

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с
курсом ПО

ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

СБОРНИК

МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

для специальности 060103 – Педиатрия (очная форма обучения)

Красноярск
2014

УДК 616-053.2 (07)

ББК 57.3

П 81

Основы формирования здоровья детей : сб. метод. рекомендаций для преподавателя к практ. занятиям для специальности 060103 – Педиатрия (очная форма обучения). / сост. А.В. Гордиец, М.Ю. Галактионова, Е.И. Прахин, И.Н. Чистякова, Н.В. Матыскина, Л.Г. Желонина. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2014. – 680 с.

Составители:

Гордиец А.В. к.м.н., доцент,
Галактионова М.Ю. д.м.н., доцент,
Прахин Е.И. д.м.н., профессор,
Чистякова И.Н. к.м.н., доцент,
Матыскина Н.В. к.м.н., ассистент,
Желонина Л.Г. к.м.н., ассистент.

Сборник методических рекомендаций к практическим занятиям предназначен для преподавателя с целью организации занятий. Составлен в соответствии с ФГОС ВПО 2012 по специальности / направлению подготовки 060103 – Педиатрия (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2012г.) и СТО СМК 4.2.01-11. Выпуск 3.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол №2 от «23» октября 2013 года).

КрасГМУ
2014г.

Содержание

№ занятия	Тема занятия учебной дисциплины	Стр.
1.	Основы формирования здоровья детей: интегративное единство биологической, психической и социальной сущности человека. Система материнства и детства.	Я сделано
2.	Эмбриотоксическое, фетотоксическое и тератогенное влияние на плод вредных привычек беременной женщины и применения лекарственных препаратов. Понятие генетического риска. Мутагенное влияние внешней среды.	Я сделано
3.	Психосоциальные факторы риска здоровья. Стресс - один из факторов, способствующих заболеваниям детей и подростков.	Я сделано
4.	Питание и жизнедеятельность организма. Основы рационального питания. Пища и болезни.	
5.	Мотивация здорового образа жизни. Социальная и психологическая поддержка детей в семье, воспитание стремления к здоровому образу жизни.	Я сделано
6.	Медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем, курением, психозависимыми лекарственными веществами, наркоманией. Профилактика наркомании, токсикомании, алкоголизма, ВИЧ- инфекции.	Я сделано
7.	Роль Центров здоровья детей в формировании мотивации здорового образа жизни. Задачи и формы проведения санитарно-просветительной работы (В интерактивной форме).	
8.	Социально-гигиеническая оценка состояния здоровья новорожденных. Группы риска новорожденных. Направленность риска.	
9.	Развитие и состояние здоровья детей раннего и дошкольного возраста.	
10.	Динамика состояния здоровья школьников, значение медико-биологических факторов в его формировании.	
11.	Современные тенденции физического развития детей и подростков. Взаимосвязь показателей заболеваемости и физического развития.	
12.	Репродуктивное здоровье населения как фактор риска. Современные медико-социальные проблемы репродуктивного здоровья детей и подростков. Половое воспитание детей и подростков.	
13.	Гигиенические принципы обучения и воспитания детей и подростков. Профилактика «школьных» заболеваний и травматизма у детей школьного возраста.	
14.	Организация профилактических осмотров. Проведение функциональных нагрузочных проб.	
15.	Здоровьесберегающие технологии в образовательном процессе школьников. Контроль за физическими нагрузками.	
16.	Зачетное занятие. Защита научно-практического проекта «Здоровый ребенок».	

1. Занятие № 1

Тема: «Основы формирования здоровья детей: интегративное единство биологической, психической и социальной сущности человека. Система материнства и детства».

1. Форма организации учебного процесса: клиническое практическое занятие.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы).

Сохранение и укрепление здоровья детей — одна из главных стратегических задач развития государства, которая регламентируется и обеспечивается такими нормативно-правовыми документами, как Законы РФ «О здравоохранении», «Об образовании», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Указ Президента РФ «Об утверждении основных направлений государственной социальной политики по улучшению здоровья детей в РФ» и др. В 2009 г. вступила в силу государственная программа по формированию ЗОЖ у граждан РФ (приказ Минздравсоцразвития России № 597н). Современное состояние общества предъявляет все новые требования к человеку и его здоровью. Здоровье детей — это объект особой совместной заботы родителей и врачей, учителей и государства.

Цели обучения:

– общая: обучающийся должен обладать профессиональными компетенциями (ПК-3, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-18, ПК-27, ПК-28, ПК-31).

- учебная:

обучающийся должен знать: Факторы, определяющие здоровье и болезнь. Возрастные потребности детей. Влияние факторов окружающей среды на здоровье ребенка. Сбор анамнеза у детей и их родителей. Принципы деонтологии. Взаимоотношения врача и родителей, врача и больного ребенка. Схему истории болезни. Определение уровня здоровья детей и групп здоровья. Система материнства и детства в РФ и мире.

обучающийся должен уметь: Собрать и оценить акушерско-биологический, генеалогический и социальный анамнез ребенка. Определять профилактические мероприятия, призванные повысить сопротивляемость организма к неблагоприятным факторам внешней среды. Определять группу здоровья ребенка.

обучающийся должен владеть: Основными принципами осмотра детей и подростков, принципами этики и деонтологии.

3. Место проведения практического занятия: учебная комната, структурные подразделения детской поликлиники, детского стационара.

4. Оснащение занятия: Схемы сбора и оценки анамнеза. Схемы написания истории болезни. Таблица определения группы здоровья ребенка по нозологии. Учебные истории болезни.

5. Структура содержания темы (хронокарта).

Хронокарта практического занятия

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	5	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и целей	5	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний и умений	15	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.

4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	5	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся: а) курация под руководством преподавателя; б) разбор курируемых пациентов; в) выявление типичных ошибок	60	Работа: а) работа в детском отделении; в) демонстрация куратором различных состояний у детей.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	60	Ситуационные задачи
7.	Задание к следующему занятию	3	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
Всего:		153 мин	

6. Аннотация (краткое содержание темы).

Существует около 100 определений понятия «здоровье». Здоровье — бесценное богатство каждого человека в отдельности и всего общества в целом. При встречах и расставаниях с близкими нам людьми мы всегда здороваемся и желаем им хорошего здоровья, потому что здоровье — главное условие полноценной и счастливой жизни. Понятие «здоровье» отражает одну из фундаментальных характеристик человеческого существования, форму его жизни. Именно потому оно, естественно, переосмысливается всякий раз, когда социальная жизнь переживает глубокие изменения.

Биохимическое определение здоровья. Организм можно считать здоровым, если многие тысячи реакций внутри клеток и во внеклеточной среде протекают в таких условиях и с такими скоростями, которые обеспечивают его максимальную жизнеспособность и поддерживают его физиологически нормальное состояние на таком уровне, который позволяет оптимально существовать в окружающей среде.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье — не только отсутствие болезней и физических дефектов, но и состояние физического, духовного и социального благополучия.

Здоровье каждого ребенка определяется комплексом биологических (наследственных и приобретенных) и социальных факторов. Здоровье — это когда все функции и системы организма уравновешены с внешней средой и нет болезненных проявлений (Большая советская энциклопедия. — 3-е изд., 1969). Здоровье ребенка — жизнедеятельность организма, соответствующая его биологическому возрасту, гармоничному единству физического и нервно-психического развития (НПР), функциональной адаптации к среде обитания и сопротивляемости болезням и неблагоприятным воздействиям извне.

Потребности детского возраста

Жизнедеятельность взрослого человека и ребенка можно представить в виде системы с пирамидальным принципом построения (так называемой пирамиды потребностей по Маслоу). Вслед за древними греками и ней выделяют три уровня: **низший**, телесный (от греч. *soma* — тело), **средний**, психический (от греч. *psyche* — душа), и **вершину** — духовный элемент (от греч. *pous* — дух).

Абрахам Маслоу (1954) считал, что множество различных потребностей детей и взрослых можно представить и виде мотивационной пирамиды и спирали (рис.1); эти потребности можно разделить на пять основных категорий (таб. 1). По мере удовлетворения нижележащих потребностей все актуальнее становятся потребности более высокого уровня. Потребности не находятся в неразрывной последовательности и не имеют фиксированных положений. Взаимоотношения между элементами внутри пирамиды подчинены законам гармонии, что обеспечивает динамическую устойчивость этой системы и возможность ее развития.

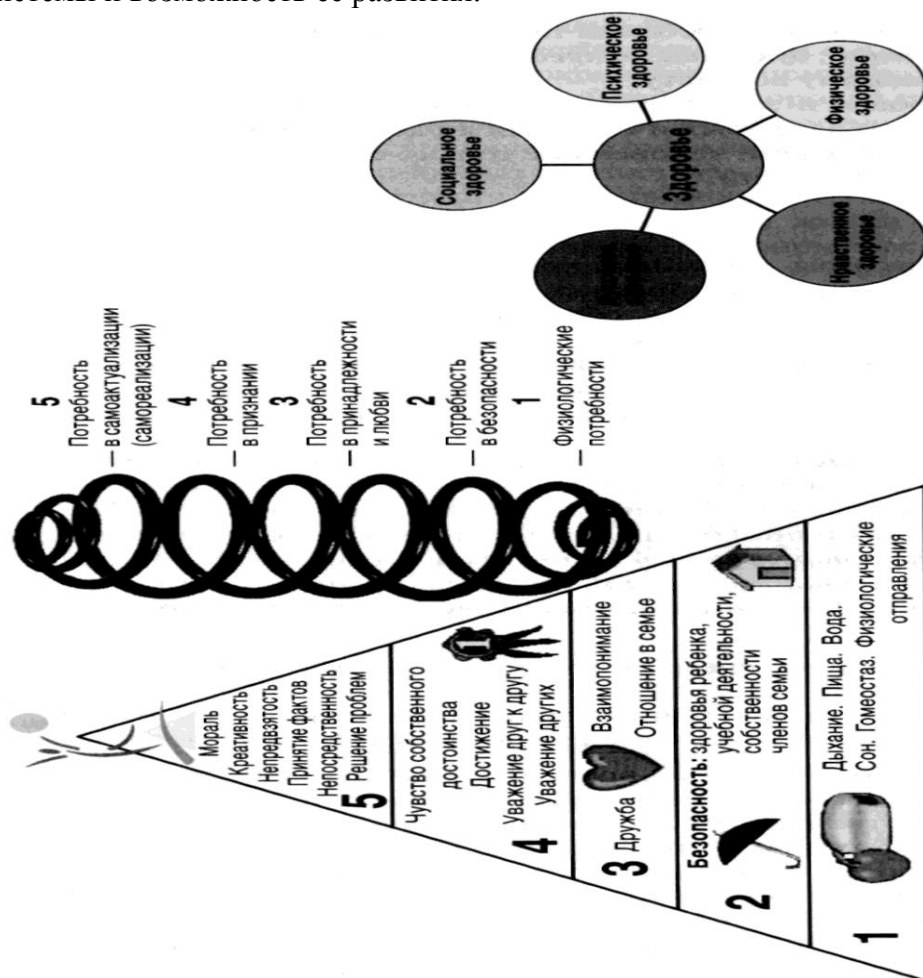


Рис. 1 Мотивационная пирамида и спираль.

Таблица 1

Категории потребностей человека			
1	Физиологическая	Физиологический	Дыхание, жажда, голод, сон, физиологические отправления и др.
2	В защищенности и безопасности	Экзистенциальный	Безопасность учебной и трудовой деятельности, существования, комфорт, постоянство условий жизни и др.
3	В принадлежности к социальной группе	Социальный	Общение, привязанность, забота о друге и внимание к себе, совместная деятельность и др.
4	В уважении и признании	Престижный	Самоуважение, уважение со стороны других, признание, дружба и любовь, достижение успеха и высокой оценки и др.
5	В самовыражении	Духовный	Познание, самоактуализация, самовыражение, самоидентификация и др.

Выделяют четыре базовые цели жизни человека и соответственно различают виды здоровья. На *соматическом уровне* их две: выживание, т.е. формирование и сохранение своей индивидуальной биологической структуры, и репродукция, обеспечивающая интересы вида, сохранение популяции.

На *психическом уровне* человек стремится реализовать себя как личность, т.е. прожить полноценную жизнь в обществе (третья цель жизни). К врожденным базовым психологическим потребностям ребенка относят потребность в безопасности и когнитивные (познавательные) потребности. У детей эти врожденные потребности проявляются в разных пропорциях, что зависит от индивидуальных особенностей и типа темперамента ребенка.

В *высшей сфере* человек проходит путь психической трансформации, развивая альтруизм, пытаясь понять свое место в мире, миновать жизненные этапы в согласии со своими наклонностями, т.е. состояться как духовная индивидуальность (четвертая цель жизни). Предпочтение может отдаваться разным целям в зависимости от уровня развития индивида и обстоятельств его жизни.

Когнитивные потребности — необходимость в изучении и формировании определенных представлений об окружающем мире. Эти особенности становятся очень заметны у ребенка после того, как он в достаточной степени научится владеть своим телом и взаимодействовать с окружающей средой (примерно после 9—12 мес). До 7—10 лет ребенок постоянно находится в процессе познания.

Эмоциональные потребности относятся к категории врожденных. Осознанная вовлеченность в процесс коммуникации со взрослым фиксируется у младенца с раннего возраста. В первый год жизни эмоциональные потребности малыша тесно связаны с его потребностью в безопасности («я защищен, значит, я доволен»), с возрастом они значительно усложняются. Примерно после 3 лет, когда ребенок уже начинает осознавать себя как личность, он ждет от окружающих (в первую очередь, от родителей) безусловной любви и принятия себя таким, какой он есть (таб. 2). Потребность быть безоговорочно принятым психологи называют одной из самых значимых для человека на протяжении всей жизни. Примерно после 3—4 лет у ребенка появляется потребность в *социальном самоутверждении*; *духовные потребности* обычно актуализируются ближе к подростковому возрасту.

Показатели здоровья и заболеваемости используют применительно к конкретным группам здоровых и больных людей. Это обязывает подходить к оценке образа жизни человека не только с биологических, но и с медико-социальных позиций.

Таблица 2

Этапы развития эмоций у детей

1-2 нед	Отрицательная эмоция в виде крика — реакция недовольства
3-4 нед	Положительная эмоция — феномен «предвосхищения кормления»
1,5—2 мес	Улыбка — реакция на взрослого человека, начало психической и социальной жизни ребенка
3—4 мес	Комплекс оживления — эмоция радости или отрицательные эмоции страха — крик и хныканье, сопровождаемые двигательной реакцией
3—6 мес	Эмоциональная реакция на игрушки, формирование темперамента
6—12 мес	Усложнение эмоций, чувство страха — <i>синдром потери матери</i>
1—1,5 года	Высокая активность эмоциональной жизни, ослабевание отрицательных эмоций, <i>первый период бесстрашия</i> . Патологическая форма отрицательной эмоции — каприз
2—4 года	Чувство страха и ужаса, <i>синдром потери матери</i> , сопереживание
4—6 лет	<i>Второй период бесстрашия</i>

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ

На современном этапе создана целая система методов и средств оценки уровня здоровья, прогнозирования и динамического контроля за состоянием как отдельного человека, так и различных контингентов населения, цель которых — эффективное планирование, разработка и проведение лечебно-оздоровительных или профилактических мероприятий на этапах перехода от здоровья к болезни.

Существующие методы оценки уровня здоровья чаще основываются на определении функциональных возможностей организма. Для всесторонней оценки здоровья важно знать не только объем работы, которую может выполнить человек (**уровень работоспособности**), но и насколько он хорошо себя чувствует (**качество здоровья**), а также его продолжительность жизни (**количество здоровья**).

Развитие, здоровье ребенка оценить сложнее, так как это процесс динамический. При количественной оценке здоровья понятие «норма» теряет смысл. Если оно отражает среднестатистическую величину, то не может быть принято за исходную позицию, а рассматривается как средняя и довольно условная величина. При таком подходе не учитываются индивидуальные гено- и фенотипические особенности человека. Следует говорить об уровне здоровья индивида, который должен оцениваться в динамике относительно исходных для данного этапа обследования результатов.

Здоровье ребенка оценивается по следующим признакам:

1. по уровню развития в различные возрастные периоды;
2. адаптации к микро- и макросоциуму;
3. уровню резистентности.

Важным критерием оценки здоровья считается **индекс здоровья**, т.е. доля не болеющих на момент исследования (в течение года и т.д.). В зависимости от величины индекса здоровья выделяют группы с очень низким, низким, средним, высоким и очень высоким показателем здоровья. По мере увеличения качества здоровья и перехода к группе с очень высоким уровнем здоровья риск смерти уменьшается в 30—50 раз! Если при очень низком уровне в ближайшие восемь лет умирает каждый третий человек, то при очень высоком — лишь каждый сотый.

Для оценки **качества здоровья** предлагается метод трех шкал: физической, психической и социальной удовлетворенности. С их помощью достаточно просто измерить удовлетворенность человека своим здоровьем в стандартных количественных единицах (путем опроса либо самозаполнения по стандартному опроснику).

Комплексная оценка здоровья

В России предпринято немало попыток дифференцировать уровни состояния здоровья детей (Вельтищев Ю.Е. и др., 2001; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2005; Юрьев В.К., 2008). Наиболее признанной остается градация на критерии и группы здоровья, предложенная С.М. Громбахом в 1965 г.

Для организации диспансерного наблюдения и проведения индивидуальных оздоровительных мероприятий детского населения применяют **комплексную оценку состояния здоровья детей** с определением следующих критериев: ФР, НПР, онтогенеза, резистентности, функционального состояния органов и систем, хронических заболеваний или врожденных пороков развития (ВПР). У детей до 3 лет определяют все 6 критериев, от 3 лет и старше — 4 критерия (рис. 2).

Педиатр, исследовав и оценив все перечисленные критерии, дает заключение о принадлежности ребенка к той или иной группе здоровья (I, II, III, IV, V), дает конкретные медицинские и медико-педагогические рекомендации.

Онтогенез

На здоровье детей влияют факторы онтогенеза: генеалогические, биологические и социальные.

Оценка генеалогического анамнеза проводится в трех направлениях.

1. Выявление хромосомных заболеваний.

2. Количественная оценка отягощенности генеалогического анамнеза.
3. Качественная оценка отягощенности с выявлением предрасположенности к тем или иным заболеваниям. Для количественной оценки используют индекс отягощенности генеалогического анамнеза, или генеалогический индекс: $I_{от.} = \frac{\text{суммарное количество заболеваний у кровных родственников пробанда}}{\text{общее число кровных родственников, если есть сведения о состоянии их здоровья.}}$



Рис. 2. Комплексная оценка здоровья детей.

Течение раннего онтогенеза включает **биологический анамнез**: сведения об антенатальном (1-я и 2-я половина беременности), интранатальном (период родов), раннем неонатальном (первые 7 суток жизни ребенка), неонатальном и постнатальном периодах развития ребенка, полученные из выписок родильного дома, амбулаторной карты, а также из бесед с родителями. При расспросе получают сведения о течении раздельно 1-й и 2-й половины беременности, наличии гестоза, угрозы выкидыша, экстрагенитальных заболеваний, профессиональных вредностей у родителей,

отрицательной Rh-принадлежности матери с нарастанием титра антител, хирургических вмешательств, вирусных заболеваний во время беременности, о посещении школы матерей по психопрофилактике родов.

Уточняют характер течения родов (длительный безводный период, стремительные или затяжные роды и др.), применения пособий в родах, оперативного родоразрешения (кесарево сечение), затем — оценку по шкале Апгар, крик ребенка, массу тела и рост, диагноз при рождении и выписке из родильного дома, срок прикладывания к груди и характер лактации у матери, срок вакцинации против туберкулеза (БЦЖ, *Bacillus Calmette-Guerin* — BCG), против гепатита В, время отпадения остатка пуповины, состояние ребенка и матери при выписке из родильного дома.

В течение первого месяца жизни на ребенка продолжают оказывать влияние перенесенные родовая травма, асфиксия, недоношенность, гемолитическая болезнь, острые инфекционные и неинфекционные заболевания, ранний перевод на искусственное вскармливание, пограничные состояния. Наконец, у младенца могут быть обнаружены рахит, анемия, хронические расстройства питания (гипотрофия, паратрофия, ожирение), аномалии конституции. **Социальный анамнез** оценивают по восьми основным параметрам, таким, как полнота семьи, возраст, образование и профессия родителей, психологический микроклимат, отношение к ребенку, наличие или отсутствие у членов семьи вредных привычек и асоциальных форм поведения, жилищно-бытовые условия, материальное обеспечение, санитарно-гигиенические условия. Анализ групп риска, которые выделяют у детей по генеалогическому, биологическому и социальному анамнезу, представлен в таб. 3.

Таблица 3

Оценка состояния онтогенеза с выделением групп риска

Группа риска	Отягощенность		Количество	
	оценка	индекс (генеалогический анамнез)	периодов биологического анамнеза с факторами риска	параметров социального анамнеза с факторами риска
Диспансерная	Высокая	0,9 и более	5-6	7-8*
Высокого риска	Выраженная	0,6-0,8	3-4	5-6
Группа риска	Умеренная	0,3-0,5	2	3-4
Низкого риска	Низкая	0-0,2	1	1-2

* К диспансерной группе риска относят такие факторы риска, как отказ от ребенка, лишение родительских прав, ребенок-подкидыш, избиение ребенка родителями, отсутствие у семьи постоянного места жительства.

Государственная система лечебно-профилактической помощи детям, принятая в нашей стране, состоит из трех основных функционально связанных между собой звеньев: детская поликлиника - детская больница - детский санаторий. Основные типы детских лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ): детская больница (стационар), детская поликлиника, детский санаторий. Помимо этого, медицинская помощь может быть оказана детям в специализированных отделениях больниц и поликлиник для взрослых, детских отделениях родильных домов, перинатальных центрах, консультативно-диагностических центрах, центрах и отделениях восстановительного лечения и т.д. Для помощи детям, попавшим в ургентную ситуацию, функционируют служба круглосуточной медицинской помощи на дому, станции скорой и неотложной медицинской помощи.

Лечебно-профилактическая помощь, в основном профилактическая, оказывается также в учебно-воспитательных учреждениях, таких как дом ребенка, комплекс ясли-сад, школа, оздоровительный лагерь (в том числе санаторного типа) и др. Знание специфики работы и предназначения каждого учреждения необходимо для будущего педиатра. В системе детских лечебно-профилактических учреждений детская больница играет особую

роль. Именно сюда госпитализируют тяжелобольных, здесь сконцентрировано современное диагностическое оборудование, работают высококвалифицированные врачи и медицинские сестры, ведется профессиональная подготовка медицинских кадров.

Детская больница - лечебно-профилактическое учреждение для детей и подростков в возрасте до 17 лет включительно, нуждающихся в постоянном (стационарном) врачебном наблюдении, интенсивной терапии или специализированной помощи. Существуют различные типы детских больниц. По профилю они делятся на многопрофильные и специализированные, по системе организации - на объединенные с поликлиникой и необъединенные, по объему деятельности - на больницы той или иной категории, определяемой мощностью (количеством коек). Кроме того, в зависимости от административного деления различают районные, городские, клинические (если на базе больницы работает кафедра медицинского или научно-исследовательского института), областные, республиканские детские больницы.

Основная цель деятельности современной детской больницы - восстановление здоровья больного ребенка. Для достижения данной цели персонал медицинского учреждения должен оказать больному многоэтапную помощь, а именно: осуществить диагностику заболевания, провести неотложную терапию, основной курс лечения и восстановительное лечение, включая реабилитацию (меры социальной помощи).

На работников детского стационара возлагаются определенные обязанности, главными из которых являются следующие:

- оказание детям высококвалифицированной лечебной помощи;
- внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и профилактики;
- консультативная и методическая работа.

В каждой детской больнице имеются приемное отделение (приемный покой), стационар (лечебные отделения), лечебно-диагностическое отделение или соответствующие кабинеты и лаборатории, патологоанатомическое отделение (морг), вспомогательные подразделения (аптека, пищеблок, кабинет медицинской статистики, медицинский архив, административно-хозяйственная часть, библиотека и т.д.).

Развитие стационарной медицинской помощи детям в настоящее время имеет тенденцию к централизации отдельных больничных служб. Создаются лечебно-диагностические, консультативные центры, центры высоких технологий, патологоанатомические, стерилизационные отделения и другие службы, обеспечивающие работу нескольких больниц города, области.

Штатное расписание детской больницы включает должности главного врача, заместителя главного врача по лечебной части, заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом, заместителя главного врача по хозяйственной части, заведующих отделениями, врачей (ординаторов), старших медицинских сестер, медицинских сестер, младших медицинских сестер, в обязанности которых входит обеспечение высококвалифицированной медицинской помощи и ухода за больными детьми. В крупных детских больницах предусмотрена должность педагога, проводящего воспитательную работу с детьми. Выделяются штаты по отдельным хозяйственным и техническим специальностям (повара, инженеры, слесари, бухгалтеры и др.).

Уход за больным ребенком является составной частью лечебного процесса и призван обеспечить не только высокую эффективность комплекса терапевтических воздействий, но и, прежде всего, полное выздоровление больного. В стационаре уход за ребенком осуществляется как медицинскими работниками (врач, медицинская сестра), так и родственниками больного. Продолжительность контактов медицинских работников с больным ребенком и ближайшими родственниками может быть различной. Эти контакты иногда продолжаются многие недели или месяцы (и даже годы). Подобные обстоятельства обуславливают строгое соблюдение этико-деонтологических принципов во взаимоотношениях медицинских работников, а также медицинских работников с больными детьми и их родственниками.

Медицинская этика, являющаяся составной частью этики, рассматривает гуманистические, нравственные начала в деятельности медицинских работников. Слово «этика» произошло от греческого *ethos* - обычай. Именно нормы, правила и обычаи регулируют поведение и взаимоотношения людей в обществе. На этой основе сформулированы наиболее обобщенные понятия морали или этической категории для медицинских работников: долг, честь, достоинство, совесть, счастье. Принципы медицинской этики должны соблюдаться медиками в их повседневной деятельности. Долг медицинского работника - оказать помощь больному на самом высоком профессиональном уровне и никогда и ни под каким предлогом не участвовать в действиях, направленных против физического и психического здоровья людей. В круг вопросов медицинской этики входят и проблемы, от успешного решения которых зависят жизнь и здоровье не только ныне живущих, но и будущих поколений. К ним относятся борьба за мир, борьба против создания и накопления средств массового уничтожения, охрана окружающей среды.

В России еще в середине XIX века врачи пришли к осознанию глубоких отличий "детской" медицины от "взрослой". В первом отечественном руководстве "Педиатрика" (1847 г.) Степан Фомич Хотовицкий обосновал необходимость как выделения самостоятельного раздела медицины - "медицины детства", так и того, что врач-педиатр должен обладать особыми признанием и навыками, глубокими знаниями о постоянно развивающемся и меняющемся детском организме. Такое понимание проблемы привело к тому, что именно в России 140 лет назад в 1865 году в стенах Петербургской Медико-хирургической академии создается **первая в мире кафедра педиатрии**.

В СССР создается специальная служба охраны материнства и детства (развертывание сети яслей, домов ребенка, детских консультаций и поликлиник, стационаров; формируется участковый принцип обслуживания). Особенностью этой системы стало и то, что впервые в мире первичную врачебную помощь детям стали оказывать специально подготовленные специалисты на специальных факультетах медицинского вуза.

Детская поликлиника создается органом местного самоуправления как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение муниципального района (городского округа) или как структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения муниципального района (городского округа) для оказания по территориальному принципу первичной медико-санитарной помощи детскому населению. Детская поликлиника обеспечивает оказание детскому населению первичной медико-санитарной и медицинской помощи врачами-педиатрами участковыми лечебно-профилактического отделения, врачами-специалистами консультативно-диагностического отделения, врачами отделений неотложной медицинской помощи, восстановительного лечения, медико-социальной помощи, а также организацию медицинской помощи детям в образовательных учреждениях

7. Вопросы по теме занятия.

1. Факторы, определяющие здоровье и болезнь.
2. Сбор и оценка анамнеза у детей и их родителей.
3. Принципы деонтологии.
4. Взаимоотношения врача и родителей, врача и больного ребенка.
5. Определение уровня здоровья детей и групп здоровья.
6. Система материнства и детства в РФ и мире.

8. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

Инструкция к тестовым заданиям: Укажите один правильный ответ

1. **ГЛАВНОЙ ЦЕЛЬЮ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) изучение - влияния социальных факторов на здоровье населения отдельного человека
 - 2) повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия
 - 3) снижение стоимости медицинской помощи, повышение доступности и качества лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия
 - 4) повышение доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия
2. ОБРАЗ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ ПО ИССЛЕДОВАНИЯМ Ю. П. ЛИСИЦИНА
- 1) наименее значимым фактором для здоровья населения
 - 2) фактором, не влияющим на здоровье населения
 - 3) фактором, доля влияния которого на здоровье населения составляет около 20%
 - 4) наиболее значимым фактором для здоровья населения
3. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ ОКАЗЫВАЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ (ПО Ю. П. ЛИСИЦИНУ)
- 1) образ жизни
 - 2) миграция населения
 - 3) внешняя среда
 - 4) наследственность
4. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ КЛИНИКО-ГЕНЕАЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА
- 1) составление родословной с последующим обследованием пробанда
 - 2) составление родословных
 - 3) прослеживание передачи наследственных признаков среди родственников одного поколения
 - 4) прослеживание передачи наследственных признаков среди родственников больного в ряду поколений
5. ЗДОРОВЬЕ - ЭТО
- 1) состояние духовного и социального благополучия
 - 2) отсутствие болезней
 - 3) отсутствие физических дефектов
 - 4) состояние полного физического, духовного и социального благополучия
6. ДЛЯ ОЦЕНКИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1) характер миграционных процессов
 - 2) показатели физического развития
 - 3) уровень заболеваемости
 - 4) уровень инвалидности
7. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ - ЭТО
- 1) отказ от курения
 - 2) отказ от алкогольных напитков
 - 3) гигиеническое поведение, направленное на укрепление здоровья, обеспечивающее высокий уровень трудоспособности и активного долголетия
 - 4) соблюдение диеты и режима
8. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
- 1) артериальная гипертензия
 - 2) повышенный уровень холестерина
 - 3) семейный анамнез ССЗ
 - 4) сахарный диабет
 - 5) физическая активность

9. ФАКТОР, КОТОРЫЙ МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ НАРУШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ

- 1) первичный
- 2) провокационный
- 3) риска
- 4) вторичный
- 5) третичный

10. ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) приоритет профилактических мер в области здравоохранения
- 2) самообеспечение граждан в случае утраты здоровья
- 3) платность и софинансирование медицинской помощи для инвалидов
- 4) расширение показаний для лечения в круглосуточных стационарах
- 5) бесплатная медицинская помощь

Эталоны ответов

1 – 2 2 – 4 3 – 1 4 – 4 5 – 4 6 – 1 7 – 3 8 – 5 9 – 1 10 – 1

9. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

Задача №1

Мать с ребенком пришла к участковому педиатру на плановый профилактический осмотр. Девочке 2 месяца 25 дней. На последнем приеме были в месячном возрасте. Ребенок на естественном вскармливании. В последние 2 недели стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, реже мочится.

Родители здоровы. Беременность у матери первая, протекала с гестозом 2 половины. При сроке 32 недели перенесла острый бронхит. Роды в срок. Девочка закричала сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3200 гр.,



длина - 51 см. Из роддома выписана на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии. До настоящего времени ребенок ничем не болел.

Антропометрия: масса тела - 4600 гр., длина - 57 см., окружность грудной клетки - 38 см. Температура тела 36,8°C. Кожа чистая, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой практически отсутствует на животе, истончен на конечностях. Слизистые оболочки чистые, зев спокоен. Дыхание - пуэрильное,

хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, желтого цвета с кислым запахом.

При осмотре: ребенок беспокоен, плачет. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлексы Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо.

Задание

1. Сформулируйте диагноз. Определите группу здоровья и направленность риска.
2. Причины возникновения данного состояния. Какие исследования необходимо провести ребенку?
3. План профилактических мероприятий. Какие врачи-специалисты должны

осмотреть ребенка?

4. Сформулируйте прогноз состояния здоровья ребенка при отсутствии своевременной коррекции патологии.

5. Оцените возможность проведения профилактических прививок.

Эталон задачи

1. Постнатальная гипотрофия I степени, алиментарная, вторичная гипогалактия. Группа здоровья II. Существует направленность риска - развитие трофических нарушений.

2. Гипогалактия у матери. Контрольное взвешивание. Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, обследование кала на дисбиоз, белки и фракции сыворотки крови.

3. План профилактических мероприятий.

А) Рациональное вскармливание, возможен докорм адаптированными смесями, регулярный контроль за разовым и суточным объемом питания. Строгое соблюдение правил прикладывания ребенка к груди и правил кормления. Профилактика гипогалактии.

Б) Соблюдение санитарно-гигиенического режима.

В) Строгий контроль за динамикой антропометрических показателей.

Г) Ранняя диагностика наследственных и врожденных заболеваний и их лечение.

Д) Физическое воспитание (массаж, гимнастика, закаливание).

Е) Профилактика анемии, рахита, дисбиоза, гнойно-воспалительных заболеваний, аллергии, частой заболеваемости и кишечных инфекций. Необходимы консультации хирурга-ортопеда, невролога, окулиста.

4. Развитие анемии, рахита, дисбиоза, гнойно-воспалительных заболеваний, аллергии, частая заболеваемость.

5. Профилактические прививки в декретированные сроки.

Задача №2

Мать с девочкой 4,5 месяцев пришла на прием к участковому педиатру с жалобами на ухудшение аппетита, неустойчивый стул, периодическую рвоту, беспокойство.



Наследственность не отягощена. Ребенок от 1-й, нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологичные. Родилась с массой 3200 гр., длиной тела 54 см. На естественном вскармливании до 3 месяцев. Острыми инфекционными заболеваниями не болела. Поликлинику посещает ежемесячно. Осмотрена ортопедом, невропатологом, окулистом в 1 месяц, патологии не выявлено. Прибавка в массе за 1-й

месяц - 700 гр., 2-й месяц - 850 гр., 3-й месяц - 800 гр. На приеме в 3 месяца врач отметил начальные признаки рахита и назначил витамин D, не указав дозу. Мать давала витамин D₂ без строгого отсчета капель, за прошедший период девочка получила целый флакон препарата.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Лицо осунувшееся, периорбитальный цианоз. Рефлексы и мышечный тонус снижены. Во время осмотра у ребенка 2 раза возникала рвота. Пьет охотно. Масса тела 5300 г, длина - 62 см. Кожа сухая, бледная с сероватым оттенком, эластичность снижена. Гиперемия конъюнктивы век и глазного яблока. Тургор тканей снижен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 136 ударов в мин., АД - 96/50 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень

+3 см, плотноватой консистенции, селезенка у края реберной дуги. Мочеиспускания учащенные, безболезненные. Проба Сулковича положительная (+++).

Задание

1. Диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Показана ли госпитализация? Нуждается ли ребенок в лечении?
4. Какие побочные эффекты вызывает повышенное потребление витамина D₂? Возможные последствия для здоровья данного ребенка?
5. Были ли допущены участковым педиатром ошибки в ведении этого ребенка?

Эталон задачи

1. Гипервитаминоз витамина D
2. Исследование уровня кальция и фосфатов в крови и моче - для гипервитаминоза характерны гиперкальциемия и гиперкальциурия; при рентгенографии костей - расширение и уплотнение зон препараторного обызвествления.
3. Показана госпитализация. Лечение предполагает немедленную отмену препаратов витамина D, ограничение потребления кальция с пищей, инфузионную детоксикационную терапию, назначение витаминов А и Е, в тяжелых случаях - глюкокортикостероиды.
4. Избыток витамина D и его метаболитов вызывает повышенное всасывание кальция в кишечнике, гиперкальциемию и гиперкальциурию. Это создает условия для отложения солей кальция в стенках сосудов, ткани почек, сердца, мозга. Последствиями гипервитаминоза D часто являются нефропатии: хронический пиелонефрит, интерстициальный нефрит, тубулопатии. Даже в легких случаях гипервитаминоза D признаки миокардиодистрофии, нефрокальциноза, вторичного хронического пиелонефрита со снижением почечных функций сохраняются до 5-7 лет.
5. Не указана точная дозировка витамина D₂, прием витамина без контроля (не проводилась проба Сулковича).

Задача №3

Мальчик О., 11 лет обратился с мамой к участковому педиатру с жалобами на повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика страдают избыточным весом. В семье много употребляют сладкого, жирного, мучных изделий. Ребенок от 2-й беременности, 2-е роды в срок, без патологии. Масса тела при рождении



4000 г, длина 52 см. Мальчик учится в общеобразовательной школе, успеваемость хорошая, от уроков физической культуры освобожден. Ведет малоподвижный образ жизни, много времени проводит за компьютером.

Объективно: рост 142 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС - 95 уд/мин, дыхание - 19 в 1

минуту. АД 110/70 мм рт.ст. По другим внутренним органам патологии не выявлено. Физиологические отправления сохранены.

Задание

1. Оцените физическое развитие ребенка. О каком диагнозе нужно думать?
2. Какова возможная причина развития данной патологии?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза? Нуждается ли ребенок в госпитализации?
4. В какую группу риска по развитию заболевания относится этот ребенок? Перечислите возможные осложнения
5. Составьте план диспансерного наблюдения. Нуждается ли ребенок в освобождении от уроков физкультуры?

Эталон задачи

1. Физическое развитие среднее (рост 142 см – P₅₀₋₇₅), дисгармоничное за счет избытка массы тела 70,17 % (ИМТ = 29,27).
2. На основании данных наследственного анамнеза – родители и родная сестра мальчика имеют избыток массы тела, в семье много употребляют сладкого, жирного; малоподвижный образ жизни; данных объективного осмотра: подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе, ИМТ = 29,27, что соответствует ожирению III степени $((29,27-17,2)/17,2*100 = 70,17 \%)$ – можно думать о следующем DS: Конституционально-экзогенное ожирение III степени. Сочетание экзогенных факторов (избыточное высококалорийное питание, гиподинамия) и конституциональная предрасположенность (родители и родная сестра мальчика полные).
3. Клинический анализ крови, общий анализ мочи, Р-графия черепа с прицелом на турецкое седло, поля зрения, ЭхоЭГ, осмотр окулиста (глазное дно), УЗИ щитовидной железы, УЗИ надпочечников, гормональное обследование: пролактин, ТТГ, Т₄, ЛГ, ФСГ, тестостерон, кортизол; расширенная копрология. Ребенок нуждается в стационарном лечении.
4. Сахарный диабет II типа в связи с формированием инсулинорезистентности. Осложнения: кардиоваскулярные нарушения: артериальная гипертензия, нарушение функции гонад, нарушения опорно-двигательного аппарата, вторичный диэнцефальный синдром.
5. Подлежит диспансерному наблюдению у педиатра и эндокринолога. Осматривается в течение первого года наблюдения 1 раз в 3 месяца, далее – 1 раз в 6 – 12 месяцев. Консультация окулиста и невропатолога 1 раз в год. Определение глюкозы крови и мочи натощак, кортизола, АКТ, половых гормонов, сахарная кривая, липидограмма, УЗИ органов брюшной полости, глазного дна и полей зрения 1 раз 6-12 месяцев. При каждом осмотре – контроль за массой тела и АД, за состоянием кожи.

Дробное питание 5-6 раз в сутки небольшим объемом. Ограничение суточного калоража за счет снижения употребления жиров, замена легкоусвояемых углеводов на защищенные. Показаны: ЛФК, массаж, физиопроцедуры, водолечение (душ Шарко);

От уроков физкультуры освобождению не подлежит: назначается ЛФК, затем специальной группы по физическому воспитанию.

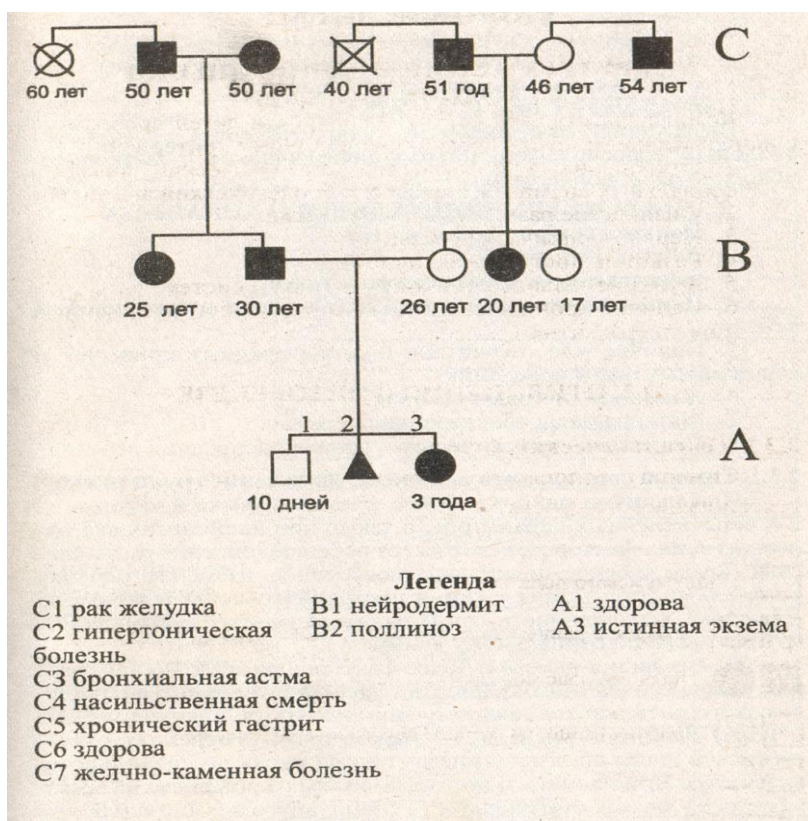
На диспансерном наблюдении находится до нормализации массы тела.

При соблюдении диеты и режима физических нагрузок прогноз для жизни и здоровья благоприятный.

При несоблюдении – угроза формирования метаболического синдрома с развитием острых сосудистых осложнений (инфаркт, инсульт).

Задача №4

Участковый педиатр при первичном патронаже к новорожденному мальчику 10 суток жизни составил генеалогическое дерево семьи. Ребенок находится на грудном вскармливании, сосет хорошо, не срыгивает, молока у матери достаточно. При осмотре пупочной ранки врач заметил корочку. Кожные покровы желтые.



Задание

1. Что такое генеалогический анамнез?
2. Оцените индекс отягощенности (Jo) генеалогического анамнеза.
3. Укажите направленность риска.
4. Тактика в отношении желтушности кожи.
5. Дайте советы по уходу за пупочной ранкой.

Эталон задачи

1. Генеалогический анамнез – сбор родословных, т.е. прослеживание признака или болезни в семье, в роду с

указанием типа родственных связей между членами родословной.

2. $Jo = 9/14 = 0,6$, умеренная отягощенность,

3. Направленность риска обусловлена предрасположенностью к аллергическим и гастроэнтерологическим заболеваниям.

4. Наличие желтушности на 10 сутки настораживает врача. Возникает мысль о затянувшейся физиологической желтухе (транзиторная гипербилирубинемия), либо о гемолитическом конфликте (резус, либо АВ0), об атрезии желчных ходов, о гепатите. Следует сдать кровь на билирубин, АЛТ. Показатель общего билирубина более 150 мкмоль/л и прямого более 30 мкмоль/л – требуют госпитализации ребенка. При повышении АЛТ требуется консультация инфекциониста и анализ крови на маркеры гепатитов.

5. Корочка на пупочной ранке требует обработки, т.к. под корочкой возможна инфекция.

Следует: а) обработать перекисью водорода 3%

б) просушить

в) обработать спиртом

г) обработать раствором марганцовки

Задача №5

Осмотр врача педиатра ребенком на дому. Девочка 6 суток жизни, накануне выписана из родильного дома в удовлетворительном состоянии.

Задание

1. Укажите условия для сбора анамнеза у



детей раннего возраста.

2. Что такое биологический анамнез?
3. Как оценить биологический анамнез?
4. Что такое социальный анамнез?
5. Оценка социального анамнеза, выделение групп риска.

Эталон задачи

1. Условия для сбора анамнеза у детей раннего возраста:

- Поведение врача и его внешний вид, который в педиатрии приобретает особый смысл (врач должен иметь опрятный вид без использования экстравагантных стилей одежды, без яркой необычной косметики со стойкими запахами, ярких украшений);
- анамнез собирается у родителей, желательно у матери;
- для педиатра расспрос имеет особое значение т.к. за это время необходимо наладить контакт с ребенком и его родственниками;
- очень важно быть предельно доброжелательным, спокойным, уверенным в себе;
- следует спокойно выслушать родителей и одновременно наводящими вопросами и уточнениями получить необходимую информацию;
- направить рассказ матери в зависимости от ситуации;
- во время опроса не делать заключения, особенно негативного плана, как по возможному заболеванию, так и по тем мероприятиям, которые применялись коллегами;
- детей младшего возраста заинтересовать игрушкой или предметами, представляющими для него интерес, можно поиграть с ребенком;
- при расспросе рекомендуется соблюдать определенную последовательность: анамнез настоящего заболевания, анамнез жизни;
- при выяснении анамнеза жизни у детей до 3 лет особое внимание следует уделять особенностям пренатального, интранатального и раннего постнатального периодов;
- при сборе анамнеза жизни у детей старшего возраста особое внимание следует уделить особенностям условий и образа жизни.

2. Биологический анамнез – включает сведения о развитии ребенка в различные периоды онтогенеза:

Аntenатальный период (раздельно о течении первой и второй половин беременности):

- Гестозы первой и второй половины беременности;
- Угрозы выкидыша;
- Экстрагенитальные заболевания у матери;
- Профессиональные вредности у родителей;
- Отрицательная резус-принадлежность матери с нарастанием титра антител;
- Хирургические вмешательства;
- Вирусные заболевания во время беременности;
- Посещение женщиной школы матерей по психопрофилактике родов;

Интранатальный и ранний неонатальный периоды (первая неделя жизни):

- Характер течения родов (длительный безводный период, стремительные роды);
- Пособие в родах;
- Оперативное родоразрешение (кесарево сечение и др.);
- Оценка по шкале Апгар;
- Крик ребенка;
- Диагноз при рождении и выписке из родильного дома;
- Срок прикладывания к груди и характер лактации у матери;
- Срок вакцинации БЦЖ;
- Время отпадения пуповины;
- Состояние ребенка при выписке из родильного дома;

- Состояние матери при выписке из родильного дома.

