патологии репродукции и является одной из причин материнской смертности.

Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель.

По медицинским показаниям прерывание беременности проводят вне зависимости от её срока в том случае, если беременность и роды способны ухудшить состояние здоровья женщины и угрожают её жизни, либо если обнаружены аномалии развития плода. К медицинским показаниям относится обширный перечень заболеваний различных органов и систем, который регламентирован законодательно специальными документами.

По социальным показаниям – при сроке беременности до 22 недель.

Социальные показания для искусственного прерывания беременности:

- Наличие решения суда о лишении или об ограничении родительских прав.
- Беременность в результате изнасилования.
- Пребывание женщины в местах лишения свободы.
- Наличие инвалидности I - II группы у мужа или смерть мужа во время беременности.

Наиболее тяжелым по своим последствиям является прерывание беременности в поздние сроки (13-22 недель), которое осуществляется по медицинским и социальным показаниям и остается одной из сложных проблем в акушерстве.

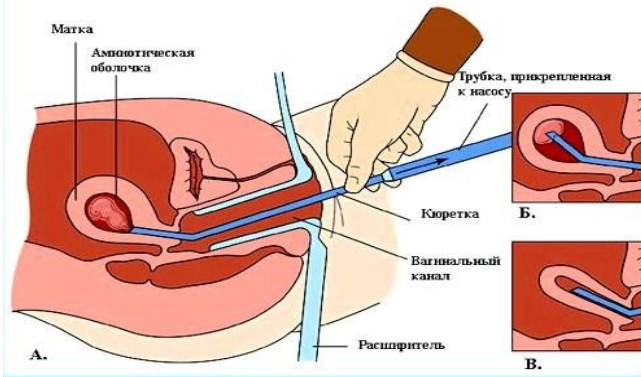
МЕТОДЫ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Медицинские противопоказания к операции искусственного прерывания беременности

- Острые и подострые воспалительные заболевания женских половых органов.
- Острые воспалительные процессы любой локализации, наличие гнойных очагов независимо от места их локализации
- Острые инфекционные заболевания.
- Поздний срок беременности. В поздние сроки аборт противопоказан, если прерывание беременности в этот период более опасно для здоровья и жизни, чем продолжение беременности и роды.
- Срок менее 6 месяцев после предшествующего прерывания беременности.

Вакуум-эксхолеация

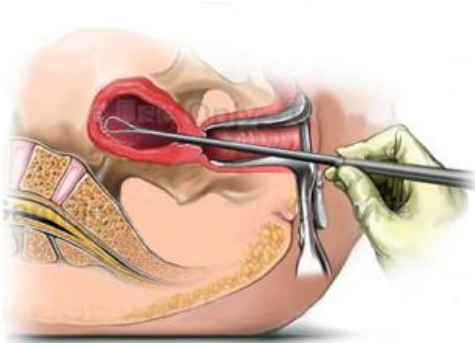
Мини Аборт



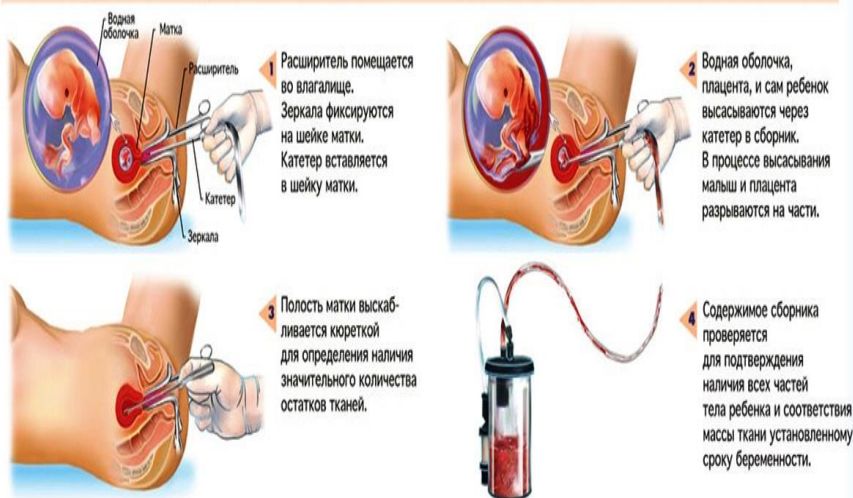
Проводится при сроке беременности 2-3 недели (задержка менструации до 21 дня) путем удаления плодного яйца в амбулаторных условиях. Наиболее щадящий метод прерывания беременности, характеризующийся минимальной трав-матичностью и незначительной частотой осложнений.