Поздний неонатальный период:

- Родовая травма;
- Асфиксия;
- Недоношенность;
- Гемолитическая болезнь новорожденного;
- Острые инфекционные и неинфекционные заболевания;
- Ранний перевод на искусственное вскармливание;
- Пограничные состояния и их длительность.

Постнатальный период развития:

- Повторные острые инфекционные заболевания;
- Наличие рахита;
- Наличие анемии;
- Расстройства трофики тканей в виде дистрофии типа гипотрофии или паратрофии;
- Наличие диатезов.

Сведения о биологическом анамнезе участковый врач-педиатр получает из выписок родильного дома и других медицинских учреждений, бесед с родителями.

3. Оценка биологического анамнеза, выделение групп риска:

При наличии одного и более факторов риска:

- В каждом из 5-ти перечисленных периодов онтогенеза следует говорить о высокой отягощенности биологического анамнеза;
- В 3-4-х периодах – о выраженной отягощенности (группа высокого риска по биологическому анамнезу);
- В 2-х периодах – об умеренной отягощенности (группа риска по биологическому анамнезу);
- В одном периоде – о низкой отягощенности (группа внимания по биологическому анамнезу).

Если факторы риска отсутствуют во всех периодах развития ребенка, то биологический анамнез считается неотягощенным.

О степени неблагополучия в периодах внутриутробного развития ребенка можно косвенно судить по уровню его стигматизации. В зависимости от силы повреждающих факторов количества стигм дизэмбриогенеза, не приводящих к органическим или функциональным нарушениям определенного органа, может быть различным. В норме оно составляет 5-7. Превышение порога стигматизации может рассматриваться в качестве фактора риска еще не проявившейся патологии.

4. Основные параметры социального анамнеза (таб. 4):

Таблица 4

Параметры социального анамнеза и их характеристика

Параметры	Благополучный анамнез	Неблагополучный анамнез
1.Характеристика семьи	Семья полная, т.е. есть отец или близкие (ближайшие) родственники матери (2 и более взрослых человека)	Семья неполная (мать живет одна с ребенком)
2.Образовательный уровень членов семьи	Высшее или среднее специальное	Нет специального образования
3.Психологический микроклимат семьи: Отношение к ребенку Вредные привычки	Отношения между членами семьи дружные, нет вредных привычек (алкоголизм и др.)	Отношения грубые, в семье бытуют вредные привычки
4.Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность	Отдельная благоустроенная квартира	Нет благоустроенных условий.

	(на 1 члена семьи не менее 7 м ²). Заработок на 1 члена семьи больше прожиточного минимума	Заработок на 1 члена семьи менее прожиточного минимума
--	--	--

5. Оценка социального анамнеза, выделение групп риска:

- Наличие одного и более факторов риска в каждом из 7-8 перечисленных параметров социального анамнеза (а также наличие только одного из таких факторов, как отказ от ребенка, лишение родительских прав, ребенок- подкидыш, постоянное избиение ребенка родителями, отсутствие у семьи постоянного места жительства) свидетельствуют о высокой отягощенности социального анамнеза (группа риска по социальному анамнезу);
- Присутствие одного и более факторов риска в 5-6 параметрах говорит о выраженной отягощенности (группа высокого риска по социальному анамнезу);
- Наличие факторов риска в 3-4 параметрах говорит об умеренной отягощенности (группа риска по социальному анамнезу);
- Наличие факторов риска в одном-двух параметрах свидетельствует о низкой отягощенности социального анамнеза (за исключением факторов, перечисленных в оценке высокой отягощенности) (группа внимания по социальному анамнезу);

В случае неблагоприятного анамнеза необходимо указать параметры, имеющие отрицательную характеристику.

10. Перечень и стандарты практических умений.

I – профессионально ориентируется по данному вопросу.

II – может использовать приобретенные навыки под руководством специалиста.

III – может самостоятельно применять приобретенные навыки.

№	Практические навыки согласно образовательному стандарту	Стандарт
п/п специальности		выполнения

	Курация больных (сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, генеалогический, акушерско-биологический, социальный анамнез, факторы риска заболевания).	II
1	Определение групп здоровья.	II
2	Определять профилактические мероприятия, призванные повысить сопротивляемость организма к неблагоприятным факторам внешней среды.	II
3	Составить отчет.	II
4		

11. Примерная тематика НИРС по теме

Научно-исследовательская работа студента осуществляется по выбору студента, исходя из предпочтений по разделам изучаемой дисциплины с учетом списка тем и списка рекомендованной литературы в методической разработке для внеаудиторной работы студента. При проведении НИР студент пользуется услугами библиотеки, интернет-поиском, совершенствуя навыки тематического поиска и работы с компьютером. Студент должен проработать не менее 5 библиографических (или электронных) источников.

Темы НИРС:

- Основы формирования здоровья детей: интегративное единство биологической, психической и социальной сущности человека.
- Система материнства и детства в Красноярском крае, РФ, в других странах мира.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная литература

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год
1	2	3	4
1	Общий уход за детьми [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://studmedlib.ru/book/ISBN9785970413357.html	А. М. Запруднов, К. И. Григорьев	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2	Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://studmedlib.ru/book/ISBN9785970416723.html	ред. А. С. Калмыкова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год
1	Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика	А. А. Баранов, Ю. Е. Лапин	М. : б/и, 2009.
2	Инвалидность детского населения России. Вып. 7	А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, Д. И. Зелинская [и др.]	Москва : Центр развития межсекторальных программ, 2008.
3	Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка» [Электронный ресурс] : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов 3-4 курсов по специальности 060103 – Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=28963	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова, Л. И. Позднякова [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2011.
4	Новорожденный ребенок. Основы оценки состояния здоровья и рекомендации по профилактике и коррекции его нарушений : рук. для врачей	ред. Н. Л. Черная, В. В. Шилкин	СПб. : СпецЛит, 2009.
5	Организация диспансерного наблюдения детей и подростков на педиатрическом участке : учеб. пособие для студентов 6 курса по спец. 060103- Педиатрия	сост. В. Т. Манчук, Е. И. Прахин, И. Н. Чистякова [и др.] ; ред. М. Ю. Галактионова	Красноярск : КрасГМУ, 2010.
6	Организация диспансерного наблюдения за детьми первого года жизни [Электронный ресурс] : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов 6 курса, обучающихся по спец. 060103 - Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=29008	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова, Н. В. Матыскина	Красноярск : КрасГМУ, 2012.
7	Питание детей раннего возраста: в схемах и таблицах : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов педиатр. фак.	М. Ю. Галактионова, Н. В. Назаренко	Красноярск : КрасГМУ, 2009.
8	Рахит (диагностика, лечение, профилактика) : учеб. пособие	М. Ю. Галактионова, Н. В. Назаренко, И. Н. Чистякова	Красноярск : Изд-во КрасГМА, 2008.
9	Руководство по практическим умениям педиатра : учеб. пособие	ред. В. О. Быков	Ростов н/Д : Феникс, 2010.
10	Современные медицинские технологии мониторинга состояния здоровья детей и подростков [Электронный ресурс] : учеб. пособие для курсантов последилового обучения по спец. 060103 - Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=28439	сост. М. Ю. Галактионова, Т. Е. Таранушенко, И. Н. Чистякова [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2011.
11	Специфическая иммунопрофилактика инфекционных заболеваний у детей и подростков: учебное пособие для самостоятельной работы студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103 – педиатрия	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова	Красноярск : КрасГМУ, 2009.

	[Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=1239		
12	Уход в педиатрии	П. Г. Кюль, Д. Зипманн, Х. Зоботтка [и др.] ; пер. с нем. Н. Ю. Голованова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
13	Уход за здоровым и больным ребенком : учеб. пособие	ред. В. В. Юрьев, Н. Н. Воронович	СПб. : СпецЛит, 2009.
14	Электронные ресурсы: 1. ЭБС КрасГМУ "Colibris"; 2. ЭБС Консультант студента; 3. ЭБС Университетская библиотека OnLine; 4. ЭНБ eLibrary		

1. Занятие № 2

Тема: «Эмбриотоксическое, фетотоксическое и тератогенное влияние на плод вредных привычек беременной женщины и применения лекарственных препаратов. Понятие генетического риска. Мутагенное влияние внешней среды».

1. Форма организации учебного процесса: клиническое практическое занятие.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы).

Окружающая среда оказывает на здоровье значимое влияние. Все процессы в биосфере взаимосвязаны. Человечество — незначительная часть биосферы, а человек — лишь один из видов органической жизни — *Homo sapiens* (человек разумный). Разум выделил человека из животного мира и дал ему огромное преимущество. Но люди на протяжении веков стремились не приспособиться к природной среде, а сделать ее удобной для своего существования. В результате любая их деятельность оказывала влияние на окружающую среду, причем чаще отрицательное. Всестороннее изучение взаимоотношений человека с окружающим миром привело к пониманию, что здоровье — капитал, не только данный природой от рождения, но и зависящий от окружающих условий.

Цели обучения:

– общая: обучающийся должен обладать общекультурными (ОК-1, ОК-5, ОК – 8) и профессиональными компетенциями (ПК-1, ПК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК -16, ПК – 18, ПК-26, ПК – 27, ПК – 30, ПК -31).

- учебная:

обучающийся должен знать: Периоды развития плода. Влияние на плод вредных привычек беременной женщины и применения лекарственных препаратов. Понятие генетического риска. Мутагенное влияние внешней среды.

обучающийся должен уметь: собрать и оценить анамнез ребенка. Провести беседу с матерью ребенка о влиянии на плод вредных привычек, приема лекарств, влиянии внешней среды и наследственных факторов.

обучающийся должен владеть: основными принципами осмотра детей и подростков, принципами беседы с родителями ребенка, принципами этики и деонтологии.

3. Место проведения практического занятия: учебная комната, структурные подразделения детской поликлиники, детского стационара.

4. Оснащение занятия: схемы осмотра ребенка, методические рекомендации, схемы сбора и оценки анамнеза.

5. Структура содержания темы (хронокарта).

Хронокарта практического занятия

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	5	Проверка посещаемости

2.	Формулировка темы и целей	5	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний и умений	15	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	5	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся: а) курация под руководством преподавателя; б) разбор курируемых пациентов; в) выявление типичных ошибок	60	Работа: а) работа в детском отделении; в) демонстрация куратором различных состояний у детей.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	60	Ситуационные задачи
7.	Задание к следующему занятию	3	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
Всего:		153 мин	

6. Аннотация (краткое содержание темы).

Периоды детского возраста.

В развитии ребенка от зачатия до наступления половой и социальной зрелости выделяют 2 этапа и 6 периодов.

А. Внутритробный этап развития:

- фаза эмбрионального развития (до 2-3 мес.);
- фаза плацентарного развития (от 3 мес. до рождения).

Б. Внеутробный этап развития.

1. Период новорожденности (неонатальный):
 - ранний неонатальный период (от рождения до 7 дней);
 - поздний неонатальный период (от 8 до 28 дней).
2. Период грудного возраста (от 1 до 12 мес.).
3. Преддошкольный период (от 1 до 3 лет).
4. Дошкольный период (от 3 до 7 лет).
5. Младший школьный период (от 7 до 11-12 лет).
- Старший школьный период (от 12 до 17-18 лет).

Воздействие окружающей среды на образ жизни и организм человека можно рассматривать с нескольких позиций:

- как укрепляющее здоровье, повышающее защитные силы организма и трудоспособность;
- ограничивающее виды жизнедеятельности;

➤ вызывающее заболевание или ухудшающее функциональное состояние организма. Элементы окружающей среды многообразны, их присутствие настолько естественно для человека, что положительное или отрицательное воздействие распознается не сразу.

Воздух

Атмосферный воздух — один из основных жизненно важных элементов окружающей нас среды. В течение суток человек вдыхает около 12—15 м³ кислорода, выделяет приблизительно 580 л углекислого газа. Дыхание — естественный физиологический процесс, без которого ребенок может обойтись не более полминуты. Без пищи можно прожить 3—4 нед, без воды — несколько дней. Самый известный источник инфракрасного (ИК), ультрафиолетового (УФ) и других видов излучений — Солнце. В диапазоне до 200 см происходит наиболее эффективное резонансное поглощение теплового ИК-излучения. Тепловая энергия проникает в ткани человека на глубину до 3—4 см. И К-лучи на химическом уровне воздействуют на молекулы воды. Последние положительно влияют на больные и ослабленные клетки, способствуя усилению кровообращения, насыщению клеток организма кислородом и интенсификации тем самым обмена веществ. В результате происходит расщепление жиров и понижается уровень кислотности. ИК-лучи обладают дезодорирующим, очищающим, противоядным воздействием. Они очищают загрязненный воздух, активизируют рост растений. Для их применения было разработано различное медицинское оборудование в целях имитации солнечных ванн (загара), а также простые излучатели: солнечные концентраторы, ИК-лампы и др. При изменении температуры воздуха в сторону экстремального увеличения или уменьшения возможны опасные для здоровья ребенка состояния — перегревание (тепловой удар) или переохлаждение и отморожение. **Тепловой удар** — общая реакция организма ребенка на воздействие высоких температур. **Переохлаждение** — общая реакция организма ребенка на воздействие низких температур. **Отморожение** — повреждение тканей при воздействии низких температур, чаще — атмосферного воздуха. Неблагоприятными считаются колебания температуры в 8—10 °С и выше.

Тепловой удар

- Переместить ребенка в прохладное помещение, уложить, голову покрыть пеленкой, смоченной холодной водой, оставив свободным лицо.
- Дать обильное прохладное питье.
- Провести физическое охлаждение холодной водой.
- При ухудшении состояния — госпитализировать.

Переохлаждение и отморожение

- Доставить в теплое помещение, укутать в теплое одеяло, согреть отмороженный участок. Дать горячее питье. При легком отморожении лица и ушных раковин — растереть их мягкой тканью до порозовения, не повреждая кожу.
- Желательна теплая ванна в течение 30—45 мин с повышением температуры воды от 30 до 40 °С. Одновременно конечность массировать от периферии к центру (если нет пузырей!).
- На поврежденные участки кожи наложить сухую асептическую повязку.
- Госпитализировать при нарушении жизненно важных функций организма.
- Госпитализировать в хирургическое отделение при отморожении (кроме ограниченного отморожения легкой степени).

В удалении от источников загрязнения химический состав атмосферы достаточно стабилен. Очаги выраженного загрязнения воздушного бассейна появляются в результате выбросов промышленными предприятиями и транспортом токсичных веществ, что при определенных метеорологических условиях приводит к заболеваниям и даже смертельным исходам, особенно у детей. Загрязненный воздух раздражает большей частью дыхательные пути, вызывая болезни дыхательной системы. К раздражителям, вызывающим эти болезни, относятся SO₂ и SO₃, азотистые пары, HCl, HN0₃, H₂SO₄, H₂S, фосфор и его соединения. Пыль, содержащая окислы кремния, вызывает тяжелое легочное

заболевание — силикоз. Уличные травмы глаз, вызываемые летучей золой и другими загрязнениями атмосферы, в промышленных центрах достигают 30—60% всех случаев офтальмологических заболеваний.

Солнце

Солнце служит основным источником электромагнитной радиации. Для оценки солнечной активности необходимо определить относительное число пятен на солнечном диске. С периодом повышенной солнечной активности связано ухудшение состояния больных с сердечно-сосудистой патологией из-за увеличения интенсивности свертывания крови в коронарных сосудах. На второй день солнечной активности чаще случаются автомобильные и прочие катастрофы, что связывают с резким снижением зрительно-моторной реакции на сигналы. Вся область УФ-излучения условно делится на ближнюю ($\lambda = 200-380$ нм) и дальнюю, или вакуумную ($\lambda = 100-200$ нм). Ближний диапазон УФ-лучей, в свою очередь, подразделяется на коротко-, средне- и длинноволновое УФ-излучение. Все эти УФ-излучения различаются по своему влиянию на организм человека. УФ-излучение поглощается верхними слоями кожи человека и животных или тканей растений. Регулярное его воздействие на ребенка может быть достаточно разрушительным, вызывая дерматиты, ожоги. Большие дозы УФ-излучения влияют на центральную нервную систему (ЦНС), вызывая головную боль, повышенную утомляемость, увеличение температуры тела, тошноту и др. Следует учитывать, что именно это излучение генерируется бактерицидными УФ-источниками излучения. Средневолновое УФ-излучение охватывает диапазон длин волн от 280 до 315 нм и называется излучением средней энергии, которое представляет опасность для органов зрения человека. Наиболее выраженное проявление УФ-недостаточности — гиповитаминоз D, когда нарушаются фосфорно-кальциевый обмен и процесс костеобразования. Неблагоприятное тепловое действие солнечных лучей квалифицируется как солнечный удар — особая форма теплового удара в случае прямого воздействия солнечных лучей на голову ребенка. Чем младше ребенок, тем короче время, которое он может проводить под прямыми солнечными лучами. Детям рекомендуется в солнечный летний день в период с 11 до 16 ч находиться в тени деревьев, под тентом.

Солнечный удар

- Переместить ребенка в прохладное помещение, уложить в горизонтальное положение, голову покрыть пеленкой, смоченной холодной водой, не закрывая лица.
- Дать обильное прохладное питье.
- Провести физическое охлаждение с использованием кондиционера или холодной воды.

При ухудшении состояния — госпитализировать.

Метеорологическая зона комфорта:

- температура для раздетого человека — в пределах 17,3-21,7 °С, для одетого - 16,7-20,7 °С;
- относительная влажность воздуха — около 50%;
- атмосферное давление — 750 мм рт.ст.;
- скорость ветра — 0—0,5 м/с.

Озон

Озоновая дыра — локальное падение концентрации озона в озоновом слое Земли. Озоновый слой разрушается в результате активного применения азотных удобрений в сельском хозяйстве, хлорирования питьевой воды, использования фреонов в холодильных установках и аэрозолях и других причин. Миллионы тонн хлорфторметанов поступают в нижний слой атмосферы, которые под действием УФ-излучения разрушаются, выделяя фтор и хлор, активно участвующих в процессах разрушения озона. Качество же воздуха зависит от концентрации озона и оценивается как хорошее, измененное, частично плохое,

плохое и очень плохое, причем степень воздействия некачественного воздуха на детей и взрослых различна.

Ничтожные количества озона, возникающие при грозе, придают воздуху запах свежести, но при концентрации свыше $0,5 \text{ мг/м}^3$ воздуха озон вызывает раздражение дыхательных путей, головокружение, удушливый кашель, боли в сердце. Тропосферный озон — загрязнитель, который способен угрожать здоровью людей и животных, а также повреждать растения. Допустимыми безопасными концентрациями озона считают $0,5\text{--}2,5 \text{ РРт}$ ($0,0001 \text{ мг/л}$).

Неблагоприятное воздействие изменений погоды вызывает нарушения функций ряда органов и систем организма ребенка, обеспечивающих терморегуляцию и оптимальные условия для его жизнедеятельности. Частыми и достоверными раздражителями выступают температура и влажность воздуха, атмосферное давление, скорость ветра. Определенную роль выполняют метеорологические явления, например туман, пыльные бури, смерчи. Крайне высокая температура воздуха с повышением уровня озона непосредственно приводит к смерти от сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний, особенно у детей и пожилых людей. Вследствие загрязнения воздуха в городах ежегодно происходит около 1,2 млн случаев смерти. Кроме того, во время сильной жары повышаются уровни пыль-1 [ы растений и других аэроаллергенов в воздухе. Они могут провоцировать бронхиальную астму, от которой страдают около 300 млн человек.

Радиация

Радиация по самой своей природе вредна для жизни, особенно чувствительны к ней дети. На экстренный случай в Японии даже предусмотрен специальный чемоданчик для предупреждения ее последствий.

Относительно небольшие дозы при облучении хрящевой ткани замедляют или вовсе останавливают рост костей, что приводит к аномалиям развития скелета. Облучение головного мозга ребенка при лучевой терапии вызывает изменения в его характере, приводит к потере памяти, а у детей раннего возраста — к слабоумию и идиотии. Биологическое действие радиации обусловлено высокой чувствительностью нуклеиновых кислот, которые могут разрушаться, что приводит к гибели клеток или возникновению мутаций.

Вода

Почти все загрязняющие вещества, которые первоначально попали в атмосферу, в конечном итоге оказываются на поверхности суши и воды. Оседающие аэрозоли могут содержать ядовитые тяжелые металлы: свинец, ртуть, медь, ванадий, кобальт, никель. Обычно они малоподвижны и накапливаются в почве. В почву с дождями попадают также кислоты, которые наносят экологический, экономический и эстетический ущерб.

Океаны и моря загрязняются вследствие поступления вредных веществ с речными стоками, выпадения их из атмосферы и, наконец, благодаря деятельности человека. Естественное загрязнение происходит в результате просачивания нефти из нефтеносных слоев, главным образом, на шельфе. Наибольший вклад в нефтяное загрязнение океана вносят морские перевозки нефти, а также внезапные разливы большого количества нефти при авариях танкеров.

Многие болезни передаются через **загрязненную воду**. Так, связанные с водой инфекционные болезни ежегодно уносят до 3,2 млн человеческих жизней — примерно 6% всех случаев смертей в мире. Многие острые кишечные инфекции передаются человеку в результате загрязнения водоисточников экскрементами, выделяемыми из организма больных. Через воду могут передаваться такие заболевания, как гепатит, туляремия, водная лихорадка, бруцеллез, полиомиелит. Вода становится источником заражения человека глистами, лямблиями и т.д.

Использование жесткой воды вызывает появление осадка (накипи), а слишком мягкая вода приводит к коррозии труб, так как в этом случае отсутствует кислотно-

щелочная буферность, которую обеспечивает гидрокарбонатная (временная) жесткость. Вкус природной питьевой воды, например родниковой, обусловлен именно присутствием солей жесткости.

Значение воды

- Ежедневно для питья и гигиены человеку необходимо от 20 до 50 л воды, но каждый третий человек в мире испытывает нехватку воды для удовлетворения повседневных потребностей.
- Потребление и жесткой, и мягкой воды обычно не угрожает здоровью. Однако есть данные, что высокая жесткость способствует образованию мочевых камней, а низкая — незначительно увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний. От излишка в воде фтора зависит частота заболеваемости кариесом.

Звук

Все живые организмы, в том числе и человек, воспринимают **звук** из внешней среды. Звуком называют механические колебания внешней среды под воздействием неких упругих волн, которые распространяются в газах, жидких и твердых телах и воспринимаются слуховым аппаратом животных и человека (от 16 до 20 000 колебаний в секунду). Колебания большей частоты называют ультразвуком (УЗ), меньшей — инфразвуком (ИЗ). Ухо человека не слышит инфразвук, это упругие волны низкой частоты (менее 16 Гц). ИЗ — естественное явление, он «прячется» в шуме леса, моря. Источниками ИЗ-колебаний служат также грозовые разряды (гром), взрывы, орудийные выстрелы. И в земной коре наблюдаются инфразвуковые колебания, возбуждаемые землетрясениями, взрывами, обвалами и даже транспортными средствами. Распространение ИЗ на большие расстояния в море позволяет предсказывать стихийные бедствия, например цунами. Биологическое действие ИЗ проявляется, если частота волны совпадает с так называемым α -ритмом головного мозга, что может вызвать у человека серьезные заболевания. Кроме того, собственная частота нашего вестибулярного аппарата близка к 6 Гц, поэтому неприятные ощущения возможны в результате длительной езды в автобусе, поезде, при плавании на корабле или даже качании на качелях. Интересный факт: привидения — это следствие воздействия ИЗ на психику человека.

УЗ — упругие волны высокой (более 20 кГц) частоты. О существовании УЗ известно давно, но его практическое использование в науке, технике, промышленности и медицине началось сравнительно недавно. Воздействие звуков на организм человека изучено еще недостаточно. К примеру, **дельфинотерапия** приобретает все большую известность в качестве метода, показавшего хорошие результаты в комплексном лечении различных органических поражений ЦНС, синдрома Дауна, нейросенсорной тугоухости, нарушений обмена веществ и реабилитации после психологических травм. Одним из основных лечебных эффектов этого метода является уникальная способность дельфинов выступать в качестве природного ультразвукового сонара, оказывающего прямой лечебный эффект на клеточном уровне и улучшающего работу всех органов и систем организма человека. Формирование здоровья детей **звуками природы** — одно из направлений звукотерапии и традиционной медицины. Лечение такими звуками особенно необходимо детям, живущим в крупных городах. Природа дает огромный заряд энергии, духовные и физические силы и творческий потенциал. Необходимо обращать внимание детей на красоту цветников, газонов, деревьев и листьев, бабочек, пение птиц, приучать их к постоянному любованию окружающим нас миром (рис. 1-7). Звуки природы — это также гром, рокот моря, шелест листьев, журчание ручья, шум дождя или водопада.

Шум — громкие звуки, слившиеся в нестройный аккорд. Уровень шума в 20—30 децибелов практически безвреден для человека, допустимая граница — примерно 80 децибелов. Звук в 130 децибелов уже вызывает у человека болевое ощущение, а в 150 — становится для него непереносимым, вызывая многочисленные реактивные изменения ЦНС, сердечно-сосудистой, дыхательной систем, вестибулярного анализатора, снижение слуха. Звуки и шумы большой мощности поражают слуховой аппарат, нервные центры,

могут вызвать болевые ощущения и шок. Так действует **шумовое загрязнение** в крупных городах.

Музыку называют гормоном удовольствия, она улучшает не только настроение и самочувствие, но и помогает человеку в борьбе с серьезными заболеваниями, обладает даже обезболивающим эффектом (таб. .

Таблица

Рекомендуемые произведения классической музыки

Произведения	Воздействие
«Мазурка» Шопена, вальсы Штрауса, «Мелодия» Рубинштейна	Ослабление чувства тревоги и неуверенности
Кантата № 2 Баха, «Лунная соната» Бетховена	Избавление от раздражительности, разочарования
Симфония № 6 Бетховена (часть 2), «Колыбельная» Брамса, «Аве Мария» Шуберта	Общее успокоение
Концерт ре миор для скрипки Баха	Снятие симптомов гипертонии и напряженности в отношениях с другими людьми
«Дон Жуан» Моцарта, Венгерская рапсодия № 1 Листа, сюита «Маскарад» Хачатуряна	Уменьшение головной боли, связанной с эмоциональным напряжением
Шестая симфония Чайковского (часть 3), увертюра «Эгмонт» Бетховена	Поднятие общего жизненного тонуса, улучшение самочувствия, активности, настроения
«Времена года» Чайковского, «Лунный свет» Дебюсси, симфония № 5 Мендельсона	Повышение концентрации внимания, сосредоточенности

В качестве вспомогательного средства слушать музыку рекомендуют пациентам, которым предстоят сложные обследования или длительные процедуры. Наслаждаясь звуками любого из инструментов — будь то гитара, аккордеон или рояль — и тем более пытаясь играть на них, ребенок стимулирует свои умственные способности, поскольку ритм, мелодия и высота звука «считываются» в различных отделах головного мозга. К примеру, прослушивание музыки Моцарта усиливает мозговую активность, что носит название «эффект Моцарта». В медицине широко используется музыкотерапия, особенно влечении детей с перинатальным поражением ЦНС.

Музыкотерапия противопоказана:

- младенцам с гипертензионно-гидроцефальным, судорожным синдромом;
- детям в тяжелом состоянии, сопровождаемом выраженной интоксикацией организма;
- больным острым отитом при болевом синдроме.

Ритм музыкального произведения может обретать наркотические свойства. Например, если он кратен полутора ударам в секунду и сопровождается мощным давлением сверхнизких частот (15—30 Гц), то способен вызвать у человека экстаз. При ритме, равном двум ударам в секунду на тех же частотах, слушающий впадает в танцевальный транс. Этим объясняется популярность диско клубов у подростков.

Биологические ритмы

В любом явлении окружающей нас природы существует строгая повторяемость процессов. Известно множество ритмических процессов в организме, называемых **биоритмами**. К ним относятся ритмы работы сердца, дыхания, биоэлектрической активности мозга и многих других физиологических процессов. Вся жизнь представляет собой постоянную смену покоя и активной деятельности, сна и бодрствования, утомления от напряженного труда и отдых.

В конце XIX — начале XX в. Г. Свобода, В. Фисс, А. Тельчер создали популярную **концепцию о трех ритмах**: 23-суточный — физический, 28-суточный — эмоциональный

и 33-суточный — интеллектуальный. Суть концепции о ритмах состоит в следующем. Во-первых, все три ритма возникают одновременно в момент рождения или в момент самого зачатия — образования зиготы. Во-вторых, они имеют строго синусоидальную форму, не изменяющуюся на протяжении всей жизни человека, и, следовательно, неизменную частоту, т.е. длительность периода. В-третьих, положительная часть каждой синусоиды (полуволны, расположенной выше так называемой нулевой линии — горизонтали, проведенной посередине между максимумами и минимумами) соответствует периодам подъема физической, эмоциональной и умственной активности, а отрицательная ее часть (полуволна, расположенная ниже указанной горизонтали) характеризуется периодом упадка, снижения этих видов активности.

Ритмы формируются внешними синхронизаторами. Ярким примером формирования эндогенных ритмов под влиянием синхронизаторов внешней среды может служить воздействие на новорожденного ребенка света, звука, пищи и др. По мере роста и развития усиливается роль внутренних факторов. Сравнительно быстро формируется 24-часовой суточный ритм физиологических процессов. На 2—3-й неделе жизни ребенка начинается синхронизация температуры тела с ритмом дня и ночи на протяжении суток, на 4—20-й неделе жизни — частоты пульса. В первые 2 нед жизни экскреция с мочой кортизола и кортикостерона также подтверждена суточным колебанием — максимальная в 16—20 ч, минимальная — поздним вечером и ночью.

Реакция организма на любое воздействие зависит от фазы суточного ритма. Эти знания вызвали развитие новых направлений в медицине — хронодиагностику, хронотерапию, хронофармакологию. Основу их составляет положение о том, что одно и то же средство в разные часы суток оказывает на организм различное, иногда прямо противоположное воздействие. Именно поэтому для получения большего эффекта важно указывать не только дозу, но и точное время приема лекарственных средств.

Согласно древней китайской философии, природа характеризуется пятью первоэлементами, или особенностями, составляющими мира и жизни (стихиями) — это дерево, огонь, земля, металл, вода, тесно взаимосвязанные с внутренними органами человека. Звезда стихий рассматривается как магический амулет благополучия, она как бы символизирует гармонию, вечность и совершенство. Данное воззрение положено в основу широко используемого метода лечения — акупунктуры.

На формирование здоровья детей благотворно влияет **ландшафт**. Известно, что санатории, дома отдыха строятся в самых красивых уголках. Это не случайность. Оказывается, окружающий ландшафт оказывает положительное воздействие на биологические ритмы. Растительные биоценозы, леса обладают выраженным оздоровительным действием.

Неблагоприятное влияние изменений климата

Изменение климата оказывает воздействие на все группы населения, но некоторые из них более уязвимы, чем другие. Особо уязвимы люди, живущие в небольших развивающихся островных государствах и других прибрежных регионах, мегаполисах, а также горных и полярных районах. Дети, особенно живущие в бедных странах, входят в число самых незащищенных перед рисками для здоровья, связанными с изменением климата. Климат воздействует на человека через погодные факторы. При резкой смене погоды снижаются физическая и умственная работоспособность человека, и он чаще ошибается, обостряются хронические болезни, нередко происходят несчастные случаи. Большинство физических факторов внешней среды, во взаимодействии с которыми эволюционировал человеческий организм, имеют электромагнитную природу. Движение воздушных масс, ветры, распределение температуры и водяного пара влияют на электрические свойства тропосферы, распределение заряженных и незаряженных аэрозолей и радиоактивных частиц земного происхождения. Широко известны несчастные случаи во время грозы. Тысячи людей ежегодно страдают от ударов молний, десятки из них гибнут.

Земной шар окружен сильным магнитным полем, напряженность которого уменьшается с высотой и изменяется во времени. Изменение магнитного поля тесно связано с изменением наземного атмосферного давления, появлением засух, образованием атмосферных фронтов и другими природными процессами.

При воздействии магнитной бури на организм человека действуют несколько факторов:

- ИЗ очень низкой частоты;
- микроимпульсации магнитного поля Земли от нескольких Гц до нескольких кГц;
- изменение интенсивности УФ-излучения, приходящего к поверхности Земли из-за изменения озонового слоя в высоких широтах под действием заряженных частиц.

Установлено, что в основе неблагоприятного воздействия окружающей среды лежит **снижение неспецифической резистентности организма**. Загрязнение атмосферного воздуха, воды и почвы создает общий дискомфорт, а именно: в значительной мере (10-20%) определяет уровень заболеваемости, что, в свою очередь, влияет на показатели образа жизни. Способность адаптироваться к новым условиям особенно снижена в детском возрасте. В природе все взаимосвязанно, и научиться жить в гармонии с ней и с собой — важная задача каждого человека.

В последнее время большое внимание уделяют изучению отдаленных последствий влияния неблагоприятной окружающей среды на здоровье — мутагенных, гонадотоксических и эмбриотоксических эффектов. Выделяют несколько уровней профилактики врожденной и наследственной патологии, причем каждый из них имеет свой набор профилактических действий (табл.).

Таблица 1-21.

Уровни профилактики наследственных болезней

Прегаметический	Охрана репродуктивного здоровья. Охрана окружающей среды
Презиготический	Медико-генетическое консультирование. Искусственная инсеминация. Периконцепционная профилактика
Пренатальный	Внедрение всех видов пренатальной (дородовой) диагностики
Постнатальный	Ранняя верификация заболеваний. Патогенетическая терапия. Предупреждение инвалидизирующих расстройств

Прегаметическая профилактика — предупреждение формирования патологической гаметы, которая может развиваться при воздействии на родительские половые клетки эндогенных или экзогенных неблагоприятных факторов.

Презиготическая профилактика длительное время была основана на расчете генетического риска образования патологических гомо- и гете-розигот, возникающих при развитии зиготы — клетки с диплоидным набором хромосом. Медико-генетическое консультирование в настоящее время дополнено методами искусственного оплодотворения и пери-концепционной профилактики, что дает шанс успешно предупредить большинство хромосомных болезней и многие ВПР.

Оптимальное время для первичной профилактики ВПР и профилактическое генетическое тестирование называют **преконцепционным периодом**, т.е. временем предварительного планирования зачатия, что особенно важно при первой беременности.

Доказано, например, что назначение фолиевой кислоты женщине за несколько месяцев до и в первые месяцы беременности приводит к снижению частоты рождения детей с врожденными пороками сердца, дефектами в нервной трубке, расщелинами губы и нёба. Предупредить тяжелые последствия наследственных заболеваний можно, если использовать **пост-натальную коррекцию** после рождения, например искусственную диету при фенилкетонурии, галактоземии, целиакии и других заболеваниях.

Краеугольный камень первичной профилактики — формирование и сохранение ЗОЖ в семье, что обеспечивает наиболее благоприятные и соответствующие физиологическим потребностям ребенка условия его жизнедеятельности и гармоничного развития. Естественное вскармливание, наряду с соблюдением режима дня, лежит в

основе жизнедеятельности ребенка, способствуя предупреждению многих заболеваний детского возраста. С учетом резко возросшей информационной нагрузки, особенно в связи с широким распространением аудиовизуальной техники, детям необходимо обеспечить оптимальную двигательную нагрузку. Это способствует профилактике либо нивелированию нейрове-гетативных и психоэмоциональных нарушений.

Государству принадлежит ведущая роль в поддержании экологического благополучия, планировании и проведении иммунопрофилактики, хлорировании воды, борьбе с особо опасными инфекциями и др. Только целенаправленные последовательные программы, реализуемые на государственном уровне, могут обеспечить эффективные мероприятия по борьбе с курением, алкоголизмом, наркоманией, социальными заболеваниями, включая ВИЧ-инфекцию и туберкулез.

Вторичная профилактика

Вторичная профилактика, предусматривающая раннюю диагностику заболеваний детей, не всегда оказывается своевременной, что обусловлено техническими, методическими приемами. Большинство хронических заболеваний относятся к мультифакториальным, т.е. обусловленным не какой-либо одной конкретной причиной, а совокупностью факторов. Именно поэтому для ранней диагностики того или много заболевания разумно использовать выявление факторов риска.

С учетом полигенного характера большинства хронических заболеваний требуется выделить патогенетические и ассоциированные многомерные **маркеры предрасположенности**. Например, пепсиноген-1 — маркер язвенной болезни двенадцатиперстной кишки — считают связанным с патогенезом заболевания. Маркером язвенной болезни, хронического гастрита, синдрома Золлингера—Эллисона (гастриномы) служит повышенная секреция гастрина. У лиц с группой крови 0(1) и Rh(+) язвенная болезнь желудка возникает в 1,4—1,5 раза чаще, чем в популяции. Хронические бронхолегочные заболевания чаще развиваются у детей с группой крови B(II) и фенотипами гаптоглобина 1-1 и 1-2.

Информативно определение **гаплотипов** или антигенов системы HLA, поскольку установлена взаимосвязь между системой гистосовместимости и некоторыми хроническими заболеваниями. При преобладании гаплотипа B12 риск желчнокаменной болезни у детей возрастает на 30%, гаплотипа B18 — на 40%. У лиц с HLA B18 и B27 имеется риск развития ревматоидного артрита соответственно в 3,6 и 3,4 раза выше, чем в общей популяции. Системная красная волчанка чаще развивается при наличии антигенов HLA DRw3.

Для вторичной профилактики имеет значение **скрининг**, т.е. массовое (тотальное) обследование популяции в целях идентификации какого-либо заболевания и (или) выявления факторов риска.

Исключительно велика роль **диспансеризации** детей, проводимой в декретированные сроки. Помимо оценки состояния здоровья, выявления групп риска по некоторым заболеваниям, важна также своевременная диагностика соматических и инфекционных болезней.

Третичная профилактика

Третичная профилактика направлена на предотвращение дальнейшего развития или возникновения осложнений уже имеющегося заболевания; четвертичную профилактику можно рассматривать как реабилитацию таких пациентов. Комплекс мероприятий зависит от характера болезни, ее возможных исходов, прогноза и других факторов. Например, при язвенной болезни желудка непосредственно угрожающим жизни осложнением следует считать кровотечение. При нарушениях свертывающей системы крови (гемофилии, болезни Виллебранда и др.) желудочно-кишечные кровотечения часто рецидивируют, усугубляют течение язвенной болезни и становятся одним из неблагоприятных прогностических признаков. Для предотвращения подобных осложне-

ний, помимо противорецидивного лечения, необходима дополнительная гемостатическая терапия.

Третичная профилактика, во многом совпадая с лечебными мероприятиями, одновременно заимствует многие принципы первичной и вторичной профилактики. Это касается рационального питания, оптимального режима дня, иммунопрофилактики, адекватной школьной нагрузки, а по мере взросления ребенка — и правильной профессиональной ориентации.

ПИТАНИЕ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

В настоящее время накоплено достаточное количество научного материала, достоверно подтверждающего зависимость состояния здоровья детей от состояния питания матери не только в период беременности и лактации, но и в периоде планирования беременности. Более того, получены данные, подтверждающие влияние пищевого статуса будущего отца на состояние здоровья его детей. Дефицит питания, недостаток витаминов и микроэлементов приводят к невынашиванию беременности, задержке внутриутробного развития, к преждевременному рождению, рождению с аномалиями развития органов, систем, рождению ребенка в состоянии дистрофии и т.д.

Оптимальным для женщин фертильного возраста считается рацион питания с энергетическим обеспечением в сутки 2000 килокалорий. Индивидуально цифры могут колебаться от 1800 до 2500 ккал. В период беременности и лактации суточное обеспечение в энергии рекомендуется увеличивать в среднем на 300 -500 ккал. Это связано с повышением уровня обмена веществ и дополнительной физической нагрузкой в период беременности.

Однако, существенно большее значение в период беременности и предшествующий ему период для формирования отдельных органов и систем будущего ребенка имеет качественная характеристика питания. Подготовка к беременности включает подготовку генома. Следовательно, продукты и блюда в эти периоды должны иметь адапторы, содержащихся в биологических доступных формах в свежих и разнообразных продуктах питания. В случае невозможности обеспечения женщины в эти периоды такими продуктами, показан приём витаминно-минеральных комплексов (ВМК).

Так недостаток фолиевой кислоты нарушает закладку нервной трубки и может приводить к различным порокам развития нервной системы. Недостаток селена нарушает развитие других органов и, прежде всего, сердца. Особенно неблагоприятно сказывается недостаток микронутриентов на ранних сроках беременности. Именно тогда увеличивается вероятность формирования уродств и аномалий развития органов и систем плода, которые диагностируются в более поздние сроки беременности и/или после рождения ребенка. Как правило, дети, вынашиваемые в условиях дефицита макро- и микронутриентов, рождаются с клиническими симптомами дистрофии, анемии, рахита и т.п., или симптомы дефицитных состояний проявляются уже в периоде новорожденности.

Всем женщинам планирующим беременность рекомендуется получать достаточное количество фолиевой кислоты не только в виде продуктов, содержащих её (зел.овощи и фрукты, картофель, капуста, хлеб, щавель, мед, говяжья печень-240 мкг), но и в виде пищевых добавок или комплексов, содержащих фолиевую кислоту. Дополнительный прием фолатов должен начинаться перед наступлением беременности и продолжаться до окончания первого триместра беременности. Предупреждение развития фолатозависимого состояния в эти периоды значительно снижает риск формирования и развития дефектов нервной и кровеносной систем.

Особую проблему представляют железодефицитные состояния (ЖДС). Недостаток железа в организме женщины в период предшествующий беременности и во время её отрицательно сказывается на обеспеченности железом плода и увеличивает вероятность рождения ребенка со всеми клиническими проявлениями железодефицита. Дефицит железа может приводить к когнитивным нарушениям, нарушениям моторики у ребенка в последующем. Определенная часть этих нарушений может оказаться необратимыми.

Сочетанный дефицит железа и недостатка фолатов повышает вероятность развития мегалобластической анемии. Кроме того, дефицит железа отрицательно влияет на иммунитет беременной женщины и увеличивает риск инфекции у матери, при этом снижается активность фагоцитов и нейтрофилов и уменьшается бактерицидное действие клеток киллеров (NK). Следует отметить, что помимо железа и другие эссенциальные микроэлементы определяют иммунный ответ и их дефицит предрасполагает к развитию инфекционного заболевания

Очевидны и другие проблемы, связанные с алиментарными дефицитами. Так дефицит витамина В₆ или продуктов с его содержанием приводит к дистрофическим процессам зубов у матери и отражается на закладке молочных зубов у ребенка.

Дефицит J у будущих матерей приводит к отставанию физического и интеллектуального развития ребенка в последующем.

В последние годы большое влияние уделяется дефициту Zn в период беременности. Так, в экспериментальных исследованиях был выявлен его выраженный тератогенный эффект: аномалии развития мозга, расщелина верхней челюсти, аномалии развития сердца, легких, мочеполовой системы. Дефицит Zn у беременной женщины сопровождается снижением иммунитета, повышенной заболеваемостью, увеличивает частоту осложнений беременности и рецидивов хронических заболеваний

Рекомендуемая суточная потребность в Са у беременных составляет около 1200-1500 мг. Основная часть потребности в Са обеспечивается диетой. Избыточное поступление Са, особенно в виде ВМК или БАД, может приводить к «старению плаценты» (отложение кальцификатов), преждевременному закрытию родничка. Вопрос о введении дополнительного Са в составе ВМК, монопрепарата или БАД должно быть тщательно взвешено. Опасен не только дефицит, но и избыточное потребление некоторых микронутриентов, особенно витамина А, отличающегося токсичностью в больших дозах.

7. Вопросы по теме занятия.

1. Периоды развития плода.
2. Влияние на плод вредных привычек беременной женщины и применения лекарственных препаратов.
3. Понятие генетического риска.
4. Мутагенное влияние внешней среды.
5. Особенности питания в период беременности.

8. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

Инструкция к тестовым заданиям: Укажите один правильный ответ

1. НА РОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМИ УРОДСТВАМИ ПОВЛИЯЛИ ПОВРЕЖДАЮЩИЕ ФАКТОРЫ НА СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 8-12 недель
- 2) 14-16 недель
- 3) 20-25 недель
- 4) 28-32 недели
- 5) 33-40 недель

2. ВПС - СЛЕДСТВИЕ ВЛИЯНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ

- 1) в первом триместре беременности
- 2) во втором триместре
- 3) в третьем триместре
- 4) в период родов
- 5) после 20 недель

3. ПОЗИТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СВЯЗАНО С

- 1) предупреждением гипоксии плода в родах
- 2) ранним применением простагландинов после родов

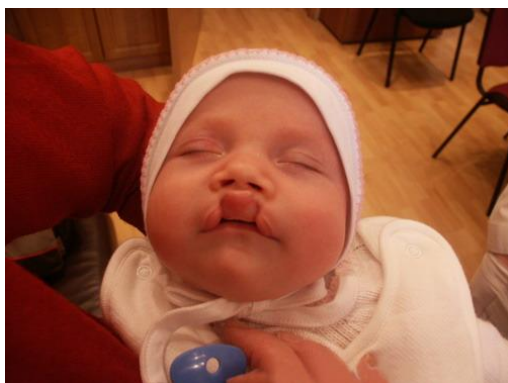
- 3) отложенным оперативным вмешательством
 - 4) своевременным лечением метаболического ацидоза
 - 5) 2) и 4)
4. ПРИРОСТ ВЕСА ТЕЛА МАТЕРИ, ВЫНАШИВАЮЩЕЙ ОДНОГО РЕБЕНКА, ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫМ
- 1) 8 - 10 кг
 - 2) 10 - 14 кг
 - 3) 14 - 18 кг
 - 4) 6 – 8 кг
 - 5) до 6 кг
5. НЕДОСТАТОЧНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ЖЕНЩИНОЙ ДО И ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К
- 1) невынашиванию беременности
 - 2) артериальной гипертензией беременной
 - 3) поражению кариесом молочных и постоянных зубов у ребенка
 - 4) аномалии формирования нервной трубки
 - 5) ко всему перечисленному
6. ДЕФИЦИТ ЙОДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОПАСЕН ДЛЯ ПЛОДА
- 1) маловесностью к сроку гестации
 - 2) нейромышечными расстройствами
 - 3) снижением интеллекта
 - 4) избыточному весу к рождению
 - 5) снижением остроты слуха
7. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
- 1) ограничивать прием жидкости
 - 2) резко ограничивать прием соли
 - 3) избегать жареной пищи и обильных десертов
 - 4) разгрузочные дни
 - 5) ежедневно контролировать вес
8. ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО УПОТРЕБЛЯЕМОГО ЦЕЛЬНОГО КОРОВЬЕГО МОЛОКА БЕРЕМЕННОЙ
- 1) без ограничений
 - 2) до 1 литра в день
 - 3) до 200-500 мл в день
 - 4) не допускается
 - 5) резко ограничено
9. ФАЗА ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ
- 1) первые 2 месяца
 - 2) первые 5 месяцев
 - 3) первые 3 месяца
 - 4) первые 6 месяцев
 - 5) первые 7 месяцев
10. ФАЗА ПЛАЦЕНТАРНОГО РАЗВИТИЯ СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ
- 1) со 2 месяца до рождения
 - 2) с 5 месяца до рождения
 - 3) с 3 месяца до рождения
 - 4) с 6 месяца до рождения
 - 5) с 8 месяца до рождения

Эталоны ответов

1 – 1 2 – 1 3 – 3 4 – 2 5 – 4 6 – 3 7 – 3 8 – 3 9 – 3 10 – 3

9. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

Задача №1



При рождении у ребёнка выявлены: расщелина губы и нёба; постакиальная полидактилия кистей и стоп, микроцефалия, низкорасположенные деформированные ушные раковины, стопы-«качалки». При УЗ-исследовании – поликистоз почек, на ЭХО-КГ – дефект межжелудочковой перегородки.

Задание

1. К какому классу наследственных заболеваний следует отнести данный случай?
2. Предположительный диагноз.
3. Какими генетическими методами следует подтвердить диагноз?
4. Каков прогноз потомства для родителей ребёнка и от чего он зависит?
5. Каков прогноз заболевания для ребёнка?

Эталон задачи

1. Случаи множественных врождённых пороков развития чаще всего относятся к хромосомной патологии.
2. Синдром Патау, трисомия по 13 хромосоме.
3. Необходимо провести цитогенетическое обследование ребёнка.
4. В случае простой трисомной формы синдрома Патау, прогноз для родителей благоприятный, риск повторения низкий.
5. Прогноз по заболеванию неблагоприятный, большинство детей не доживают до года из-за тяжелого поражения ЦНС, сердца, почек и других органов.

Задача №2



По направлению районного акушера-гинеколога в медико-генетическую консультацию обратилась женщина 36 лет с беременностью 10 недель. Женщина соматически здорова. Беременность 2-ая (1-ая – роды, ребёнку 6 лет, здоров), желанная, планированная. Беременность протекает без патологии, женщина ничем не болела, лекарств не принимала, работа не связана с вредными условиями. Мужу 37 лет, соматически здоров. Супруги в кровном родстве не состоят. Генеалогический анамнез без особенностей.

Задание

1. Что является показанием для генетической консультации в данном случае?
2. Какова величина генетического риска для потомства?
3. Какие назначения сделает врач-генетик?
4. В каком случае будут показаны инвазивные методы пренатальной диагностики?
5. Следует ли проводить специализированное генетическое обследование супругам?

Эталон задачи

1. Показанием для медико-генетической консультации в данном случае является возраст супругов.
2. Генетический риск на хромосомную патологию для потомства повышен.
3. Врач-генетик рекомендует пренатальную диагностику – неинвазивную (исследование сывороточных маркёров крови) в I и II триместрах беременности, при положительных результатах – рассмотреть вопрос об инвазивной пренатальной диагностике.

4. Инвазивные методы пренатальной диагностики показаны в случае изменения показателей β -ХГЧ и РАРР-А в I триместре беременности и α -ФП, β -ХГЧ, ε -3 во II триместре.
5. Специализированное генетическое обследование супругам не показано.

Задача №3



Новорожденная девочка поступила под наблюдение участкового педиатра в возрасте 7 дней. Ребенок от 2 беременности (первая закончилась выкидышем). Матери 22 года, студентка, страдает бронхиальной астмой. Во время беременности постоянно пользовалась тайледом, вентолином. 2 раза переболела ОРВИ. Во время настоящей беременности в квартире был ремонт, беременная находилась дома. У родственников по линии отца и матери различные аллергические заболевания. Роды срочные, путем кесарева сечения, оценка по шкале Апгар - 6/8 баллов. Закричала не сразу. Масса тела 2800 г, длина – 50 см. К груди приложена на 2-е сутки, сосала вяло по 30 - 40 минут, срыгивала. При осмотре: ребенок на естественном вскармливании. Сосет вяло, с перерывами, отмечаются не обильные срыгивания. Интервалы между кормлениями выдерживает. Девочка достаточно активна, физиологические рефлексы живые, мышечный гипертонус. Кожа и слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка чистая, сухая. Большой родничок 3х3 см, не выбухает. Дыхание пузрыльное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка не пальпируется. Стул 5 раз в день, желтый, кашицеобразный.

Задание

1. Какое влияние на плод оказывает вентолин?
2. Какое воздействие на новорожденного оказывают анестезия и аналгезия при родоразрешении путем кесарева сечения?

3. Тактика ведения ребенка.
4. Какие физиологические параметры оцениваются у новорожденного по шкале Апгар и что в сумме они позволяют определить?
5. Оцените массово-ростовой коэффициент при рождении у данного ребенка.

Эталон задачи

1. Вентолин (сальбутамол) вызывает преждевременные роды, цервикальную недостаточность, урежение пульса плода.
2. Анестезия во время кесарева сечения вызывает депрессию новорожденного, апноэ, ацидоз, снижение реакции на слуховые стимулы.
3. Осмотр педиатром ежедневно в течение 10 дней, контроль за размерами окружности головы, уровнем нервно-психического и моторного развития; невропатолога 1 раз в месяц; осмотр заведующим поликлиническим отделением в 1 мес. Раннее лабораторное обследование: анализы крови, мочи в возрасте 1 и 3 месяцев и после каждого заболевания. Мероприятия по профилактике раннего выявления и лечения дисбактериоза, анемии, рахита и др. Профилактика регургитации - положение во время сна - на боку. Контроль за массой тела 4 раза в месяц (семья должна быть обеспечена весами). Профилактические прививки по Национальному календарю (Приказ МЗ РФ №229). Необходима консультация узких специалистов (невропатолога, окулиста),

инструментальное исследование внутренних органов.

4. Шкала Апгар: через 1 мин., 5 мин., 30 мин. Оценка в баллах 0, 1, 2. ЧСС, сердечный ритм, дыхательная активность, мышечный тонус, рефлекторная возбудимость, окраска кожи. 10-7 хорошее состояние; 6-4 средней тяжести; 3-1 тяжелое; 0 клиническая смерть.

5. МРК=56 (в норме 60), гипотрофия I степени.

Задача №4



Девочке 1 год 1 месяц, поступила в клинику с жалобами на беспокойство, потерю аппетита, снижение массы тела, разжиженный светлый стул 3-4 раза в день. Девочка от немолодых родителей (матери 41 год, отцу – 54 года), мать длительно лечилась по поводу хронического невынашивания. Беременность шестая (1 – мед. аборт, 2-5 – выкидыши на различных сроках). Для сохранения беременности проводили гормональную терапию. Отмечены проявления гестоза 2 половины (отеки, подъем

АД до 150/100 мм. рт. ст.).

На 38-39 неделе было проведено плановое кесарево сечение. Масса при рождении 4200г, длина 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

Грудное вскармливание проводилось до 3 месяцев, затем искусственное. Масса тела в 6 месяцев 8400г, длина тела 67 см. В возрасте 5 месяцев был введен первый прикорм – овощное пюре, в 6 мес. – каша (манная, овсяная, гречневая, пшеничная).

С возраста 7 месяцев у девочки постепенно ухудшился стул - стал пенистым, светлым, с неприятным запахом и жирным блеском, 5-7 раз в день. С этого же возраста начала терять в массе. Масса тела к 12 месяцам 7300г, длина 71 см. девочка стоит при поддержке, самостоятельно не ходит. Раздражительна, плаксива, от еды отказывается. Получила 3 курса лечения ферментными препаратами и биопрепаратами.

В 9 месяцев введен мясной прикорм. К 1 году получала 2 молочных кормления и 3 прикорма, однако прибавки массы не было.

При осмотре резко пониженного питания. Жировой слой на туловище отсутствует, на конечностях слабо выражен, тургор тканей снижен. Кожная складка расправляется медленно, выражена мраморность и сухость кожи. Видимые слизистые бледные, сухие. Сосочки языка сглажены. Зубы 2/2 с дефектами эмали. Пульс 134 уд/мин, ритмичный. Систолический дующий шум над верхушкой сердца. Над легкими перкуторный звук с тимпаническим оттенком, дыхание жесткое, хрипов нет. Живот резко вздут, увеличен в размере (это придает ребенку вид «паука»), при пальпации умеренно болезненный во всех отделах. Печень пропальпировать не удается, перкуторно нижний край на 3,5 см ниже края реберной дуги.

Задание

1. Оцените анамнез жизни ребенка.
2. Оцените анамнез заболевания ребенка.
3. Предполагаемые причины заболевания?
4. Оцените физическое развитие ребенка в 6 месяцев по центильным таблицам.
5. Оцените физическое развитие ребенка в 12 месяцев.

Эталон задачи

1. Возраст родителей (матери 41 год, отцу – 54 года), неблагоприятный акушерский анамнез матери (мед.аборт, выкидыши), 6-я беременность, протекавшая с гестозом, мама принимала гормональную терапию, оперативные роды, крупный плод, низкие оценки по Апгар при рождении, ранний перевод на искусственное вскармливание.
2. Ухудшение стула связано с введением кашевого прикорма.
3. Вероятно у ребенка заболевание целиакия, связанное с нарушением переваривания белка злаков (глютена).
4. Физическое развитие выше среднего, избыток массы тела 500 г.
5. Физическое развитие крайне низкое, резко дисгармоничное за счет дефицита массы тела 2100 г (22,3%).

Задача №5



На консультации беременная женщина в возрасте 23 лет, работает на химическом комбинате лаборантом; страдает хроническим гастродуоденитом. Вредных привычек нет. Известно, что данная беременность первая, срок - 10 недель. Исходная масса тела до беременности 60 кг, длина тела 170 см. В настоящее время масса тела составляет 62 кг. Жалобы: в течение последней недели беспокоят изжога, тошнота. Аппетит сохранен, в питании отмечает сухие «перекусы» в течение дня.

Задание

1. Питание беременной женщины: потребности, особенности, дополнительные продукты питания.
2. Оцените, достаточно ли беременная набирает массу.
3. Дайте рекомендацию по питанию и режиму беременной женщины в первую половину беременности.
4. Основные положения программы ВОЗ по поддержке и поощрению естественного вскармливания.
5. Значение дефицита микронутриентов для развития плода.

Эталон задачи

1. В первой половине беременности потребности организма беременной женщины существенно не отличаются. В первом триместре происходит закладка органов плода, поэтому в этот период особенно важно обеспечить достаточное поступление в организм полноценных белков, витаминов и микроэлементов в оптимальном количестве и соотношении. Беременная женщина должна получать белка 60-90 г/сутки, 50-70 г/сутки жиров, 325-450 г/сутки углеводов. Общая энергоценность суточного рациона 2200 – 2700 ккал. Во второй половине беременности возрастает потребность в пищевых веществах – белка 80-110 г/сутки, жиров – 50-70 г/сутки, углеводов 325 – 450 г/сутки. Белки животного происхождения не менее 60%, из них 30% белка мяса и рыбы, до 25% - молока и его продуктов и до 5% яиц. Жиры - основной вид – свежее коровье масло. Не более 25-30 г/сутки. 25-30 г растительных масел, которые содержат полиненасыщенные жирные кислоты и витамин Е. Источником углеводов должны быть в основном продукты, содержащие пищевые волокна: хлеб из муки грубого помола, овощи, фрукты, ягоды, способствующие улучшению функции кишечника, а также крупы – гречневая, овсяная и другие злаки. Общее количество сахара не более 40-50 г/сутки. Со второго триместра беременности ограничить потребление кондитерских изделий, варенья, конфет. Жидкость – суточная потребность 35 г на кг массы тела. Специальные продукты для беременных – «Матерна», «Витрум пренатал», «Мульти табс перинатал», «Преглавит», «Элевит Пронаталь».

2. Оцените, достаточно ли беременная набирает массу. Дайте рекомендации по питанию режиму беременной женщины в первую половину беременности: Средне - месячная прибавка в массе для здоровой беременной женщины в первом триместре беременности составляет в среднем 1-3 кг. В это время происходит интенсивное формирование эмбриона. Следовательно, женщина имеет недостаточную прибавку в массе за время беременности, которая, возможно, обусловлена заболеванием ЖКТ (хронический гастродуоденит), работа на химическом производстве (хроническая интоксикация), не рациональное питание (сухие «перекусы» в течение дня).

3. Режим беременной в первую половину – для женщины необходимо исключить дополнительные физические нагрузки, особенно связанные с подъемом тяжестей, длительной статической позой. Увеличить время пребывания на свежем воздухе (показаны пешие прогулки), более продолжительное время для ночного отдыха, желательно отдых днем. Прием пищи должен быть 4-5 раз в день, с полным набором необходимых продуктов, исключить продукты, обладающие высокой, аллергизирующей способностью, исключить алкоголь. Ежедневно беременная должна получать: мясо или рыбы – 120 – 150 г; молока или кефира – 200 г; творога – 50 г; яиц – 1 шт; хлеба – 200 г; круп и макарон – 50-60 г; картофеля и других овощей – 500 г; фруктов и ягод – 200-500 г.

4. Основные положения программы ВОЗ по поддержке и поощрению естественного вскармливания:

1. Информированность всего медико-санитарного персонала в отношении практики грудного вскармливания;
2. Обучение всего персонала необходимым навыкам проведения грудного вскармливания;
3. Информированность всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания;
4. Помощь матерям при кормлении грудью в течение первых 30 минут после родов;
5. Обучение матерей как кормить грудью и как сохранять лактацию, даже если они отделены от детей;
6. Не давать новорожденным никакой другой пищи или питья кроме грудного молока, за исключением особых медицинских показаний;
7. Практиковать круглосуточное совместное размещение матери и новорожденного;
8. Поощрять грудное вскармливание по требованию ребенка;
9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, соски или пустышки;
10. Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и информировать матерей о возможности обращения в эти группы за консультативной помощью.

5. Существенно большее значение в период беременности и предшествующий ему период для формирования отдельных органов и систем будущего ребенка имеет качественная характеристика питания. Подготовка к беременности включает подготовку генома. Следовательно, продукты и блюда в эти периоды должны иметь адапторы, содержащихся в биологических доступных формах в свежих и разнообразных продуктах питания. В случае невозможности обеспечения женщины в эти периоды такими продуктами, показан прием витаминно-минеральных комплексов (ВМК). Так недостаток фолиевой кислоты нарушает закладку нервной трубки и может приводить к различным порокам развития нервной системы. Недостаток селена нарушает развитие других органов и, прежде всего, сердца. Особенно неблагоприятно сказывается недостаток микронутриентов на ранних сроках беременности. Именно тогда увеличивается вероятность формирования уродств и аномалий развития органов и систем плода, которые диагностируются в более поздние сроки беременности и/или после рождения ребенка. Как правило, дети, вынашиваемые в условиях дефицита макро- и микронутриентов, рождаются с клиническими симптомами дистрофии, анемии, рахита и т.п., или симптомы дефицитных состояний проявляются уже в периоде новорожденности.

10. Перечень и стандарты практических умений.

I – профессионально ориентируется по данному вопросу.

II – может использовать приобретенные навыки под руководством специалиста.

III – может самостоятельно применять приобретенные навыки.

№ п/п специальности	Практические навыки согласно образовательному стандарту	Стандарт выполнения
------------------------	---	------------------------

- | | | |
|---|---|----|
| 1 | Проводить сбор анамнеза у родителей.
Провести беседу о влиянии вредных факторов (внешняя среда, неправильное питание, прием лекарств, вредные привычки, наследственность) на развитие плода. | II |
| 2 | | II |
| 3 | Составить отчет | II |

11. Примерная тематика НИРС по теме

Научно-исследовательская работа студента осуществляется по выбору студента, исходя из предпочтений по разделам изучаемой дисциплины с учетом списка тем и списка рекомендованной литературы в методической разработке для внеаудиторной работы студента. При проведении НИР студент пользуется услугами библиотеки, интернет-поиском, совершенствуя навыки тематического поиска и работы с компьютером. Студент должен проработать не менее 5 библиографических (или электронных) источников.

Темы НИРС:

- Влияние вредных факторов (внешняя среда, неправильное питание, прием лекарств, вредные привычки, наследственность) на развитие плода.
- Влияние факторов окружающей среды на здоровье детей.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная литература

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год
1	2	3	4
1	Общий уход за детьми [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://studmedlib.ru/book/ISBN9785970413357.html	А. М. Запруднов, К. И. Григорьев	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2	Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://studmedlib.ru/book/ISBN9785970416723.html	ред. А. С. Калмыкова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год
1	Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика	А. А. Баранов, Ю. Е. Лапин	М. : б/и, 2009.
2	Инвалидность детского населения России. Вып. 7	А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, Д. И. Зелинская [и др.]	Москва : Центр развития межсекторальных программ, 2008.
3	Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка» [Электронный ресурс] : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов 3-4 курсов по специальности 060103 – Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова, Л. И. Позднякова [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2011.

	=&res_id=28963		
4	Новорожденный ребенок. Основы оценки состояния здоровья и рекомендации по профилактике и коррекции его нарушений : рук. для врачей	ред. Н. Л. Черная, В. В. Шилкин	СПб. : СпецЛит, 2009.
5	Организация диспансерного наблюдения детей и подростков на педиатрическом участке : учеб.пособие для студентов 6 курса по спец. 060103- Педиатрия	сост. В. Т. Манчук, Е. И. Прахин, И. Н. Чистякова [и др.] ; ред. М. Ю. Галактионова	Красноярск : КрасГМУ, 2010.
6	Организация диспансерного наблюдения за детьми первого года жизни [Электронный ресурс] : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов 6 курса, обучающихся по спец. 060103 - Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=29008	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова, Н. В. Матыскина	Красноярск : КрасГМУ, 2012.
7	Питание детей раннего возраста: в схемах и таблицах : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов педиатр. фак.	М. Ю. Галактионова, Н. В. Назаренко	Красноярск : КрасГМУ, 2009.
8	Рахит (диагностика, лечение, профилактика) : учеб. пособие	М. Ю. Галактионова, Н. В. Назаренко, И. Н. Чистякова	Красноярск : Изд-во КрасГМА, 2008.
9	Руководство по практическим умениям педиатра : учеб. пособие	ред. В. О. Быков	Ростов н/Д : Феникс, 2010.
10	Современные медицинские технологии мониторинга состояния здоровья детей и подростков [Электронный ресурс] : учеб. пособие для курсантов последиplomного обучения по спец. 060103 - Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=28439	сост. М. Ю. Галактионова, Т. Е. Таранушенко, И. Н. Чистякова [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2011.
11	Специфическая иммунопрофилактика инфекционных заболеваний у детей и подростков: учебное пособие для самостоятельной работы студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103 – педиатрия [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=1239	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова	Красноярск : КрасГМУ, 2009.
12	Уход в педиатрии	П. Г. Кюль, Д. Зипманн, Х. Зоботтка [и др.] ; пер. с нем. Н. Ю. Голованова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
13	Уход за здоровым и больным ребенком : учеб. пособие	ред. В. В. Юрьев, Н. Н. Воронович	СПб. : СпецЛит, 2009.
14	Электронные ресурсы: 1. ЭБС КрасГМУ "Colibris"; 2. ЭБС Консультант студента; 3. ЭБС Университетская библиотека OnLine; 4. ЭНБ eLibrary		

1. Занятие № 3

Тема: «Психосоциальные факторы риска здоровья. Стресс - один из факторов, способствующих заболеваниям детей и подростков».

1. Форма организации учебного процесса: клиническое практическое занятие.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы).

Здоровый образ жизни — образ жизни отдельного человека, направленный на заботу о собственном организме, предупреждение болезней. В английском языке этому термину соответствуют словосочетания *healthy lifestyle* (здоровый стиль жизни) и *health*

promotion (укрепление здоровья). Актуальность ЗОЖ вызвана возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характера. ЗОЖ помогает детям выполнять соответствующие возрасту цели и задачи, успешно реализовывать свои планы, справляться с трудностями, а если придется, и с колоссальными перегрузками. Крепкое здоровье, поддерживаемое и укрепляемое самим ребенком, позволит ему прожить долгую и полную радости жизнь.

Цели обучения:

– общая: обучающийся должен обладать профессиональными компетенциями (ПК-3, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК – 18, ПК-26, ПК – 27, ПК – 28, ПК -31).

- учебная:

обучающийся должен знать: Значение понятия «здоровый образ жизни», культура здоровья и ее составляющие. Факторы, обуславливающие здоровье и риски. Фазы формирования здоровья (Лисицин Ю.П., 1998). Классификация стресса по Г. Селье. Лечебные свойства смеха (смехотерапия). Признаки эмоциональных нарушений. Признаки суицидальной угрозы. Система профилактики суицида детей. Профилактика жестокого обращения с ребенком.

обучающийся должен уметь: Использовать все способы пропаганды ЗОЖ. Оценить факторы и риски для здоровья ребенка. Оценить наличие стресса у ребенка. Выявить признаки эмоциональных нарушений. Знать лечебные свойства смехотерапии. Выявлять у детей и подростков признаки суицидальной угрозы. Применять принципы профилактики суицида и жестокого обращения с детьми.

обучающийся должен владеть: основными принципами осмотра детей и подростков, принципами этики и деонтологии.

3. Место проведения практического занятия: учебная комната, структурные подразделения детской поликлиники, детского стационара.

4. Оснащение занятия: методические рекомендации.

5. Структура содержания темы (хронокарта).

Хронокарта практического занятия

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	5	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и целей	5	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний и умений	15	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	5	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся: а) курация под руководством преподавателя; б) разбор курируемых пациентов;	60	Работа: а) работа в детском отделении; в) демонстрация куратором различных состояний у детей.

	в) выявление типичных ошибок		
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	60	Ситуационные задачи
7.	Задание к следующему занятию	3	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
Всего:		153 мин	

6. Аннотация (краткое содержание темы).

Социальные факторы обусловлены социально-экономической структурой общества, уровнем образования, культуры, производственными отношениями, традициями, обычаями, социальными установками в семье и личностными характеристиками. Большая часть этих факторов вместе с гигиеническими характеристиками жизнедеятельности входит в обобщенное понятие *«образ жизни»*, доля влияния которого на здоровье составляет около 50% совокупного влияния всех других факторов. Биологические характеристики человека (пол, возраст, наследственность, конституция, темперамент, адаптационные возможности и др.) составляют в общей доле воздействия факторов на здоровье 18—22%. Как социальные, так и биологические факторы влияют на человека в определенных условиях окружающей среды, их доля составляет 17—20%. Уровень здравоохранения — деятельность медицинских учреждений и усилия медицинских работников, определяет состояние здоровья на 8-10%. Следовательно, каждый человек, каждый ребенок должен любить самого себя и ответственно относиться к своему здоровью, т.е. нести ответственность за его сохранение и приумножение.

Важнейшим положением концепции здоровья стало доказательство его преимущественно *социальной обусловленности*, это подчеркнуто и в материалах ВОЗ. Повседневно подтверждается зависимость от внешних факторов основных медико-демографических показателей — заболеваемости, смертности, инвалидности и т.п. Особенно наглядна такая зависимость в переломные моменты жизни общества, когда на фоне резких, негативных социально-экономических, политических изменений случается кризис общественного здоровья. Особо тяжелая форма социального опосредования массовой гибели и заболеваемости людей — война. Факторы риска создают неблагоприятный фон и способствуют возникновению и развитию заболеваний (таб. 5).

Число факторов риска огромно. Только генетических факторов риска, предрасполагающих к заболеваниям, еще в 1960-х годах было идентифицировано не более 1 тыс., а сегодня называют более 3 тыс. Всего же только из окружающей среды на человека действуют более 6 млн различных (физических, биологических, химических и др.) повреждающих факторов. При этом их число ежегодно возрастает на 5—6 тыс.

Из факторов риска выделяют первичные, зависящие от самого человека, его поведения и вторичные — патологические состояния, индуцирующие развитие заболеваний (таб. 6).

Факторы риска интенсивнее действуют на более уязвимые слои населения, относящиеся к **группам риска** в зависимости от определяющих их состав признаков. К ним относятся три группы населения:

- нуждающиеся в опеке (дети, старики, одинокие, мигранты и др.);
- лица с девиантным поведением (алкоголики, наркоманы, проститутки, гомосексуалисты и т.п.);

- социально и экономически неустроенные (лица без определенного места жительства, безработные).

Таблица 5

Группировка факторов, обуславливающих здоровье и риски

Образ жизни (49-53%)	Курение, употребление алкоголя, наркотиков, несбалансированное питание, стресс, гиподинамия, плохие материально-бытовые условия, злоупотребление лекарственными средствами, одиночество, низкие культурный уровень и уровень образования, высокий уровень урбанизации и т.д.
Генетика, биология человека (18-22%)	Предрасположенность к наследственным, дегенеративным болезням
Внешняя среда (17-20%)	Загрязнение воздуха, воды и почвы канцерогенами и другими вредными веществами; резкие смены атмосферных явлений; повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения
Здравоохранение (8-10%)	Неэффективность профилактических мероприятий, низкое качество, малая доступность и несвоевременность оказания медицинской помощи

Таблица 6

Факторы риска заболеваний

первичные	вторичные
Курение Алкоголизм Несбалансированное питание Гиподинамия Психоэмоциональный стресс Избыточная масса тела	Эндокринопатии Артериальная гипертензия Гиперхолестеринемия и гиперлипидемия Иммунодефицитные состояния Аллергия

Факторы риска, способствующие возникновению заболевания, нередко сами выступают его причинами. Вместе с тем именно определение причины или условий перехода в патологическое состояние, уточнение патогенеза заболевания остаются трудной и не всегда решаемой задачей.

Теория факторов риска в обусловленности отклонений в состоянии здоровья позволила выдвинуть **концепцию создания здоровья** (*promotion of health*), состоящую из двух фаз:

- преодоления, уменьшения действия факторов риска;
- создания здоровья, его формирования (собственно *promotion*).

Вторую фазу реализовать гораздо труднее, так как она подлинно профилактическая, основанная на недопущении факторов риска и непосредственных причин заболеваний, более того — на укреплении здоровья здоровых, называемым саногенезом (таб. 7).

Один из самых мощных факторов риска — **ущербная духовность общества**, которая способна существенно увеличить заболеваемость и смертность граждан от всех групп заболеваний. Индивидуальное здоровье (механизмы самоорганизации живой системы), возможности «управления» — предмет исследования санологии, или валеологии. Эта наука о здоровье интегральна, возникла на стыке биологии, генетики, медицины, педагогики, психологии и других наук

Слово «болезнь» — в русском языке происходит от слова «боль». Рудольфу Вирхову (1821-1902) принадлежит самое краткое из известных определений болезни: «Жизнь при ненормальных условиях». Первичным и основным процессом в развитии каждой болезни считается повреждение, дезорганизация структур и функций организма.

Все реактивные, защитные, приспособительные процессы вторичны, развиваются вслед за повреждением в результате того или иного болезнетворного воздействия на организм.

Таблица 7

Фазы формирования здоровья (Лисицин Ю.П., 1998)

Фазы	
I — преодоление следующих факторов риска здоровья	II -формирование следующих факторов здоровья
Низкие социальная и медицинская активность, общая и гигиеническая культура	Высокая социальная и медицинская активность, высокий уровень общей и гигиенической культуры, социальный оптимизм
Низкая трудовая активность, неудовлетворенность трудом, психоэмоциональный стресс, пассивность, апатия, психологический дискомфорт, депрессия	Высокая трудовая активность, удовлетворенность трудом, физический и душевный комфорт, гармоничное развитие, физические, психические, интеллектуальные способности
Загрязнение окружающей среды, низкая экологическая активность	Оздоровление окружающей среды, высокая экологическая активность, экологически грамотное поведение
Низкая физическая активность, гиподинамия	Высокая физическая активность
Нерациональное, несбалансированное питание	Рациональное, сбалансированное питание
Злоупотребление алкоголем, курение, потребление наркотиков, токсичных веществ	Отсутствие вредных привычек (злоупотребление алкоголем, курение, употребление наркотиков и др.)
Напряженность в семейных отношениях, неблагоустроенность быта	Дружеская атмосфера в семье, обустроенность быта

Болезнь — сложная общая реакция организма на повреждающее действие факторов внешней и внутренней среды; качественно новый жизненный процесс, сопровождаемый структурными, метаболическими и функциональными изменениями в органах и тканях разрушительного и приспособительного характера, которые приводят к снижению его (организма) приспособляемости к непрерывно меняющимся условиям окружающей среды и ограничению трудоспособности человека.

Неотъемлемым элементом современной жизни является постоянное столкновение с ситуациями, вызывающими стресс. Стресс (от англ. stress – напряжение) – состояние психофизиологического напряжения. Неспособность противостоять стрессу влечет за собой соматические, нервные и другие психические заболевания. В процессе длительной эволюции человек научился приспосабливаться к меняющимся условиям внешней среды. Однако сколько людей, столько ответных реакций на стресс. Исследования канадского физиолога Ганса Селье доказали, что стресс – это реакция организма на действие какого-либо фактора внешней среды (стрессора).

Общая стрессовая реакция по Гансу Селье (1936) подразделяется на три условные стадии:

- тревогу (стадия мобилизации);
- адаптацию (стадия сопротивления);
- истощение.

Стрессоры вызывают стереотипный ответ, начиная с активации гипоталамуса, повышения активности гипофиза и надпочечников с одновременным включением симпатического отдела вегетативной нервной системы. Длительное напряжение приспособительных систем может привести к заболеванию или осложнить течение

болезни. «Стресс — это все, что или приводит к преждевременному старению организма, или способствует возникновению заболеваний» (таб. 8).

Адаптация взаимосвязана с резистентностью организма — здоровьем. Уровни здоровья в медико-социальных условиях характеризуются следующими взаимообусловленными понятиями. На физиологическое состояние человека большое влияние оказывает его психоэмоциональное состояние. Люди, исповедующие положительный эмоциональный стиль, — счастливы, невозмутимы и полны энтузиазма. Веселье и ЗОЖ не отделимы друг от друга.

Таблица 8

Классификация стресса по Г. Селье

Местный адаптационный синдром	Воспаление		
Общий адаптационный синдром	Тревога	Адаптация	Истощение
	Шок Противошок	Повышение резистентности	Нарушение гомеостаза
Степень выраженности	Стрессогенные реакции, состояния, заболевания		
Локализация нарушений	Нервно-психические, сердечно-сосудистые, эндокринные, желудочно-кишечные и др.		
Распространенность	Моно- и полисистемные нарушения		
Генез стресс-фактора	Эндогенный, экзогенный и эндогенно-экзогенный		

Отмечено, что определенные личностные характеристики человека могут усиливать негативное влияние стресса, а именно:

- 1) негативное отношение к работе,
- 2) недостаточный управленческий или организационный опыт,
- 3) малоподвижный образ жизни, низкий уровень физического развития, низкий уровень умственной и физической работоспособности,
- 4) комплекс неполноценности, низкая самооценка,
- 5) наличие вредных привычек: курение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотических или ПАВ,
- 6) низкая коммуникативность, неумение найти общий язык с окружающими,
- 7) неумение отдыхать, отвлекаться от работы, отсутствие интересов кроме работы, учебы.

Как избежать разрушительного воздействия стресса?

Со стрессом можно и нужно бороться. Борьба будет успешно, если она начата своевременно. Вот некоторые правила, которые рекомендуют психологи:

1. Измените свое отношение к жизни. Прежде всего, нужно понять, что ваше здоровье зависит исключительно от вас самих.
2. Всех людей можно разделить на оптимистов и пессимистов. Успешнее всего со стрессом справляются оптимисты, т.к. у них эмоциональная окраска событий всегда оптимистична. Великий Шекспир считал, что нет событий плохих или хороших, таковыми мы их делаем сами в своем сознании.
3. Хороший способ снять напряжение - это физические упражнения.
4. Старайтесь вести организованный образ жизни, избегайте неряшливости, беспорядка. Планируйте свои дела дома и на работе. Ставьте перед собой выполнимые цели.
5. Нужно научиться говорить «нет». Прежде всего, уясните пределы ваших возможностей и проявите твердость и воля, когда это необходимо.
6. Нужно научиться радоваться в простых жизненных ситуациях. Получить счастье невозможно, его нужно создавать самим.
7. Нетерпимость к недостаткам других и своим делает человека агрессивным и раздражительным. Постарайтесь избавиться от максимализма.

8. Постарайтесь увидеть себя, свои поступки глазами других людей, это позволит многосторонне оценить ситуацию.
9. Ошибки совершают все. Самое верное – учиться на прошлых ошибках, а жить настоящим и будущим.
10. Огромное значение в преодолении стресса играет правильное, сбалансированное и организованное питание.
11. Одним из важнейших условий преодоления стресса является правильный режим жизни, особенно режим сна.
12. Не стоит снимать стресс алкоголем, курением, употреблением кофе, шоколада и напитков-тонигов.

Среди психоэмоциональных аспектов ЗОЖ выделяют следующие:

- эмоциональное самочувствие — психогигиену, умение справляться с собственными эмоциями, проблемами;
- интеллектуальное самочувствие: способность человека узнавать и использовать новую информацию для оптимальных действий в новых обстоятельствах;
- позитивное мышление;
- духовное самочувствие — способность ставить действительно значимые, конструктивные жизненные цели и стремиться их достигнуть;
- социальное самочувствие — способность взаимодействовать с окружающими людьми;
- оптимизм.

В детстве смеются гораздо чаще, ведь дети не боятся пошатнуть свою репутацию из-за веселого и безудержного смеха по разным поводам. Полугодовалый ребенок, когда он здоров и благополучен, смеется и улыбается не меньше 300 раз в день, а взрослый за день порой не улыбнется вовсе. Более 2000 лет назад Гиппократ отмечал в одном из своих сочинений пользу смеха и рассматривал его как лечебное средство. «Десять раз должен ты смеяться в течение дня и быть веселым: иначе будет тебя ночью беспокоить желудок, это отец скорби», — известное изречение Фридриха Ницше. Лев Николаевич Толстой утверждал, что смех рождает бодрость, а Максим Горький считал, что умный смех — превосходный возбудитель энергии (таб. 9).

Таблица 9

Лечебные свойства смеха (смехотерапия)

Продолжительность жизни	Выше у оптимистов. Связь между ЗОЖ, хорошим настроением и увеличением продолжительности жизни достоверно больше, чем между избыточной массой тела и снижением срока жизни (анализ около 200 исследований)
Восприятие	Изменение представления об окружающем мире в лучшую сторону. Видение предметов и явлений во всей полноте — обоими полушариями сразу (глаза посылают изображения разным полушариям)
Творческие способности	Стимулирование (легче находят решения многих проблем)
Эмоции	Синтез эндорфинов — гормонов радости, высвобождающих смех. Улучшается настроение, уходят грусть, депрессия
Сердечно-сосудистая система	Защита сердца, меньше вероятности сердечных приступов и сердечно-сосудистых заболеваний. Учащение сердечбиений, улучшение кровообращения. Снижение содержания липидов низкой плотности и замедление процесса образования холестериновых бляшек
Эндокринная система	Снижение синтеза гормонов стресса и напряжения (адреналина, кортизола и др.), снижение содержания сахара в крови больных сахарным диабетом
Иммунная система	Выработка антител, рост количества лейкоцитов. Дополнительный барьер на пути возникновения инфекционных и онкологических

	заболеваний (люди, которых легко рассмешить, а разозлить трудно, болеют гораздо реже)
Дыхательная система	Смех — способ дыхания, вызывающий в организме «биохимический переворот» (см. влияние на эндокринную систему). Вдох становится длиннее, а выдох короче, но интенсивнее: легкие освобождаются от воздуха полностью, происходит очищение верхних дыхательных путей
Мышечная система	Напряжение мышц брюшного пресса, шеи, спины. Расслабление около 80 групп мышц (всего 5 мин смеха равносильно 40 мин отдыха; одну минуту смехотерапии приравнивают к 25 мин занятий аэробикой)
Пищеварительная система	Напряжение мышц гладкой мускулатуры кишечника приводит к интенсивному выведению шлаков и токсинов (смех — это гимнастика для кишечника). Улучшается пищеварение (Гиппократ)

Для снятия психоэмоционального напряжения подходят различные методики: управление дыханием, самомассаж, аутотренинг, медитация, самовнушение, релаксация, использование специальных упражнений.

ПОДРОСТКОВЫЙ СУИЦИД

Суицид сегодня — одна из основных причин смерти молодежи. Суицид считают убийцей № 2 молодых людей от 15 до 24 лет. Убийцей № 1 называют несчастные случаи, в том числе передозировку наркотиков, дорожные происшествия, падения с мостов и зданий, случаев отравления. По мнению суицидологов, многие из несчастных случаев в действительности были замаскированными суицидами. И если суицидологи правы, то главным убийцей подростков выступает суицид.

Признаки эмоциональных нарушений

Заподозрить у подростка склонность к суицидальному поступку можно на основании признаков эмоциональных нарушений, к которым относятся следующие:

- потеря аппетита или импульсивное обжорство, бессонница или повышенная сонливость;
- частые жалобы на соматические недомогания (боли в животе, головная боль, постоянная усталость, частая сонливость);
- крайне пренебрежительное отношение к своему внешнему виду;
- постоянное чувство одиночества, бесполезности, вины или грусти;
- ощущение скуки в привычном окружении или в ходе выполнения работы, которая раньше приносила удовольствие;
- уход от контактов, изоляция от друзей и семьи, превращение в человека-одиночку;
- нарушение внимания, приводящее к снижению качества выполняемой работы;
- погружение в размышления о смерти;
- отсутствие планов на будущее;
- внезапные приступы гнева, зачастую из-за мелочей;
- пессимистическая оценка своего прошлого, избирательные воспоминания о неприятных событиях;
- пессимистическая оценка своего нынешнего состояния, нежелание строить планы, видеть светлые перспективы.

Признаки суицидальной угрозы

Существуют признаки суицидальной угрозы (таб. 10).

Уровни профилактики суицида

Учреждение образования, где подростки проводят 1/3 дня, представляется идеальной средой для проведения программы предотвращения самоубийств. В связи с этим могут быть заданы три базовых вопроса: что необходимо сделать, чтобы предотвратить самоубийство, что надо предпринять, если подросток угрожает кончить жизнь самоубийством, и что делать, если самоубийство уже произошло.

Признаки, свидетельствующие о суицидальной угрозе

Признаки		
поведенческие	словесные	эмоциональные
Любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно отдаляющие от близких. Склонность к неоправданно рискованным поступкам. Чрезмерное употребление алкоголя или табачных изделий. Посещение врача без необходимости. Нарушение дисциплины или снижение качества работы или учебы. Расставание с дорогими вещами или деньгами. Приобретение средств для суицида. Подведение итогов, приведение дел в порядок, приготовление к уходу. Пренебрежение внешним видом, аккуратностью в быту	Уверения в своей беспомощности. Прощание. Разговоры или шутки о желании умереть. Сообщение о конкретном плане суицида. Самообвинение. Двойственная оценка значимых событий. Медленная, мало-выразительная речь	Амбивалентность. Беспомощность, безнадежность. Переживание горя. Признаки депрессии: нарушение сна или аппетита, повышенная возбудимость, неудовлетворенность, печаль, грусть. Несвойственная прежде агрессия или ненависть к себе. Вина или ощущение неудачи, поражения. Чувство собственной малозначимости, никчемности, ненужности. Чрезмерные опасения или страхи. Рассеянность или растерянность

Система профилактики суицида детей

Для начала рекомендуют не просто принять суицидента как личность, способную на самоубийство, но и признать за ним формальное право совершить такой шаг. А во время самого диалога взрослому даются следующие рекомендации.

- Внимательно слушать собеседника, так как подростки часто страдают от одиночества и невозможности излить перед кем-то свою душу.
- Правильно формировать вопросы, спокойно и доходчиво расспрашивая о сути тревожащей ситуации, интересоваться, какая помощь необходима.
- Не выражать удивления от услышанного и не осуждать за любые, самые шокирующие высказывания. Не спорить и не настаивать на том, что его беда ничтожна, не настаивать, что ему живется лучше других, как как высказывания типа «у всех есть такие же проблемы» заставляют подростка ощущать себя ненужным и бесполезным.
- Постараться изменить романтико-трагедийный ореол представлений подростка о собственной смерти.
- Не предлагать неоправданных утешений, поскольку подростки зачастую не способны принять советы, но подчеркнуть временный характер проблемы.
- Привести конструктивные способы решения проблемы, которая мучит подростка.
- Одновременно следует стремиться вселить в подростка надежду, которая, однако, должна быть реалистичной.
- Необходимо собрать близких друзей суицидента и позволить им поработать со специалистом в области психического здоровья.
- Другим и учащимся следует позволить участвовать в похоронах их товарища, но нужно запретить им нести его гроб.
- Вечера памяти в честь погибшего следует запретить, так как это грозит возможностью возникновения эпидемии самоубийств.

Приемы и методы предупреждения суицида

В непосредственной работе с детьми можно использовать следующие приемы и методы:

- обучать детей способам расслабления;

- проигрывать проблемные ситуации, способные нанести травму застенчивому ребенку (публичное выступление, ситуация знакомства и т.д.);
- организовать подвижные игры для развития у детей коммуникативных навыков;
- поставить спектакль;
- увлечь детей рисованием для выявления и отработки их страхов;
- использовать элементы сказкотерапии, знакомить детей с героями художественных произведений с ярко прорисованными характерологическими чертами и умением разрешать проблемы;
- обучать детей диалоговому общению в процессе сюжетно-ролевых игр.

Пятнадцать правил общения с человеком с суицидальными мыслями

1. Попробуйте убедить собеседника обратиться к специалистам (психологу, врачу, невропатологу).
2. Разработайте собственную стратегию помощи, если он отказывается от помощи специалистов.
3. Проявите заинтересованность в судьбе собеседника и готовность ему помочь.
4. Убедите собеседника в том, что он сделал верный шаг, приняв вашу помощь.
5. Позвольте собеседнику выговориться — он почувствует облегчение.
6. Не оставляйте в одиночестве.
7. Будьте ненавязчиво настойчивы в позитиве — предложите собеседнику эмоциональную опору.
8. Помните, что человеку в состоянии душевного кризиса нужны строгие утвердительные указания, позитивные установки.
9. Соблюдайте в ходе беседы такт, терпение, при необходимости обратитесь за консультацией к специалисту.
10. Оцените внутренние резервы собеседника — найдите их.
11. Помогите собеседнику осознать или вспомнить его способность анализировать и воспринимать советы окружающих.
12. Помогите собеседнику осознать, что следует принять во внимание и другие возможные источники помощи: друзей, семью, врачей или священнослужителей.
13. Помогите собеседнику отвлечься от негативных мыслей, что поможет ему вернуть душевные силы и стабильность.
14. Внушите собеседнику чувство уважения к собственной жизни и к себе самому.
15. Примените технику 2 колонок — негатив превратите в позитив.

ПРОФИЛАКТИКА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С РЕБЕНКОМ

На благополучие физического и психического развития ребенка влияет множество факторов, но в первую очередь любовь, когда ребенок принимается таким, какой он есть, со своими достоинствами недостатками. Это создает почву для нормального развития личности ребенка, дает ему чувство свободы и защищенности. Физическое и сексуальное насилие, эмоциональное угнетение ребенка встречаются в семьях любого материального и образовательного уровня. К сожалению, физическое наказание зачастую рассматривается как простая воспитательная мера. Но ежегодно 100 детей умирают или становятся инвалидами в результате травм, которые они получают в семьях.

Невнимание к ребенку

Признаками невнимания к ребенку, его запущенности считают, например, значительное снижение массы тела младенца вследствие плохого питания, антигигиенических условий его содержания, скажем, если использованные пеленки не стирают, а только высушивают. Уплощенный затылок ребенка также может свидетельствовать о том, что он длительное время остается в кровати, его редко берут на руки, значит, он испытывает недостаток в эмоциональных контактах. Все это ведет к нарушению развития, частым заболеваниям. Нередко наблюдаются задержка роста,

нарушения моторного и когнитивного (познавательного) развития, социальной адаптации ребенка. Ребенок выглядит подавленным, грустным, неохотно вступает в контакт, стремится избежать новых впечатлений, не интересуется игрушками, не способен общаться со сверстниками и не стремится к общению с матерью.