Дилатация и кюретаж

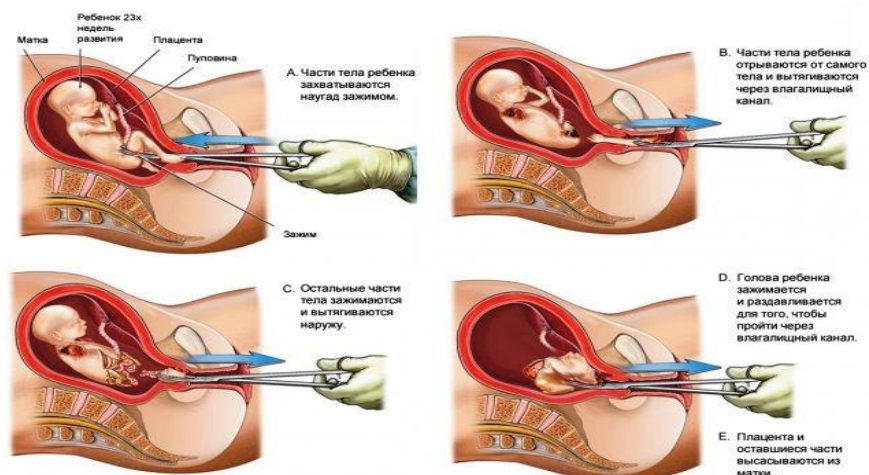
Метод расширения шейки матки с помощью расширителей Гегара, с последующим удалением плодного яйца и выскабливанием полости матки кюреткой. Проводится при сроке беременности до 12 недель в условиях стационара.



Вакуумный аборт 9-ти недельного ребенка

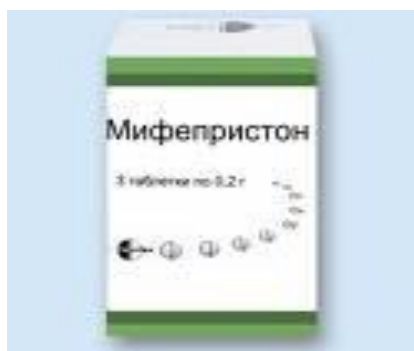


Аборт 23х недельного ребенка путем расширения матки Аборт: Расширение и Удаление на сроке 23 недель беременности



Медикаментозный аборт

При прерывании беременности ранних сроков (до 6 недель) может применяться мифепристон: в виде монотерапии, либо в сочетании с синтетическими аналогами простагландинов.



Основные условия для медикаментозного аборта

- Наличие маточной беременности, подтвержденной данными УЗИ.
- Соответствие размеров матки предполагаемому сроку беременности.
- Задержка менструации не превышает 42 дней.

Противопоказания для медикаментозного аборта

Абсолютные

- Внематочная беременность
- Миома матки
- Недостаточность надпочечников
- Острые воспалительные заболевания
- Нарушения свёртывающей системы крови

Относительные

- Наличие рубца на матке
- Миома матки небольших размеров
- Беременность на фоне ВМС.