Виды насилий

О **физическом насилии** над ребенком свидетельствуют такие патогномичные признаки, как кровоподтеки, следы ударов, причем чаще на левой стороне тела, так как большинство насильников — правши. Кроме того, можно обнаружить следы щипков, связывания веревками. Врач должен распознать ожоги от сигарет от ожогов, полученных в результате погружения ребенка в горячую воду. В случаях обнаруживаемых при проведении ультразвукового исследования (УЗИ) ретинальных кровоизлияний, необъяснимых разрывов селезенки, мочевого пузыря, псевдокист поджелудочной железы или интрамуральных кровоизлияний врач обязан исключить наличие насилия над ребенком. Особенно сложно диагностировать *психологическое травмирование* ребенка в первые 2-3 года жизни, так как снижение массы тела, мышечного тонуса, замедление психического развития смогут свидетельствовать о некоторых соматических и неврологических заболеваниях. В частности, эти признаки могут возникнуть вследствие постгипоксических энцефалопатии, а также обменных нарушений, наследственных и врожденных заболеваний. У детей, подвергаемых домашнему истязанию, отмечается необычная смешанная реакция — настороженное внимание к обследованиям и осмотрам (недоверчивое, исподтишка наблюдение за окружающими) и равнодушие к собственной судьбе. *Сексуальное насилие* над ребенком совершается взрослым, подростком, или старшим братом, сестрой, или «приятелем» из старшей группы детского сада, детского дома. Преступные действия часто объясняют зависимостью ребенка от насильника и незрелостью его личности. Сексуальное насилие включает *экспозиционизм, педофилию, изнасилования, инцест, детские проституцию и порнографию*. Первичные симптомы насилия: эмоциональная подавленность, страх, потеря самоуважения, снижение школьной успеваемости вплоть до злостных прогулов, сужение круга интересов, депрессия. Внешние признаки депрессии: однообразная поза, опущенная голова, скорбное выражение лица, бедная мимика, тихий голос, краткие односложные ответы, нежелание продолжать беседу. При разговоре с ребенком о травмирующей ситуации у него отмечаются гиперемия кожи или ее побледнение, тахипноэ, тахикардия, гипергидроз, сухость во рту. Возможны дневной энурез, энкопрез. Жертвами сексуального насилия чаще становятся дети из асоциальных семей, употребляющие алкоголь и наркотики, по тем или иным причинам убегающие из дому.

Эмоциональное (психическое) насилие над ребенком или подростком часто бывает не составляющей физического насилия, а самостоятельным преступлением. Попреки ребенка расходами на его содержание, на те или иные его увлечения, черты личности, неуспехи в школе, создание атмосферы гиперопеки, придирок, окриков ведут к тяжелейшим вегето-висцеральным дисфункциям, психосоматическим расстройствам.

Профилактика жестокого обращения с ребенком

Профилактика жестокого обращения с ребенком проста и бесхитростна — она заключается в бескорыстной любви к детям, в понимании, что ребенок беззащитен, зависим от взрослых и крайне нуждается в родительской любви, заботе и уважении.

Заключение

Современных детей и подростков к агрессивным, противоправным поступкам подталкивает нарушение взаимоотношений с окружающим миром. Основная задача педиатра — помочь ребенку найти свое место в жизни и развить свои потенциальные способности, прежде оценив его индивидуальные физические и психические особенности и уровень здоровья. Педиатр должен уметь определять стратегию и тактику профилактических мероприятий, рассматривая девиантное поведение как пограничное между здоровьем и болезнью.

7. Вопросы по теме занятия.

1. Значение понятия «здоровый образ жизни», культура здоровья и ее составляющие.
2. Факторы, обуславливающие здоровье и риски.
3. Фазы формирования здоровья (Лисицин Ю.П., 1998).
3. Классификация стресса по Г. Селье.
4. Лечебные свойства смеха (смехотерапия).
4. Признаки эмоциональных нарушений.
5. Признаки суицидальной угрозы.
6. Система профилактики суицида детей.
7. Профилактика жестокого обращения с ребенком.

8. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

Инструкция к тестовым заданиям: Укажите один правильный ответ

1. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ - ЭТО

- 1) отказ от курения
- 2) отказ от алкогольных напитков
- 3) гигиеническое поведение, направленное на укрепление здоровья, обеспечивающее высокий уровень трудоспособности, достижение активного долголетия
- 4) поведение, направленное на отказ от вредных привычек
- 5) правильное питание

2. ГОТОВНОСТЬ РЕБЁНКА К ПОСТУПЛЕНИЮ В ДЕТСКОЕ ДОШКОЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЯТЬ

- 1) для предотвращения распространения острых заболеваний
- 2) для прогноза адаптации
- 3) для профилактических и реабилитационных мероприятий
- 4) для предотвращения хронических заболеваний
- 5) для проведения закаливающих мероприятий

3. КАБИНЕТ ПО ВОСПИТАНИЮ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ПОЛИКЛИНИКЕ ДОЛЖЕН РАБОТАТЬ

- 1) 2 раза в неделю
- 2) ежедневно
- 3) один раз в неделю
- 4) 2 раза в месяц
- 5) один раз в месяц

4. АДАПТАЦИЯ РЕБЕНКА К ДЕТСКОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) двух недель
- 2) одной недели
- 3) одного месяца
- 4) двух месяцев
- 5) трех месяцев

5. ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ВЫДЕЛЯЮТ

- 1) три группы здоровья
- 2) две группы здоровья
- 3) четыре группы здоровья
- 4) пять групп здоровья
- 5) семь групп здоровья

6. КОМПЛЕКСНУЮ ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПРОВОДЯТ СОГЛАСНО

- 1) приказа МЗиСР РФ № 51н
- 2) приказа МЗиМП РФ № 375

- 3) приказа МЗ РФ № 621
- 4) приказа МЗиСР РФ № 350
- 5) приказа МЗиСР РФ №307
7. ПРИ ЗНАЧЕНИЯХ ИНДЕКСА ОТЯГОЩЕННОСТИ ГЕНЕАЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА МОЖНО ГОВОРИТЬ О НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ПРОГНОЗЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ
 - 1) 0,2-0,5
 - 2) 0,5-0,7
 - 3) 0,7 и выше
 - 4) генеалогический анамнез не имеет значения для прогноза
8. КРИТЕРИИ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА
 - 1) наличие хронических заболеваний и уровень основных функций
 - 2) резистентность
 - 3) уровень физического и нервно-психического развития
 - 4) наличие или отсутствие отклонений в раннем онтогенезе
 - 5) все верно
9. ЗАПОДОЗРИТЬ У РЕБЕНКА СКЛОННОСТЬ К СУИЦИДУ МОЖНО ПРИ
 - 1) эмоциональных нарушениях
 - 2) употребления алкоголя
 - 3) табакокурении
 - 4) токсикомании
10. ГРУППЫ ПРИЗНАКОВ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИХ О СУИЦИДАЛЬНОЙ УГРОЗЕ, — ЭТО ВСЕ, КРОМЕ
 - 1) поведенческих
 - 2) социальных
 - 3) словесных
 - 4) эмоциональных

Эталоны ответов

1 – 3	2 – 3	3 – 2	4 – 3	5 – 4	6 – 3	7 – 3	8 – 5	9 – 2	10 – 2
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

9. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

Задача №1

На приеме ребенок 11 лет с жалобами на выпадение волос участками, ломкость ногтей, повышенную сонливость, периодические приступы булимии. Объективно: ребенок повышенного питания, на коже живота бедер отмечаются стрии различной степени давности. В области передней поверхности грудной клетки, живота, на внутренней поверхности правого предплечья участки депигментации кожи. На голове имеется гнездное облысение. Гипертрихоз в области спины, гиперкератоз. Черепно-мозговые нервы без патологии. Сухожильные рефлексы с рук и ног S=D. Патологических рефлексов и менингеальных знаков нет. Координация сохранена.

Задание

1. Определить топический диагноз.
2. Обосновать топический диагноз.
3. Чем представлен сегментарный отдел симпатической нервной системы?
4. Что включает в себя надсегментарный уровень вегетативной нервной системы?
5. Описать методы исследования регуляции сосудистого тонуса.

Эталон задачи

1. Патологический процесс локализуется в гипоталамической области.
2. Проявляется нейродистрофическим синдромом, а также синдромом нарушения сна и бодрствования.

3. Симпатический отдел представлен ядрами боковых рогов спинного мозга от восьмого шейного до второго поясничного сегментов, пограничным симпатическим стволом, превертебральными и интрамуральными ганглиями.



4. Надсегментарный уровень вегетативной нервной системы: ретикулярная формация; медиобазальные отделы височной доли; лимбическая система; гипоталамическая область; диэнцефалон; вегетативные зоны коры головного мозга (полюс лобной доли, премоторная зона, парацентральная доля).

5. Исследование регуляции сосудистого тонуса. Возбуждение симпатической нервной системы приводит к сужению сосудов, возбуждение парасимпатической - к расширению их. Сосудистую регуляцию исследуют при помощи ряда сердечно-сосудистых рефлексов. Глазосердечный рефлекс Данини-Ашнера. Вызывают надавливанием на переднебоковые поверхности глазных яблок обследуемого в течение 20-30 сек. В норме пульс замедляется на 8-10 в мин. при повышении тонуса парасимпатической нервной системы пульс замедляется более чем на 10 в мин., при симпатикотонии он остается без изменений или учащается. Пробу следует проводить осторожно, чтобы не вызвать резкого замедления пульса. Соляной рефлекс. Вызывают

надавливанием на солнечное сплетение в течение 20-30 сек. Наступает снижение артериального давления и замедление пульса на 4-12 в мин. Клиностагическая проба. При переходе обследуемого из вертикального положения в горизонтальное в норме пульс замедляется на 10-12 в мин. Ортостатическая проба. При переходе обследуемого из горизонтального положения в вертикальное в норме пульс учащается на 10-12 в мин. Больше его учащение, а также замедление расцениваются как показатель вегетативной дисфункции.

Задача №2

При попытках родителей отвести ребенка в детский сад, последний начинает болеть простудными заболеваниями в первую же неделю посещения. Матери приходится идти на больничный отпуск.



Задание

1. С чем связаны часто повторяющиеся заболевания ребенка?
2. Чем занимается наука психосоматика?
3. Какие советы вы дадите матери ребенка.
4. Какие психологические расстройства могут начаться у

матери ребенка в данной ситуации?

5. Каковы причины ПСР в детском возрасте?

Эталон задачи

1. Психологические выгоды от заболевания, синдром часто болеющего ребенка.
2. Психосоматика – направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение и последующее течение соматических заболеваний.
3. Обратиться за консультацией к семейному психологу.
4. А.И. Захаров (1993) показал, что в семьях, в которых дети страдали ПСР, у матерей проявляются:

- неприятие ребенка – ребенок не оправдал ожиданий, с ним нелегко, он отнимает все время, препятствует реализации жизненных планов, отсюда неудовлетворенность ребенком;

- излишняя требовательность и нетерпимость, критика и порицание (часто незаслуженные) как компенсация чувства неудовлетворенности собой и низкого уровня самоприятия;

- наличие ряда сверхценных идей, отражающих тревожно-мнительные и параноидальные черты характера: страх лишиться власти над ребенком, его надо оберегать от всех трудностей и опасностей жизни и т.п.

5. Среди причин и событий, вызвавших ПСР у 1/3 детей, можно выделить смерть родных и близких - 31,3%, гибель и пропажа любимых животных и птиц – 18,3%, ссоры в семье, пьянство отцов, развод родителей – 15,4%, переживание по поводу своих болезней и травм – 11,2%. На остальные 2/3 причин приходились события, связанные с напряженными взаимоотношениями в школе, с друзьями, проблемы с успеваемостью.

Задача №3

В ходе беседы с родителями Л., 7 лет, было выяснено, что ребенок легко отвлекается, не может сосредоточиться, быстро устает от занятий. Её трудно надолго заинтересовать, она вяла и

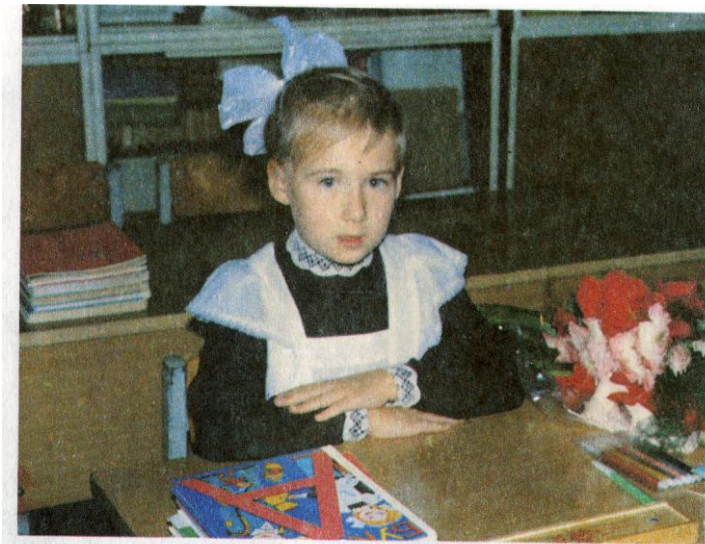


Рис. 6. Ребенок 7 лет.

равнодушна практически ко всему, особенно если это связано с выполнением школьных заданий. Она и в повседневной жизни не проявляет выраженного к чему-либо интереса. Мама жалуется на то, что дочь может часами «плевать в потолок», играть в одну и ту же компьютерную игру без особого азарта и желания попробовать другую. Её не волнуют ни поощрения, ни наказания, заставить её что-либо сделать можно лишь «из-под палки» или посулив награду. Впрочем, любыми подарками она пресыщается через

несколько минут, особенно если это игры, требующие от неё хоть минимальных усилий. При нейропсихологическом исследовании у Л. выявлены следующие нарушения высших психических функций: недостаточность произвольного внимания, речевой саморегуляции, программирования, целеполагания и контроля за протеканием собственной деятельности.

Задание

1. Какой нейропсихологический синдром имеет место в данном случае?
2. Для чего проводится консультация психолога ребенку в 7 лет?
3. Что включает консультация психолога перед школой?

4. Консультации каких специалистов необходимы данному ребенку?
5. Как необходимо решать вопрос об обучении данного ребенка в школе?

Эталон задачи

1. Функциональная несформированность лобных отделов мозга, прежде всего левого полушария.
2. Для определения готовности ребенка к поступлению в школу.
3. **Познавательная деятельность:** знает имена-отчества родителей, дедушек, бабушек, знакомых, свое отчество. Понимает родственные связи (бабушка – мамина мама, дядя Витя – мамин брат). Начинает ориентироваться в городе: запоминает дорогу куда либо после нескольких повторений этого пути, знает название своей остановки транспорта, близлежащих улиц. Знает названия месяцев, может сказать, какой сегодня день недели, месяц, какие праздники бывают зимой, весной. Помнит названия книг, которые ему читали, может ответить на вопрос, куда он ездил на выходные, летом. Начинает понимать время. Может запомнить слово сам подбирая картинку, такую, которая запомнит слово – и объяснить эту связь. Например, надо запомнить слово «пожар» - ребенок выбирает картинку с изображением газеты и объясняет «бумага хорошо горит». Может установить несколько таких связей, а через 40 минут по картинкам вспомнить слова. Может угадать предмет по признакам (зеленый, толстый, длинный овощ – огурец). Отличает форму слова от его содержания (какое слово длиннее – час или минута? Змея или червячок?). Сравнивает пары слов, называя не только различия, но и сходства (ромашка и одуванчик это цветы, ромашка белая, а одуванчик желтый, у ромашки есть серединка, а у одуванчика нет и т.д.). Понимает сложные речевые конструкции «Саша пошел гулять после того, как посмотрел телевизор. Что Саша делал раньше - гулял или смотрел телевизор?» Устанавливает причинно-следственные связи и закономерности (Вова бросил в воду монетку - монетка утонула. Бросил гвоздик – он утонул. Мама сказала, все железные предметы тонут. Утонет ли маленькая железная кнопочка? Маша выглянула в окно и сказала – ночью был дождь. Что увидела на улице Маша?). Может подбирать слова на определенный звук, придумывать слова с заданным количеством звуков, делить слова на звуки К_А_Ш_А. Умеет складывать и вычитать в пределах 10. Может решать косвенные задачи (На ветке сидели птички. К ним прилетели еще 2 птички и всего стало 5 птичек. Сколько птичек сначала сидело на ветке?) Рисует, конструирует, лепит по условию взрослого

Речь: может рассказать о просмотренном спектакле, об увиденном в детском саду, на улице, о прошедшем дне, придумать рассказ по картинке и по серии картинок, рассказать знакомую сказку, придумать конец к начатой взрослым сказке. Может рассказать о своих планах.

Моторика: прыгает через скакалку, попадает в движущийся объект (компьютерные игры с пистолетом), катается на двухколесном велосипеде. Соединяет прямой линией точки, находящиеся на расстоянии 6-8 см. друг от друга. Копирует орнаменты, сложные геометрические фигуры (трапеция, пятиугольник). Аккуратно раскрашивает, штрихует, может произвольно изменять силу нажима на карандаш (толстые и тонкие линии). Рисует по заданию палочки одинаковой высоты, копирует образцы (кружочки, квадратики), соблюдая размер. Может продолжить орнамент, повторить контур «извилистой дорожки». Синхронно двумя руками приставляет каждый пальчик к большому пальцу.

Игра: становятся доступными настольные игры с правилами: домино, шашки, карты. Играет в школу, принимая на себя роль учителя.

Общение: легко включается в совместную игру с детьми, может договориться с партнером о совместных действиях, хорошо понимает указания не очень знакомых людей по организации какой-либо деятельности. В присутствии родителей может по существу отвечать на вопросы совсем незнакомых людей.

Навыки: может выполнять сложные инструкции (В левом верхнем ящике письменного стола в красной коробке лежат карандаши. Принеси мне желтый). Усваивает последовательность операций при выполнении простых бытовых действий.

4. Невропатолога, детского психиатра, педагога-дефектолога.
5. Вопрос обучения в школе решается комиссионно на психолого-медико-педагогической комиссии.

Задача №4



Подросток 17 лет обучается вождению легкового автомобиля в автошколе. Для получения медицинской водительской справки был отправлен на консультацию к психиатру. Врач при осмотре ребенка задал ему ряд вопросов о смысле пословиц.

Задание

1. Как называется данная методика?
2. Для чего она предназначена?
3. Как проводится данное

исследование?

4. Какой материал пословиц и метафор использует врач?
5. Какие специалисты должны осмотреть подростка на водительской комиссии.

Эталон задачи

1. Понимание переносного смысла пословиц и метафор.
2. Данная методика применяется для исследования особенностей мышления - его уровня, целенаправленности и критичности.
3. Испытуемому называют несколько часто употребляемых метафор и пословиц и просят объяснить их отвлеченный, переносный смысл. Можно предложить испытуемому привести соответствующие примеры из своей жизни или из прочитанного. Буквальное истолкование пословицы или метафоры свидетельствует о недостаточности уровня обобщения. Если испытуемый верно объясняет переносный смысл пословицы, это еще не означает, что мышление у него совершенно не нарушено, так как при объяснении испытуемым пословиц репродуцируются имеющиеся у него знания - в этом случае не требуется обобщения нового материала.

4. Материал к «пословицам и метафорам»

ЗОЛОТЫЕ РУКИ

ЖЕЛЕЗНЫЙ ХАРАКТЕР

КАМЕННОЕ СЕРДЦЕ

ГЛУХАЯ НОЧЬ

НЕ ПЛЮЙ В КОЛОДЕЦ - ПРИГОДИТСЯ ВОДЫ НАПИТЬСЯ

ЛЮБИШЬ КАТАТЬСЯ - ЛЮБИ И САНОЧКИ ВОЗИТЬ

ЛУЧШЕ МЕНЬШЕ, ДА ЛУЧШЕ

ПОСПЕШИШЬ - ЛЮДЕЙ НАСМЕШИШЬ

КУЙ ЖЕЛЕЗО, ПОКА ГОРЯЧО

НЕЧЕГО НА ЗЕРКАЛО ПЕНЯТЬ, КОЛИ РОЖА КРИВА

НЕ КРАСНА ИЗБА УГЛАМИ, КРАСНА ПИРОГАМИ

СДЕЛАЛ ДЕЛО, ГУЛЯЙ СМЕЛО

УМЕЛЫЕ РУКИ НЕ ЗНАЮТ СКУКИ

НЕ В СВОИ САНИ НЕ САДИСЬ

НЕ ВСЕ ТО ЗОЛОТО, ЧТО БЛЕСТИТ

ЦЫПЛЯТ ПО ОСЕНИ СЧИТАЮТ

ПРЕЖДЕ ЧЕМ СДЕЛАТЬ, НАДО ХОРОШО ПОДУМАТЬ
 ЕСЛИ САМ ОТРЕЗАЛ НЕПРАВИЛЬНО, ТО НЕ СЛЕДУЕТ ВИНИТЬ НОЖНИЦЫ
 УМЕЛЫЕ РУКИ
 КАЖДЫЙ КОЛОДЕЦ ХОРОШО ПОКРЫТ КРЫШКОЙ
 ЗАЧЕМ ВЫБРОСИЛ ВАЛЕНКИ - КОГДА БУДЕТ ХОЛОДНО, ОНИ ОЧЕНЬ БУДУТ
 НУЖНЫ
 МАЛЕНЬКИЙ МАЛЬЧИК ПРЫГАЛ ЛУЧШЕ ВСЕХ
 ЛЮБЛЮ ЗИМОЙ КАТАТЬСЯ НА САНКАХ, ЛЫЖАХ, КОНЬКАХ
 НЕ ВСЕГДА ВНЕШНИЙ БЛЕСК СОЧЕТАЕТСЯ С ХОРОШИМ КАЧЕСТВОМ
 О ДЕЛЕ СУДЯТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
 ЦЫПЛЯТА ВЫРАСТАЮТ К ОСЕНИ
 НЕКОТОРЫЕ ЛЮДИ ЛЮБЯТ ВКУСНО ПОЕСТЬ, А ТРУДИТЬСЯ НЕ ХОТЯТ
 НЕ ВСЕГДА ТО, ЧТО КАЖЕТСЯ НАМ ХОРОШИМ, ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ХОРОШО
 ПАПА КУПИЛ МАЛЬЧИКУ НОВЫЕ САНКИ
 ЕСЛИ ВЫПОЛНИЛ РАБОТУ ХОРОШО, МОЖЕШЬ ОТДОХНУТЬ
 ЧТО ПОСЕЕШЬ, ТО И ПОЖНЕШЬ
 КОГДА ДРОВА ГОРЯТ - ТОГДА И КАШУ ВАРЯТ
 ЯБЛОКО ОТ ЯБЛОНИ НЕДАЛЕКО ПАДАЕТ
 КАК АУКНЕТСЯ, ТАК И ОТКЛИКНЕТСЯ
 КАКОВ ПОП, ТАКОВ И ПРИХОД
 НЕ ОТКЛАДЫВАЙ ДЕЛО В ДОЛГИЙ ЯЩИК
 ЕСЛИ НЕ ЗНАЕШЬ ДЕЛА, НЕ БЕРИСЬ ЗА НЕГО
 ЗИМОЙ ЕЗДЯТ НА САНЯХ, ЛЕТОМ НА ТЕЛЕГЕ
 МАЛЬЧИК ВЫШЕЛ НА ПРОГУЛКУ
 ЧЕЛОВЕК, КОТОРЫЙ РАБОТАЕТ НЕ ТОРОПЯСЬ, ЧАСТО УСПЕВАЕТ БОЛЬШЕ, ЧЕМ
 ТОТ, КОТОРЫЙ ТОРОПИТСЯ
 НЕ СТОИТ КИВАТЬ НА ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ЕСЛИ ДЕЛО В ТЕБЕ САМОМ
 ХОРОШЕЕ КАЧЕСТВО ЗЕРКАЛА ЗАВИСИТ НЕ ОТ РАМЫ, А ОТ САМОГО СТЕКЛА
 ЗЕРКАЛО ВИСИТ КРИВО
 НЕЛЬЗЯ ПИТАТЬСЯ ОДНИМИ ПИРОГАМИ, НАДО ЕСТЬ И РЖАНОЙ ХЛЕБ
 ПРОДАВЕЦ ОТМЕРИЛ СЕМЬ МЕТРОВ ТКАНИ И ОТРЕЗАЛ
 МЕДНЫЙ БРАСЛЕТ БЛЕСТИТ КАК ЗОЛОТОЙ
 МАСТЕР СВОЕГО ДЕЛА ЛЮБИТ И УМЕЕТ ТРУДИТЬСЯ
 ЕСЛИ ЕСТЬ БЛАГОПРИЯТНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ДЕЛА, НАДО ИХ СРАЗУ
 ИСПОЛЬЗОВАТЬ
 ТЕМНАЯ НОЧЬ, ГЛУХАЯ СТАРУХА, НЕПРОГЛЯДНАЯ ТЕМНОТА
 СИЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР, ЖЕЛЕЗНАЯ ДОРОГА, ЗОЛОТО ЯРЧЕ ЖЕЛЕЗА
 ЧЕЛОВЕК ВЫСЕК НА СКАЛЕ СЕРДЦЕ, БЕСЧУВСТВЕННОЕ СЕРДЦЕ
 ОДИН ВКУСНЫЙ ПИРОГ СТОИТ ДЕСЯТИ НЕВКУСНЫХ
 ТОРОПЛИВОСТЬ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К НЕЛЕПЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ
 ЧТОБЫ СДЕЛАТЬ РАБОТУ ЛУЧШЕ, НАДО О НЕЙ ХОРОШО ПОДУМАТЬ
 ОДНУ ХОРОШУЮ КНИГУ ПРОЧЕСТЬ ПОЛЕЗНЕЙ, ЧЕМ СЕМЬ ПЛОХИХ
 5. Терапевт, ЛОР, окулист, хирург, невролог, психиатр, нарколог.

Задача №5

Вы врач детского дошкольного учреждения. Маша С., 4 года, посещает детский сад в течение двух месяцев. Со слов матери ребенок стал раздражительным, обидчивым, сон беспокойным, трудно засыпает, наблюдаются периодические подергивания верхнего века, снижен аппетит. За это время ребенок 2 раза переболел ОРВИ, появились жалобы на боли в животе, не связанные с приемом пищи; заметно похудела.



Из анамнеза известно, что девочка от молодых, здоровых родителей. Развивалась соответственно возрасту. На 1-м году жизни наблюдалась невропатологом по поводу перинатального поражения ЦНС, в дальнейшем - частые острые респираторные заболевания. В группе детского сада конфликтна с детьми, наблюдается двигательная расторможенность. При общении с взрослыми легко вступает в контакт, рассеяна, с трудом удерживает внимание, эмоционально лабильна.

При осмотре: состояние удовлетворительное, жалоб нет. Слизистые оболочки чистые. Гипертрофия небных миндалин II

степени, затруднение носового дыхания. Дыхание пузрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 128 ударов в минуту, АД - 95/60 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренная болезненность без четкой локализации. Печень +1 см, селезенка не увеличена.

Задание

1. Оцените состояние здоровья ребенка на момент осмотра педиатром.
2. Степень тяжести дезадаптации, диагностические критерии?
3. Что означает понятие адаптации?
4. Как часто ребенок должен быть осмотрен врачом-педиатром. Консультации каких специалистов необходимы?
5. Оцените возможность проведения профилактических прививок в период адаптации.

Эталон задачи

1. Состояние средней тяжести за счет неврологических нарушений, самочувствие нарушено.
2. Течение адаптации средней степени тяжести. Критерии адаптации: сон, аппетит, общее эмоциональное состояние, контакт со сверстниками и взрослыми, острые заболевания, динамика массы тела и длины тела.
3. По мнению В.П. Казначеева (1986) процесс адаптации есть особая форма жизнедеятельности человека, поддержания и сохранения его здоровья в неблагоприятных условиях среды.
4. Осмотр педиатра 1 раз в неделю, консультация невролога, психолога. Необходимо проведение корригирующих мероприятий.
5. Иммунизация в период адаптации не проводится.

10. Перечень и стандарты практических умений.

I – профессионально ориентируется по данному вопросу.

II – может использовать приобретенные навыки под руководством специалиста.

III – может самостоятельно применять приобретенные навыки.

№ п/п специальности	Практические навыки согласно образовательному стандарту	Стандарт выполнения
1	Использовать все способы пропаганды ЗОЖ.	II
2	Оценить факторы и риски для здоровья ребенка.	II
3	Оценить наличие стресса у ребенка.	II
4	Выявить признаки эмоциональных нарушений.	II
5	Знать лечебные свойства смехотерапии.	II

- | | | |
|---|---|----|
| 6 | Выявлять у детей и подростков признаки суицидальной угрозы. | II |
| 7 | Применять принципы профилактики суицида и жестокого обращения с детьми. | II |
| 8 | Составить отчет. | II |

11. Примерная тематика НИРС по теме

Научно-исследовательская работа студента осуществляется по выбору студента, исходя из предпочтений по разделам изучаемой дисциплины с учетом списка тем и списка рекомендованной литературы в методической разработке для внеаудиторной работы студента. При проведении НИР студент пользуется услугами библиотеки, интернет-поиском, совершенствуя навыки тематического поиска и работы с компьютером. Студент должен проработать не менее 5 библиографических (или электронных) источников.

Темы НИРС:

- Значение понятия «здоровый образ жизни», культура здоровья и ее составляющие.
- Факторы, обуславливающие здоровье и риски.
- Фазы формирования здоровья (Лисицин Ю.П., 1998).
- Классификация стресса по Г. Селье.
- Лечебные свойства смеха (смехотерапия).
- Признаки эмоциональных нарушений.
- Признаки суицидальной угрозы.
- Система профилактики суицида детей.
- Профилактика жестокого обращения с ребенком.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная литература

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год
1	2	3	4
1	Общий уход за детьми [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://studmedlib.ru/book/ISBN9785970413357.html	А. М. Запруднов, К. И. Григорьев	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2	Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://studmedlib.ru/book/ISBN9785970416723.html	ред. А. С. Калмыкова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год
1	Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика	А. А. Баранов, Ю. Е. Лапин	М. : б/и, 2009.
2	Инвалидность детского населения России. Вып. 7	А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, Д. И. Зелинская [и др.]	Москва : Центр развития межсекторальных программ, 2008.
3	Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка» [Электронный ресурс] : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов 3-4 курсов по специальности 060103 – Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=28963	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова, Л. И. Позднякова [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2011.
4	Новорожденный ребенок. Основы оценки состояния здоровья и рекомендации по профилактике и коррекции его нарушений : рук. для врачей	ред. Н. Л. Черная, В. В. Шилкин	СПб. : СпецЛит, 2009.

5	Организация диспансерного наблюдения детей и подростков на педиатрическом участке : учеб.пособие для студентов 6 курса по спец. 060103- Педиатрия	сост. В. Т. Манчук, Е. И. Прахин, И. Н. Чистякова [и др.] ; ред. М. Ю. Галактионова	Красноярск : КрасГМУ, 2010.
6	Организация диспансерного наблюдения за детьми первого года жизни [Электронный ресурс] : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов 6 курса, обучающихся по спец. 060103 - Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=29008	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова, Н. В. Матыскина	Красноярск : КрасГМУ, 2012.
7	Питание детей раннего возраста: в схемах и таблицах : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов педиатр. фак.	М. Ю. Галактионова, Н. В. Назаренко	Красноярск : КрасГМУ, 2009.
8	Рахит (диагностика, лечение, профилактика) : учеб. пособие	М. Ю. Галактионова, Н. В. Назаренко, И. Н. Чистякова	Красноярск : Изд-во КрасГМА, 2008.
9	Руководство по практическим умениям педиатра : учеб. пособие	ред. В. О. Быков	Ростов н/Д : Феникс, 2010.
10	Современные медицинские технологии мониторинга состояния здоровья детей и подростков [Электронный ресурс] : учеб. пособие для курсантов последипломного обучения по спец. 060103 - Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=28439	сост. М. Ю. Галактионова, Т. Е. Таранушенко, И. Н. Чистякова [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2011.
11	Специфическая иммунопрофилактика инфекционных заболеваний у детей и подростков: учебное пособие для самостоятельной работы студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103 – педиатрия [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=1239	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова	Красноярск : КрасГМУ, 2009.
12	Уход в педиатрии	П. Г. Кюль, Д. Зипманн, Х. Зоботтка [и др.] ; пер. с нем. Н. Ю. Голованова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
13	Уход за здоровым и больным ребенком : учеб. пособие	ред. В. В. Юрьев, Н. Н. Воронович	СПб. : СпецЛит, 2009.
14	Электронные ресурсы: 1. ЭБС КрасГМУ "Colibris"; 2. ЭБС Консультант студента; 3. ЭБС Университетская библиотека OnLine; 4. ЭНБ eLibrary		

1. Занятие № 4

Тема: «Питание и жизнедеятельность организма. Основы рационального питания. Пища и болезни».

1. **Форма организации учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный.

2. **Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы).

Целями государственной политики в области здорового питания являются сохранение и укрепление здоровья населения, профилактика заболеваний, обусловленных неполноценным и несбалансированным питанием.

Цели обучения:

– общая: обучающийся должен обладать профессиональными компетенциями (ПК-3, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК – 18, ПК-26, ПК – 27, ПК -28, ПК – 31).

- учебная:

обучающийся должен знать: Нормативные документы, регламентирующие государственную политику в области здорового питания в РФ, мире, Красноярском крае. Принципы профилактики заболеваний детей в разные возрастные периоды с помощью питания.

обучающийся должен уметь: проводить профилактику заболеваний с помощью питания.

обучающийся должен владеть: основными принципами осмотра детей и подростков, принципами этики и деонтологии.

3. Место проведения практического занятия: учебная комната, структурные подразделения детской поликлиники, детского стационара.

4. Оснащение занятия: схемы осмотра ребенка, методические рекомендации, схемы.

5. Структура содержания темы (хронокарта).

Хронокарта практического занятия

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	5	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и целей	5	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний и умений	15	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	5	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся: а) курация под руководством преподавателя; б) разбор курируемых пациентов; в) выявление типичных ошибок	60	Работа: а) работа в детском отделении; в) демонстрация куратором различных состояний у детей.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	60	Ситуационные задачи
7.	Задание к следующему занятию	3	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
Всего:		153 мин	

6. Аннотация (краткое содержание темы).

В целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации, одним из приоритетов государственной политики должно являться

сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи.

СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЭТИОЛОГИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ:

- ЗДОРОВЬЕ РОДИТЕЛЕЙ
- ГОРМОНИЯ РОСТА И РАЗВИТИЯ
- ОТСУТСТВИЕ БОЛЕЗНИ
- АДЕКВАТНЫЕ РЕАКЦИИ НА СТРЕСС И ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
- АДЕКВАТНОСТЬ ПИТАНИЯ ПОТРЕБНОСТЯМ РЕБЕНКА
- АДЕКВАТНОСТЬ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И УМСТВЕННЫХ НАГРУЗОК

ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ:

- Профилактика специфическая
- Профилактика неспецифическая:
- Формирование культуры здорового образа жизни
- Тренированность к нагрузкам и средовым воздействиям
- Адекватное, сбалансированное, рациональное питание

Под государственной политикой Российской Федерации в области здорового питания населения (далее - государственная политика в области здорового питания) понимается комплекс мероприятий, направленных на создание условий, обеспечивающих удовлетворение в соответствии с требованиями медицинской науки потребностей различных групп населения в здоровом питании с учетом их традиций, привычек и экономического положения.

Целями государственной политики в области здорового питания являются сохранение и укрепление здоровья населения, профилактика заболеваний, обусловленных неполноценным и несбалансированным питанием, т.е. по сути дела и есть профилактика неинфекционных хронических заболеваний.

ПРИОРИТЕТЫ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ ОПРЕДЕЛЕНЫ ДОКУМЕНТАМИ

- Указ Президента РФ от 30 января 2010 г. N 120 «Об утверждении Доктрины продовольственной безопасности Российской Федерации»;
- Распоряжение Правительства РФ от 25 октября 2010 г. N 1873-р с утверждением концепции «Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года»;
- Распоряжение правительства Российской Федерации от 17 апреля 2012 г. N 559-р «Стратегия развития пищевой и перерабатывающей промышленности Российской Федерации на период до 2020»;
- Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.
- Федеральный закон от 10.07.1992 №3266-1 «Об образовании»;
- постановление Правительства РФ от 19.03.2001 №196 «Об утверждении Типового положения об общеобразовательном учреждении»;
- СанПиН 2.4.1201-03, СанПиН 2.1.3.1375-03, СанПиН 2.1.3.2193-07,
- приказ Министерства здравоохранения РФ от 05.08.2003 №330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ».
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Приказ Минздрава России от 19.08.2009 N 597н (ред. от 19.04.2011) «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»;
- КРАЕВАЯ ПРОГРАММА «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ» Раздел 3. Формирование навыков здорового питания (стереотип, традиции, культура пищевого поведения)

- Совместная Декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ "Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб" (1989)
- Инночентийская Декларация «Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания» (Международная встреча в интересах детей. Флоренция, 1990)
- Глобальная стратегия ВОЗ и ЮНИСЕФ по кормлению детей грудного и раннего возраста (55 сессия ВАЗ, 2002)
- Национальная научно-практическая программа «Питание детей грудного возраста» на 2006-2010 годы».

В России существуют четыре основных фактора риска: высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя, вклад которых в структуре общей смертности составляет 87,5%, а в количестве лет жизни с утратой трудоспособности — 58,5%. При этом на первом месте по влиянию на количество лет жизни с утратой трудоспособности (16,5%) стоит злоупотребление алкоголем. По экспертным оценкам, относительные показатели мало изменились за последние 6 лет. Наибольшее число людей в России умирает от болезней органов кровообращения. Одновременно наблюдается неуклонный рост заболеваемости болезнями кровообращения среди всех групп населения (детей, подростков и взрослых). Низкая эффективность профилактики и лечения атеросклероза в настоящее время является следствием недостаточности современных представлений об этиологии и патогенезе атеросклероза у детей.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИЗМЕНЕНИЯ В ЛИПИДНОМ ОБМЕНЕ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ:

- Искусственное вскармливание
- Перинатальная патология, сопровождаемая гипоксией и гипоксемией
- Высокая масса тела при рождении
- Нерациональное использование витамина D в профилактике и лечении рахита
- Сахарный диабет
- Врожденная микседема и др.

СВЯЗЬ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА С ХАРАКТЕРОМ ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА НА ПЕРВОМ ГОДУ:

- Прямое подтверждение: на вскрытии случайно погибших подростков и молодых людей отмечалась большая пораженность атеросклерозом тех из них, у которых в анамнезе было искусственное вскармливание (Osborn G, 1968)
- Косвенное подтверждение: более высокий уровень холестерина у взрослых людей (30-40 лет) отмечался у тех, которые не вскарммливались грудью матери (Marmot M. et al., 1979)

Высокое артериальное давление. Высокое артериальное давление, или артериальная гипертензия, — основная причина смертности и вторая, по количеству лет жизни с утратой трудоспособности, причина заболеваемости населения Российской Федерации. Около 34—46% мужчин и 32—46% женщин (в зависимости от региона) страдают артериальной гипертензией, при этом более 40% мужчин и 25% женщин не знают о том, что у них повышенное артериальное давление.

Высокий уровень холестерина. Примерно у 60% взрослых россиян уровень холестерина превышает рекомендуемый уровень, причем у 20% из них уровень настолько высок, что требует медицинского вмешательства.

Обеспечение **здорового безопасного питания** населения всех возрастных групп является важным направлением при формировании здорового образа жизни среди населения Российской Федерации, предусматривающим оптимизацию режима и характера питания, а также образование и обучение различных групп населения по вопросам здорового питания, в том числе с участием научных и лечебных центров, занимающихся вопросами питания.

Меры по внедрению здорового безопасного питания:

- поддержка грудного вскармливания детей раннего возраста,

- поддержка отечественного производства специализированных продуктов для детского питания, полностью удовлетворяющих потребности здоровых детей раннего возраста;
- создание системы здорового питания детей в организованных коллективах, в том числе совершенствование организации питания учащихся в общеобразовательных учреждениях;
- образование и обучение различных групп населения в вопросах здорового питания, в том числе с участием научных и лечебных центров, занимающихся вопросами питания;
- информационно-коммуникационная кампания по формированию у граждан Российской Федерации рациона здорового безопасного питания;
- осуществление мониторинга состояния питания населения.

Основными направлениями реализации государственной политики в области здорового питания являются:

- разработка и принятие технических регламентов, касающихся продуктов питания;
- законодательное закрепление усиления ответственности производителя за выпуск не соответствующей установленным требованиям и фальсифицированной пищевой продукции;
- разработка национальных стандартов, обеспечивающих соблюдение требований технических регламентов, касающихся пищевых продуктов и продовольственного сырья;
- совершенствование механизмов контроля качества производимых на территории Российской Федерации и поставляемых из-за рубежа пищевых продуктов и продовольственного сырья;
- разработка комплекса мероприятий, направленных на снижение распространенности заболеваний, связанных с питанием;
- законодательное обеспечение условий для инвестиций в производство витаминов, ферментных препаратов для пищевой промышленности, пробиотиков и других пищевых ингредиентов, продуктов массового потребления, обогащенных витаминами и минеральными веществами, продуктов функционального назначения, диетических (лечебных и профилактических) продуктов, продуктов для питания здоровых и больных детей;
- обеспечение приоритетного развития фундаментальных исследований в области современных биотехнологических и нанотехнологических способов получения новых источников пищи и медико-биологической оценки их качества и безопасности;
- разработка и внедрение единых форм государственной статистической отчетности о заболеваемости, связанной с нарушением питания, в том числе с анемией, недостаточностью питания, ожирением, болезнями органов пищеварения, а также о грудном вскармливании детей; •разработка и внедрение программ государственного мониторинга питания и здоровья населения на основе проведения специальных исследований индивидуального питания, в том числе групп риска (дети раннего возраста, беременные и кормящие женщины, малоимущее население), включая вопросы безопасности и развития распространенных алиментарно-зависимых состояний;
- усиление пропаганды здорового питания населения, в том числе с использованием средств массовой информации.

Ожидаемыми результатами реализации государственной политики в области здорового питания являются:

- обеспечение 80 - 95 процентов ресурсов внутреннего рынка основных видов продовольственного сырья и пищевых продуктов за счет продуктов отечественного производства;
- увеличение доли производства продуктов массового потребления, обогащенных витаминами и минеральными веществами, включая
- массовые сорта хлебобулочных изделий, а также молочные продукты, - до 40 - 50 процентов общего объема производства;
- увеличение доли производства молочных и мясных продуктов со сниженным содержанием жира - до 20-30 процентов общего объема производства;
- увеличение доли производства отечественного мясного сырья и продуктов его переработки - до 45 - 50 процентов общего объема производства (в том числе мяса птицы - в 2 раза);
- увеличение доли отечественного производства пищевой рыбной продукции, включая консервы, - до 7-8 процентов общего объема производства;
- увеличение доли отечественного производства овощей и фруктов, а также продуктов их переработки - до 40-50 процентов общего объема производства (в том числе продуктов органического производства);
- достижение уровня обеспечения сбалансированным горячим питанием в организованных коллективах, в том числе трудовых, - не менее 80 процентов лиц, входящих в состав организованных коллективов;
- обеспечение 80 процентов рынка специализированных продуктов для детского питания, в том числе диетического (лечебного и профилактического), за счет продуктов отечественного производства;
- увеличение доли детей в возрасте 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании, - до 50 процентов общего количества детей в возрасте 6 месяцев;
- снижение заболеваемости среди детей и подростков, связанных с питанием (анемия, недостаточность питания, ожирение, болезни органов пищеварения), - до 10 процентов;
- повышение числа обучающихся в общеобразовательных учреждениях детей, отнесенных к первой группе здоровья, - на 1 процент и детей, отнесенных ко второй группе здоровья, - на 2 процента;
- повышение адекватной обеспеченности витаминами детей и взрослых - не менее чем на 70 процентов;
- снижение распространенности ожирения и гипертонической болезни среди населения - на 30 процентов, сахарного диабета - на 7 процентов.

НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ВЛИЯНИЕ ЕСТЕСТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ:

- Обеспечивает оптимальное качество и количество нутриентов, необходимое для роста и развития ребенка
- Управляет ростом, развитием и тканевой дифференцировкой
- Обеспечивает защиту от избыточного поступления нутриентов
- Обеспечивает защиту от бактериальной флоры
- Формирует функционально необходимую биофлору кишечника
- Формирует пищевое поведение ребенка
- Долгосрочное влияние на свойства реактивности
- Долговременное влияние на качество жизни
- Способствует экспрессии генов
- Формирует рецепторы
- Активирует и деактивирует ключевые ферментные системы
- Изменяет скорость и направление процессов дифференцировки и программируемой смерти клеток

- Формирует пути оптимальной метабилизации нутриентов, адаптируя организм к разнообразию рационов питания

НЕЗАМЕНИМЫМИ ДЛЯ ОРГАНИЗМА НУТРИЕНТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Аминокислоты: (лейцин, изолейцин, лизин, *метионин*, фенилаланин, треонин, *триптофан*, валин, *гистидин* и др.)
2. Жирные кислоты: ненасыщенные и полиненасыщенные (*омега -3 и омега 6*)
3. Витамины и витаминоподобные вещества
4. Микроэлементы
5. Бифидо и лактобактерии

7. Вопросы по теме занятия.

1. Нормативные документы, регламентирующие государственную политику в области здорового питания в РФ, мире, Красноярском крае.
2. Принципы профилактики заболеваний детей в разные возрастные периоды с помощью питания.

8. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

Инструкция к тестовым заданиям: Укажите один правильный ответ

1. ВИД «ГОЛОДНОГО» СТУЛА У ГРУДНОГО РЕБЕНКА
 - 1) гомогенный
 - 2) примесь слизи
 - 3) скудный объем
 - 4) жидкая консистенция
 - 5) кашицеобразный
2. АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА К КОРМЛЕНИЮ ГРУДЬЮ
 - 1) тяжелые нарушения мозгового кровообращения с угрозой кровоизлияния
 - 2) желтушность кожи
 - 3) глубокая недоношенность
 - 4) расщелина верхней губы
 - 5) отит
3. СУТОЧНЫЙ РАЦИОН КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПОВЫШЕН НА
 - 1) 1000 ккал/сут.
 - 2) 200 ккал/сут.
 - 3) 400 ккал/сут.
 - 4) 800 ккал/сут.
 - 5) 500 ккал/сут
4. АДАПТИРОВАННЫЕ СМЕСИ БЫВАЮТ
 - 1) сложные
 - 2) простые
 - 3) сладкие
 - 4) кислые
 - 5) горькие
5. ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ
 - 1) ацидофильные палочки
 - 2) бифидумбактерии
 - 3) кишечные палочки
 - 4) энтерококки
 - 5) лактобактерии
6. СМЕСЬ НА ОСНОВЕ КОЗЬЕГО МОЛОКА

- 1) Импресс
- 2) Нэнни
- 3) Милаза
- 4) Изомил
- 5) Портаген

7. НА ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА ПЕРЕВОДЯТ, ЕСЛИ

- 1) грудное молоко отсутствует или составляет менее 1/5 суточного объема
- 2) грудное молоко составляет менее 1/3 суточного объема пищи
- 3) грудное молоко составляет более 1/3 суточного объема пищи
- 4) грудное молоко составляет более 1/5 суточного объема пищи
- 5) грудное молоко составляет 1/2 суточного объема пищи

8. ИЗ МЯСНЫХ ПРОДУКТОВ РЕБЁНКУ ОТ 1 ДО 3 ЛЕТ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО ПРЕДЛАГАТЬ БЛЮДА ИЗ

- 1) говядины
- 2) гуся
- 3) кролика
- 4) конины
- 5) свинины

9. КРИТЕРИИ АДЕКВАТНОСТИ ПИТАНИЯ, КРОМЕ

- 1) правильная динамика массы
- 2) достаточный тургор тканей
- 3) развитие речи
- 4) нормальный стул
- 5) хорошее настроение ребенка

10. ПОД РЕЖИМОМ ПИТАНИЯ ПОНИМАЮТ

- 1) употребление пищи в определенные часы и в определенном объеме
- 2) соблюдение определенных часов приема пищи и интервалов между ними
- 3) наилучшее распределение количества принимаемой пищи и ее энергетической ценности в течение суток
- 4) употребление качественной пищи, богатой витаминами
- 5) соответствие рациона питания возрастным требованиям

Эталоны ответов

1 – 3 2 – 1 3 – 5 4 – 4 5 – 2 6 – 2 7 – 1 8 – 2 9 – 5 10 – 3

9. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

Задача №1



Ребенок родился с массой 3300 г, в настоящее время ему 3 недели. Мать обеспокоена, что у нее мало молока и просит выписать дополнительное питание. Масса ребенка 3700 г, при контрольном взвешивании высасывает 100 мл молока.

Задание

1. Рассчитать какую массу должен иметь ребенок.
2. Рассчитайте сколько молока ему нужно на кормление, нуждается ли он в дополнительном питании?
3. Укажите должноствующие БЖУ на кг массы тела ребенка.
4. Расскажите о лактационных кризах.
5. Дайте советы матери.

Эталон задачи

1. Масса = 3300 + 400 (2/3 от 600) = 3700 г.

2. Суточный объем по объемному методу = $1/5$ от 3700 = 740 мл.

Количество кормлений в сутки = 7 через 3 часа.

Разовый объем = 105 мл

В дополнительном питании не нуждается.

Меню: 6.00, 9.30, 13.00, 16.30, 20.00, 23.30 – 100-105 мл. грудного молока.

3. Долженствующие БЖУ на кг = Б 2,2; Ж 6,5; У 13,0; ккал 115.

4. Лактационный криз (ЛК) - временное уменьшение выработки молока, которое происходит обычно уже после установления лактации. Как правило, ЛК чаще всего наблюдаются в первые 2 месяца лактации и повторяются на более поздних этапах кормления грудью вплоть до 6-9 месяцев и позже. Продолжительность ЛК в среднем сохраняется до 2-4 дней, в некоторых случаях криз может продолжаться до одной недели. Причин ЛК достаточно много, но наиболее объяснимой и понятной является, то, что в периоды бурного роста ребенка молочная железа мгновенной не может произвести требуемое количество молока одномоментно. Необходимо время, а самое главное – спрос, который и определит через какое-то время предложение. В большинстве случаев ЛК не представляют опасности ни для ребенка ни для его матери при условии что женщина информирована об их проявлениях. Профессиональная подготовка кормящей матери и повышение сосательной активности ребенка за 1-2-3 дня приведет к увеличению объема вырабатываемого молока. В других случаях, когда женщина не информированная о проявлениях ЛК, когда она не уверена в правильности своих действий, сомневается в собственной способности выкормить ребёнка грудью, когда отсутствует поддержка ГВ членами семьи и нет своевременных внятных действий и рекомендаций от медицинских работников, тогда криз затягивается до недели. Затянувшийся криз представляет реальную угрозу полноценному ГВ. Для предупреждения развития событий по данному варианту каждый медицинский работник, беременная и кормящая женщины должны знать, как нивелировать проявления ЛК.

5. При уменьшении количества молока не рекомендуется докармливать (в первые два дня), допаивать, и предлагать ребенку пустышку. Чаще это обусловлено ЛК и при правильной тактике матери и своевременной помощи медицинского персонала лактация на требуемом уровне быстро установится. Более частое прикладывание к груди стимулирует восстановление лактации.

Если при условии, вышеописанных приемов, не удастся получить адекватного эффекта, следует перейти к использованию специальных пищевых биологически активных добавок и медикаментозных (аллопатических и гомеопатических) средств лечения гипогалактии.

Задача №2

Юра Ф., 11 лет. Поступил в отделение с жалобами на избыточный вес, повышенный аппетит, слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза известно, что родители и родная сестра мальчика полные. В семье много употребляют сладкого, жирного, выпечных изделий. Ребенок от 2-й беременности, 2-е роды в срок, без патологии. Масса тела при рождении 4000 г, длина 52 см.

Осмотр: длина тела 142 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски, подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС - 95 уд/мин, ЧДД - 19 в 1 минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. При пальпации живота



отмечается болезненность в правом подреберье, печень +1 см.

Общий анализ крови: Нв - 130 г/л, Эр – $3,9 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,5 \times 10^9$ /л; п/я - 1%, с/я - 52%; э - 4%, л - 37%, м - 6%, СОЭ - 4 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - хорошая; удельный вес 1015, реакция - кислая; белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен.

Биохимический анализ крови: глюкоза - 5,2 ммоль/л, натрий - 137,0 ммоль/л, калий - 5 ммоль/л, общий белок - 65,0 г/л, холестерин - 7,6 ммоль/л.

ЭКГ: нормальное положение электрической оси сердца, синусовый ритм.

УЗИ желудочно-кишечного тракта: размеры печени - увеличены; паренхима - подчеркнут рисунок внутривенных желчных протоков; стенки желчного пузыря - утолщены, в просвете определяется жидкое содержимое.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Какие основные принципы диетотерапии и другие лечебные мероприятия применяются?
5. Перечислите возможные осложнения.

Эталон задачи

1. Конституционально-экзогенное ожирение III степени.

Сопутствующий диагноз: Дисфункция желчевыводящих путей и сфинктера Одди. Диагноз поставлен на основании жалоб на избыточный вес, наследственного анамнеза – родители и родная сестра мальчика полные, в семье много употребляют сладкого, жирного; объективно - подкожно-жировой слой развит избыточно с преимущественным отложением на груди и животе, ИМТ = 29,27, что соответствует ожирению III степени $((29,27-17,2)/17,2 \times 100 = 70,17 \%)$. В б/х ан. крови – гиперхолестеринемия; по УЗИ ЖКТ признаки застоя желчи и дискинезии желчевыводящих путей.

2. Р-графия черепа с прицелом на турецкое седло, поля зрения, ЭхоЭГ, осмотр окулиста (глазное дно), УЗИ щитовидной железы, УЗИ надпочечников, гормональное обследование: пролактин, ТТГ, Т₄, ЛГ, ФСГ, тестостерон, кортизол; расширенная копрология, дуоденальное зондирование.

3. Дифференцировать с вторичными формами ожирения (эндокринное, гипоталамическое, церебральное), при которых избыточный вес является одним из симптомов основного заболевания.

4. Соблюдение диеты, с ограничением легкоусвояемых углеводов (сахар, конфеты, кондитерские изделия, варенья, компоты) с заменой их на защищенные углеводы (овощи и фрукты с большим содержанием клетчатки и пектиновых волокон). Дробное питание 5-6 раз в сутки небольшим объемом. Ограничение суточного калоража за счет снижения употребления жиров, замена легкоусвояемых углеводов на защищенные. ЛФК, массаж, физиопроцедуры, водолечение (душ Шарко). Мероприятия, направленные на увеличение расхода калорий.

5. Кардиоваскулярные нарушения (артериальная гипертензия), метаболические нарушения (нарушение толерантности к углеводам и сахарный диабет II типа), нарушение функции гонад, нарушения опорно-двигательного аппарата, вторичный диэнцефальный синдром.

Угроза формирования метаболического синдрома с развитием острых сосудистых осложнений (инфаркт, инсульт).

Задача №3



На приёме у участкового педиатра Паша С., 10 лет. Жалобы на низкие темпы роста с раннего детского возраста (ежегодный прирост не более 3-4 см/год).

Из анамнеза: рост отца – 182 см, рост матери – 162 см. В семье низкорослых родственников нет.

При осмотре: рост 105 см, вес 19 кг. Телосложение пропорциональное. Мальчик активный, подвижный, память сохранена, обучается в общеобразовательной школе (средний балл 4,5). Кожа обычной окраски и влажности. Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределён равномерно. Лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа 0 степени (по классификации ВОЗ). Костная система – без деформаций. Акромикрия (мелкие кисти и стопы). Рост волос и ногтей не нарушен. Мышечный тонус достаточный. Тургор тканей сохранён, отёков нет. Дыхание проводится по всем полям, без хрипов. Тоны сердца отчётливые, ритмичные. ЧСС 78 в минуту, АД 110/75 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Половое развитие допубертатное.

Задание

1. Оцените физическое развитие ребёнка и сформулируйте диагноз.
2. Перечислите особенности роста ребёнка в разные возрастные периоды.
3. Назовите факторы, влияющие на рост ребёнка.
4. Алгоритм врача-педиатра при указанной

патологии.

5. Назовите причины указанной патологии в детском возрасте.

Эталон задачи

1. Физическое развитие по росту низкое (рост ниже 3 центиля); ИМТ = 17,3 (между 50 и 75 центилями), дефицита и избытка веса нет. Диагноз: низкорослость (дефицит гормона роста – соматотропная недостаточность)?

2. Особенности роста на разных этапах жизни ребёнка:

- пренатальный период: максимальные темпы роста (во втором триместре беременности увеличение длины плода достигает 7,5 мм в день)

- период младенчества: за первый год жизни ребёнок вырастает на 24-26 см. (при этом прирост за 12 месяцев составляет 50% от показателя длины тела при рождении)

- период детства: прирост за 2-й год жизни составляет 12-13 см, в третий год жизни – 6-8 см; незначительное ускорение роста отмечается у большинства детей в 6-8 летнем возрасте («детский ростовой скачок»); до пубертатного периода скорость роста у девочек и мальчиков практически одинакова и составляет в среднем 5-6 см/год

- пубертатный период: ускорение роста на фоне повышения уровня половых гормонов («пубертатный ростовой скачок»), скорость ростовых процессов может достигать 9-12 см/год; через два года, после достижения максимальной скорости роста, у подростков наступает замедление ростовых процессов до 1-2 см/год с последующим закрытием зон роста

3. Факторы, влияющие на рост: наследственные (гены, определяющие скорость роста и гены, определяющие конечный рост; нормальный хромосомный набор); эндокринные (нормальная функция желёз внутренней секреции); соматическое здоровье (отсутствие хронических заболеваний сопровождающихся гипоксией, интоксикацией,

нарушениями всасывания, метаболическими расстройствами); факторы внешней среды (спокойная психологическая атмосфера в доме; питание, богатое белками, кальцием, йодом, витаминами; адекватная возрасту физическая активность; инсоляция; достаточный сон).

4. Алгоритм педиатра при низкорослости у детей:

- **Выяснение анамнеза:**
перинатальные факторы риска (гипоксическое и травматическое повреждение ЦНС и гипоталамо-гипофизарной области);
особенности неонатального периода (затяжная желтуха, гипогликемии);
масса и длина тела при рождении,
показатели физического развития и скорость в разные периоды жизни ребёнка;
сроки прорезывания и смены молочных зубов, закрытие родничков (задержка относительно возрастной нормы);
рост и особенности полового развития у родственников первой линии родства).
- **Антропометрические измерения:** рост стоя (расчёт SDS роста), рост сидя (определение коэффициента пропорциональности телосложения), объём размаха рук и окружность головы (оценка пропорциональности телосложения), вес (оценка гармоничности телосложения).
- **Определение целевого (прогнозируемого) роста.**
- **Физикальный осмотр:** клинические симптомы соматических заболеваний и патологии костной системы; признаки нарушения работы эндокринных желёз (ожирение, стрии, гирсутизм, сухость, пигментация, нарушения полового развития, выраженная низкорослость и др.); стигмы дисэмбриогенеза; неврологическая симптоматика; оценка полового созревания.
- **Рентгенологические исследования:** боковая краниография (визуализация турецкого седла, выявление признаков внутричерепной гипертензии и патологических изменений); рентгенография кисти с лучезапястным суставом (определение костного возраста).
- **Лабораторные и инструментальные методы исследования,** подтверждающие или исключающие соматическую патологию (клинический анализ крови, общий анализ мочи, антитела к глиадину и т.д.).
- **Консультация генетика** (исключение или подтверждение наследственных заболеваний и генетических синдромов, сопровождающихся низкорослостью).
- **Консультация ортопеда** (при диспропорциональном телосложении и подозрении на скелетную дисплазию).
- **Консультация эндокринолога** (все дети с ростом ниже 3 центиля и/или скоростью роста менее 4-5 см/год).

5. Причины низкорослости у детей: эндокринные заболевания (соматотропная недостаточность, гипотиреоз, гиперкортицизм, гипогонадизм); генетические синдромы и хромосомные болезни (синдром Шерешевского-Тернера, синдром Секкеля, синдром Сильвера-Рассела и др.); патология костной системы (скелетные дисплазии); соматические заболевания (ВПС, хронические болезни лёгких, синдром нарушенного всасывания, заболевания почек с ХПН и др.); недостаточное поступление питательных веществ (белок, кальций, йод и др.); конституциональные (семейные) особенности роста; психосоциальная низкорослость; ятрогенная задержка роста (при приёме ГКС).

Задача №4

Мальчик Антон П., 1,5 мес. **При осмотре** ребенка на дому врачом



педиатром мама предъявляет жалобы на нехватку молока, плохую прибавку массы тела и беспокойство ребенка. В настоящий момент масса тела ребенка 2500 гр., длина тела 51 см. Стул 2-3 раза в день. **Из данных анамнеза:** ребенок от первой беременности, роды в 39 нед., самостоятельные. Матери 25 лет, здорова. Мальчик родился с оценкой по Апгар 7-8 баллов. Масса тела при рождении 2000 гр., длина тела 48 см. При дородовом наблюдении ни с кем вопрос кормления грудью не обсуждался, в родильном доме ребенок находился отдельно от матери в детской палате, медицинский персонал не помогал наладить кормление грудью. Когда ребенок родился, у него были трудности с сосанием, потому мама кормила его из бутылочки, пока старалась наладить кормление грудью. В течение 2-х недель ребенок отказался от груди.

Задание

1. Оценить адекватность питания и дать рекомендации по рациональному вскармливанию данного ребенка.
2. Биологическая ценность грудного женского молока и его отличие от коровьего молока.
3. Особенности пищеварения в тонком кишечнике у детей первого года жизни.
4. Клинические признаки белково-калорийной недостаточности.
5. Покажите на фантоме правила оценки состояния новорожденного ребенка по шкале Апгар.

Эталон задачи

1. Оценка питания – вскармливание ребенка естественное (грудное), однако было допущено ряд ошибок при организации питания – во время дородового наблюдения не было дано достаточной информации и грудном вскармливании (его преимуществах, пользы для ребенка и др.); возможно не было раннего прикладывания к груди (в родовом зале, в первые 30 мин после рождения); раздельное пребывание матери и ребенка после родов (возможно регламентированное кормление, которое не способствовало достаточному становлению лактации); не достаточное внимание персонала к кормящей матери (проследить за правильной техникой прикладывания, кормления и т.д.); не была оказана помощь женщине в организации правильного кормления, раннее использование бутылочного кормления также не способствовало лактации. Ребенку необходимо назначить лечебное питание под контролем врача, в условиях стационара, так как дефицит массы у ребенка около 50%.

2. Грудное молоко способствует повышению защитных функций детского организма за счет присутствия антител, иммунных комплексов, активных лейкоцитов, лизоцима, макрофагов, секреторного иммуноглобулина А, лактоферрина и других биологически активных веществ. В последние годы в женском молоке обнаружены также бифидо- и лактобактерии, способствующие оптимальному становлению кишечной микрофлоры. За счет наличия олигосахаридов в грудном молоке, а также низкому содержанию белка и фосфора, грудное молоко способствует росту здоровой кишечной микрофлоры и влияет на становление иммунитета грудного ребенка. В женском молоке присутствуют нуклеотиды (20% от всего небелкового азота). Которые являются исходными компонентами для построения рибонуклеиновой и дезоксирибонуклеиновой кислот, им принадлежит важная роль в поддержании иммунного ответа, стимуляции роста и дифференцировке энтероцитов. Все нутриенты женского молока, в отличие от коровьего, легко усваиваются, поскольку их состав и соотношение соответствует функциональным возможностям желудочно-кишечного тракта грудного ребенка, а также благодаря наличию в женском молоке ферментов (амилазы, липазы, фосфатазы и др.) и транспортных белков.

Грудное молоко является источником гормонов и различных факторов роста (эпидермального, инсулиноподобного и др.), которые играют важнейшую роль в регуляции аппетита, метаболизма, роста и дифференцировки тканей и органов ребенка.

Белок женского молока состоит в основном из сывороточных протеинов (70-80%), содержащих незаменимые аминокислоты в оптимальном для ребенка соотношении, и казеина (20-30%).

Основным компонентом жира женского молока являются триглицериды, фосфолипиды, жирные кислоты, стеролы. Его жирнокислотный состав характеризуется относительно высоким содержанием незаменимых полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), концентрация которых в женском молоке в 12-15 раз больше, чем в коровьем. Жиры женского молока перевариваются легче, чем коровьего, так как они в большей степени эмульгированы и в грудном молоке содержится фермент липаза, участвующая в переваривании жирового компонента молока, начиная с ротовой полости.

Углеводы женского молока представлены в основном дисахаридом β -лактозой (80-90%), олигосахаридами (15%) и небольшим количеством глюкозы и галактозы. β -лактоза женского молока медленно расщепляется в тонкой кишке ребенка, частично доходит до толстой кишки, где метаболизируется до молочной кислоты, способствует лучшему усвоению минеральных веществ (кальция, цинка, магния и др.). Олигосахаридами – углеводы, включающие от 3 до 10 остатков моносахаридов, которые не подвергаются расщеплению ферментов пищеварительного тракта, не всасываются в тонкой кишке и в неизменном виде достигают просвета толстой кишки, где ферментируются, являясь субстратом для роста бифидобактерий. При этом происходит конкурентное торможение развития условно-патогенной флоры. Кроме того, олигосахаридами женского молока являются рецепторами для бактерий, вирусов (ротавирусов), токсинов и антител, блокируя тем самым их связывание с мембраной энтероцита. Рассмотренные функции олигосахаридов, а также лактозы лежат в основе пребиотических эффектов женского молока, в значительной мере определяя его протективное действие в отношении кишечных инфекций у детей грудного возраста.

В коровьем молоке в 3 раза больше солей, чем в женском, в основном за счет макроэлементов. Относительно низкое содержание минеральных веществ в женском молоке обеспечивает его низкую осмолярность и уменьшает нагрузку на незрелую выделительную систему. Минеральные вещества женского молока усваиваются значительно активнее, чем из коровьего, за счет оптимального соотношения их с другими веществами, а также за счет присутствия транспортных белков женского молока (лактоферрин, церулоплазмин). В женском молоке присутствуют все водо- и жирорастворимые витамины.

3. Процесс пищеварения, начинающийся в полости рта и в желудке, продолжается в тонком кишечнике под влиянием сока поджелудочной железы и желчи, выделяющихся в двенадцатиперстную кишку, а также кишечного сока. Секреторный аппарат кишечника в целом сформирован. Даже у самых маленьких в кишечном соке, выделяемом энтероцитами, определяются те же ферменты, что и у взрослых (энтерокиназа, щелочная фосфатаза, эрепсин, липаза, амилаза, мальтаза, нуклеаза), но активность их значительно ниже. ДПК – является гормональным центром пищеварения и осуществляет регуляторное влияние на всю пищеварительную систему посредством гормонов, выделяемых железами слизистой оболочки.

В тонкой кишке осуществляются основные этапы сложного процесса расщепления и всасывания пищевых веществ при совместном действии кишечного сока, желчи и секрета поджелудочной железы. Расщепление пищевых веществ с помощью ферментов происходит как в полости тонкой кишки (полостное пищеварение), так и непосредственно на поверхности её слизистой оболочки (пристеночное или мембранное пищеварение). У грудного ребенка есть особое полостное внутриклеточное пищеварение, адаптированное к лактотропному питанию, и внутриклеточное, осуществляемое пиноцитозом..

Расщепление пищевых продуктов происходит главным образом под влиянием секрета поджелудочной железы, содержащего трипсин (действующий протеолитически), амилазу (расщепляет полисахариды и превращает их в моносахариды), и липазу

(расщепляет жиры). Из-за низкой активности липолитического фермента особенно напряженно идет процесс переваривания жиров.

Всасывание тесно связано с пристеночным пищеварением и зависит от структуры и функции клеток поверхностного слоя слизистой оболочки тонкой кишки; оно является главной функцией тонкого кишечника.

Белки всасываются в виде аминокислот, но у детей первых месяцев жизни возможно частичное всасывание в неизменном виде. Углеводы усваиваются в виде моносахаридов, жиры – в форме жирных кислот.

Особенности строения кишечной стенки и относительно большая её площадь определяют у детей младшего возраста более высокую, чем у взрослых, всасывательную способность и вместе с тем из-за высокой проницаемости недостаточную барьерную функцию слизистой оболочки. Легче всего усваиваются компоненты женского молока, белки и жиры которого частично всасываются нерасщепленными.

4. БЭН - алиментарно-зависимое состояние, вызванное достаточным по длительности и/или интенсивности преимущественно белковым и/или энергетическим голоданием, синоним гипотрофия, принятый в России. Проявляется дефицитом массы тела и/или роста и комплексным нарушением гомеостаза организма в виде изменения основных метаболических процессов, водно-электролитного дисбаланса, нарушения нервной регуляции, эндокринного дисбаланса, угнетения иммунной системы, дисфункции желудочно-кишечного тракта и других органов и систем. Появляется отечный синдром (особенно характерны отеки стоп), волосы становятся тонкими, редкими, может возникнуть депигментация, у детей старшего возраста может проявляться мышечным истощением. При дефиците белка у детей изменяется поведение, вначале они становятся раздражительными, беспокойными. При продолжительном голодании беспокойство сменяется вялостью, апатия, сонливость. Уменьшается подкожно-жировой слой, замедляется, а затем прекращается прибавка в массе, а через 3-6 мес. и роста. Длительная недостаточность белка в рационе питания детей первых 3-х лет жизни может вызвать необратимые изменения, сохраняющиеся пожизненно. Интеллектуальный индекс школьников, испытывающих до 3-х летнего возраста белковую недостаточность, ниже, чем у их сверстников, получавших полноценное питание.

Выделяют две формы БЭН: квашиоркор – характеризуется отеками, десквамацией кожи, выпадением волос, часто увеличением печени или снижением её функции, анорексией, алиментарный маразм (безотечная форма, мумифицированная или сухая форма алиментарной дистрофии, значительная атрофия мышц и жировой клетчатки, но при этом сохраняется нормальная кожа, волосы, нет изменений в функции печени и других внутренних органов, не возникает отеков и маразм-квашиоркор

5. Шкала Апгар названа по имени ее создателя - американского доктора Вирджинии Апгар. С ее помощью по цифровым показателям оценивается в родильном зале состояние только что родившегося ребенка, а также вероятность развития у него неврологических нарушений. Оценка состояния ребенка проводится на 1-й и 5-й минутах жизни. Общая оценка складывается из суммы цифровых показателей пяти признаков (цвет кожных покровов, дыхание, сердцебиение, мышечный тонус, рефлекторная реакция). Максимальное значение составляет 2 балла по каждому признаку и выражается в виде дроби, числитель которой – данные на 1-й минуте, знаменатель - на 5-й минуте. Состояние новорожденного считается удовлетворительным при оценке по шкале Апгар 8/10 баллов.

Задача №5



Ребенок в возрасте 7 дней кормится из-за болезни матери сцеженным грудным молоком через 3,5 часа 6 раз в день, промежутки между кормлениями не выдерживает, беспокоен, плохо спит. Масса тела при рождении 3700 г, длина 51 см. На 7 день жизни масса 3600 г.

Задание

1. Оцените динамику массы тела.
2. Дайте рекомендации по рациональному вскармливанию (режим, число, суточный и разовый объемы кормлений).
3. Что такое «свободный режим» вскармливания?
4. Составьте примерный

рацион питания на 1 день.

5. Психологические преимущества грудного вскармливания?

Эталон задачи

1. Ребенок находится на этапе восстановления первоначальной убыли массы тела. Восстановление массы при рождении происходит к 7-10 дню жизни. Дефицит массы на 7 день составляет 100 г, необходим контроль за массой тела.

2. Рекомендуются при выздоровлении матери режим «свободного вскармливания». Пока ребенок кормится сцеженным грудным молоком предпочтительнее регламентированный режим кормлений. Кормить не реже 7-8 раз в сутки через 3 часа, так как ребенок не выдерживает интервал между кормлениями в 3,5 часа.

3. Ключевым фактором обеспечения полноценной лактации является режим «свободного вскармливания» или вскармливание по «требованию ребенка», под которым понимают прикладывание ребенка к груди столько раз и в такое время, в какое требует ребенок, включая ночные часы. Частота кормления зависит от активности рефлекса новорожденного и массы тела при рождении. Новорожденный ребенок может требовать от 8-10 до 12 и более прикладываний к груди за сутки. Длительность кормления может составлять 20 минут и более. К концу первого месяца жизни частота кормления обычно снижается до 7-8 раз, а длительность кормления уменьшается. Ночные кормления при свободном вскармливании новорожденных детей не исключаются, от ночных кормлений ребенок должен отказаться сам. Свободное грудное вскармливание способствует становлению оптимальной лактации и установлению тесного психоэмоционального контакта между матерью и ребенком, что очень важно для правильного эмоционального и нервно-психического развития младенца.

4. Расчет объемов питания.

Суточный объем по формуле Зайцевой: $(2\% \text{ от } 3700) \times 7 = 518 \text{ мл}$ Разовый объем при 7-разовом кормлении: $518 : 7 = 74 \text{ мл}$ или при 8-разовом кормлении: $518 : 8 = 64 \text{ мл}$

Примерный рацион питания на 1 день:

- 6 часов - сцеженное грудное молоко - 75 мл
- 9 часов - сцеженное грудное молоко - 75 мл
- 12 часов - сцеженное грудное молоко - 75 мл
- 15 часов - сцеженное грудное молоко - 75 мл
- 18 часов - сцеженное грудное молоко - 75 мл
- 21 час - сцеженное грудное молоко - 75 мл

24 часа - сцеженное грудное молоко - 75 мл

5. Грудное вскармливание имеет важное психологическое преимущество, как для матери, так и для ребенка. Грудное вскармливание способствует формированию между матерью и ребенком тесных, нежных взаимоотношений, от которых мать эмоционально получает глубокую удовлетворенность. Тесный контакт с ребенком сразу же после родов способствует налаживанию этих взаимоотношений. Этот процесс называется привязанностью или эмоциональной связью. Дети меньше плачут и быстрее развиваются, если они остаются со своими матерями и вскармливаются грудью сразу же после родов. Матери, кормящие грудью, ласково реагируют на своих детей. Они меньше жалуются, что ребенок требует к себе внимания и кормлений ночью. Матери значительно реже отказываются от своих детей или обижают их.

Психологические преимущества грудного вскармливания:

- Эмоциональная связь
- тесные, любящие взаимоотношения матери и ребенка
- эмоциональное удовлетворение матери
- ребенок меньше плачет
- мать становится ласковее
- реже вероятность, что ребенок будет брошен или обижен.

10. Перечень и стандарты практических умений.

I – профессионально ориентируется по данному вопросу.

II – может использовать приобретенные навыки под руководством специалиста.

III – может самостоятельно применять приобретенные навыки.

№ Практические навыки согласно образовательному стандарту	Стандарт
п/п специальности	выполнения

	Уметь	использовать нормативные документы,	
1	регламентирующие государственную политику в области здорового питания в РФ, мире, Красноярском крае.		II
2	Проводить профилактику заболеваний детей в разные возрастные периоды с помощью питания.		II
3	Составить отчет		II

11. Примерная тематика НИРС по теме

Научно-исследовательская работа студента осуществляется по выбору студента, исходя из предпочтений по разделам изучаемой дисциплины с учетом списка тем и списка рекомендованной литературы в методической разработке для внеаудиторной работы студента. При проведении НИР студент пользуется услугами библиотеки, интернет-поиском, совершенствуя навыки тематического поиска и работы с компьютером. Студент должен проработать не менее 5 библиографических (или электронных) источников.

Темы НИРС:

- Рациональное питание детей.
- Рациональное питание беременной и кормящей женщины.
- Принципы профилактики заболеваний детей в разные возрастные периоды с помощью питания.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная литература

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год
1	2	3	4
1	Общий уход за детьми [Электронный ресурс] : учеб.	А. М. Запруднов, К.	М. : ГЭОТАР-

	пособие. - Режим доступа: http://studmedlib.ru/book/ISBN9785970413357.html	И. Григорьев	Медиа, 2009.
2	Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://studmedlib.ru/book/ISBN9785970416723.html	ред. А. С. Калмыкова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год
1	Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика	А. А. Баранов, Ю. Е. Лапин	М. : б/и, 2009.
2	Инвалидность детского населения России. Вып. 7	А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, Д. И. Зелинская [и др.]	Москва : Центр развития межсекторальных программ, 2008.
3	Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка» [Электронный ресурс] : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов 3-4 курсов по специальности 060103 – Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=28963	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова, Л. И. Позднякова [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2011.
4	Новорожденный ребенок. Основы оценки состояния здоровья и рекомендации по профилактике и коррекции его нарушений : рук. для врачей	ред. Н. Л. Черная, В. В. Шилкин	СПб. : СпецЛит, 2009.
5	Организация диспансерного наблюдения детей и подростков на педиатрическом участке : учеб. пособие для студентов 6 курса по спец. 060103- Педиатрия	сост. В. Т. Манчук, Е. И. Прахин, И. Н. Чистякова [и др.] ; ред. М. Ю. Галактионова	Красноярск : КрасГМУ, 2010.
6	Организация диспансерного наблюдения за детьми первого года жизни [Электронный ресурс] : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов 6 курса, обучающихся по спец. 060103 - Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=29008	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова, Н. В. Матыскина	Красноярск : КрасГМУ, 2012.
7	Питание детей раннего возраста: в схемах и таблицах : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов педиатр. фак.	М. Ю. Галактионова, Н. В. Назаренко	Красноярск : КрасГМУ, 2009.
8	Рахит (диагностика, лечение, профилактика) : учеб. пособие	М. Ю. Галактионова, Н. В. Назаренко, И. Н. Чистякова	Красноярск : Изд-во КрасГМА, 2008.
9	Руководство по практическим умениям педиатра : учеб. пособие	ред. В. О. Быков	Ростов н/Д : Феникс, 2010.
10	Современные медицинские технологии мониторинга состояния здоровья детей и подростков [Электронный ресурс] : учеб. пособие для курсантов последипломного обучения по спец. 060103 - Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=28439	сост. М. Ю. Галактионова, Т. Е. Таранушенко, И. Н. Чистякова [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2011.
11	Специфическая иммунопрофилактика инфекционных заболеваний у детей и подростков: учебное пособие для самостоятельной работы студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103 – педиатрия [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=1239	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова	Красноярск : КрасГМУ, 2009.
12	Уход в педиатрии	П. Г. Кюль, Д. Зипманн, Х.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.

		Зоботтка [и др.] ; пер. с нем. Н. Ю. Голованова	
13	Уход за здоровым и больным ребенком : учеб. пособие	ред. В. В. Юрьев, Н. Н. Воронович	СПб. : СпецЛит, 2009.
14	Электронные ресурсы: 1. ЭБС КрасГМУ "Colibris"; 2. ЭБС Консультант студента; 3. ЭБС Университетская библиотека OnLine; 4. ЭНБ eLibrary		

1. Занятие № 5

Тема: «Мотивация здорового образа жизни. Социальная и психологическая поддержка детей в семье, воспитание стремления к здоровому образу жизни».

1. Форма организации учебного процесса: клиническое практическое занятие.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы).

Понятие «здоровый образ жизни» не имеет однозначного определения. Представители философско-социологического направления рассматривают ЗОЖ как глобальную социальную проблему, составную часть жизни общества в целом. В психолого-педагогической сфере ЗОЖ трактуется с точки зрения сознания, психологии человека, мотивации. Высказываются и другие точки зрения (например, медико-биологическая), однако четкой грани между ними нет, так как они нацелены на решение одной проблемы — укрепление здоровья индивидуума. ЗОЖ служит предпосылкой для развития разных сторон деятельности человека, достижения им активного долголетия и полноценного выполнения социальных функций, словом — призывает занимать активную жизненную позицию. Врач-педиатр, осуществляя медицинское наблюдение за ребенком, выявляя отклонения в состоянии здоровья, постоянно общается с семьей. Он первым должен ответить родителям на вопросы, касающиеся не только заболеваний или развития, но и поведенческих реакций и личностных качеств ребенка. Следовательно, знание психологических особенностей своих пациентов есть одна из важных задач врача-педиатра. Психологическое воспитание детей играет главную роль в становлении личности. Детская психология — наука, изучающая особенности психической жизни ребенка и закономерности психического развития в детском возрасте.

Цели обучения:

– общая: обучающийся должен обладать общекультурными (ОК-1) и профессиональными компетенциями (ПК-1, ПК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК – 18, ПК-26, ПК – 27, ПК – 28, ПК -31).

- учебная:

обучающийся должен знать: Определение понятия семьи. Семейный цикл. Права детей. Роль семьи в формировании здоровья детей. Структура образа жизни человека. Понятия «уровень жизни», «качество жизни», «стиль жизни», «уклад жизни». Выдающиеся теоретики и пропагандисты ЗОЖ. Методы пропаганды ЗОЖ. Оценка культуры здоровья. Аспекты воспитания детей. Критические периоды формирования личности ребенка. Этническая идентичность. Этнокультурное воспитание детей. Религиозные конфессии в РФ. Роль родителей в духовном воспитании детей.

обучающийся должен уметь: Оказывать воспитательное воздействие на ребенка. Ориентироваться в особенностях, различиях религиозных конфессий и т.п. Оценивать психологическую готовность ребенка к школе. Применять методы пропаганды ЗОЖ. Применять приемы нравственного воспитания. Ориентироваться в принципах духовного воспитания.

обучающийся должен владеть: методами оценки семьи, аспектами воспитания детей, пропагандой ЗОЖ.

3. Место проведения практического занятия: учебная комната, структурные подразделения детской поликлиники, детского стационара.

4. Оснащение занятия: методические рекомендации.

5. Структура содержания темы (хронокарта).

Хронокарта практического занятия

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	5	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и целей	5	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний и умений	15	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	5	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся: а) курация под руководством преподавателя; б) разбор курируемых пациентов; в) выявление типичных ошибок	60	Работа: а) работа в детском отделении; в) демонстрация куратором различных состояний у детей.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	60	Ситуационные задачи
7.	Задание к следующему занятию	3	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
Всего:		153 мин	

6. Аннотация (краткое содержание темы).

Главный институт для формирования здоровья и развития ребенка — семья. В современном русском языке словом «семья» обычно называют группу родственников, чье родство может быть кровным (родители и дети, братья, сестры) и законным (муж и жена, отчим и пасынок). К членам семьи относят: отца, мать, сына, дочь, брата, сестру, дедушку, бабушку. К дальнему кругу родных могут быть отнесены дяди, тети, племянники, двоюродные (кузены) и троюродные братья и сестры. Иногда для обозначения семьи или родословной используют латинское слово «фамилия», которое в русском языке в первую очередь означает «общее имя для членов семьи».

«Семья является естественной и основной ячейкой общества и имеет право на защиту со стороны общества и государства» — так гласит Всеобщая декларация прав человека (2011). Формирование основ здоровья ребенка — действие, которое начинается

задолго до его рождения и заключается, прежде всего, в правильной организации «семейного союза».

Семейный цикл определяется следующими стадиями родительства:

- предродительство — период от заключения брака и до рождения первенца;
- репродуктивное родительство — период между рождением первенца и младшего ребенка;
- социализационное родительство — период от рождения первенца до ухода из семьи последнего ребенка (в случае одного ребенка в семье совпадает с предыдущей стадией);
- прародительство — период от рождения первого внука до смерти одного из прародителей.

В период существования каждой семьи выделяют несколько стадий ее жизненного цикла.

Стадия монады. Одиноким молодые люди вырабатывают некий опыт самостоятельной жизни, реализуют правила, усвоенные ими в родительской семье, слегка от них отстраняясь и проверяя их на практике. Это стадия важна как для индивидуального психического развития, так и для создания будущей семьи. Затем человек находит себе пару и вступает в брак.

Стадия диады. Будущие родители, если они желают иметь семью и здорового ребенка, должны быть сами соматически здоровы. С этой целью они обследуются у соответствующих специалистов, а при выявленной патологии проходят обязательный курс целенаправленной терапии. После психологического тестирования дается заключение о возможности вступления в «семейный союз».

Стадия триады. Будущим родителям следует отказаться от вредных привычек, увеличить время пребывания на свежем воздухе, чаще совершать загородные прогулки. Ребенок должен быть запланированным и желанным для всех членов семьи. В случае если рождается второй ребенок, нередко возникают новые проблемы, знаменующие начало следующей стадии жизненного цикла семьи.

Четвертая стадия. Новорожденный «вытесняет» старшего ребенка с его места единственного, привилегированного, самого опекаемого и балуемого члена семьи. В данный период (разумеется, если родители не сумеют воспрепятствовать этому) начинаются ревность и соперничество детей.

Пятая стадия. Дети выходят во внешний мир, например, идут в школу, и если они справляются со школьными требованиями, семья функциональна. Начало школьного обучения ребенка — также кризисный момент для семьи.

Шестая стадия. Семья с детьми-подростками практически неизбежно проходит затяжную фазу неясных правил игры. Дети требуют свобод и привилегий взрослых, встречая в ответ сопротивление родителей. Часто прохождение этой стадии жизненного цикла семьи затрудняется совпадением по времени кризиса подросткового возраста ребенка с кризисом среднего возраста родителей, например, с изменой одного из них или их разводом.

Седьмая стадия. Меняются взаимоотношения, взрослые дети и их родители могут оставаться близкими людьми, любить друг друга, но уже без эмоциональной зависимости. Если этого не происходит, тогда сепарация — частичная, неполная.

Восьмая стадия. Эта стадия симметрична второй: пожилые родители вдвоем (или разведены), в литературе эту стадию называют синдромом опустевшего гнезда.

Стадия монады. На этой стадии один из супругов умирает, жизненный цикл семьи завершается.

В наше время принято считать, что брак — не более чем просто условность. Однако брак — не только решение самой пары, одобрение и благословение родственников и друзей, он служит фундаментом семейной жизни. Сегодня, когда женщина зачастую вполне самодостаточна и ничего морального или социального не требует от будущего мужа, надо помнить, что брак стоит на страже женского целомудрия.

Замужняя женщина в большей степени, чем одинокая, защищена от оскорблений и домогательств. Психологический климат в семье определяет устойчивость внутри-семейных отношений, оказывает благоприятное влияние как на детей, так и на взрослых. Для позитивного психологического климата характерны сплоченность, возможность всестороннего развития личности каждого ее члена, высокая доброжелательная требовательность членов семьи друг к другу, чувство защищенности и эмоциональной удовлетворенности, гордость за принадлежность к своей семье, ответственность.

Такой климат способствует гармоничному развитию ребенка и качественному формированию его здоровья, снятию стрессовых состояний, повышению оценки собственной социальной значимости и реализации личностного потенциала.

Официально многодетной считается семья с тремя детьми и более, именно такая семья оптимальна, комфортна для государства, пользуется всесторонней социальной поддержкой. Однако во многих странах наблюдается тенденция перехода из полной в неполную семью, роста числа одиноких людей, в то время как сложная, или патриархальная, семья становится редкостью.

Вне зависимости от того, в семье с какой структурой живет ребенок, оба родителя несут совместную ответственность за поддержку и заботу о своих детях, даже если они не живут вместе. В статье 18 Конвенции о правах ребенка (своде прав детей, зафиксированных в международном правовом документе Организации Объединенных Наций, 1989) признается равная ответственность обоих родителей за заботу о детях и их воспитание, а также ряд прав детей.

Дети имеют право:

- говорить на своем родном языке, исповедовать свою религию, соблюдать обряды своей культуры;
- на бесплатное образование, свободно выражать свое мнение и собираться вместе для выражения своих взглядов;
- на достаточное питание и достаточное количество чистой воды; право на медицинский уход и приемлемый уровень жизни;
- на воспитание в семейном окружении или быть на попечении тех, кто обеспечит им наилучший уход.
- Дети не должны использоваться в качестве дешевой рабочей силы.
- Дети-инвалиды имеют право на особую заботу и обучение.

Как первичный институт социализации семья выполняет ряд значимых функций в формировании содержательного наполнения практики поддержания здоровья детей.

Наиболее важны:

- элементарная забота — удовлетворение физических потребностей ребенка (например, в пище, тепле, крове, гигиене, надлежащей одежде и медицинском обслуживании);
- обеспечение безопасности — защита ребенка от вреда как дома, так и вне его;
- эмоциональная забота — ребенок должен получать эмоциональную поддержку, ответную реакцию от окружающих, чувствовать, что его ценят;
- стимуляция обучения и интеллектуального развития ребенка посредством занятий и поддержки его образовательных возможностей;
- руководство и ограничение — определение границ дозволенного и демонстрация правильного поведения.

Медицинская активность родителей — система действий, направленных на поддержание собственного здоровья и здоровья детей, определяемая степенью санитарно-гигиенической грамотности членов семьи (участие в медицинских осмотрах, частота и поводы обращений к врачу, владение информацией по вопросам организации рационального питания, режима жизнедеятельности). В ситуации болезни медицинская активность должна быть направлена на точное выполнение врачебных рекомендаций. Установлены прямая зависимость образа жизни детей от гигиенического поведения их

родителей, самооценки здоровья подростков и уровня образования родителей, взаимосвязь между курением и другими вредными привычками родителей и их детей. Наличие неблагоприятных факторов может провоцировать развитие у детей первого года жизни синдрома внезапной младенческой смерти (СВМС, англ. *Sudden Infant Death Syndrome* — *SIDS*; термин введен в 1969 г.).

Образ жизни — ведущий обобщенный фактор, определяющий основные тенденции в изменении здоровья, вид активной жизнедеятельности человека.

В структуру образа жизни человека входят следующие элементы:

- трудовая (учебная) деятельность и условия труда (учебы);
- хозяйственно-бытовая деятельность (вид жилища, жилая площадь, бытовые условия, затраты времени на бытовую деятельность и др.);
- рекреационная деятельность, направленная на восстановление физических сил и взаимодействие с окружающей средой;
- социальная деятельность в семье (уход за детьми, престарелыми родственниками);
- взаимоотношения членов семьи, планирование семьи;
- формирование поведенческих характеристик и социально-психологического статуса;
- медико-социальная активность (отношение к здоровью и медицине).

С образом жизни связывают следующие понятия:

- «уровень жизни» (структура доходов на человека);
- «качество жизни» (измеряемый параметр, характеризующий степень материальной обеспеченности человека);
- «стиль жизни» (психологические индивидуальные особенности поведения);
- «уклад жизни» (национально-общественный порядок жизни, быт, культура).

Повышение уровня медицинской активности и грамотности населения — важнейшая задача медицинских работников. И, безусловно, важная составная часть медико-социальной активности — установка на ЗОЖ.

ЗОЖ базируется на научно обоснованных санитарно-гигиенических нормах поведения, направленных на укрепление и сохранение здоровья, активизацию защитных сил организма, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия. ЗОЖ — важный фактор здоровья, поскольку он повышает учебную и трудовую активность, создает физический и душевный комфорт, активизирует жизненную позицию, защитные силы организма, снижает частоту заболеваний и обострений хронических недугов.

Выдающиеся теоретики и пропагандисты здорового образа жизни

Н.М. Амосов (1913—2002) — хирург, автор «социальной инженерии»; прожил 89 лет.
Ф.Г. Углов (1904—2008) — хирург, последовательный пропагандист трезвого образа жизни; прожил 104 года.

Порфирий Иванов (1898—1983) — создатель системы «Детка»; прожил 85 лет.

Г.С. Шаталова (1916—2011) — нейрохирург, создатель системы естественного оздоровления; прожила 95 лет.

Поль Брэгг (1881—1976) — американский деятель альтернативной медицины, создавший теории здорового питания, голодания, прожил 95 лет.

Герберт Шелдон (1895—1985) — американский диетолог, пропагандист раздельного питания, сыроедения; прожил 90 лет.

Кардиохирург академик Николай Михайлович Амосов предостерегал от излишней веры в возможности медицины. Он критически высказывался о догмах медицинской науки, ее неправильных установках, главная из которых — все больны, даже если этого пока не знают, а значит, всех нужно лечить. Николай Михайлович учил, что здоровье необходимо добывать самому. Он разработал собственную систему оздоровления — режим ограничений и нагрузок, состоящий из трех главных пунктов: воздержанность в еде, позволяющей поддерживать массу тела в соответствии с формулой «рост минус

100—105»; постепенно возрастающие нагрузки при занятиях физкультурой; управление психическими функциями.