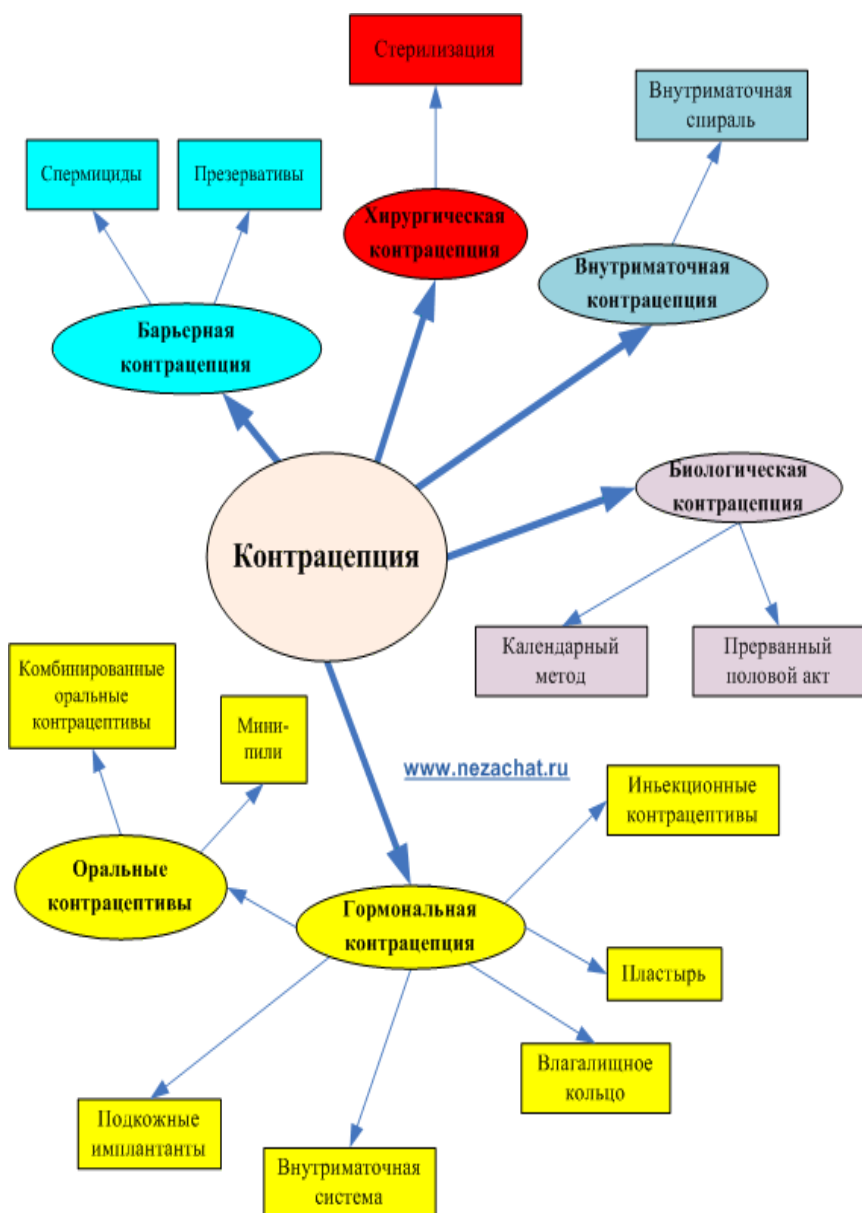
Осложнения аборта

КОНТРАЦЕПЦИЯ

В предупреждении непланируемой беременности большое значение имеет использование партнерами различных методов контрацепции, что позволяет избежать искусственного аборта. Метод контрацепции подбирают с учетом медицинских показаний и противопоказаний, а также с учетом условий жизни семьи.

МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

- Естественные (физиологические, биологические)
- Барьерные
- Химические
- Хирургические
- Гормональные:
 - комбинированные оральные контрацептивы (КОК).
 - микродозы гестагенов (мини-пили).
 - посткоитальные препараты.
 - инъекционные (пролонгированные) препараты.
 - подкожные имплантанты (норплант).



Каждый месяц существуют дни, когда женщина может забеременеть. Эти дни соответствуют периоду овуляции. Естественные методы помогают женщине определить дни, когда она может забеременеть. Для успешного использования естественных методов, партнёры должны воздержаться от половой жизни в эти дни или использовать барьерные методы контрацепции. Естественные методы являются наименее эффективными способами предупреждения беременности. Естественные методы не защищают от ИППП, включая ВИЧ / СПИД.



Температурный метод

Измерение базальной температуры основывается на гипертермическом влиянии прогестерона на гипоталамус (во второй половине цикла температура в прямой кишке увеличивается на 0,4-0,6). Можно определить «опасные» и «безопасные» дни.