Ниже перечислены заповеди здоровья Н.М. Амосова.

- В большинстве болезней виновата не природа, не общество, а сам человек. Чаще он болеет от лени и жадности, но иногда и от неразумности.
- Не надейтесь на медицину. Она неплохо лечит многие болезни, но не может сделать человека здоровым, даже не способна научить, как стать здоровым.
- Для того чтобы быть здоровым, нужны собственные усилия, постоянные и значительные. Заменить их ничем. Человек столь совершенен, что вернуть здоровье можно почти с любой точки его упадка. Необходимые усилия возрастают только по мере наступления старости и усугубления болезней.
- Величина любых усилий определяется стимулами, стимулы — значимостью цели, временем и вероятностью ее достижения. И очень жаль — но еще характером! К сожалению, здоровье как важная цель встает перед человеком, когда смерть становится близкой реальностью.
- Для здоровья одинаково необходимы четыре условия: физические нагрузки, ограничения в питании, закалка, время и умение отдыхать. И еще пятое — счастливая жизнь! К сожалению, без первых условий она здоровья не обеспечивает.
- Не переедать. Разумно питаться.

Хирург, ученый и педагог Федор Григорьевич Углов до последних дней был полон энергии. В 97 лет, работая в должности профессора кафедры госпитальной хирургии Санкт-Петербургского медицинского университета, он проводил занятия со студентами, обходы и консультации хирургических больных, выполнял операции, многие из которых по-прежнему уникальны. На протяжении всей жизни оставался последовательным пропагандистом трезвого образа жизни: в качестве первоочередных мер предлагал полный запрет продажи алкогольной и табачной продукции.

Ф.Г. Углов рекомендует молодежи следующие принципы жизни.

- Люби Родину. И защищай ее. Безродные долго не живут.
- Люби работу. И физическую тоже.
- Умей владеть собой. Не падай духом ни при каких обстоятельствах.
- Никогда не пей и не кури, иначе бесполезны окажутся все остальные рекомендации.
- Люби свою семью. Умей отвечать за нее.
- Сохрани свой нормальный вес, чего бы тебе это ни стоило. Не переедай!
- Будь осторожен на дороге. Сегодня это одно из самых опасных для жизни мест.
- Не бойся вовремя пойти к врачу.
- Избавь своих детей от разрушающей здоровье музыки.
- Режим труда и отдыха заложен в самой основе работы твоего тела. Люби свое тело, щади его.
- Индивидуальное бессмертие недостижимо, но продолжительность твоей жизни во многом зависит от тебя самого.
- Делай добро. Зло, к сожалению, само получится.

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, пропаганда ЗОЖ вменяется в обязанность каждому медицинскому работнику. При этом используются методы устной, печатной, наглядной (изобразительной) и комбинированной пропаганды.

Метод устной пропаганды — самый эффективный, популярный, экономичный, простой и доступный в организационном отношении. Он включает следующие средства пропаганды: лекции, беседы, дискуссии, конференции, кружковые занятия, викторины.

Метод печатной пропаганды охватывает широкие слои населения. Его средства: статьи, санитарные бюллетени и листки, памятки, листовки, стенные газеты, журналы, буклеты, брошюры, книги, лозунги.

Комбинированный метод — средство массовой пропаганды, одновременно воздействующее на слуховые и зрительные анализаторы.

Культура здоровья оценивается:

по активному отношению родителей к собственному здоровью, а значит, закладыванию основ здоровья своих младенцев; с учетом возраста, важного для физического и умственного развития на данном этапе жизни. Культура здоровья каждого человека формируется на основании следующих компонентов: когнитивного, эмоционального, волевого и коммуникативного (таб. 11).

Таблица 11

Компоненты формирования культуры здоровья

Компонент	Характеристики
Когнитивный	Потребность самой личности в приобретении знаний о физиологических и патологических процессах в организме, влиянии на них различных факторов окружающей среды и образа жизни
Эмоциональный	Субъективное восприятие физического и социального благополучия; качество и удовлетворенность жизнью, на которые влияют финансовые возможности человека, состояние его здоровья, межличностные отношения, события учебной и трудовой деятельности, личные проблемы и т.д. (у оптимистов меньше вероятность заболеть сердечно-сосудистыми заболеваниями, выздоравливают они также достоверно быстрее)
Коммуникативный	Адекватность взаимодействия человека с другими людьми и окружающим миром, его способность к самоконтролю и самокоррекции; психологическое здоровье, зависящее от воспитания, изменения опыта личности, культуры, ценностей, потребностей, интересов, установок, характера, темперамента, привычек, особенностей мышления
Волевой	Сознательное и активное отношение к сохранению и укреплению своего здоровья (самообладание, целеустремленность)

Ребенок с точки зрения психологии — это *tabula rasa* («чистая доска»), на которой взрослые записывают информацию об окружающем мире, правила поведения в обществе, целевые установки. Воспитание ребенка — главная составляющая формирования здоровья, не только физического, но и, главным образом, психического и социального. Воспитание — целенаправленная деятельность, призванная сформировать у ребенка систему личностных качеств, взглядов и убеждений

Н.И. Пирогов (1810-1881) считал, что конечная цель разумного воспитания детей заключается в постепенном формировании. Николай Иванович в ребенке ясного понимания вещей окружающего мира. Затем результатом понимания должно стать возведение добрых инстинктов детской натуры в сознательное стремление к идеалам добра и правды и, наконец, постепенное формирование твердой и свободной воли. Душу невозможно измерить, ее надо понять. Понять душу ребенка — большое искусство.

Понять ребенка непросто в связи с интенсивным процессом количественных и качественных изменений в его организме, связанных с развитием, что и определяет этапность его психической жизни.

Аспекты воспитания

Сердце и душа ребенка чисты и далеки от всякого порока; это первая и главная причина начала воспитания в раннем детстве. В детском сердце можно легко посеять

семена веры, искренности и щедрости или же ереси, лжи и лицемерия. Эксперты по воспитанию уподобили душу ребенка молодому дереву, которое настолько гибко, что легко выпрямляется после порывов ветра, но когда оно вырастает в толстое дерево, то становится нестигаемым. Следовательно, если неправильное поведение и образ мышления внедрятся в душу человека, исправить это очень трудно, почти невозможно.

Плоды хорошего воспитания достаются ценой большой труда и забот, в частности, необходимо учитывать многие аспекты этого процесса.

Физический аспект — формирование сильного, крепкого, здорового человека, который испытывает радость и удовлетворение, поскольку уверен, что приносит пользу и своей семье, и обществу.

Психологический аспект — воспитание у ребенка здоровой, устойчивой психики, проявлением чего станут смелость, самостоятельность, стремление к совершенству, добру, любви.

Интеллектуальный аспект формирует у ребенка стремление к постижению наук в целях познания окружающего мира. Здесь важно учитывать этнические и культурные традиции.

Нравственный аспект — комплекс морально-нравственных принципов, которые необходимо привить ребенку.

Религиозный аспект — приобщение ребенка к основам религии с раннего детства. Эти принципы должны стать стержнем нравственности его личности.

Воспитание детей — целенаправленная деятельность, призванная сформировать у детей систему личностных качеств, взглядов и убеждений.

Эмоциональное общение со взрослыми оказывает большое влияние на психическое развитие ребенка, стимулируя его познавательную активность, направленную на окружающие предметы. Очень важно, чтобы в *первый год жизни* ребенок испытывал положительные эмоции, так как именно в это время формируется позитивный/негативный характер человека.

Давно доказано, что отрыв малыша от матери в период грудного возраста ведет к значительным нарушениям в НПП ребенка.

К концу первого года жизни малыш начинает иначе относиться к окружающим: всеобъемлющая любовь постепенно трансформируется в дифференцированное отношение к близким и посторонним взрослым, он по-разному реагирует на положительные и отрицательные эмоции, допускает к себе тех, кто проявляет интерес к нему.

Третий этап — подготовительный для дошкольного периода, когда сверстник становится важным, предпочитаемым взрослым в жизни ребенка. Общение со сверстником в дошкольном возрасте также проходит два этапа. Для детей преимущественно характерна игровая деятельность: ролевая, режиссерская, игра по правилам, дидактическая игра. Ребенок учится владеть своим поведением. Именно



Рис. 3. Составляющие психологической готовности к школе.

поэтому ролевая игра должна носить социальный характер, как по содержанию, так и по форме. Постепенно игровая деятельность формирует творческую. Здесь для родителей важно увидеть способности ребенка и помочь ему их раскрыть. В дошкольном периоде закладываются основы поведенческих реакций и готовность к школьному обучению (рис. 3).

Насколько успешно ребенок будет развиваться в школьные годы, зависит не только от его природных данных, но и от состояния здоровья, психологического благополучия семьи и душевного равновесия. Психологическое воспитание должно быть ориентировано на формирование мотивации к учебе, к получению знаний, будущей успешности в обществе. Формировать надо не только мотивацию, но и формы поведения, которые потом становятся привычками.

Критические периоды

Сложный процесс формирования личности ребенка сопровождается критическими периодами (таб. 12). Именно в эти периоды жизни при возникновении конфликта интересов и желаний ребенка и взрослых можно наблюдать проявления агрессии, нигилизма, а в подростковом возрасте — и девиантных форм поведения. Знание взрослыми этих особенностей, а также их учет и контроль служат основой для формирования гармонично развитой личности.

Учебно-важные качества оказывают на успешность школьного обучения неодинаковое влияние. К ним относятся следующие:

- мотивация учения;
- зрительный анализ (образное мышление);
- способность воспринимать учебную задачу;
- вводные навыки;
- графический навык;
- произвольность регуляции деятельности;
- обучаемость.

Таблица 12

Критические периоды формирования личности ребенка

Возраст	Характеристика	Проявления
6—12 мес	Подготовка к формированию активной речи. Развитие представления ребенка о себе. Расширение социальных контактов	Отказ от выполнения просьб, приступы немотивированной агрессии, нарушения аппетита, сна, задержка формирования речи
3-й год	Стремление к самостоятельности и независимости от взрослых. Бурное развитие самосознания	Негативизм, упрямство, строптивость и своеволие ребенка в общении с близкими взрослыми
7-й год	Произвольность и опосредованность психической жизни. Обобщение собственных переживаний	Манерничанье, кривлянье, демонстративные формы поведения. Отказ от соблюдения привычных норм поведения
12-17 лет	Нейрогормональная перестройка пубертатного периода. Переоценка жизненных ценностей. Появление новых авторитетов	Формирование девиантных форм поведения

Этническая идентичность

Традиции организуют связь поколений, на них держится духовно-нравственная жизнь народов. Чем многообразнее традиции, тем духовно богаче народ. Процесс поликультурной социализации детей начинается с вхождения в культуру своего народа, с процесса формирования этнической идентичности. Известный психолог Жан Пиаже

(1896-1980) одним из первых проследил динамику развития этнической идентичности в онтогенезе и выделил три этапа ее формирования (рис. 4).

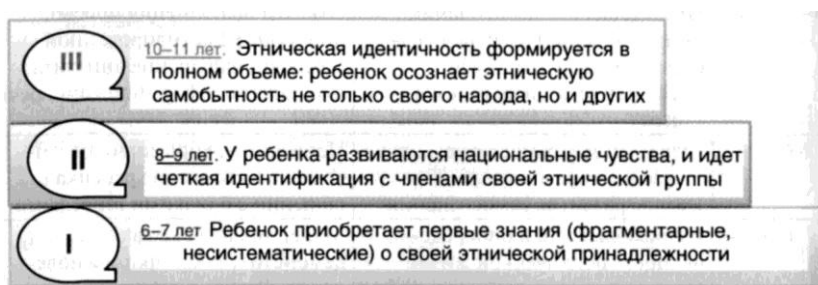


Рис. 4. Этапы формирования этнической идентичности в онтогенезе

В настоящее время принято разделять культуру по ее носителю. В зависимости от этого вполне правомерно в первую очередь выделять мировую и национальную культуру.

Мировая культура — это синтез лучших достижений всех национальных культур различных народов, населяющих нашу планету.

Национальная культура, в свою очередь, выступает синтезом культур различных социальных слоев и групп соответствующего общества. Своеобразие национальной культуры, ее известная неповторимость и оригинальность проявляются как в духовной (языке, литературе, музыке, живописи, религии), так и материальной (особенностях экономического уклада, ведения хозяйства, традициях труда и производства) сферах жизни и деятельности.

Этнокультурное воспитание детей

Этнокультурное воспитание детей осуществляется в трех направлениях:

- информационном (знания о традициях, обычаях, культурных ценностях);
- эмоциональном (воздействие на чувства ребенка);
- поведенческом (закрепление полученных знаний в правилах взаимоотношений между разными народами).

Эти направления этнокультурного воспитания реализуются путем раскрытия духовного и нравственного потенциала художественных произведений, что невозможно без должного словарного запаса ребенка, т.е. развития активной речи. Вот почему так важен для педиатра своевременный контроль уровня НПР. Социализация ребенка, переход его в ДОУ, дошкольное и школьное образование постепенно формируют целостную картину мира, определяют место ребенка в национальной и мировой культуре. Особенность современного общества — национально-смешанные семьи, доля которых может достигать 27%. Значимо увеличилась доля браков русских с представителями Средней Азии, Кавказа. В настоящее время осложнения в межнациональных отношениях породили проблему беженцев, вызвали дестабилизацию семей. Депортации людей по национальному признаку привели к разрушению человеческих судеб, драмам и трагедиям, утрате связей между поколениями, национальной культурой и традициями. Врачу-педиатру, работая с такой семьей, очень важно учитывать культуру межнационального общения (таб.13).

Таблица 13

Типы семей по национальному составу (Дюльдина Ж.Н., 1990)

Однонациональная	Соблюдение национальных обычаев, норм внутрисемейного общения. Ограничение круга несемейного общения даже с представителями своей национальности. Дети характеризуются замкнутостью, недоверием к людям других национальностей
Национально-смешанная	Обычаи и традиции одной нации поглощены другой в пользу той нации, в окружении представителей которой существовала данная семья, но установок на национальную исключительность нет

Городская урбанизированным укладом жизни	с Отказ от национальных семейных традиций и культурных ценностей. Национализм у детей не культивируется, но и не воспитывается правильное понимание национальных обычаев, формируется нигилистическое отношение к ним
Одна национальная и смешанная	Национальные традиции и культурные ценности не игнорируются, но воспринимаются как уважение и доверие к человеку независимо от его национальной принадлежности, формируются наиболее благоприятные установки межэтнического общения

Если в детстве родители сформировали у ребенка уважение к человеку, их сын или дочь будут нетерпимы к любым формам проявления национализма и шовинизма. Именно в семье человек уже с малого возраста становится носителем традиций и привычек, социальных и нравственных ценностей той нации, к которой он принадлежит.

Религиозные конфессии

Россия — светское государство, где никакая религия не может быть признана государственной или обязательной. Свободу совести и вероисповедания гарантирует Конституция РФ. Всем гражданам дано право на исповедание любой религии или право быть атеистом. Россия — многоконфессиональное государство. И врачу-педиатру в повседневной работе придется встретиться с семьями того или иного вероисповедания, а также с семьями атеистов. Педиатр, обеспечивая медицинское сопровождение ребенка в поликлинике или стационаре, должен знать, каково отношение членов семьи к религии, какого они вероисповедания. Следует с большим тактом и уважением относиться к религиозным чувствам своих пациентов и членов их семей.

Большинство верующих в России исповедуют христианство в форме **православия**. **Ислам** — вторая по распространенности религия в России, далее следуют **иудаизм**, **буддизм**, **католицизм** и **протестантизм**.

Главная священная книга **ислама** — Коран, по заявлениям его приверженцев, преследует цель сформировать добродетельную личность, здоровую семью и гармоничное общество. Семья в исламе — основной момент общества. Любые близкие отношения между представителями противоположных полов возможны лишь в том случае, если брак законодательно оформлен. Воспитание детей в лоне семьи не только поощряется, но и вменяется в обязанность супругов. Внебрачные связи считаются главным источником разложения личности и общества, приводящим к нравственной и физической деградации.

Иудаизм, иудейство, иудейская религия — религиозное, национальное и этическое мировоззрение еврейского народа, одна из древнейших монотеистических религий человечества. Иудеи — этнорелигиозная группа, включающая тех, кто был рожден евреем, и тех, кто обратился в иудаизм.

Буддизм — религиозно-философское учение о духовном пробуждении, возникшее около VI в. до н.э. в Древней Индии. Считается, что это одна из древнейших мировых религий, признанная самыми различными народами с совершенно разными традициями. Без понимания буддизма невозможно понять и великие культуры Востока — индийскую, китайскую, не говоря уж о культурах Тибета и Монголии, пронизанных духом буддизма до последнего основания.

Католицизм — одно из основных направлений в христианстве. Католики составляют большую часть верующих в Западной Европе, в латиноамериканских странах; последователи католицизма есть в Прибалтике (главным образом в Литве), в западных областях Белоруссии, Украины. Католическая церковь (в отличие от протестантской) признает источником своего вероучения не только Священное писание, т.е. Библию, но и Священное предание, или традицию.

Протестантизм, или протестантство, — одно из трех, наряду с католицизмом и православием, главных направлений христианства, представляющее собой совокупность независимых церквей, церковных союзов и деноминаций, связанных своим

происхождением с Реформацией — широким антикатолическим движением XVI в. в Европе.

Особую важность для любого вида религии представляют такие понятия, как «добро» и «зло», «нравственность», «цель жизни» и «смысл жизни». Основы религиозных представлений большинства мировых религий зафиксированы в священных текстах, которые, по убеждению верующих, либо продиктованы, либо вдохновлены непосредственно Богом или богами, либо написаны людьми, достигшими с точки зрения каждой конкретной религии высшего духовного состояния, великими учителями, просветленными или посвященными, святыми.

В религии можно рассматривать две стороны: внешнюю — как она представляется постороннему наблюдателю, и внутреннюю, которая открывается верующему, живущему соответствии с духовными и нравственными принципами своей религии.

Роль родителей в духовном воспитании

Все родители желают видеть своего ребенка умным, добрым и высоко нравственным. При этом они должны понимать, что ребенок — не их копия, а существо совершенно уникальное, индивидуальное, обладающее личностными особенностями. Он единственный и неповторимый в этом мире. Это природа и Господь (с точки зрения верующих) сотворили его таким из генетического материала родителей. Задача родителей состоит в том, чтобы усовершенствовать, а не переделывать то, что они получили. Даже с точки зрения малыша, именно он — самая значимая в мире личность.

Основная задача воспитания заключается в том, что родители и педагоги (и верующие, и атеисты) не должны пренебрегать детской душой, заботясь о физическом здоровье ребенка и каких-либо материальных приобретениях.

Часто родители направляют основные усилия на образование ребенка, материальное обеспечение, не задумываясь о том, что в первую очередь следует воспитать в сыне или дочери достойную личность. И в этом случае духовная жизнь остается «за кадром» семейного бытия. Природа не терпит пустоты. И дефицит духовности очень быстро заполняется влиянием окружающей среды, не всегда позитивным. По мнению архиепископа Луки (известный хирург В.Ф. Войно-Ясенецкий), родители, которые пренебрегают воспитывать детей по-христиански, беззаконнее детоубийц, ибо детоубийцы тело от души разлучили, а они душу и тело ввергают в геенну огненную.

Ребенок как создание недееспособное полностью зависит от родителей. Родителям от природы дана неограниченная власть над ребенком. Как они распоряжаются этой властью? Как правило, мать или отец считают, что они используют ее во благо. Иногда — злоупотребляют ею, полагая при этом, что совершают доброе дело. Дети, не имея собственного жизненного опыта, в процессе приобретения последнего копируют действия своих родителей. Если дети не воспринимают наставлений своих родителей, значит, они видели, что слова расходятся с делами. Если родители не следуют нравственным нормам, то они не могут требовать послушания и от своих детей. Распространенная фраза родителей: «Он обязан меня слушаться, я же мать (отец)», — ничего общего не имеет с духовным воспитанием. Как отметил православный психолог Валерий Ильин (2002), редко можно найти такую семью, где родители не калечат своих детей, безусловно, неосознанно. Просто потому, что в свое время их родители не научили по-другому.

Человек-легенда

Георгий Николаевич Сытин (р. 1921г.) — четырежды доктор наук (медицинских, психологических, педагогических, философских), профессор, заведующий кафедрой Московского института медико-социальной реабилитации, помог более чем 80 000 людей избавиться от сложнейших недугов. Георгий Николаевич доказывает всей своей жизнью: самовнушением можно исцелиться от всех болезней и до конца жизни сохранять молодость; учит верить в себя, в свои силы, в то, что в каждом человеке есть Бог. Прошел Великую Отечественную войну, выжил в труднейшей ситуации, создал Систему оздоровления человека — около 20 тыс. Божественных исцеляющих настроев. Слово,

согласно учению И.П. Павлова, служит для человека таким же раздражителем, как любые раздражители для животных, поэтому настрои Сытина — это точно сформулированные мысли человека о самом себе в целях оказания воздействия на физическое тело и психику.

7. Вопросы по теме занятия.

1. Определение понятия семьи. Семейный цикл.
2. Права детей.
3. Роль семьи в формировании здоровья детей.
4. Структура образа жизни человека. Понятия «уровень жизни», «качество жизни», «стиль жизни», «уклад жизни».
5. Выдающиеся теоретики и пропагандисты ЗОЖ. Методы пропаганды ЗОЖ.
6. Оценка культуры здоровья.
7. Аспекты воспитания детей.
8. Критические периоды формирования личности ребенка.
9. Этническая идентичность. Этнокультурное воспитание детей.
10. Религиозные конфессии в РФ. Роль родителей в духовном воспитании детей.

8. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

Инструкция к тестовым заданиям: Укажите один правильный ответ

1. **ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ**
 - 1) доходы семьи
 - 2) измеряемый параметр, характеризующий степень материальной обеспеченности человека
 - 3) психологические индивидуальные особенности поведения
 - 4) национально-общественный порядок жизни, быт, культура
2. **ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ УРОВЕНЬ ЖИЗНИ**
 - 1) структура доходов на человека
 - 2) измеряемый параметр, характеризующий степень материальной обеспеченности человека
 - 3) психологические индивидуальные особенности поведения
 - 4) национально-общественный порядок жизни, быт, культура
3. **ПРИЗНАК, НЕ ОТНОСЯЩИЙСЯ К АСПЕКТАМ ВОСПИТАНИЯ**
 - 1) физический
 - 2) интеллектуальный
 - 3) социальный
 - 4) нравственный
4. **ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ГОТОВНОСТЬ К ШКОЛЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ**
 - 1) личностной готовности
 - 2) общественной готовности
 - 3) волевой готовности
 - 4) умственной готовности
5. **КРИТИЧЕСКИМИ ПЕРИОДАМИ В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ**
 - 1) 6—12 мес
 - 2) 3-го года жизни
 - 3) 7-го года жизни
 - 4) 10-го года жизни
 - 5) 12—17 лет
6. **ПОЛНАЯ ЭТНИЧЕСКАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ ФОРМИРУЕТСЯ У РЕБЕНКА**

- 1) в 6—7 лет
 - 2) 8-9 лет
 - 3) 10—11 лет
 - 4) 12—17 лет
7. **НРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ — ЭТО**
- 1) усвоение образцов поведения в семье
 - 2) усвоение образцов поведения в коллективе
 - 3) усвоение образцов поведения на улице
 - 4) усвоение образцов поведения в семье и коллективе
8. **РЕБЕНКА МОЖНО ОРИЕНТИРОВАТЬ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ ПУТЕМ РЕЧЕВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ С ВОЗРАСТА**
- 1) 6 мес
 - 2) 1 год
 - 3) 1,5 лет
 - 4) 3 лет
9. **ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КРОМЕ**
- 1) подготовки к поступлению в ДОУ
 - 2) прогнозирования дезадаптации
 - 3) коррекции симптомов дезадаптации
 - 4) отстранения ребенка от посещения ДОУ
10. **ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ — ЭТО**
- 1) образование психотических и невротических синдромов
 - 2) формирование девиантного поведения
 - 3) формирование соматической патологии
 - 4) возникновение конфликтов с воспитателем
 - 5) все верно

Эталоны ответов

1 – 1 2 – 1 3 – 3 4 – 2 5 – 4 6 – 3 7 – 4 8 – 1 9 – 4 10 – 5

9. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

Задача №1

На приеме у врача семья, имеющая ребенка с ограниченными возможностями по здоровью.



Задание

1. Для чего рассчитывается оценка качества жизни?
2. Как рассчитать показатели качества жизни связанного со здоровьем?
3. Как оценить показатели качества жизни связанного со здоровьем?
4. Дайте определение термина «качество жизни».
5. Какие элементы входят в структуру образа жизни человека.

Эталон задачи

1. Оценка качества жизни является важной составляющей определения эффективности лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, поскольку многие болезни не приводят непосредственно к смерти, но формируют ограничения жизнедеятельности.

2. Существуют две основные концепции определения бремени болезни и физических отклонений: QALY (Quality Adjusted Life Years) – годы жизни, скорректированные по качеству. Концепция QALY стала стандартным инструментом в оценке программ укрепления здоровья в середине восьмидесятих годов. В данном подходе основное внимание уделяется оценке с помощью сложных и дорогостоящих (при масштабных исследованиях) методов, потерь индивидуумом, скорректированных по качеству лет жизни в связи с со снижением физического, умственного или социального статуса в течение определенного времени из-за различных причин. Ключевым моментом метода является выбор заранее установленных утилитарных показателей, которые в количественной форме отражают обусловленное состоянием здоровья качество жизни при различных состояниях или заболеваниях.

3. В качестве основного способа оценки качества жизни применяется метод QALY, по алгоритму определения полезности на основе таблиц, разработанный Торренсом и соавторами.

4. «Качество жизни» (измеряемый параметр, характеризующий степень материальной обеспеченности человека).

5. В структуру образа жизни человека входят следующие элементы:

- трудовая (учебная) деятельность и условия труда (учебы);
- хозяйственно-бытовая деятельность (вид жилища, жилая площадь, бытовые условия, затраты времени на бытовую деятельность и др.);
- рекреационная деятельность, направленная на восстановление физических сил и взаимодействие с окружающей средой;
- социальная деятельность в семье (уход за детьми, престарелыми родственниками);
- взаимоотношения членов семьи, планирование семьи;
- формирование поведенческих характеристик и социально-психологического статуса;
- медико-социальная активность (отношение к здоровью и медицине).

Задача №2



Света Д., 7 лет. Обучается в 1-м классе общеобразовательной школы по традиционной программе. Девочка обследована для оценки течения адаптации в конце 1 учебной четверти. Сумма баллов по шкале эмоционального профиля (+30). Сохраняются эпизодические проявления сниженного настроения, дважды перенесла ОРВИ без осложнений, появилась утомляемость, не в полном объеме усваивает программу по математике.

Задание

1. Сделайте заключение по течению адаптации.
2. Дайте рекомендации по режиму дня и обучения.
3. Необходимы ли консультации специалистов, если да, то каких.
4. Необходима ли лекарственная коррекция нарушений.
5. Из каких частей складывается психологическая готовность ребенка к школе.

Эталон задачи

1. Средне благоприятное течение адаптации.

2. Режим дня по возрасту, ночной сон 9-10 часов, желателен дневной сон, прогулки на свежем воздухе, питание 4 раза в день. Обучение в первую смену с постепенным увеличением нагрузки. Урок длится 30 минут, в день по 3-4 урока.
3. Необходима консультация невропатолога.
4. Можно рекомендовать растительные адаптогены (экстракт элеутерококка по 7 капель 2 раза в день) и поливитамины. Совет – обратиться с родителями на прием к школьному психологу, избегать стрессов, соблюдать режим дня и отдыха, прогулки на свежем воздухе.
5. Психологическая готовность к школе складывается из личностной, волевой и умственной готовности ребенка.

Задача №3

У врача на приеме в поликлинике семья беженцев мигрантов с детьми.

Задание

1. Описать факторы, характеризующие общественное здоровье.
2. Укажите типы семей по национальному составу (Дюльдина Ж.Н., 1990).
3. Укажите направления этнокультурного воспитания детей.
4. Какие религиозные конфессии встречаются в России?
5. Каковы особенности современного общества в России по национальному составу семей?

Эталон задачи



1. Здоровый или нездоровый образ жизни – 40-50%, состояние окружающей среды, ее состав и загрязненность 15-20%, наследственность, состояние и динамика генно-хромосомного состава – 18-22%,

здравоохранение (т.е. деятельность подразделений и служб) 8-10%.

2. Типы семей по национальному составу (Дюльдина Ж.Н., 1990): однонациональная, национально-смешанная, городская с урбанизированным укладом жизни, однонациональная и смешанная.
3. Этнокультурное воспитание детей осуществляется в трех направлениях:
 - информационном (знания о традициях, обычаях, культурных ценностях);
 - эмоциональном (воздействие на чувства ребенка);
 - поведенческом (закрепление полученных знаний в правилах взаимоотношений между разными народами).



4. Большинство верующих в России исповедуют христианство в форме православия. Ислам — вторая по распространенности религия в России, далее следуют иудаизм, буддизм, католицизм и протестантизм.
5. Особенности современного общества — национально-смешанные

семьи, доля которых может достигать 27%.

Задача №4

Выделите группы управляемых факторов формирования здоровья, а так же назовите уровни и средства стратегии охраны и улучшения общественного здоровья.

Задание

1. Общественный уровень здоровья.
2. Законодательный уровень здоровья.
3. Уровень служб здравоохранения.
4. На уровне массовой средств массовой информации.
5. На уровне микросоциального окружения.

Эталон задачи

1. На общественном уровне в целом: - уровень жизни, состояние окружающей среды, напряженность жизненного ритма, характер и условия труда, развитие социальной инфраструктуры, состояние и уровень здравоохранения, демографическая обстановка.
2. Законодательный уровень: международный, общероссийский, региональный.
3. Уровень служб здравоохранения: многофакторная, профилактическая информация и общеобразовательная программа, ставящая целью изменение индивидуального поведения человека.
4. На уровне средств массовой информации: аудиовизуальные средства, печатные издания, специальные проспекты.
5. Уровень ближайшего микросоциального окружения, с которым взаимодействует индивид: семья, производственный коллектив.

Задача №5

Врач педиатр проводит с родителями беседу о воспитании ребенка в семье.

Задание

1. Особенности формирования личности ребенка.
2. Критический период 6-12 месяцев.
3. Критический период 3-й год.
4. Критический период 7-й год.
5. Критический период 12-17 лет.

Эталон задачи

1. Сложный процесс формирования личности ребенка сопровождается критическими периодами.
2. Характеристика: Подготовка к формированию активной речи. Развитие представления ребенка о себе. Расширение социальных контактов. Проявления: Отказ от выполнения просьб, приступы немотивированной агрессии, нарушения аппетита, сна, задержка формирования речи.
3. Характеристика: Стремление к самостоятельности и независимости от взрослых. Бурное развитие самосознания. Проявления: Негативизм, упрямство, строптивость и своеволие ребенка в общении с близкими взрослыми.
4. Характеристика: Произвольность и опосредованность психической жизни. Обобщение собственных переживаний. Проявления: Манерничанье, кривлянье, демонстративные формы поведения. Отказ от соблюдения привычных норм поведения.
5. Характеристика: Нейрогормональная перестройка пубертатного периода. Переоценка жизненных ценностей. Появление новых авторитетов. Проявления: Формирование девиантных форм поведения.

10. Перечень и стандарты практических умений.

I – профессионально ориентируется по данному вопросу.

II – может использовать приобретенные навыки под руководством специалиста.



III – может самостоятельно применять приобретенные навыки.

**№ Практические навыки согласно образовательному стандарту Стандарт
п/п специальности выполнения**

1	Курация больных (сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, генеалогический, акушерско-биологический, социальный анамнез, факторы риска заболевания).	II
2	Оказывать воспитательное воздействие на ребенка. Ориентироваться в особенностях, различиях религиозных конфессий и т.п.	II
3	Оценивать психологическую готовность ребенка к школе.	II
4	Применять методы пропаганды ЗОЖ.	II
5	Применять приемы нравственного воспитания. Ориентироваться в принципах духовного воспитания.	II
6	Составить отчет	II

11. Примерная тематика НИРС по теме

Научно-исследовательская работа студента осуществляется по выбору студента, исходя из предпочтений по разделам изучаемой дисциплины с учетом списка тем и списка рекомендованной литературы в методической разработке для внеаудиторной работы студента. При проведении НИР студент пользуется услугами библиотеки, интернет-поиском, совершенствуя навыки тематического поиска и работы с компьютером. Студент должен проработать не менее 5 библиографических (или электронных) источников.

Темы НИРС:

1. Определение понятия семьи. Семейный цикл.
2. Права детей.
3. Роль семьи в формировании здоровья детей.
3. Структура образа жизни человека. Понятия «уровень жизни», «качество жизни», «стиль жизни», «уклад жизни».
4. Выдающиеся теоретики и пропагандисты ЗОЖ. Методы пропаганды ЗОЖ. Оценка культуры здоровья.
5. Аспекты воспитания детей. Критические периоды формирования личности ребенка.
6. Этническая идентичность. Этнокультурное воспитание детей.
7. Религиозные конфессии в РФ. Роль родителей в духовном воспитании детей.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная литература

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год
1	2	3	4
1	Общий уход за детьми [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://studmedlib.ru/book/ISBN9785970413357.html	А. М. Запруднов, К. И. Григорьев	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2	Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://studmedlib.ru/book/ISBN9785970416723.html	ред. А. С. Калмыкова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

Дополнительная литература

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год
1	Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика	А. А. Баранов, Ю. Е. Лапин	М. : б/и, 2009.
2	Инвалидность детского населения России. Вып. 7	А. А. Баранов, В.	Москва : Центр

		Ю. Альбицкий, Д. И. Зелинская [и др.]	развития межсекторальных программ, 2008.
3	Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка» [Электронный ресурс] : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов 3-4 курсов по специальности 060103 – Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=28963	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова, Л. И. Позднякова [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2011.
4	Новорожденный ребенок. Основы оценки состояния здоровья и рекомендации по профилактике и коррекции его нарушений : рук. для врачей	ред. Н. Л. Черная, В. В. Шилкин	СПб. : СпецЛит, 2009.
5	Организация диспансерного наблюдения детей и подростков на педиатрическом участке : учеб. пособие для студентов 6 курса по спец. 060103- Педиатрия	сост. В. Т. Манчук, Е. И. Прахин, И. Н. Чистякова [и др.] ; ред. М. Ю. Галактионова	Красноярск : КрасГМУ, 2010.
6	Организация диспансерного наблюдения за детьми первого года жизни [Электронный ресурс] : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов 6 курса, обучающихся по спец. 060103 - Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=29008	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова, Н. В. Матыскина	Красноярск : КрасГМУ, 2012.
7	Питание детей раннего возраста: в схемах и таблицах : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов педиатр. фак.	М. Ю. Галактионова, Н. В. Назаренко	Красноярск : КрасГМУ, 2009.
8	Рахит (диагностика, лечение, профилактика) : учеб. пособие	М. Ю. Галактионова, Н. В. Назаренко, И. Н. Чистякова	Красноярск : Изд-во КрасГМА, 2008.
9	Руководство по практическим умениям педиатра : учеб. пособие	ред. В. О. Быков	Ростов н/Д : Феникс, 2010.
10	Современные медицинские технологии мониторинга состояния здоровья детей и подростков [Электронный ресурс] : учеб. пособие для курсантов последипломного обучения по спец. 060103 - Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=28439	сост. М. Ю. Галактионова, Т. Е. Таранушенко, И. Н. Чистякова [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2011.
11	Специфическая иммунопрофилактика инфекционных заболеваний у детей и подростков: учебное пособие для самостоятельной работы студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103 – педиатрия [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=1239	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова	Красноярск : КрасГМУ, 2009.
12	Уход в педиатрии	П. Г. Кюль, Д. Зипманн, Х. Зоботтка [и др.] ; пер. с нем. Н. Ю. Голованова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
13	Уход за здоровым и больным ребенком : учеб. пособие	ред. В. В. Юрьев, Н. Н. Воронович	СПб. : СпецЛит, 2009.
14	Электронные ресурсы: 1. ЭБС КрасГМУ "Colibris"; 2. ЭБС Консультант студента; 3. ЭБС Университетская библиотека OnLine; 4. ЭНБ eLibrary		

1. Занятие № 6

Тема: «Медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем, курением, психозависимыми лекарственными веществами, наркоманией. Профилактика наркомании, токсикомании, алкоголизма, ВИЧ- инфекции».

1. Форма организации учебного процесса: клиническое практическое занятие.

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы).

В настоящее время возникла необходимость дальнейшего развития методологических и организационных основ профилактической деятельности в образовательной среде. Она обусловлена как существенными изменениями социальных, социокультурных характеристик ситуации, связанной с распространенностью психоактивных веществ среди несовершеннолетних и молодежи, так и изменениями реалий жизни современного общества в целом, возросшей актуальностью формирования культуры здорового и безопасного образа жизни, а также изменениями государственной политики в сфере борьбы с наркоманией, алкоголизмом, табакокурением. С одной стороны, профилактическая деятельность ориентируется на дальнейшее усиление и ужесточение контроля распространения психоактивных веществ, с другой – определяет приоритет задач первичной профилактики, основанной, главным образом, на развитии культуры здорового образа жизни и других социально значимых ценностей – созидания, творчества, духовного и нравственного совершенствования человека.

Цели обучения:

– общая: обучающийся должен обладать общекультурными (ОК-1) и профессиональными компетенциями (ПК-1, ПК-3, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК – 18, ПК – 27, ПК – 28, ПК – 31, ПК -32).

- учебная:

обучающийся должен знать: Медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем, курением, психозависимыми лекарственными веществами, наркоманией. Профилактику наркомании, токсикомании, алкоголизма, ВИЧ- инфекции.

обучающийся должен уметь: провести мероприятия по профилактике наркомании, токсикомании, алкоголизма, ВИЧ- инфекции.

обучающийся должен владеть: основными принципами осмотра детей и подростков, принципами этики и деонтологии.

3. Место проведения практического занятия: учебная комната, структурные подразделения детской поликлиники, детского стационара.

4. Оснащение занятия: схемы осмотра ребенка, методические рекомендации.

5. Структура содержания темы (хронокарта).

Хронокарта практического занятия

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащенность
1.	Организация занятия	5	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и целей	5	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний и умений	15	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	5	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа

			деятельности)
5.	Самостоятельная работа обучающихся: а) курация под руководством преподавателя; б) разбор курируемых пациентов; в) выявление типичных ошибок	60	Работа: а) работа в детском отделении; в) демонстрация куратором различных состояний у детей.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	60	Ситуационные задачи
7.	Задание к следующему занятию	3	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
Всего:		153 мин	

6. Аннотация (краткое содержание темы).

Понятие «здоровье» определяется в преамбуле Устава Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Среди основных угроз здоровью населения в России выделяют: «распространение ВИЧ-инфекции, туберкулеза, наркомании, повышение доступности психоактивных и психотропных веществ, возможное распространение эпидемий, вызванных новыми, неизвестными ранее вирусами», «происходящие и ожидаемые изменения в климате» (цитата по Указу Президента РФ от 12.05.2009 №537 «О стратегии национальной безопасности РФ до 2020 года»). Лидирующими факторами риска заболеваемости являются гиподинамии, неправильное питание, курение и алкоголь. К сожалению, для большинства населения РФ здоровье не является ни нравственной, ни экономической ценностью. Остается высоким уровень потребления алкоголя и табака. Смертельные отравления алкоголем и его суррогатами составляют около трети всех летальных исходов от отравлений. Табак употребляют более 70% мужчин и 30% женщин. Возраст начала курения приближается у 8 годам.

С целью профилактики социально-значимых заболеваний в РФ принят ряд законов и других нормативных документов. Среди них:

- Федеральные законы: «О предупреждении распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» №38-ФЗ от 30.03.1995г., «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ» №77-ФЗ от 18.06.2001г., «О рекламе» № 38-ФЗ от 13.03.2006г. (в редакции от 11.07.2011г.), «Об ограничении курения табака» № 87-ФЗ от 10.07.2001г.

- постановления Правительства РФ: «О Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 года» №2128-р от 30.12.2009г., «О финансовом обеспечении мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения РФ, включая сокращение употребления алкоголя и табака» №1237 от 31.12.2010г.

- указы Президента РФ: «О дополнительных мерах по противодействию незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров» №1374 от 18.10.2007г., «Об утверждении стратегии государственной антинаркотической политики РФ до 2020 года» №690 от 09.06.2010г.

Согласно Конституции РФ, статей 41, 42 человеку гарантируется охрана здоровья и обеспечивается достойная среда обитания.

Таким образом, исследование нормативных актов показало, что в настоящее время в РФ правовые основы формирования ЗОЖ регламентированы не четко, отсутствует единый закон в области формирования ЗОЖ, не сформирован механизм контроля ЗОЖ, в т.ч. со стороны государства, отсутствуют специальные международные соглашения.

У каждого человека есть привычки, их можно разделить на полезные, бесполезные и вредные. Вредные привычки, т.е. опасные для здоровья отдельного человека и общества в целом, есть отражение влияний наследственности, воспитания, образования и культуры человека. Согласно теории социального научения А. Бандуры, фактором развития тех или иных форм поведения является среда как источник обратных связей, поощрений и наказаний. Влияние социального окружения — сверстников, семьи — может способствовать или препятствовать началу наркотизации. Существует ошибочное мнение, что курение, алкоголизация, употребление наркотиков, сексуальная гиперактивность могут быть инструментами налаживания отношений со сверстниками, своеобразной социализации, установления автономии от родителей, отвержения авторитетов, норм, ценностей, попыткой утверждения собственной зрелости, выхода из детства, приобретения более взрослого статуса.

Наркотики

Наркомания — (от греч. *нагке* — оцепенение и *mania* — безумие, восторженность, страсть) — болезнь, характеризующаяся влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие соответствующей стойкой психической и физической зависимости. В случае прекращения приема наркотических средств развивается синдром лишения.

В последние годы в РФ наркомания приобретает масштабы национальной трагедии. Она затрагивает, прежде всего, молодое поколение. Употребляющие наркотики обычно не умеют осознавать свои эмоциональные проявления. Поэтому они заглушают свои эмоции, используя психоактивные вещества (ПАВ). Обучение способности проявлять и осознавать свои эмоции — сложная «задача» для зависимых, а принять решение о необходимости изменения своего поведения человек может только после осознания своих истинных чувств, того, что наркотики мешают нормально жить.

Незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ и их немедицинское потребление в последнее десятилетие в Красноярском крае, как и в России в целом, приобрел значительные масштабы. Наркомания, наряду с токсикоманией и алкоголизмом, стала одной из острейших социальных проблем, дестабилизирующих и без того сложную криминогенную социальную обстановку.

Система оценки деятельности образовательных учреждений вынуждает их администрации скрывать и занижать подлинные данные о количестве наркопотребителей среди учащихся. Не совершенна и система мониторинга наркоситуации, что негативно сказывается на эффективности государственной антинаркотической политики и приводит к высокой латентности фактов наркопотребления среди учащихся различных учебных заведений, а также работающей молодежи (Иванов В.П. Наркотизация населения страны — одна из наиболее опасных угроз для Российского общества : выступление председателя ГАК Директора ФСКН России на совещании председателей Верховных судов республик, областных и равных им судов Российской Федерации 14 февраля 2012 г. // В будущее с надеждой : выступления Директора ФСКН России В.П. Иванова : февраль 2012. - Москва: ФСКН России, 2012. — С.4.).

Результаты проводимых опросов в различных регионах позволяют говорить о некоторых общих тенденциях наркоситуации в стране. Опыт разового употребления какого-либо наркотика, в молодежной субпопуляции от 15 до 35 лет, колеблется в среднем от 20 до 50%. В основном используются препараты конопли — около 70% от всех потребляемых наркотиков. На втором месте по популярности так называемые «клубные

наркотики» – стимуляторы. Их хотя бы раз использовали 3 – 10% лиц указанной возрастной группы. Опыт использования героина в данной возрастной группе обычно колеблется в пределах 1%. В самых неблагополучных регионах этот показатель может достигать 2 – 2,5% указанной возрастной группы. Обычно уровень героиновой наркомании наиболее высок в экономически развитых густонаселенных регионах. В некоторых регионах проблема наркотиков вообще неактуальна. Обычно это малонаселенные, удаленные от транспортных узлов «депрессивные» в экономическом отношении регионы, куда завозить наркотики невыгодно. В таких регионах более актуальной проблемой является широкое использование молодежью некачественного алкоголя и токсических веществ.

Состояние наркоситуации в молодежной среде Красноярского края на основе результатов мониторинговых исследований

В процессе исследования было опрошено 480 учащихся 9-11 классов общеобразовательных школ, 480 студентов ВУЗов и 450 учащихся техникумов и СУЗов различных территориальных образований Красноярского края (Невирко Д.Д. Анализ состояния наркоситуации в молодежной среде Красноярского края : аналитический обзор / научн. рук. д.с.н., профессор Д.Д. Невирко, д.с.н. В.Е. Шинкевич, д.м.н. Т.В. Коробицина, к.ю.н. Е.А. Димитрова и др. – Красноярск : СибЮИ ФСКН России, 2012. – 169 с.). В 49% случаев, у опрошенных школьников была возможность попробовать наркотики, но они от этого отказались. Почти в половине случаев, возможность попробовать наркотики была не однократно, а почти в 9% случае в - 20 и более раз. Чуть более 1% опрошенных школьников более 3 раз за последний месяц употребляли различные виды наркотических средств, а 0,25% - 21 раз и более, что свидетельствует о систематичности употребления и вероятности возникновения зависимости. В большинстве случаев впервые предложили попробовать наркотики друзья и знакомые (88% и 4% соответственно). В 51% случаев, респонденты затруднились с ответом о сложности приобретения наркотиков. Представляется, что это именно те школьники, которые не пробовали наркотические средства и не сталкивались с ситуацией возможности первой пробы. Вместе с тем, среди тех, кто обладает такой информацией, абсолютное большинство считают, что приобрести наркотики довольно просто или очень просто (28% и 12%) соответственно. Лишь 9% респондентов уверены, что приобрести наркотики очень сложно или довольно сложно.