Ритмический метод

Это метод периодического воздействия, в основе которого лежит определение времени овуляции и исключение половых сношений в периовуляторный период. Рекомендуется воздерживаться от половых актов с 10 по 17 день цикла при 28-дневном цикле.

!!! Подходят только для женщин с регулярным менструальным циклом. Эффективность до 60 - 70%.

Барьерные методы

Мужской презерватив

Рекомендации

- Использование изделий из латекса.
- Однократное применение.
- Перед применением – проверить срок годности и качество.
- Для смазывания не применять вазелин и масло.
- После семяизвержения- проверить целостность презерватива.

Недостатком этого метода является нарушение остроты полового чувства и возможный разрыв презерватива. Использование презерватива предупреждает заражение СПИДом.

Женский презерватив

Представляет собой пластиковый мешочек, выстилающий влагалище изнутри и оканчивающийся снаружи кольцом



Колпачки Диафрагмы



Противопоказания: кольпит, эрозия шейки матки, опущение стенок влагалища. Удаляется это средство через 8 часов после введения. Эффективность этого метода невелика - 65 - 70%.

Химические методы

Так называемые **спермициды** разрушают наружную оболочку сперматозоидов, нарушают их подвижность, способность проникать через оболочку яйцеклетки при оплодотворении (кремы, гели, аэрозольные пены, пенные и не пенные свечи). Спермициды выпускаются в виде шариков, паст, таблеток. Контрацептин Т, лютенурин, грамицидиновая паста, таблетки "Галаскорбин", "Хлоцептин" - эти средства вводятся во влагалище за 10 - 15 минут до полового акта. Эффективность этих средств невелика - 50 - 60%.



Внутриматочные средства (ВМС)

Существует несколько разновидностей ВМС. Наиболее распространенными являются медьсодержащие и гормонсодержащие (Мирена).

ВМС, содержащие медь, вызывают клеточные изменения в эндометрии, которые препятствуют имплантации. При их использовании контрацепция меди в цервикальной слизи токсична для сперматозоидов, а яйцеклетки претерпевают дегенеративные изменения.

ВМС, содержащие гормон, вызывают изменения эндометрия, сходные с изменениями при использовании прогестагенных оральных контрацептивов. Кроме того, оказывая неблагоприятное влияние на цервикальную слизь, они блокируют транспорт спермы. Выделяющийся гормон левоноргестрел уменьшает обильные, болезненные менструации. В зависимости от типа ВМС эффективность их сохраняется в течение 3 - 8 лет. Они гигиеничны, не нарушают гармонии половой жизни, могут быть удалены в любое время. ВМС вводят на 4 - 6 день менструального цикла, непосредственно после искусственного аборта в ранние сроки, после родов - через 6 недель.



Осложнения на введение ВМС

- Нарушение менструального цикла.
- Перфорация матки.

- Развитие воспалительных заболеваний.
- Выпадение ВМС.
- Боли в нижней части живота.

ВМС удаляется амбулаторно по желанию женщины по истечению срока использования или в случае возникновения осложнений. Повторное введение ее возможно через 1 - 2 месяца после удаления.

ВМС не предохраняет от ИППП и СПИДа.

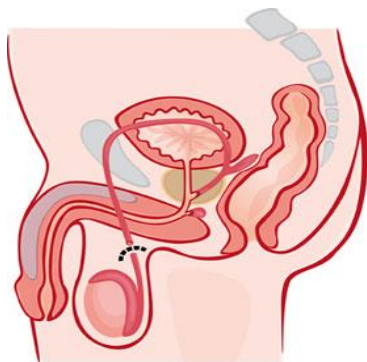
Противопоказания к назначению ВМС

- Беременность.
- Воспалительные заболевания женских половых органов (острые и подострые), заболевания и аномалии развития половой системы: миома матки, эндометриоз, инфантилизм, двуроговая и седловидная матка, рубцевая деформация шейки матки, эндоцервицит, эрозия шейки матки, полипоз и гиперплазия эндометрия, альгодисменорея, дисфункция яичников.
- Общесоматические заболевания: анемия, лейкозы, подострый эндокардит, диабет, тяжелые формы аллергии, онкологические заболевания.
- Внематочная беременность в анамнезе или рецидивирующий воспалительный процесс в матке и придатках,
- Нерожавшие.
- Женщины, имеющих нескольких половых партнеров.