Достаточно велик процент респондентов, у которых большинство или все друзья курят сигареты (31%), употребляют алкогольные напитки (33%), пьют до состояния алкогольного опьянения (12%), курят марихуану или гашиш (травку, план) (5%), употребляют насвай (11%), экстази (0,21%), ингалянты (0,21%).

Велика доля и тех школьников, у которых старшие братья и сестры курят сигареты (24%), употребляют алкогольные напитки (29%), пьют до состояния алкогольного опьянения (8%), курят марихуану или гашиш (травку, план) (2%), употребляют насвай (2%), экстази (1%), ингалянты (1%). Это при том, что у 32% респондентов старших братьев и сестер нет. Преобладающая часть опрошенных в достаточной степени осознают степень негативного влияния от систематического потребления табака, алкоголя и психоактивных веществ. Однако, не достаточно осознают вред от однократного или эпизодического употребления указанных веществ. Это говорит о недостаточной наркологической грамотности школьников (таб. 14).

Таблица 14

Признаки, подлежащие оценке, для определения осведомленности о проявлениях наркомании

Употребление даже небольшой дозы психоактивного вещества (наркотика) вызывает опьянение
Для получения эффекта опьянения необходимо употребить большую дозу психоактивного вещества

Употребление психоактивного вещества (наркотика) вызывает головокружение, тошноту, рвоту или другие неприятные ощущения
Употребление психоактивного вещества (наркотика) вызывает состояние «кайфа»
Употребление психоактивного вещества (наркотика) позволяет снять неприятные ощущения (преодолеть «ломку»)
Употребляет психоактивное вещество (наркотик) за компанию, постепенно учащая приемы
Употребляет психоактивное вещество (наркотик), чтобы «снять ломку»
Физически здоров
Наблюдается поражение печени, почек, других органов, нервной системы
Имеет профессию, работает
Потерял работу из-за «проблем с наркотиками»
Имеет семью, детей, сохранил социальные контакты
Имеет проблемы с близкими из-за употребления психоактивного вещества (наркотика)
Контакты с близкими людьми утрачены из-за употребления наркотиков, краж имущества и др.
Приобретает товары и услуги (одежду, бытовую технику, автомобиль, туристические путевки и др.)
Все деньги тратятся на приобретение наркотиков

Более 40% респондентов указали на то, что им предлагали попробовать наркотические вещества. Наиболее опасным в подобных взаимоотношениях является этап групповой психической зависимости, когда потребность в употреблении наркотиков возникает немедленно, как только собирается «своя» компания. Наиболее доступны и, следовательно, востребованы на сегодняшний день в студенческой среде гашиш, «план», ганджа, марихуана, насвай, спайс. Обращает на себя внимание то, что около 4% респондентов отметили, что пробовали неизвестный для них наркотик. Данные факты характерны для процесса распространения, втягивания новых потребителей наркотиков. Возрастной диапазон первого опыта от 14 лет, хотя отмечены отдельные факты употребления и в более раннем возрасте. Резкий всплеск приходится на период от 16 до 18 лет (40%), остается он довольно высоким и далее. Около 30 % респондентов отметили, что данный опыт ими приобретен после 18 лет, а это возраст студенческой молодежи. От общего числа наркоманов в России по статистике 60% – молодежь в возрасте 16-30 лет (<http://netnarkoticov.ru/narkomanija-statistika.html>).

Данный факт не говорит о том, что необходимо родителям оградить человека от друзей и тогда прекратится распространение наркотиков. Он указывает на отсутствие возможности у молодежи организовать нормальный интересный активный досуг. В данном ключе следует рассматривать и самостоятельное стремление отдельных представителей молодежи узнать действие наркотиков. Около 70% опрошенных, из числа тех, кто употребляет наркотики, осознают пагубность последствий наркомании и желали бы отказаться от употребления наркотиков. Учитывая относительно небольшой процент прошедших курс лечения и реабилитации, возможно, данным людям необходима помощь родных, специалистов, которые закрепили бы данное желание и способствовали своевременному обращению нуждающихся за помощью. Только около 20% опрошенных, подверженных наркотической зависимости планируют обратиться за помощью.

Анализ результатов позволяет говорить о том, что в массовом сознании студенческой молодежи: во-первых, не сформировано чувство опасности по отношению к употреблению наркотиков каждым относительно себя; во-вторых, если человек уже и чувствует физиологическую или психологическую зависимость к ПАВ, то он всячески старается по возможности эту привязанность скрыть и не афишировать. Они считают, что

показать привязанность, значит показать свою слабость, свою болезнь. Это связано, с тем, что в общественном сознании сформировано негативное отношение к наркоманам, но не к наркотикам. К сожалению, большинство родителей мало внимания уделяют формированию антинаркотической культуры у своих детей, привития им навыков антинаркотического поведения и здорового образа жизни. Только около 10% студентов отметили участие своих родителей в мероприятиях, направленных на профилактику наркомании, в образовательных учреждениях. Очень ценным является пример родителей, заботясь о возможностях организации здорового досуга детьми, они сами должны показать в этом пример. Самым действенным может быть только тот пример организации жизнедеятельности, который вошел в традицию семьи, если он не показушен.

Достаточно интересны результаты по отношению учащихся к антинаркотическим материалам и рекламам здорового образа жизни. Около 30% считают, что антинаркотические материалы не побуждают к здоровому образу жизни, а в 10% случаев имеют обратный эффект. Напротив, более 50% респондентов считают рекламу здорового образа жизни эффективной.

Общество отказалось в начале 90-х годов от октябрятских, пионерских, комсомольских организаций школьников как идеологически не выдержавших испытание, детям взамен ничего не предложило. У школьников появилось больше времени, они были освобождены от некоторой общественной нагрузки, но у родителей в условиях развивающегося экономического кризиса такого времени стало еще меньше. Создание детских организаций – это не идея руководящих органов советского периода в отечественной истории. Еще до 1917 г. в России существовали скаутские детские организации, предпринимались попытки создания подобных организаций и в постсоветское время. Необходимо отметить, что в некоторых средних общеобразовательных школах и сегодня существуют пионерские организации, которые реализуют воспитательные функции, приобщают детей к общественно полезной деятельности, организуют массовые мероприятия спортивной, образовательной, патриотической, культурной и другой общественно значимой деятельности.

Приобщение детей к активной позитивной деятельности, формирование у них навыков организации здорового образа жизни, вселение уверенности в свои силы и в свой внутренний потенциал минимизирует опасность выбора в пользу наркотиков в условиях, когда они с таким выбором столкнутся. Данные условия проявляются чаще всего как результат: во-первых, реальной или мнимой социальной неустроенности, восприятия себя особенной личностью, но не нашедшей своего соответствующего своим представлениям места в социальном окружении; во-вторых, исключенности молодых людей из позитивных социальных перспектив, попадание в среду неблагополучия, «заброшенности», утраты счастья или отсутствия смысла жизни. Именно этим негативным проявлениям наиболее подвержена молодежь и как следствие – наиболее склонны в трудных (зачастую надуманных, мнимых) жизненных ситуациях сделать выбор в пользу наркотиков.

В системе мер противодействия распространению употребления наркотических средств среди различных категорий молодежи необходимо предусмотреть расширение количества также и визуальной (слуховой) специальной социальной рекламы, способствующей формированию самостоятельного выбора формы организации здорового досуга, сети спортивных, творческих клубов, секций в шаговой доступности, и восстановление «дворового» спорта и т.п. Очень ценным является возобновление и расширение кружков, секций, сообществ, занимающихся техническим творчеством.

Давно известно, что слоганы «Брось наркотики», «Скажи наркотикам нет!», «Не лезь в петлю» способны давать обратный эффект, поскольку не содержат аргументации, в них доминирует ключевое слово, навязывается проблемная идентичность («презумпция виновности»), да и после многократного, стереотипного повторения одной и той же фразы ее смысл вообще теряется.

Лекции антинаркотического содержания, в которых акцент в изложении проблемы делается на «страшилках» (подчеркивается широкое распространение проблемы, приводятся натуралистические изображения, мрачные иллюстрации, запугивание последствиями), не дадут эффекта, так как негативная информация вытесняется из памяти, физическая опасность неактуальна для молодых людей, и это не преодоление проблемы, а «застревание» в ней. Кроме того, если лекция читается в аудитории, слушатели которой в силу своего возраста если и начали уже употреблять ПАВ, то, как правило, имеют небольшой «стаж» или знают потребителей, но также недавно начавших, то излагаемые лектором проявления наркомании ими не наблюдались. Обратившись к личному опыту, участники беседы быстро приходят к выводу: все, что им говорит лектор, неверно. И после этого, даже если в лекции (беседе) есть значимая информация, она никак не будет воспринята аудиторией – задачи просветительской работы окажутся не решенными. Еще хуже, если в ходе лекции или беседы акцент делается на эффектах ПАВ, особенностях получаемых ощущений. В таком случае велик риск того, что после окончания работы «лектора», слушатели поспешат за получением вещества, об эффекте которого так занимательно было рассказано. Таким образом, задачи просвещения не только оказались не решенными, но и сама беседа возымела негативный результат. Аналогичный эффект имеют современные телевизионные передачи, посвященные, например, проблеме изготовления наркотиков (дезоморфина) из кодеинсодержащих лекарственных препаратов, в которых авторы негодуют, указывая на доступность (до недавнего времени безконтрольный отпуск в аптеке), дешевизну (гораздо дешевле героина), быстроту и простоту приготовления (демонстрируют бензин и иные необходимые компоненты и посуду).

В подростковом возрасте можно изменить неверно сформированное мнение о сути наркологической патологии. Поэтому охват учебных коллективов просветительской и профилактической работой должен быть стопроцентным. В первую очередь решение этой задачи ложится на плечи педагогических работников. Задачу, заключающуюся в подаче подросткам основ наркологических знаний в интересной, доступной, грамотной форме, решают преимущественно специалисты – наркологи, социальные работники.

Профилактика нарко- и токсикомании может быть эффективной, если ее проводят комплексно и системно (рис. 5).

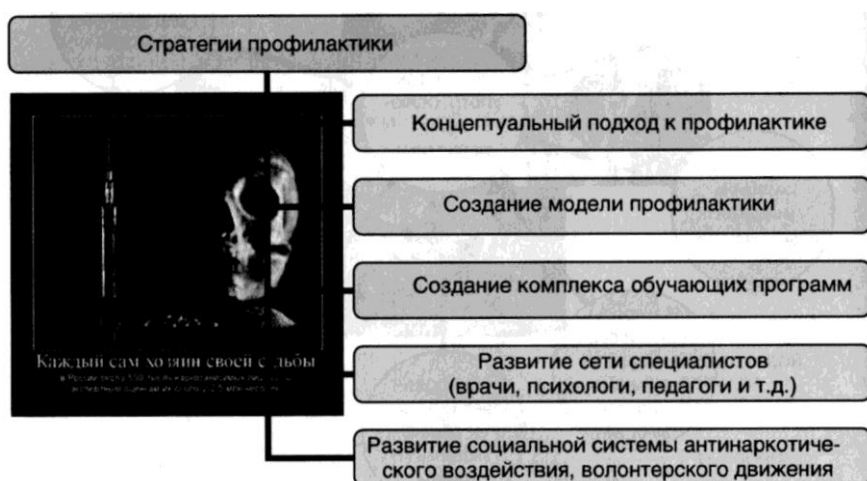


Рис. 5. Стратегии профилактики нарко- и токсикомании.

Комплекс профилактических мероприятий по наркомании, токсикомании, употреблению ПАВ включает:

- работу со всеми контингентами обучаемых (не имеющими опыта приема ПАВ, «экспериментаторами», проблемными потребителями ПАВ) с охватом основных значимых других лиц;

- сочетание инициирующих и поддерживающих интервенций;
- обучающие циклы («тренинг тренеров», «равные – равным»);
- саморазвитие и формирование актива во всех целевых группах;
- циклическое расширение охвата участников профилактической программы;
- мониторинг ситуации и эффективности профилактической программы;
- всех детей и подростков школ, техникумов и ВУЗов обязательно 1 раз в год в образовательном учреждении проверяют на наркотики с помощью экспресс-тестов и анкетирования (для детей до 14 лет с письменного согласия родителей), старше 14 лет с личного письменного согласия;
- в ЛПУ амбулаторного и стационарного профиля, детских дошкольных и школьных организациях, Вузах и техникумах введены ставки медицинских психологов, к которым могут обращаться подростки и семьи с детьми, попавшими в трудную жизненную ситуацию и с вредными привычками;
- в городе Красноярске и Красноярском крае организованы наркологические отделения и консультации, куда могут обратиться семьи за помощью;
- действуют различные клубы досуга, спортивные секции, центры занятости, ярмарки вакансий, молодежные трудовые отряды и т.п.;
- работают различные общественные, религиозные организации, реабилитационные центры по оказанию помощи лицам с вредными привычками;
- территориальные органы: ФСКН, органы образования и здравоохранения проводят мониторинг ситуации, статистическую отчетность и динамический анализ полученных данных, на основе которых формируется комплекс государственных мероприятий на разных уровнях.

Виды профилактики нарко- и токсикомании

Профилактика зависимости от наркомании и токсикомании, как и любая профилактика, бывает первичной, вторичной и третичной.

Первичную профилактику проводят с помощью СМИ, социальной поддержки, формирующих мотивацию у подростков ЗОЖ. Роль медицинских работников заключается в выявлении контингента риска и коррекции их поведения.

Вторичная профилактика направлена на формирование установки на полный отказ от употребления наркотиков, изменение поведения, нормализацию физического и психического здоровья.

Третичная профилактика заключается в проведении тренингов, помогающих предотвратить рецидивы и способствующих когнитивному развитию, воспитанию эмпатии.

Алкоголь

Злоупотребление алкоголем — важнейшая проблема общественного здоровья в Российской Федерации. С 1990 г. по 2006 г. потребление алкоголя на душу населения в РФ выросло не менее чем в 2,5 раза. В основном это произошло за счет увеличения потребления пива (в структуре продажи алкогольных напитков доля пива возросла с 59% в 1990 г. до 76% в 2006 г.). Ежедневно в России употребляют алкогольные напитки (включая слабоалкогольные) 33% юношей и 20% девушек, около 70% мужчин и 47% женщин.

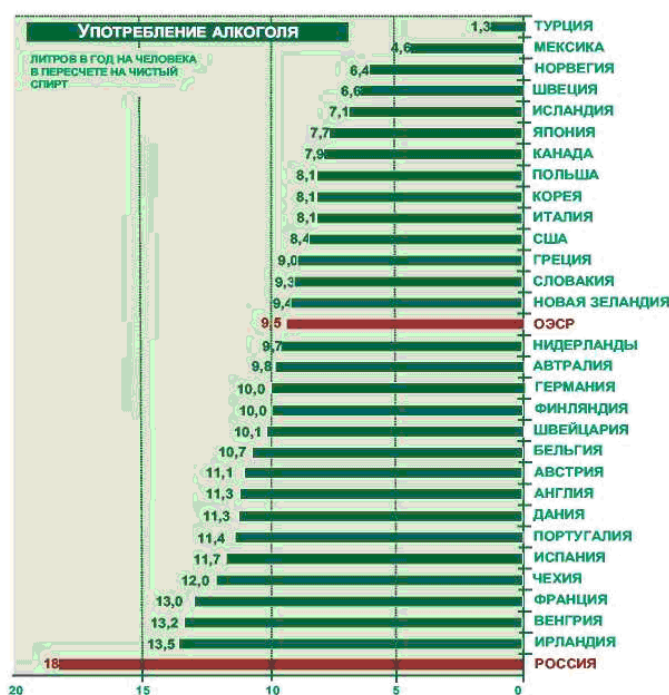


Рис. 3. Потребление алкоголя на душу населения у лиц старше 15 лет (в пересчете на чистый спирт)

В 2002 г. потребление алкоголя в стране составило 14,5; 2,4 и 1,1 л в год в пересчете на чистый спирт соответственно у мужчин, женщин и подростков, или в среднем около 11 л в год на душу взрослого населения (по данным Роспотребнадзора, 18 л в год на душу взрослого населения). Потребление крепких алкогольных напитков в абсолютных цифрах в РФ с 1990 г. не уменьшилось, хотя в структуре потребления их доля уменьшилась до 15% из-за резкого увеличения потребления пива.

Алкоголизм в России был и остается национальной трагедией. В царской России сухой закон был введен, когда употребление алкоголя на душу населения составила 4,5 л в год. А сегодня на одного человека от новорожденного до старика приходится 14 л алкогольных напитков в год. Пьянство и алкоголизм — разные понятия. Пьянство — еще не болезнь, а вредная привычка, часть образа жизни человека, а алкоголизм — заболевание, разновидность **токсикомании**, отличающееся болезненным пристрастием, а также **психической** и **физической зависимостью** от алкоголя (этилового спирта). Количество алкоголя, которое считается безопасным для взрослых, — индивидуально, в зависимости, например, от генетических особенностей, возраста, пола, массы тела. В детском и подростковом возрасте о безопасности алкоголя говорить не приходится!

Злоупотребление алкоголем всегда оказывает разрушающее действие на организм, особенно страдают ЖКТ, нервная, иммунная и половые системы. Этиловый спирт является нейротропным ядом, проникает через гематоэнцефалический барьер, передается через грудное молоко. Этиловый спирт поражает все органы, в первую очередь печень, приводя к циррозу и гибели человека. Особенно серьезно поражение нервной системы человека: появляются отклонения в поведении, раздражительность, агрессивность, бессонница, белая горячка. Смертность от белой горячки достигает 20%.

У мужчин происходит изменение семенников и снижение продукции тестостерона, у женщин нарушается месячный цикл или отсутствует овуляция. Запрещение употребления алкоголя молодоженам в первую брачную ночь — традиция всех народов. Дети, зачатые с алкоголем, рождаются с врожденными пороками развития. У матерей-алкоголичек часто рождаются недоношенные, маловесные дети с различными аномалиями

развития. Негативные процессы у новорожденного окажутся тем необратимее, чем раньше с начала беременности женщина станет употреблять алкоголь. При выраженных изменениях говорят об **алкогольном синдроме плода, или фетальном синдроме (FAS)**, клиническими проявлениями которого являются:

- замедление внутриутробного развития;
- черепно-лицевые отклонения (недоразвитые губы с красной каймой на верхней губе, узкие глаза, удлиненное лицо, вздернутый нос, птоз, косоглазие, низкая переносица, глубоко посаженные ушные раковины, уплощение затылка, микроцефалия);
- патология ЦНС (судороги, излишняя возбудимость, мозжечковая дисфункция);
- соматические дефекты (аномальное расположение пальцев, деформации грудной клетки, укорочение стоп, гипоспадия, удвоение влагалища, заращение заднего прохода, кавернозные ангиомы, фиброз печени).

Как показывают результаты опроса, учащиеся школ в возрасте 9 лет и младше впервые попробовали чаще всего пиво (11%), и шампанское (6%). В 30% случаев предложили попробовать алкогольные напитки школьникам их родственники. В 35% в качестве стимулятора употребления алкогольных напитков выступили друзья, в 10% - знакомые. Пиво, вино употребляет около 60% студентов. Опыт употребления крепких напитков имеют 30% опрошенных, вина – 65%, алкогольных коктейлей – 17%, пива – 55%. Около 65% опрошенных из числа студенческой молодежи приобретают опыт употребления спиртных напитков в 14-18 лет (таб. 15). Однако довольно высок и первый «всплеск» интереса к спиртным напиткам в 12 лет, он составляет около 16 %. Предварительный анализ обобщенного материала показывает, что практически через все источники коммуникации проходит информация об имеющихся фактах немедицинского употребления наркотиков. Наиболее часто данная информация приходит через сеть Интернет.

Таблица 15

**Признаки, подлежащие оценке, для определения осведомленности
о проявлениях алкоголизма**

Быстро пьянеет при употреблении 100-150 мл крепкого (водка) алкоголя
Употребление 300 мл и более крепкого (водка) алкоголя развивается тошнота и рвота
Может выпить много (300 мл и более) крепкого (водка) алкоголя и не опьянеет
В состоянии опьянения спокоен, сонлив, отказывается от дальнейшего употребления алкоголя
В состоянии опьянения весел, говорлив, «душа компании»
В состоянии опьянения агрессивен, конфликтен
На следующий день после употребления больших (300 мл и более) доз крепкого (водка) алкоголя проявляются признаки отравления, предложение выпить алкоголь вызывают тошноту и рвоту
На следующий день после употребления больших (300 мл и более) доз крепкого (водка) алкоголя хорошее физическое состояние
На следующий день после употребления больших (300 мл и более) доз крепкого (водка) алкоголя требуется выпить алкоголь (опохмелиться)
Употребляет алкоголь только по реально значимым поводам
Употребляет алкоголь за компанию
Употребляет алкоголь запоями
Физически здоров
Наблюдается поражение печени, почек, других внутренних органов, нервной системы
Имеет профессию, работает
Потерял работу из-за «проблем с алкоголем»

Имеет семью, детей
Контакты с близкими людьми утрачены из-за постоянного пьянства
Приобретает товары и услуги (одежду, бытовую технику, автомобиль, туристические путевки и др.)
Все деньги тратятся на приобретение алкоголя

Стратегия профилактики алкоголизма

Профилактику пьянства и алкоголизма необходимо проводить дифференцированно в зависимости от социального статуса (школьник, учащийся колледжа, рабочий), состояния здоровья и эмоциональной устойчивости индивидуума. Профилактика должна быть направлена на устранение рисков и формирование защиты от этих пороков.

Факторы риска (все, что способствует употреблению алкоголя) достаточно разнообразны и отличаются психолого-социальной направленностью. Но на ребенка (подростка) воздействуют как факторы риска, так и защиты. Как правило, в реальной жизни нет универсального, а есть совокупность нескольких факторов риска. И чем их больше, тем выше шанс начать злоупотреблять алкоголем. Профилактика должна заключаться в устранении факторов риска и усилении факторов защиты (ЗОЖ, физкультура и спорт, пример в семье, поддержка родственников).

Виды профилактики пьянства и алкоголизма

Профилактика пьянства и алкоголизма обязана быть комплексной, систематической, поэтапной и, кроме того, носить межведомственный характер. Иначе говоря, такая профилактика требует согласованных действий различных министерств, государственных и общественных организаций, специалистов (врачей, педагогов, юристов, социологов, психологов).

Первичная профилактика направлена на сохранение или укрепление здоровья подростков, которые ранее алкоголь не употребляли и у которых факторы защиты преобладают над факторами риска.

Вторичная профилактика избирательна, т.е. направлена на подростков, которые уже пробовали алкоголь. И, как правило, у таких подростков факторы риска преобладают над факторами защиты.

В основе первичной профилактики лежат воспитание и просвещение в школе, которые базируются на следующих принципах.

- Принцип *целостности*: просвещение и воспитание должны преследовать цель формирования нетерпимого отношения ко всем проявлениям пьянства.
- Принцип *постепенности*: информация об отрицательном влиянии алкоголя на организм должна подаваться с учетом возраста и психологических особенностей ребенка.
- Принцип *мультидисциплинарного подхода*: воспитывать и просвещать должны не только учителя, но и медицинские и социальные работники, юристы, представители правоохранительных органов.
- Принцип *вовлечения семьи*: просвещение должно распространяться дифференцированно (родители и члены семьи учащихся младших и старших классов).

Третичная профилактика предназначена для людей, зависимых от алкоголя и направлена на преодоление алкогольной зависимости или на уменьшение вреда от его употребления.

Методы профилактики пьянства и алкоголизма

Методы профилактики алкоголизма и пьянства достаточно разнообразны, и каждый из них преследует определенные цели.

В силу присущих им психологических особенностей подростки часто копируют поведение взрослых. Для того чтобы первичная профилактика оказалась действенной, слова и дела в первую очередь, конечно, родителей не должны расходиться.

При обнаружении ребенка в состоянии алкогольного опьянения необходимо уложить его на бок, освободить ротовую полость от рвотных масс, оценить состояние

функции дыхания и кровообращения и госпитализировать в отделение токсикологии при необходимости.

- В ЛПУ амбулаторного и стационарного профиля, детских дошкольных и школьных организациях, Вузах и техникумах введены ставки медицинских психологов, к которым могут обращаться подростки и семьи с детьми, попавшими в трудную жизненную ситуацию и с вредными привычками,
- В городе Красноярске и Красноярском крае организованы наркологические отделения и консультации, куда могут обратиться семьи за помощью,
- Действуют различные клубы досуга, спортивные секции, центры занятости, ярмарки вакансий, молодежные трудовые отряды и т.п.,
- Работают различные общественные, религиозные организации, реабилитационные центры по оказанию помощи лицам с вредными привычками,
- Территориальные органы: ФСКН, органы образования и здравоохранения проводят мониторинг ситуации, статистическую отчетность и динамический анализ полученных данных, на основе которых формируется комплекс государственных мероприятий на разных уровнях.

Употребление табака

В Российской Федерации потребление сигарет с 1985 по 2006 гг. увеличилось на 87%, в основном, за счет увеличения курильщиков среди женщин и подростков. В настоящее время в стране курят более 40 млн человек: 63% мужчин и 30% женщин, 40% юношей и 7% девушек. Доля курящих мужчин в России одна из самых высоких в мире и в 2 раза больше, чем в США и странах ЕС. Ежегодно количество курящих в России увеличивается с темпом в 1,5—2%, захватывая женщин и подростков. Темп роста курящих в России является одним из самых высоких в мире и при этом в последние три года количество сигарет, выкуриваемых в стране, увеличивается на 2—5% в год.

Курение вызывает рост болезней системы кровообращения, приводит к хроническим заболеваниям легких и провоцирует многие онкологические болезни.

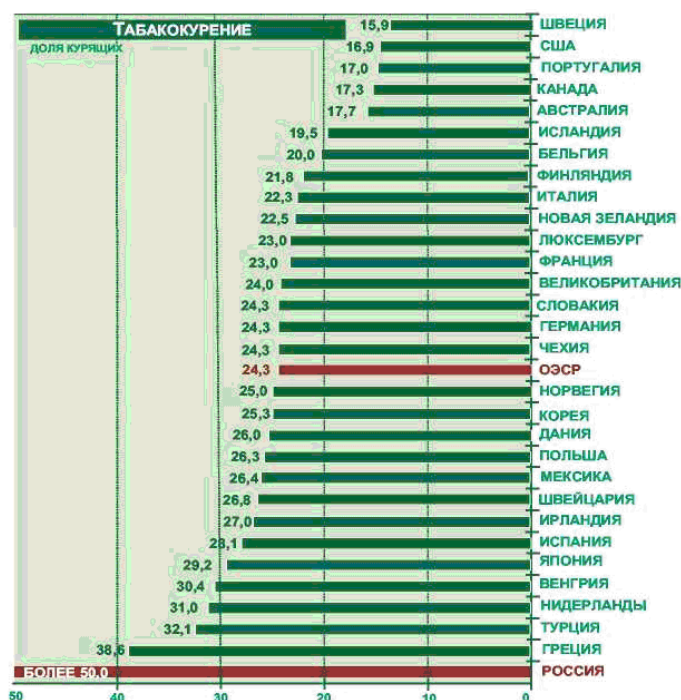


Рис. 4 . Доля ежедневно курящего населения старше 15 лет

От болезней, связанных с табакокурением, ежегодно умирают 220 тыс. человек, при этом 40% смертности мужчин от болезней системы кровообращения связано с курением.

Отмечается, что более высокая смертность среди курящих мужчин приводит к снижению в 1,5 раза их доли среди мужчин в возрасте старше 55 лет.

Табакокурение – одна из самых распространенных вредных привычек. Известно более 60 разновидностей табака, его листья содержат значительное количество разнообразных химических соединений: белки, углеводы, аммиак, азот, никотин, смолы, эфирные масла, мышьяк, никель, свинец, хром, кадмий и др.).

Курение табака занимает первое место в мире среди предотвратимых причин смертности, однако от 3,5 до 5,4 млн человек ежегодно умирают в результате проблем со здоровьем, вызванных курением. С.П. Боткин (1832—1889), русский врач, ученый и общественный деятель, говорил: «Если бы я не курил, я убежден, что без страданий прожил бы еще несколько лет». Сегодня в России курит каждый третий подросток (около 40% юношей и 7,5% девушек).

Основные факты табакокурения

- Табак убивает до половины употребляющих его людей.
- Согласно данным, приведенным в «Национальной стратегии по борьбе против табака на 2009—2013 годы», в Российской Федерации от болезней, связанных с табакокурением, ежегодно умирает от 400 до 500 тыс. человек.
- Продолжительность жизни среди курящих сокращается на 8-15 лет.
- Почти 80% из одного миллиарда курильщиков в мире живут в странах с низким и средним уровнем дохода.
- Потребление табачной продукции в мире возрастает, однако в некоторых странах с высоким и средневысоким уровнем дохода оно сокращается.

Табачный дым представляет собой аэрозоли, состоящие из жидких и твердых частиц, находящихся во взвешенном состоянии. Он содержит никотин, угарный газ, аммиак, синильную кислоту, цианистый водород, ацетон, различные канцерогены. Горящая сигарета – это «фабрика» по производству более 4 тыс. токсических и вредных соединений. Наиболее опасен никотин. Его содержание в табачном дыме одной сигареты – 1800 мкг, фенола – 86 мкг, нафтиламмиака – 0,023 мкг, ДДТ – 0,777 мкг. К никотину организм привыкает быстро, признаками острого отравления являются головокружение, кашель, тошнота, горечь во рту, слабость, бледность. Угарный газ в 300 раз быстрее растворяется в крови курильщика, чем кислород. Это приводит к кислородному голоданию важных органов. Наличие большого количества канцерогенов приводит к развитию различных опухолей у курильщиков. Постоянное курение табака приводит к физической и психической зависимости. От воздействия табачного дыма страдает, прежде всего, система дыхания. 80% курильщиков страдают хроническим бронхитом. Происходит закупорка бронхов вязкой слизью, нарушение работы ресничек эпителия, наступает кислородное голодание организма, развивается эмфизема легких.

Элементы табачного дыма со слюной попадают в желудок, поэтому язвенная болезнь желудка и ДПК у курящих наблюдается в 10 раз чаще, чем у не курящих.

Особенно неблагоприятно систематическое отравление табачным дымом сказывается на деятельности ССС. У всех курильщиков ЧСС в 2-2,5 раза чаще, поэтому время отдыха сердца сокращено. У курильщиков в 12-13 раз чаще встречаются заболевания сердца: сердечная недостаточность, стенокардия, инфаркт миокарда, инсульты, нарушения ритма.

Крайне неблагоприятно табачный дым действует на репродуктивную и косметическую функции. Кожа увядает, сморщивается, желтеет, портятся зубы и десны, появляется неприятный запах изо рта, голос становится хриплым. Дети курильщиц рождаются преждевременно, имеют дефицит массы тела, в 2 раза чаще встречаются выкидыши, мертворожденные и неполноценные дети.

Особенно вредно «пассивное курение» для детей. Находясь в одном помещении с курильщиком, ребенок «выкуривает» половину каждой сигареты, что негативно влияет на его здоровье: нервную, кроветворную, ССС, эндокринную и выделительные системы. Часто у пассивных курильщиков развиваются различные опухоли.

Согласно проведенным опросам в Красноярском крае 55% школьников имеют опыт курения, 11% выкурили первую сигарету в 9 лет и младше, 16% курят ежедневно, в 3% случаев предложение выкурить первую сигарету поступило от родственников, что негативно характеризует семью, в 80% - друзья и знакомые.

Сегодня около 30% студенческой молодежи являются курильщиками. Более 50% молодых людей, по результатам исследования студентов, начинают курить в возрасте от 14 до 18 лет (таб. 16). Далее данный показатель резко снижается с возрастом.

Таблица 16

Возраст начала курения

Категории	Частота	Процент
Никогда	90	22,44
<9 лет	60	14,96
10 лет	18	4,49
11 лет	26	6,48
12 лет	33	8,23
13 лет	28	6,98
14 лет	54	13,47
15 лет	31	7,73
16 лет	33	8,23
Затрудняюсь ответить	28	6,98

Виды профилактики табакокурения

Профилактику табакокурения желательно начинать, когда у подростков еще нет стойкой табачной зависимости, а стереотипы их поведения еще не сформировались. Только тогда можно надеяться на положительный результат. Комплексной программы профилактики табакокурения среди подростков в нашей стране нет. Подходы к профилактике универсальны и имеют два направления: *первичную* и *вторичную* профилактику табакокурения.

Первичная профилактика предусматривает предотвращение начала курения. Главная роль здесь должна быть отведена семье. Личный пример родителей более значим, чем банальная санитарно-просветительная работа.

Не должна оставаться в стороне прежде всего школа, где необходимо рассказывать не только о вреде курения, но и наглядно демонстрировать его последствия.

Вторичная профилактика направлена на уже курящих подростков. В этом случае надо по возможности найти причину, побудившую подростка к курению, и с помощью специалистов помочь ему сформировать мотивацию к отказу от этой вредной привычки. Методы вторичной профилактики представлены на рис. 6.

- В центрах здоровья проводят контроль обратившихся детей и подростков на наличие в выдыхаемом воздухе карбоксигемоглобина для выявления курения табака,
- В ЛПУ амбулаторного и стационарного профиля, детских дошкольных и школьных организациях, Вузах и техникумах введены ставки медицинских психологов, к которым могут обращаться подростки и семьи с детьми, попавшими в трудную жизненную ситуацию и с вредными привычками,
- В городе Красноярске и Красноярском крае организованы наркологические отделения и консультации, куда могут обратиться семьи за помощью,
- Действуют различные клубы досуга, спортивные секции, центры занятости, ярмарки вакансий, молодежные трудовые отряды и т.п.,
- Работают различные общественные, религиозные организации, реабилитационные центры по оказанию помощи лицам с вредными привычками,

- Территориальные органы: ФСКН, органы образования и здравоохранения проводят мониторинг ситуации, статистическую отчетность и динамический анализ полученных данных, на основе которых формируется комплекс государственных мероприятий на разных уровнях.

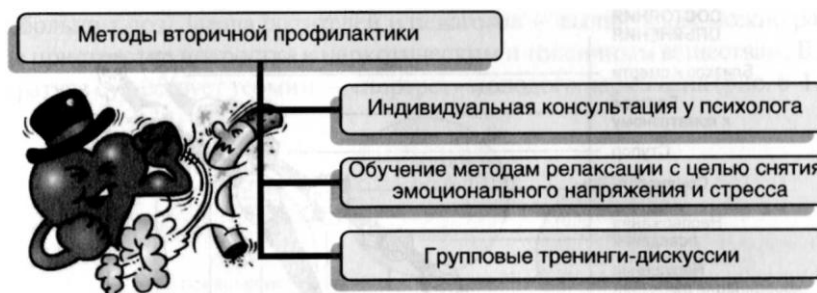


Рис. 6. Методы вторичной профилактики табакокурения.

Позитивные изменения при отказе от курения:

- через 2 часа никотин начинает удаляться из организма, и в этот момент чувствуются первые симптомы отмены;
- через 12 часов окись углерода выйдет из организма полностью, легкие начнут интенсивнее функционировать, пройдет чувство нехватки воздуха;
- через 2 дня вкусовая чувствительность и обоняние обострятся;
- через 7-9 недель тонкие обонятельные каналы окончательно очистятся от смолы и копоти и острота запахов приобретет неожиданно «яркое звучание»;
- через 12 недель (3 месяца) функционирование системы кровообращения улучшится, что позволит легче ходить и бегать;
- через 3—9 месяцев кашель, одышка и проблемы с дыханием станут значительно менее выраженными, функция легких увеличится на 10%.

ВИЧ-инфицирование

ВИЧ-инфицирование относится к группе инфекций, передаваемых половым путем. Далее развивается СПИД, который характеризуется нарушением функций иммунной системы и суммой различных клинических признаков. Впервые СПИД при ВИЧ-инфекции описан в 1981г в США. ВИЧ передается при половых контактах, через нестерильный медицинский инструментарий, через кровь, сперму, слюну, трансплацентарно от матери плоду, через грудное молоко. Источником инфекции могут быть больные люди из «группы риска»: проститутки, наркоманы, гомосексуалисты, доноры. СПИД проявляется в виде опухолей либо инфекций с соответствующей клинической картиной. При инфицировании ВИЧ летальность составляет 38-65%. Смертность через год от начала заболевания составляет 40%, спустя 2 года – 80%, через 3 года – 100%. Диагностика СПИДа основана на обнаружении специфических антител в крови, а в ряде случаев – и на получении культуры ВИЧ.

Профилактика ВИЧ-инфицирования:

- Санитарно-гигиеническое просвещение и нравственное воспитание молодежи,
- Повышение уровня медицинских знаний у педагогов и родителей,
- Половое воспитание детей,
- Борьба с вредными привычками,
- Использование средств предохранения (презервативов),
- Соблюдение личной гигиены (индивидуальные кровати, полотенца, мочалки, нижнее белье, губная помада, сигареты, бритва, маникюрные наборы, зубная щетка),
- Для раннего выявления обследуют на ВИЧ-инфицирование работников ДОУ, спортивных и коммунальных учреждений, подростков с 14 лет, всех стационарных

больных, беременных и женщин, идущих на аборт, доноров, поступающих на работу, выезжающих в санатории,

- В ЛПУ амбулаторного и стационарного профиля, детских дошкольных и школьных организациях, Вузах и техникумах введены ставки медицинских психологов, к которым могут обращаться подростки и семьи с детьми, попавшими в трудную жизненную ситуацию и с вредными привычками,
- Работают различные общественные, религиозные организации, реабилитационные центры по оказанию помощи лицам с вредными привычками,
- Территориальные органы: органы образования и здравоохранения проводят мониторинг ситуации, статистическую отчетность и динамический анализ полученных данных, на основе которых формируется комплекс государственных мероприятий на разных уровнях.

7. Вопросы по теме занятия.

1. Медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем, курением, психозависимыми лекарственными веществами, наркоманией.
2. Профилактика наркомании, токсикомании, алкоголизма, ВИЧ- инфекции.

8. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

Инструкция к тестовым заданиям: Укажите один правильный ответ

1. ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ - ЭТО

- 1) разновидность копинг-поведения
- 2) разновидность суицидального поведения
- 3) разновидность девиантного поведения
- 4) целостность психофизиологической организации личности

2. ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЯ – ЭТО

- 1) разновидность соматоформного расстройства
- 2) болезненное пристрастие к алкоголю с синдромом психической и физической зависимости от него
- 3) форма генерализованного тревожного расстройства
- 4) острое отравление алкоголем

3. ВИДЫ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

- 1) девиантное поведение
- 2) алкогольная зависимость
- 3) агрессивное поведение
- 4) акцентуация личностных черт

4. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

- 1) мероприятия, направленные на устранение психопатологических расстройств больных различными видами зависимостей
- 2) комплекс лечебных мероприятий при терапии синдрома отмены ПАВ
- 3) профилактика рецидивов зависимостей
- 4) система действий, направленных на формирование стрессоустойчивых форм поведения условно здоровых людей

5. ПРОФИЛАКТИКУ РЕЦИДИВОВ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ МОЖНО ОТНЕСТИ К

- 1) первичной профилактике
- 2) вторичной профилактике
- 3) третичной профилактике
- 4) психогигиене
- 5) психиатрии

6. В РАМКАХ ПОДХОДА, ОСНОВАННОГО НА АЛЬТЕРНАТИВНОЙ НАРКОТИКАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОВОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ПРОГРАММ

- 1) комбинация личностных потребностей с позитивной активностью
 - 2) предложение специфической позитивной активности, которая как вызывает сильные эмоции, так и предполагает преодоление различного рода препятствий
 - 3) создание групп поддержки молодых людей, думающих об активном выборе своей жизненной позиции
 - 4) все вышеперечисленное
7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВЫПОЛНЕНИЕ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ РАБОТЫ В ШКОЛАХ И ПТУ НЕСУТ
- 1) главный врач районной поликлиники
 - 2) заведующий детско-школьным отделением детской поликлиники
 - 3) главный врач наркологического диспансера
 - 4) главный врач центра здоровья
 - 5) все перечисленные лица
8. ВЕЩЕСТВО, СПОСОБНОЕ ВЛИЯТЬ НА РАБОТУ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, МЕНЯЯ ПРИ ЭТОМ СОСТОЯНИЕ ПСИХИКИ, НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) токсическим
 - 2) психоактивным
 - 3) наркотически действующим
 - 4) наркотическим средством
 - 5) психостимулятором
9. К НАПРАВЛЕНИЯМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОДРОСТКОВОГО АЛКОГОЛИЗМА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
- 1) воспитательной работы
 - 2) формирования трезвеннических установок
 - 3) санитарно-гигиенического воспитания
 - 4) диспансерного наблюдения
10. К МЕТОДАМ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАКОКУРЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
- 1) индивидуальной консультации психолога
 - 2) обучения методам релаксации
 - 3) иглорефлексотерапии
 - 4) групповых тренинг-дискуссий
 - 5) госпитализации в наркологический диспансер

Эталоны ответов

1 – 3 2 – 2 3 – 2 4 – 4 5 – 3 6 – 4 7 – 5 8 – 2 9 – 4 10 – 5

9. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

Задача №1



На прием к наркологу мама привела подростка 14 лет, учащегося ПТУ по специальности штукатур-маляр. Сообщила, что в течение месяца сын 4 раза приходил домой в состоянии опьянения, однако без запаха алкоголя. Мама обратила внимание, что в это время у него было лицо ярко красного цвета, зрачки широкие, он совершал нелепые размашистые движения руками, был повышен аппетит. В

остальные дни самочувствие и поведение сына было обычным.

Задание:

1. Какое состояние можно предположить?
2. Какое вещество употреблял подросток?
3. Является ли данное вещество психоактивным?
4. Обоснуйте ответ на 3 вопрос.
5. Имеются ли у подростка симптомы зависимости?

Эталон задачи:

1. Можно предположить состояние наркотического опьянения.
2. Каннабиоиды.
3. Данное вещество является психоактивным.
4. Вещество способно влиять на работу центральной нервной системы, меняя при этом состояние психики.
5. Симптомов зависимости нет.

Задача №2



На прием к врачу-дерматологу из участковой поликлиники направлена больная 15 лет, учащаяся, с жалобами на высыпания красного цвета на коже туловища. Из анамнеза: два дня назад обратилась в участковую поликлинику с жалобами на слабость, появление на коже туловища обильной и яркой сыпи. После осмотра врачом назначены исследования крови на сифилис, которые показали положительный результат. Локальный статус: На

коже туловища многочисленные пятна округлых очертаний, с резкими границами, розово-красного цвета (розеола), не склонные к слиянию. Доступные пальпации лимфоузлы увеличены, безболезненные, плотные, не спаяны с окружающими тканями.

Задание:

1. Какое заболевание можно предположить у больной?
2. Куда необходимо направить данную больную?
3. Перечислите пути заражения сифилисом.
4. Перечислите опасные виды секса.
5. Личная профилактика инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).

Эталон задачи:

1. У больной можно предположить наличие сифилиса.
2. Больная должна быть направлена к дерматовенерологу.
3. Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный.
4. При генитально-анальном и генитально-вагинальном видах секса без презерватива риск передачи ИППП очень высок, а при оральном сексе без презерватива или другого механического барьерного средства риск заражения меньше, но полностью его исключить нельзя.
5. Использование индивидуальных средств контрацепции (презерватив при каждом половом контакте и на протяжении всей его длительности). Длительные моногамные отношения со здоровым партнёром.

Задача №4

На прием к наркологу мама привела 17-летнюю дочь, учащуюся 2 курса железнодорожного техникума. Сообщила, что около 3 месяцев назад дочь изменилась по характеру, потеряла интерес к учебе, стала поздно возвращаться домой, из дома пропала большая сумма денег. Дома старалась носить одежду с длинными рукавами. Случайно мама заметила у дочери следы инъекций в области левого локтевого сгиба. Из анамнеза известно, что отец злоупотреблял алкоголем, оставил семью, когда девочке было 4 года. Девочка воспитывалась мамой и бабушкой в условиях гиперопеки.



Задание:

1. Употребление какого психоактивного вещества можно предположить?
2. Имеется ли в данном случае зависимость от психоактивного вещества?
3. Какие факты подтверждают ответ на 2 вопрос?
4. Каковы в данном случае биологические факторы риска развития зависимости от психоактивного вещества?
5. Каковы в данном случае социально-психологические факторы риска развития зависимости от психоактивного вещества?

Эталон задачи:

1. Можно предположить употребление героина.
2. Имеется зависимость от психоактивного вещества.
3. Зависимость от психоактивного вещества подтверждают изменившийся характер и поведение дочери, следы инъекций в области левого локтевого сгиба.
4. Биологическим фактором риска развития зависимости от психоактивного вещества является отягощенная алкоголизмом наследственность по отцовской линии.
5. Социально-психологическими факторами риска развития зависимости от психоактивного вещества являются воспитание в неполной семье в условиях гиперопеки.

Задача №5

В стационаре при постановке внутривенной инъекции ВИЧ-инфицированному больному медсестра укололась иглой.

Задание:

1. Какие меры необходимо принять в этой ситуации?
2. Какой возбудитель вызывает ВИЧ-инфекцию? Дайте определение ВИЧ-инфекции.
3. При работе с какими биологическими жидкостями необходимо соблюдать универсальные меры предосторожности?
4. Как проявляется СПИД при ВИЧ-инфицировании?
5. На чем основана диагностика ВИЧ инфекции?



Эталон задачи:

1. Обработать место укола спиртом, выдавить каплю крови из места прокола. В последующем сдавать анализ крови на наличие ВИЧ-инфекции.
2. Вирус иммунодефицита человека - ВИЧ-инфекция, инфекционный процесс в организме человека, вызываемый вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), характеризующийся медленным течением, поражением иммунной и нервной систем, последующим развитием на этом фоне оппортунистических инфекций и новообразований, приводящих инфицированных ВИЧ к летальному исходу.