Хирургические методы (Стерилизация)

У мужчин:

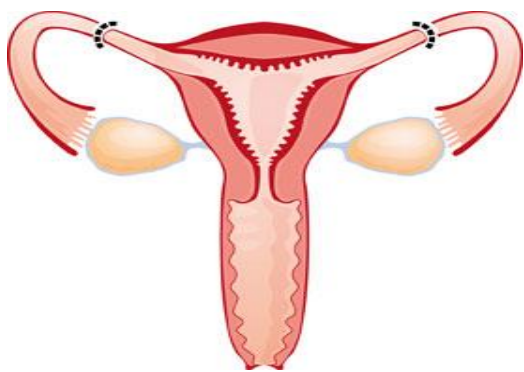
Вазэктомия (перевязывание семенных канатиков) состоит в блокировании семявыносящих протоков для предотвращения проходимости спермы. Из семявыводящего протока вырезается небольшой сегмент, а концы протока перевязываются. Таким образом, образована преграда, которая не дает сперматозоидам достичь эякулята. Вырабатываемые яичками сперматозоиды поглощаются тканями без всякого вреда для организма.



У женщин:

Перевязка (создание искусственной непроходимости) маточных труб при мини-лапаротомии, лапароскопии и гистероскопии.

Методы необратимые. Необходимо письменное согласие на операцию.



ГОРМОНАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

- Комбинированные оральные контрацептивы (КОК).
 - монофазные
 - двухфазные
 - трехфазные
- Микродозы гестагенов (мини-пили).
- Посткоитальные препараты.
- Пролонгированные препараты.
- Подкожные имплантанты (норплант).

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК)

Монофазные препараты

Все таблетки имеют одинаковый состав. Содержат эстроген и гестаген. Применяются в постоянной дозе в течение 21 дня с последующим свободным от приема интервалом в 7 дней.



Двухфазные препараты

В двухфазных КОК первые 10 и последующие 11 таблеток отличаются составом и дозировкой входящих в них гормональных компонентов.



Трёхфазные препараты

Трёхфазные КОК состоят из таблеток трёх разных составов, которые имитируют колебания уровня яичниковых гормонов, характерные для нормального менструального цикла.



Контрацептивные преимущества КОК

- Высокая эффективность и безопасность.
- Быстрая обратимость.
- Использование не связано с половым актом.

- Снимают страх нежелательной беременности.

Неконтрацептивные преимущества КОК

Регуляция менструального цикла:

- Снижают объём менструальной кровопотери.
- Увеличивают количество регулярных циклов.
- Уменьшают предменструальное напряжение.
- Дают возможность изменить срок начала очередной менструации.
- Снижение частоты железодефицитных анемий.

КОК снижают риск развития

- Рака яичника на 50 %.
- Рака эндометрия на 60%.
- Доброкачественных заболеваний молочных желез.
- Миомы матки.
- Потерю костной массы в пременопаузе.

Абсолютные противопоказания к применению КОК

- Подтвержденная или предполагаемая беременность.
- Злокачественные опухоли молочной железы и половых органов.
- Наличие тромбоэмболических осложнений в анамнезе.
- Поражение мозговых и коронарных артерий.
- Влагалищные кровотечения неясной этиологии.
- Острые заболевания почек и печени.
- Сахарный диабет.
- Психические заболевания.
- Курящие женщины в возрасте старше 35 лет.

Начало приёма КОК

- С 1-го дня менструального цикла.
- После аборта в тот же день.
- После родов: через три недели, если женщина не кормит грудью; через шесть месяцев, если кормит грудью.

Правила приёма КОК

- Ежедневно в одно и то же время по 1 таблетке.
- Завершив приём 21-ой таблетки, сделать 7-дневный перерыв, если в пачке 28 таблеток – перерыва не делать
- При желании отсрочить менструацию – не делать 7-дневный перерыв

!!! Если пропущена таблетка более 12 часов

- Принять пропущенную таблетку.
- Следующие таблетки принимать как обычно.
- Дополнительная контрацепция в течение 7 дней.
- Если в упаковке осталось менее 7 таблеток, следующую упаковку начать без перерыва.

Микродозы гестагенов (мини-пили)

Содержат только гестаген в низкой дозе. Прием таблеток начинают с первого дня менструации и производят ежедневно в непрерывном режиме. Можно рекомендовать женщинам в послеродовом периоде.



Посткоитальные препараты

Состоят из больших доз эстрогенов или гестагенов. Эти таблетки применяют в первые 24 - 48 часов после полового акта.



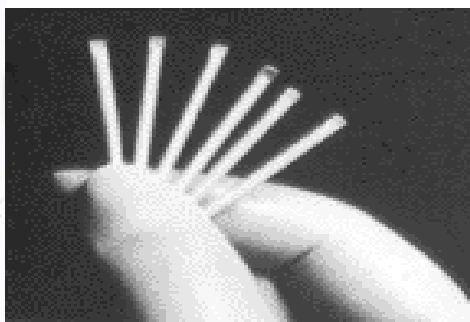
Инъекционные (пролонгированные) препараты

Состоят из небольших доз гестагена ("Депо-Провера"). Инъекции этих препаратов делают 1 раз в три месяца. Применяют женщины, которым противопоказан эстроген и кормящие матери в период лактации.



Подкожные имплантанты

Представляют собой силиконовые капсулы, которые вводятся подкожно в область плеча и ежедневно выделяют определённую порцию гормона, чем обеспечивают контрацепцию в течение 5 лет.



Экстренная контрацепция

В качестве средства неотложной контрацепции после незащищённого полового акта могут быть использованы комбинированные гормональные таблетки и таблетки, содержащие только прогестин. При использовании таблеток, содержащих только прогестин, следует выпить 1 таблетку сразу же после полового акта, и ещё 1 таблетку через 12 часов, или 1 таблетку в пределах 72-х часов без повторной дозы.

Если в состав комбинированных гормональных таблеток входит 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг левоноргестрела, следует выпить 4 таблетки в пределах 72-х часов после незащищённого полового акта и ещё 4 таблетки через 12 часов.

Медьсодержащие ВМС можно также использовать в качестве экстренной контрацепции.

Экстренная контрацепция

ПОСТИНОР

1 таблетка в пределах 72 часов после незащищенного полового акта
+
1 таблетка через 12 часов

ЭСКАПЕЛ

1 таблетка в пределах 72 часов после незащищенного полового акта.

ВМС.

The infographic is titled 'Экстренная контрацепция' (Emergency Contraception). It features a central illustration of a woman in a red dress talking on a phone, with a man behind her. To the right, another woman in a white nurse's uniform is also on a phone. The infographic lists three options for emergency contraception: 1. Postinor (ПОСТИНОР), a progestin-only pill, with instructions to take one pill within 72 hours of unprotected sex and a second pill 12 hours later. 2. Escapel (ЭСКАПЕЛ), a combined oral contraceptive pill, with instructions to take one pill within 72 hours of unprotected sex. 3. IUD (ВМС), a copper intrauterine device.

Примерная тематика НИРС по теме

1. Особенности анализа финансово-хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения.

2. Современные направления теоретико-методологических разработок в области анализа финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций.

Основная литература

1. Мисюк, М. Н. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни : учебник и практикум для вузов / М. Н. Мисюк. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Юрайт, 2022. - 332 с. - Текст : электронный.

Дополнительная литература

1. Ахмадуллина, Х. М. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней : учебное пособие для студентов вузов / Х. М. Ахмадуллина, У. З. Ахмадуллин. - 2-е изд., стер. - М. : Флинта , 2018. - 300 с. - Текст : электронный.

Электронные ресурсы

1. Международное общественное движение Здоровая планета - <http://www.zdorovajaplaneta.ru/zdorovyj-obraz-zhizni-zozh/>

2. Здоровая Россия - <http://www.takzdorovo.ru/>

3. Калькулятор калорий - <http://www.calorizator.ru/>