3. Кровью, спермой, вагинальным секретом, любыми жидкостями с примесью крови, культурами и средами, содержащими ВИЧ.
4. СПИД проявляется в виде опухолей либо инфекций с соответствующей клинической картиной. При инфицировании ВИЧ летальность составляет 38-65%. Смертность через год от начала заболевания составляет 40%, спустя 2 года – 80%, через 3 года – 100%.
5. Диагностика СПИДа основана на обнаружении специфических антител в крови, а в ряде случаев – и на получении культуры ВИЧ.

10. Перечень и стандарты практических умений.

I – профессионально ориентируется по данному вопросу.

II – может использовать приобретенные навыки под руководством специалиста.

III – может самостоятельно применять приобретенные навыки.

№ Практические навыки согласно образовательному стандарту п/п специальности Стандарт выполнения

1	Провести профилактику алкоголизма у детей и подростков, членов семьи.	II
2	Провести профилактику табакокурения у детей и подростков, членов семьи.	II
3	Провести профилактику наркомании у детей и подростков, членов семьи.	II
4	Провести профилактику токсикомании у детей и подростков, членов семьи.	II
5	Провести профилактику ВИЧ-инфицирования у детей и подростков, членов семьи.	II
6	Составить отчет.	II

11. Примерная тематика НИРС по теме

Научно-исследовательская работа студента осуществляется по выбору студента, исходя из предпочтений по разделам изучаемой дисциплины с учетом списка тем и списка рекомендованной литературы в методической разработке для внеаудиторной работы студента. При проведении НИР студент пользуется услугами библиотеки, интернет-поиском, совершенствуя навыки тематического поиска и работы с компьютером. Студент должен проработать не менее 5 библиографических (или электронных) источников.

Темы НИРС:

- Профилактика алкоголизма у детей и подростков, членов семьи.
- Профилактика табакокурения у детей и подростков, членов семьи.
- Профилактика наркомании и токсикомании у детей и подростков, членов семьи.
- Профилактика ВИЧ-инфицирования у детей и подростков, членов семьи.

12. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная литература

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год
1	2	3	4
1	Общий уход за детьми [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://studmedlib.ru/book/ISBN9785970413357.html	А. М. Запруднов, К. И. Григорьев	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2	Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://studmedlib.ru/book/ISBN9785970416723.html	ред. А. С. Калмыкова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

Дополнительная литература

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год
1	Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика	А. А. Баранов, Ю. Е. Лапин	М. : б/и, 2009.
2	Инвалидность детского населения России. Вып. 7	А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, Д. И. Зелинская [и др.]	Москва : Центр развития межсекторальных программ, 2008.
3	Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка» [Электронный ресурс] : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов 3-4 курсов по специальности 060103 – Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=28963	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова, Л. И. Позднякова [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2011.
4	Новорожденный ребенок. Основы оценки состояния здоровья и рекомендации по профилактике и коррекции его нарушений : рук. для врачей	ред. Н. Л. Черная, В. В. Шилкин	СПб. : СпецЛит, 2009.
5	Организация диспансерного наблюдения детей и подростков на педиатрическом участке : учеб. пособие для студентов 6 курса по спец. 060103- Педиатрия	сост. В. Т. Манчук, Е. И. Прахин, И. Н. Чистякова [и др.] ; ред. М. Ю. Галактионова	Красноярск : КрасГМУ, 2010.
6	Организация диспансерного наблюдения за детьми первого года жизни [Электронный ресурс] : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов 6 курса, обучающихся по спец. 060103 - Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=29008	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова, Н. В. Матыскина	Красноярск : КрасГМУ, 2012.
7	Питание детей раннего возраста: в схемах и таблицах : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов педиатр. фак.	М. Ю. Галактионова, Н. В. Назаренко	Красноярск : КрасГМУ, 2009.
8	Рахит (диагностика, лечение, профилактика) : учеб. пособие	М. Ю. Галактионова, Н. В. Назаренко, И. Н. Чистякова	Красноярск : Изд-во КрасГМА, 2008.
9	Руководство по практическим умениям педиатра : учеб. пособие	ред. В. О. Быков	Ростов н/Д : Феникс, 2010.
10	Современные медицинские технологии мониторинга состояния здоровья детей и подростков [Электронный ресурс] : учеб. пособие для курсантов последипломного обучения по спец. 060103 - Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=28439	сост. М. Ю. Галактионова, Т. Е. Таранушенко, И. Н. Чистякова [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2011.
11	Специфическая иммунопрофилактика инфекционных заболеваний у детей и подростков: учебное пособие для самостоятельной работы студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103 – педиатрия [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=1239	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова	Красноярск : КрасГМУ, 2009.
12	Уход в педиатрии	П. Г. Кюль, Д. Зипманн, Х. Зоботтка [и др.] ; пер. с нем. Н. Ю. Голованова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
13	Уход за здоровым и больным ребенком : учеб. пособие	ред. В. В. Юрьев, Н. Н. Воронович	СПб. : СпецЛит, 2009.
14	Электронные ресурсы:		

	1. ЭБС КРАСГМУ "Colibris"; 2. ЭБС Консультант студента; 3. ЭБС Университетская библиотека OnLine; 4. ЭНБ eLibrary		
--	--	--	--

1. Занятие № 7

Тема: «Роль Центров здоровья детей в формировании мотивации здорового образа жизни. Задачи и формы проведения санитарно-просветительной работы».

1. Форма организации учебного процесса: клиническое практическое занятие (В интерактивной форме).

Методы обучения: объяснительно-иллюстративный.

2. Значение темы (актуальность изучаемой проблемы).

Формирование установки на ЗОЖ лежит в основе любой профилактической деятельности, многочисленных программ, направленных на повышение здоровья общества. Пропаганда ЗОЖ является важнейшей функцией и задачей всех органов здравоохранения (особенно учреждений первичной медико-санитарной помощи), центров здоровья, учреждений образования, органов социальной защиты и т. д.

Цели обучения:

– общая: обучающийся должен обладать общекультурными (ОК-1, ОК-5, ОК – 8) и профессиональными компетенциями (ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК - 16, ПК – 18, ПК-26, ПК – 27, ПК – 28, ПК – 30, ПК – 31, ПК -32).

- учебная:

обучающийся должен знать: Роль Центров здоровья детей в формировании мотивации здорового образа жизни. Задачи и формы проведения санитарно-просветительной работы.

обучающийся должен уметь: сформировать мотивацию здорового образа жизни у детей и членов их семьи. Провести санитарно-просветительную работу.

обучающийся должен владеть: основными принципами осмотра детей и подростков, принципами этики и деонтологии.

3. Место проведения практического занятия: учебная комната, центр здоровья детей.

4. Оснащение занятия: методические рекомендации, оборудование и оснащение центра здоровья детей.

5. Структура содержания темы (хронокарта).

Хронокарта практического занятия

п/п	Этапы практического занятия	Продолжительность (мин)	Содержание этапа и оснащённость
1.	Организация занятия	5	Проверка посещаемости
2.	Формулировка темы и целей	5	Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия
3.	Контроль исходного уровня знаний и умений	15	Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос.
4.	Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия	5	Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности)
	Самостоятельная работа	60	Работа:

5.	обучающихся: а) курация под руководством преподавателя; б) разбор курируемых пациентов; в) выявление типичных ошибок		а) работа в детском отделении; в) демонстрация куратором различных состояний у детей.
6.	Итоговый контроль знаний (письменно или устно)	60	Ситуационные задачи
7.	Задание к следующему занятию	3	Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме
Всего:		153 мин	

6. Аннотация (краткое содержание темы).

ПРИНЦИПЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

 С учетом всех указанных предпосылок, которым должна соответствовать здоровая жизнедеятельность человека, можно сформулировать принципы организации и содержания здорового образа жизни.

1. Принцип ответственности за свое здоровье: только разумное отношение к здоровью позволяет человеку на долгие годы сохранить бодрость, высокую работоспособность, социальную активность и достичь долголетия. И, разумеется, каждый человек должен понимать, что его здоровье — это спокойствие близких ему людей, жизнеспособность его будущих детей и сила страны. У больных людей рождаются больные дети. Страна хилых и больных людей — это страна без будущего. Больной человек — в той или иной степени обуза для родных и окружающих. А это означает, что здоровье человека отражает его степень ответственности перед своими родителями, детьми и перед Отечеством.

Итак, обеспечение здорового образа жизни возможно только при условии, что человек сам захочет быть здоровым. Показательно в этом отношении мнение Л.Н. Толстого, самого уделявшего много внимания здоровью: «Смешны требования людей курящих, пьющих, объедающихся, не работающих и превращающих ночь в день, о том, чтобы доктор сделал их здоровыми, несмотря на их нездоровый образ жизни». Но, как гласит второй закон термодинамики, система, предоставленная сама себе, движется в направлении от порядка к беспорядку. Поэтому для обеспечения здоровья необходимо, чтобы человек в своем поведении постоянно помнил: крепкое и надежное здоровье является главным условием воплощения в жизнь богатейших физических, психических, умственных возможностей, которые заложила в нас от рождения природа, а продолжительность жизни человека может достигать 120-150 лет! Чтобы быть здоровым или вернуть здоровье, требуются значительные собственные усилия, которые нельзя ничем заменить (например, таблетками). Человек столь совершенен, что вернуть к здоровью его можно практически из любого состояния; но с прогрессированием болезни и с возрастом это потребует все больших усилий. Как правило, человек прибегает к этим усилиям, если у него есть жизненно важная цель, мотивация, которые у каждого человека свои. Впрочем, набор таких жизненно важных целей не так уж и велик: социальный успех, любовь, семья, страх смерти и некоторые др. Для их достижения человек должен уметь подчинять свои прихоти обеспечению самого дорогого природного дара — здоровья — и помнить, что упущенное сейчас потом уже полностью наверстать не удастся. Только изо дня в день, поддерживая и укрепляя свое здоровье, отказываясь от вредящих здоровью соблазнов,

человек может сохранить до глубокой старости ощущение счастья и высокую работоспособность.

2. Принцип комплексности: нельзя сохранять здоровье по частям. Здоровье означает согласованное действие всех систем организма и личности, так что изменение в любом из них обязательно скажется на здоровье в целом. Поэтому не стоит пренебрегать ни одной из «частей» единого здоровья. Чтобы обеспечить их гармоничное взаимодействие, необходимо уделять внимание всему комплексу обстоятельств, формирующих образ жизни данного человека. При этом тренироваться должны практически все функциональные системы: сердечно-сосудистая, иммунитет, пищеварительная, опорно-двигательная, дыхательная и т.п. Воздействуя на любую из них, мы через так называемый «перекрестный эффект» добиваемся положительного (или отрицательного) воздействия на все остальные.

3. Принцип индивидуализации обусловлен той предпосылкой, что каждый человек уникален как с точки зрения биологической (генотипической), так и психологической и социальной. Поэтому у каждого из нас должна быть своя программа здорового образа жизни, в которой должны быть учтены соответствующие особенности.

Учет генотипических факторов предполагает внесение в программу здорового образа жизни корректив, связанных с типом телосложения, особенностями обмена веществ, преобладающим характером вегетативной регуляции, биоритмологическими показателями и т.п. Следовательно, построение здорового образа жизни должно соответствовать указанным обстоятельствам таким образом, чтобы соответствовать генетической специфике данного человека, а не противоречить ей.

Учет психологических факторов ориентирован на такие критерии, как тип темперамента, экстра- или интровертированность и пр. В таком случае уже в программе здорового образа жизни должны быть предусмотрены соответствующие особенности чередования бодрствования и сна, выбора профессии, друзей и будущего супруга (супруги), самопсихорегуляции и вообще всего того, что может этому человеку использовать свои сильные стороны и тренировать слабые.

Учет социальных факторов предполагает, что этот человек, являясь членом общества, принадлежит к данной социальной группе, которая предъявляет ему определенные требования, но, с другой стороны, и сам человек имеет определенные социальные притязания. В таком случае в программе здорового образа жизни должны найти место меры, оптимизирующие взаимоотношения человека с окружающими, помогающие предупредить нездоровые конфликты и вооружить его приемами выхода из конфликтов и пр.

Учет семейно-бытового статуса человека определяется тем обстоятельством, что данный человек имеет в своей семье определенные права и обязанности, обусловленные сложившимися здесь взаимными отношениями, традициями и обычаями, включающими режим дня и питания, воспитание детей, распределение обязанностей и т.д. Поэтому задачей рациональной жизнедеятельности должны быть, с одной стороны, максимально полное обеспечение функций человека в семье как ребенка, супруга и родителя, а с другой — создание в самой семье условий, позволяющих человеку поддерживать высокий уровень здоровья.

Учет уровня культуры человека предполагает, что организация его жизнедеятельности должна определяться его жизненными приоритетами, среди которых одно из основных — отношение к здоровью. В связи с этим особое значение приобретает воспитание культуры здоровья, здоровых потребностей и привитие навыков здорового образа жизни.

4. Принцип умеренности означает, что для тренировки функциональных систем должны использоваться умеренные нагрузки. Под «умеренными» имеются в виду такие, которые

вызывают среднюю степень утомления, последствия которого при правильной организации образа жизни не должны продолжаться более 24 — 36 часов. Меньшие нагрузки (психические, интеллектуальные, физические), как правило, не способствуют росту резервов организма, а более значительные могут привести к переутомлению. При этом следует учитывать, что нагрузка любой системы в той или иной степени вызывает соответствующие сдвиги и в других, поэтому плохой сон, посещение бани, плохое самочувствие и пр. уже должны учитываться в организации, например, физических нагрузок. Следовательно, об умеренности нагрузок следует говорить с точки зрения организма в целом, а не только наиболее нагружаемой системы.

5. Принцип рационального чередования нагрузки и отдыха. Как отмечал отечественный физиолог Н.Е. Введенский, «люди устают не потому, что работают много, а потому, что работают неправильно».

В живом мире жизнь поддерживается за счет согласования периодов активности и покоя. В полной мере это относится практически ко всем системам организма и к организму в целом. Периодическая смена этих состояний свойственна бодрствованию и сну, приему пищи, выполнению профессиональных обязанностей, отдыху и т.п. При этом важно таким образом строить образ жизни, чтобы последующий отдых в полной мере соответствовал характеру выполненной перед этим работы. Поэтому, например, после большого объема выполненной интеллектуальной работы должен следовать специально организованный физический труд (по эффекту «активного отдыха» он стимулирует более активное восстановление интеллектуального потенциала) или сон, после сытного обеда — физический покой. Такое разумное чередование позволяет организму рационально не только расходовать, но и восстанавливать свой потенциал. Забвение же этого принципа постепенно приводит к накоплению в организме последствий недовосстановления с развитием переутомления. У человека чаще всего оно проявляется в различных формах нарушений психической деятельности (неврозах).

6. Принцип рациональной организации жизнедеятельности. Так как принцип рационального чередования нагрузки и отдыха требует осознанного отношения человека к организации своего труда и отдыха, то, следовательно, надо научиться правильно работать и правильно отдыхать. Если же исходить из того, что под работой понимается любая приходящаяся на организм нагрузка, то отсюда следует, что каждый ее вид необходимо не только учитывать, но и планировать, тогда человек сможет в оптимальные для себя сроки и с соответствующей интенсивностью нагрузки выполнить все необходимые дела согласно их действительным приоритетам.

7. Принцип «сегодня и всю жизнь». Здоровье не дается человеку впрок, оно требует постоянных и упорных усилий. Примеры многих спортсменов показывают, что значительная часть из них после окончания активных занятий спортом, давших им высокий уровень функциональных резервов, довольно быстро становятся «обычными людьми», подверженными, как и все остальные, различным недугам. Известно, что достигнутые годами результаты в закаливании практически полностью исчезают уже через несколько месяцев после прекращения закалывающих процедур.

8. Принцип валеологического самообразования. Формирование здорового образа жизни имеет своей конечной целью совершенствование условий жизни и жизнедеятельности на основе валеологического обучения и воспитания, включающих изучение своего организма и своей личности, освоение гигиенических навыков, знание факторов риска и умение реализовать на практике весь комплекс средств и методов обеспечения здорового образа жизни. Осуществляя сознательную и целенаправленную заботу о своем здоровье, создавая среду обитания и деятельности, влияя на внешние условия, человек приобретает большую свободу и власть над собственной жизнью и обстоятельствами жизни, делая саму жизнь более плодотворной, здоровой и долголетней. Чтобы достичь этого, человек должен прежде всего стать носителем идеи

здоровья как основного жизненного приоритета эта проблема и является важнейшей задачей валеологического образования и самообразования. **Именно на этой базе валеологического образования формируется определенная организация самосознания человека, ориентированного на понимание роли и места различных средств, методов и форм здорового образа жизни и на умение применить их в своей жизнедеятельности. При этом важно, что в каждом случае валеологическое образование становится элементом валеологической культуры именно данного человека, и здесь неприемлемы подходы массовой медицины, для которых свойственны всеобщие, единые нормы и рекомендации.**

Таким образом, программа и организация здорового образа жизни для данного человека должны определяться следующими основными посылами:

- индивидуально-типологическими наследственными факторами;
- объективными социальными и общественно-экономическими условиями;
- конкретными обстоятельствами жизнедеятельности, в которых осуществляется семейно-бытовая и профессиональная деятельность;
- личностно-мотивационными факторами, определяемыми мировоззрением и культурой человека и степенью их ориентации на здоровье и здоровый образ жизни.

МОТИВАЦИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Приобщение человека к ЗОЖ следует начинать с формирования у него мотивации здоровья. Забота о здоровье, его укреплении должна стать ценностным мотивом, формирующим, регулирующим и контролирующим образ жизни человека. Образ жизни каждого человека определяет его представления о смысле жизни, отношение к окружающему миру, к себе, к своему здоровью. Доказано, что никакие пожелания, приказы, наказания не могут заставить человека вести здоровый образ жизни, охранять и укреплять собственное здоровье, если всем этим не управляет осознанная мотивация здоровья.

Мотивация здоровья формируется на базе двух важных принципов — **возрастного**, согласно которому воспитание мотивации здоровья необходимо начинать с раннего детства, и **деятельностного**, по которому мотив здоровья следует создавать через оздоровительную деятельность по отношению к себе, т.е. формировать новые качества путем упражнений. Опыт оздоровительной деятельности и упражнения в ней создают соответствующую мотивацию (целенаправленную потребность) и установку (готовность к деятельности) на здоровье подобно тому, как «аппетит приходит во время еды». На основе этой осознанной мотивации формируется собственный стиль здорового поведения. Стиль здоровой жизни определяется разными мотивами. Назовем главные из них:

Мотивация самосохранения: человек не совершает того или иного действия, зная, что оно угрожает его здоровью и жизни. Например, человек не будет прыгать с моста в реку, если он не умеет плавать, ибо заведомо знает, что утонет;

Мотивация подчинения этнокультурным требованиям: человек подчиняется этнокультурным требованиям потому, что хочет быть равноправным членом общества и жить в гармонии с его членами. В течение длительной социальной эволюции общество отбирало полезные привычки, вырабатывало систему защиты от неблагоприятных факторов. Все это передавалось в определенном этносе от поколения к поколению в виде табу или традиций. Неподчинение требованиям рассматривалось как вызов обществу и подвергалось наказаниям. Например, исходя из гигиенических, эстетических и этических требований человека с раннего детства приучают отправлять свои физиологические потребности в определенных закрытых местах, специально для этого оборудованных; нарушение этих норм чревато негативными последствиями;

Мотивация получения удовольствия от здоровья: эта простая гедоническая (наслажденческая) мотивация, ибо ощущение здоровья приносит радость. Чтобы испытать это чувство, человек стремится быть здоровым. Например, дети и подростки любят бегать, прыгать, танцевать, так как эти занятия улучшают кровообращение в организме,

повышают обмен веществ, вызывают положительные эмоции, повышают настроение. Все это способствует формированию мотивации, побуждающей к максимизации двигательной активности такого характера, а позже к формированию интереса к систематическим занятиям танцами или физической культурой. По мере взросления эти занятия перейдут в привычку, которая непременно будет доставлять удовольствие, поскольку результатом будет не только хорошее настроение, но и физическое совершенство. Важно не переусердствовать в этом;

Мотивация самосовершенствования: выражается в осознании того, что, будучи здоровым, можно подняться на более высокую ступень общественной лестницы. Эта мотивация весьма существенна для выпускников средних и высших учебных заведений, когда необходимо быть конкурентоспособным, чтобы добиться высокого уровня общественного признания. У здорового выпускника больше шансов на успех;

Мотивация маневрирования: она сводится к тому, что здоровый человек сможет по своему усмотрению изменять свою роль и свое местоположение в сообществе. Здоровый человек может менять профессии, перемещаться из одной климатической зоны в другую, он чувствует себя свободным независимо от внешних условий;

Мотивация сексуальной реализации формулируется так: «Здоровье дает мне возможность для сексуальной гармонии». Сексуальная потенция мужчины и женщины находится в прямой зависимости от здоровья. А молодому человеку архиважно быть сексуально привлекательным;

Мотивация достижения максимально возможной комфортности, сущность которой сводится к тому, что здорового человека не беспокоит физическое и психологическое неудобство.

Люди, у которых все мотивации одинаково значимы, встречаются крайне редко. Более того, непомерная озабоченность такого человека своим здоровьем дает повод задуматься: а не слишком ли он занят проблемами здорового образа жизни и не приобрела ли эта озабоченность болезненный характер?

В течение жизни человек испытывает разные мотивации. В юношеском возрасте ведущими являются мотивы сексуальной реализации, самосовершенствования, маневрирования. Если юноша или девушка курит, то для них не годится такой мотив, как угроза здоровью в будущем, ибо будущее для них — это завтра, ближайшее воскресенье, конец семестра, а удовольствие — сейчас и здесь. Не подходит для них и ссылка на этнокультурные требования, поскольку этот мотив для них незначим. Более того, нарушая его, молодые люди испытывают удовольствие, считая, что таким образом они самоутверждаются. В этом возрасте мотивация сексуальной реализации уже сформировалась и может сыграть положительную роль в профилактике злоупотребления алкоголем, наркотиками и табакокурением, если умело доказать его пагубное влияние на сексуальную потенцию у юношей и детородную функцию у девушек.

Наблюдения показывают, что для молодых людей иногда теряет значимость мотивация самосохранения. Здоровье и сила мешают им быть осторожными в опасных ситуациях. Они считают: «Это может случиться с кем угодно, только не со мной!». Именно слабое чувство ответственности за свое поведение служит основной причиной венерических заболеваний после случайных интимных контактов, причиной втягивания в наркоманию, пьянство, ведущее к алкоголизму. Молодым людям в возрасте 18-25 лет кажется, что ресурс их личного здоровья не ограничен. Но это ошибка. Постарайтесь уберечься от нее — призывают ученые.

Есть ли мотивы здорового образа жизни у студентов?

Исследования показали, что студенты, как и старшеклассники, понимают ЗОЖ, в основном, как следование хорошо известным положениям: «Больше двигаться!», «Беречь нервы!», «Закаляться!», «Не пить!», «Не курить!», «Не употреблять наркотики!» и т.д. Однако перечисленные положения не стали для многих руководством в поведении. Это связано с тем, что, во-первых, рекомендации по ЗОЖ насаждаются в назидательной,

категоричной форме и не вызывают у молодых людей положительных эмоций; во-вторых, сами взрослые редко придерживаются указанных правил в повседневной жизни; в-третьих, средства массовой информации в привлекательной форме рекламируют (культивируют) нездоровый образ жизни; курение сигарет и неумеренное употребление пива расцениваются как престижные атрибуты молодежной (и не только молодежной) субкультуры.

В связи с этим формирование мотивации ЗОЖ у школьников и студентов требует усилий. Поскольку эффект этих усилий проецируется на будущее и не каждый в состоянии решить эту задачу самостоятельно, необходима нацеленность системы воспитания и образования на формирование у учащихся культуры здоровья. Начинать надо с формирования установки на здоровый образ жизни.

УСТАНОВКА НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Самые энергичные усилия врачей и педагогов не могут гарантировать нам здоровья. Никто не может за нас сделать зарядку, вовремя расслабиться, отказаться от лишней рюмки и сигареты. Чтобы быть здоровым, надо захотеть стать им. Для этого следует вести здоровый образ жизни. Чтобы заставить себя вести здоровый образ жизни, необходимо создать установку на здоровый образ жизни.

Установка — это готовность человека к определенному действию или к определенному восприятию окружающей действительности. Установка — более высокая психологическая инстанция, чем мотивация, — формируется на основе мотивации и непосредственно корректируется системой ценностей, поэтому одни и те же мотивы у разных людей могут дать начало различным установкам, зависящим от системы ценностей индивида.

Побудить людей вести ЗОЖ — трудная, можно сказать, непосильная задача. Можно объяснить человеку необходимость каких-то действий, но очень трудно заставить его действовать. С этим постоянно сталкиваются в своей профессиональной деятельности и врачи, и наркологи, и педагоги. Согласно законам психологии, мы склонны повторять те виды поведения, которые приносят удовольствие, и избегаем поступков, влекущих за собой неприятности. К сожалению, последствия здорового или нездорового поведения часто считаются не связанными с ним. Более того, вредные для здоровья действия могут давать на короткое время довольно приятные ощущения. Выбор в пользу ЗОЖ требует высокого уровня понимания и заинтересованности. Как можно создать эту заинтересованность и готовность (установку) вести здоровый образ жизни?

В общем плане для установки любой формы поведения необходимы два момента: цель должна восприниматься как стоящая усилий и достижимая. Можно выделить по крайней мере четыре фактора, существенных для установки на здоровый образ жизни:

знание того, какие формы поведения способствуют нашему благополучию и почему;

желание быть хозяином своей жизни — вера в то, что здоровое поведение в действительности даст положительные результаты;

положительное отношение к жизни — взгляд на жизнь как на праздник, которым нужно наслаждаться;

развитое чувство самоуважения, осознание того, что ты достоин наслаждаться всем самым лучшим, что может предложить жизнь.

Создать установку (готовность) на ЗОЖ еще недостаточно. Главное — реализовать ее. Это одна из важнейших целей жизни человека (и, конечно, студента), ибо она определяет здоровое поведение на многие годы. Однако побудить себя вести здоровый образ жизни может оказаться сложной задачей, потому что вредные привычки глубоко укореняются и от них бывает трудно отказаться.

Справиться с этими трудностями поможет следование простым рекомендациям:

Ставьте перед собой конкретные, реальные цели. Прежде всего определите, чего именно в отношении вашего здоровья вы хотели бы добиться. Поставьте перед собой

реальную цель. Ее достижение придаст вам уверенность, необходимую в дальнейшем. Не стремитесь сразу решить какую-нибудь серьезную задачу. Если, например, вам нужно сбросить вес, постарайтесь сначала похудеть на 1 кг, чего добиться не слишком трудно. Когда у вас это получится, поставьте следующую цель — сбросить еще 3 кг и т.д. Как и во всех человеческих начинаниях, успех порождает успех.

Будьте готовы к тому, что достижение цели требует времени. Вы должны понимать, что достижение стоящей цели всегда сопряжено с определенными трудностями. Если на этом пути вы делаете два шага вперед и один назад, вы все же движетесь в нужном направлении. Но если этот вынужденный шаг излишне драматизировать, вряд ли вы достигнете своей цели. Лишь очень немногим удастся в жизни решить какую-то важную задачу, ни разу не отступая назад. Будьте оптимистами, помните, что совершенство — в принципе недостижимая цель.

Вознаграждайте себя. Один из важнейших законов психологии гласит, что закрепляется лишь тот вид поведения, за которым следует подкрепление. Конечно, крепкое здоровье — лучшая награда для человека за отказ от вредных привычек, но эта награда, как правило, слишком далеко отстоит во времени от хорошего поступка, чтобы служить ему подкреплением. То, что вы не заболели раком через 10 лет после того, как бросили курить, безусловно, замечательно, но это не тот вид вознаграждения, который может укрепить ваше намерение не курить. Делайте себе приятное, вознаграждайте себя за самые скромные успехи: за избавление от 2 кг лишнего веса, за неделю регулярных занятий физкультурой, за месяц без алкоголя. Наградой должно служить то, что доставляет вам удовольствие. Это может быть новый компакт-диск, книга, джемпер или что-то совсем другое, что вам действительно нравится. Для более крупных достижений на пути к здоровому образу жизни можно придумать и более существенную награду.

Сделайте готовность к здоровому образу жизни устойчивой. Все мы знаем людей, которые, стремясь укрепить здоровье, ненадолго меняли поведение, а затем возвращались к старым привычкам. Чтобы поддерживать в себе настрой на достижение благополучия в течение длительного времени, следует, во-первых, сконцентрироваться на ощущении хорошего настроения, т.е. чаще думать о том, насколько вы стали здоровее теперь, когда вы делаете зарядку, правильно питаетесь, не курите и т.д., во-вторых, использовать положительные примеры (подкрепление). Известно, что многие наши вредные привычки — результат влияния окружающих. Редко кто в одиночестве выпивает свою первую рюмку, выкуривает первую сигарету или впервые пробует наркотик. Почти всегда эти виды поведения спровоцированы поведением других. Поощрение и поддержка друзей, семьи могут обеспечить эффективное подкрепление желательного результата. Хорошо бы найти среди ваших однокашников, друзей, сослуживцев тех, кто тоже желает, например, бросить курить, похудеть или заниматься физкультурой. Совместными усилиями это делать легче, поскольку в группе вы поддерживаете друг друга.



7. Вопросы по теме занятия.

1. Принципы ЗОЖ.
2. Правила мотивации ЗОЖ у детей и подростков.
3. Санитарно-просветительная работа.
4. Организация работы Центра здоровья детей и подростков.

8. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

Инструкция к тестовым заданиям: Укажите один правильный ответ

1. ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА – ЭТО: 1) Комплекс мероприятий, направленных на предупреждение рождения или зачатия детей с наследственными заболеваниями 2) Комплекс мероприятий, направленных на предотвращение рождения или зачатия детей с наследственными заболеваниями 3) Фенотипическая коррекция дефекта 4) Диагностика болезни у эмбриона 5) Оценка риска развития заболевания у будущего ребенка
Эталон ответа:

2. ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ: 1) фенилкетонурии 2) врожденном гипотиреозе 3) хорее Гентингтона 4) альбинизме 5) целиакии Эталон ответа: 2
3. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НОРМАЛЬНОЙ МЕНСТРУАЦИИ 1) 1-3 дня 2) 3-7 дней 3) 4-9 дней 4) 2-8 дней 5) 28 дней Правильный ответ 2
4. Выявлять семейные и групповые факторы риска развития зависимости от психоактивных веществ Ответ: - алкоголизм либо наркомания отца или матери; - алкоголизм либо наркомания других родственников; - отсутствие эмоциональной привязанности и сплоченности между членами семьи, постоянная конфликтность взаимоотношений; - терпимое отношение родителей к употреблению психоактивных веществ детьми или к девиантному поведению; - хаотичный уклад жизни семьи без соблюдения ритуалов и традиций
5. ГЛАВНОЙ ЦЕЛЬЮ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ 1) Изучение - влияния социальных факторов на здоровье населения отдельного человека 2) Повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия 3) Снижение стоимости медицинской помощи, повышение доступности и качества лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия 4) Повышение доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия Правильный ответ 2

5. Возможно ли рождение в одной семье двух больных детей с фенилкетонурией? 1. да 2. нет 3. возможно, если среди дальних родственников имелись случаи фенилкетонурии 4. возможно, если один из родителей – болен, 5. вероятность 25% - высокий генетический риск. Правильный ответ 5

6. Вероятность рождения ребенка с муковисцидозом в семье, где оба родителя больны: 1. 0% 2. 25% 3. 50% 4. 100% Правильный ответ 4

7. Выбрать оптимальный метод контрацепции для девушки 18 лет, имеющей несколько половых партнеров. Ответ: оптимальным методом контрацепции с учетом наличия нескольких половых партнеров является барьерный (использование презерватива).

8. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ - ЭТО 1) отказ от курения 2) отказ от алкогольных напитков 3) гигиеническое поведение, направленное на укрепление здоровья, обеспечивающее высокий уровень трудоспособности и активного долголетия 4) соблюдение диеты и режима Ответ: 3

9. Выявить признаки алкогольного опьянения Ответ: характерны гиперемия лица, нистагм, шаткость походки, громкая и заплетающаяся речь. Настроение может быть как повышенным – до эйфорического, так и пониженным – до депрессивного. Снижена острота мышления, четкость восприятия.

10. ВНУТРИУТРОБНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЛОДА МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ 1) при сборе акушерского анамнеза 2) при эндокринологическом обследовании беременной 3) при рентгенологическом исследовании беременной 4) при амниоцентезе с биохимическим исследованием Ответ: 4

Эталоны ответов

1 – 3

2 – 3

3 – 2

4 – 3

5 – 2

6 – 1

7 – 4

8 – 3

9 – 1

10 – 2

9. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.

Задача №1

Расскажите о организации противоэпидемической работы детской поликлиники? Эталон ответа: Организация противоэпидемической работы Структура и вся организация работы детской поликлиники построена с учетом противоэпидемического режима. К его элементам относятся оказание помощи на дому остро заболевшим, выделение дней для профилактического приема, разделение по этажам кабинетов участковых врачей и врачей узких специальностей. В деятельности участковых

педиатров борьба с инфекционными заболеваниями, обеспечение эпидемического благополучия также занимает видное место. Этот вид деятельности участковых врачей осуществляется под руководством и контролем Центра Госсанэпиднадзора. Основные задачи этой работы: раннее выявление и госпитализация инфекционных больных, наблюдение за возможным очагом инфекционного заболевания, контактными лицами, реконвалесцентами и бактерионосителями. Огромную роль в снижении инфекционной заболеваемости сыграло внедрение средств активной иммунизации детского населения. Сроки профилактических прививок утверждаются Минздравом РФ, они едины на всей территории страны и могут быть изменены только с разрешения министра здравоохранения.

Задача №2

Задача 1. Пробанд болен гемофилией. Его брат, сестра и родители, являющиеся двоюродными сибсами, здоровы. Брат и сестра пробанда обратились к врачу по вопросу о прогнозе заболевания у потомства. При дифференциальной диагностике формы гемофилии установлена афибриногенемия (редко встречающаяся форма, обусловленная рецессивным аутосомным геном). Родословная подтвердила аутосомно-рецессивное наследование гемофилии в семье. Пенетрантность у гомозигот по рецессивному гену полная: 1) может ли здоровый брат пробанда передать своему ребенку ген гемофилии? 2) какой совет следует дать брату пробанда, если он желает вступить в брак с женщиной, которая не является его родственницей? 3) брат пробанда желает вступить в брак со своей двоюродной сестрой. Установите вероятность рождения больного ребенка, допустив, что рецессивный ген попал в родословную лишь через одного из общих предков; 4) здоровая сестра пробанда желает вступить в брак с мужчиной, который не является ее родственником. Какова вероятность рождения больного ребенка? 5) Какой совет следует дать сестре пробанда? Ответ: 1) здоровый брат пробанда может быть гетерозиготен (вероятность гетерозиготности, учитывая его фенотип — $2/3$ или 66,6%). Гетерозиготный отец может передать своему ребенку ген афибриногенемии, с вероятностью $1/2$ (50%). Общая вероятность передачи здоровым братом пробанда гена афибриногенемии своему ребенку равна $2/3 \times 1/2 = 1/3$ (33,3%); 2) при браке брата пробанда с женщиной, которая не является его родственницей, в связи с очень редким распространением гена в популяции, вероятность рождения больного ребенка мала. Врач может не возражать против такого брака; 3) при браке брата пробанда со своей двоюродной сестрой, при условиях, изложенных в данной задаче, вероятность рождения больного ребенка равна 4,2%; 4) для сестры пробанда, больного этой формой гемофилии, при вступлении в брак с мужчиной, который не является ее родственником, в связи с очень редким распространением гена афибриногенемии в популяции, крайне низка вероятность иметь больного ребенка. 5) Врач должен рассеять опасения сестры пробанда и не возражать против ее брака.

Задача №3

Пробанд — больной миопатией Дюшенна (атрофия скелетной мускулатуры) мальчик. По данным собранного у родителей анамнеза, сами родители и две сестры пробанда здоровы. По отцовской линии два дяди, тетка, дед и бабка пробанда — здоровы. Две двоюродные сестры от дяди и двоюродный брат от тетки пробанда — здоровы. По линии матери пробанда один из двух дядей (старший) болел миопатией. Второй дядя (здоровый) имел двух здоровых сыновей и здоровую дочь. Тетя пробанда имела больного сына. Дед и бабка — здоровы. Составьте родословную. Определите: 1) тип наследования; 2) вероятность рождения больного ребенка в семье, если пробанд женится на здоровой женщине, отец которой болен миопатией Дюшенна; 3) какие существуют методы пренатальной



диагностики этого заболевания? 4) какие рекомендации должен дать врач-генетик? 5) определите генотипы лиц родословной. Ответ: 1) тип наследования — сцепленный с полом рецессивный; 2) 50%; 3) амниоцентез с последующей биохимической диагностикой заболевания; 4) медицинские рекомендации — при подтверждении диагноза прерывание беременности. 5) все больные в семье гомозиготны (XhY), мать пробанда, тетя и бабка по линии матери гетерозиготны (XhXh), все здоровые мужчины в семье имеют генотип XHY;

Задача №4

На приеме у педиатра в центре здоровья семья с ребенком. Мама просит провести ребенку обследования (ЭКГ, Спирометрия, функциональные пробы).

Оценка функционального состояния дыхательной системы 2. Алгоритм оценки: Оценка функционального состояния внешнего дыхания проводится с помощью проведения дыхательных проб – проба Штанге (задержка дыхания на вдохе) и проба Генча (задержка дыхания на выдохе), а также на основании показателей жизненной емкости легких. Наклонность к головокружению является противопоказанием для проведения проб с задержкой дыхания. Проба Штанге (задержка дыхания на вдохе) Методика проведения: в положении сидя или стоя ребенок должен сделать три глубоких вдоха и выдоха через рот, а на высоте четвертого глубокого вдоха, с зажимом на носу и закрытым ртом, задержать дыхание и оставаться в таком состоянии максимально возможное время. Время задержки дыхания регистрируется секундомером. Величина показателя задержки дыхания на вдохе 6 лет – 16 сек 7 лет – 26 сек 8 лет – 32 сек 9 лет – 34 сек 10 лет – 37 сек. 11 лет – 39 сек 12 лет – 42 сек 13 лет – 49 сек Проба Генча (задержка дыхания на выдохе) Методика проведения: в положении сидя или стоя ребенок должен сделать три глубоких вдоха и выдоха через рот, а на высоте четвертого глубокого выдоха, с зажимом на носу и закрытым ртом, задержать дыхание и оставаться в таком состоянии максимально возможное время до появления неприятных ощущений. Время задержки дыхания регистрируется секундомером. Величина показателя задержки дыхания на выдохе: 7 лет – 10 сек 8 лет – 15 сек 9 лет – 16 сек 10 лет – 17 сек 11 лет – 17 сек 12 лет – 18 сек 13 лет – 20 сек 14 лет – 20 сек Дыхательные пробы рекомендуется повторить после небольшого отдыха в течение 3-5 минут три раза. Учитывается максимальное время задержки дыхания. Оздоровительный факт пребывания детей в условиях загородного оздоровительного учреждения проявляется в совершенствовании глубоких тканевых биохимических процессах – повышении устойчивости к гипоксии. Увеличение за время отдыха показателей задержки дыхания ребенком на 10% и более характеризуется как положительный сдвиг; снижение времени задержки дыхания на 10% характеризуется отрицательно и свидетельствует о снижении устойчивости организма к дефициту кислорода.

10. Перечень и стандарты практических умений.

I – профессионально ориентируется по данному вопросу.

II – может использовать приобретенные навыки под руководством специалиста.

III – может самостоятельно применять приобретенные навыки.

№ п/п	Практические навыки согласно образовательному стандарту специальности	Стандарт выполнения
1	Курация больных (сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, генеалогический, акушерско-биологический, социальный анамнез, факторы риска заболевания).	II
2	Оценка соматического статуса пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).	II
3	Составить отчет	II

11. Примерная тематика НИРС по теме

Научно-исследовательская работа студента осуществляется по выбору студента, исходя из предпочтений по разделам изучаемой дисциплины с учетом списка тем и списка рекомендованной литературы в методической разработке для внеаудиторной работы студента. При проведении НИР студент пользуется услугами библиотеки, internet-поиском, совершенствуя навыки тематического поиска и работы с компьютером. Студент должен проработать не менее 5 библиографических (или электронных) источников.

Темы НИРС:

- Мультимедийная презентация: «Периоды детского возраста»
- Составление схемы построения генеалогического дерева

12. Рекомендованная литература по теме занятия

Основная литература

№	Наименование, вид издания	Автор(-ы),	Место издания,
---	---------------------------	------------	----------------

п/п		составитель(-и), редактор(-ы)	издательство, год
1	2	3	4
1	Общий уход за детьми [Электронный ресурс] : учеб. пособие. - Режим доступа: http://studmedlib.ru/book/ISBN9785970413357.html	А. М. Запруднов, К. И. Григорьев	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2	Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник. - Режим доступа: http://studmedlib.ru/book/ISBN9785970416723.html	ред. А. С. Калмыкова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

Дополнительная литература

№ п/ п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год
1	Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика	А. А. Баранов, Ю. Е. Лапин	М. : б/и, 2009.
2	Инвалидность детского населения России. Вып. 7	А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, Д. И. Зелинская [и др.]	Москва : Центр развития межсекторальных программ, 2008.
3	Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка» [Электронный ресурс] : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов 3-4 курсов по специальности 060103 – Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=28963	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова, Л. И. Позднякова [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2011.
4	Новорожденный ребенок. Основы оценки состояния здоровья и рекомендации по профилактике и коррекции его нарушений : рук. для врачей	ред. Н. Л. Черная, В. В. Шилкин	СПб. : СпецЛит, 2009.
5	Организация диспансерного наблюдения детей и подростков на педиатрическом участке : учеб. пособие для студентов 6 курса по спец. 060103- Педиатрия	сост. В. Т. Манчук, Е. И. Прахин, И. Н. Чистякова [и др.] ; ред. М. Ю. Галактионова	Красноярск : КрасГМУ, 2010.
6	Организация диспансерного наблюдения за детьми первого года жизни [Электронный ресурс] : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов 6 курса, обучающихся по спец. 060103 - Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=29008	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова, Н. В. Матыскина	Красноярск : КрасГМУ, 2012.
7	Питание детей раннего возраста: в схемах и таблицах : учеб. пособие для самостоятельной работы студентов педиатр. фак.	М. Ю. Галактионова, Н. В. Назаренко	Красноярск : КрасГМУ, 2009.
8	Рахит (диагностика, лечение, профилактика) : учеб. пособие	М. Ю. Галактионова, Н. В. Назаренко, И. Н. Чистякова	Красноярск : Изд-во КрасГМА, 2008.
9	Руководство по практическим умениям педиатра : учеб. пособие	ред. В. О. Быков	Ростов н/Д : Феникс, 2010.
10	Современные медицинские технологии мониторинга состояния здоровья детей и подростков [Электронный ресурс] : учеб. пособие для курсантов последипломного обучения по спец. 060103 - Педиатрия. - Режим доступа: http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=28439	сост. М. Ю. Галактионова, Т. Е. Гаранушенко, И. Н. Чистякова [и др.]	Красноярск : КрасГМУ, 2011.
11	Специфическая иммунопрофилактика инфекционных заболеваний у детей и подростков: учебное пособие для самостоятельной работы студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103 – педиатрия [Электронный ресурс]. - Режим доступа:	М. Ю. Галактионова, И. Н. Чистякова	Красноярск : КрасГМУ, 2009.

	http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&cat=&res_id=1239		
12	Уход в педиатрии	П. Г. Кюль, Д. Зипманн, Х. Зоботтка [и др.] ; пер. с нем. Н. Ю. Голованова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
13	Уход за здоровым и больным ребенком : учеб. пособие	ред. В. В. Юрьев, Н. Н. Воронович	СПб. : СпецЛит, 2009.
14	Электронные ресурсы: 1. ЭБС КрасГМУ "Colibris"; 2. ЭБС Консультант студента; 3. ЭБС Университетская библиотека OnLine; 4. ЭНБ eLibrary		

Задача №1 У новорожденного ребенка при осмотре обращает на себя внимание повышенная возбудимость, повышенный тонус мышц. Сухожильные рефлексы резко оживлены, тремор рук, подбородка. Моча имеет специфический «мышинный» запах. 1. Определите предположительный диагноз. 2. Назначьте необходимое обследование. 3. Подлежит ли пациент диспансерному наблюдению? 4. Возможно ли избежать у этого пациента развития умственной отсталости? 5. Каковы лечебные мероприятия? Эталон ответа к задаче №1 1. Фенилкетонурия. 2. Необходимо провести пробу Феллинга, определение концентрации фенилаланина в сыворотке. 3. Подлежит в связи с вероятностью развития умственной отсталости. 4. Возможно. 5. Назначение диеты, не содержащей фенилаланина.

Задача № 1: В медико-генетическую консультацию по направлению районного эндокринолога обратилась семья для уточнения диагноза у мальчика 8 месяцев, который с возраста 1 месяц состоит на диспансерном учёте с диагнозом: врождённый гипотиреоз. Из анамнеза: ребёнок от 3, нормально протекавшей беременности (1-ая беременность – здоровый сын 9 лет; 2-ая – медицинский аборт), отмечалось слабое шевеление. Роды в срок, самопроизвольные. При рождении: масса – 2950 г, длина 49 см, окружность головы – 35 см. Выписан из род. дома на 6-ые сутки с диагнозом: перинатальная энцефалопатия, подозрение на врождённый порок сердца. С рождения отмечалась мышечная гипотония, ребёнок наблюдался и получал лечение у невролога. С возраста 2-х недель обратили внимание на сухость кожи. В возрасте 1 мес районный эндокринолог назначил лечение по поводу врождённого гипотиреоза. Наблюдается в Кардиологическом центре с диагнозом: открытое овальное окно, в операции не нуждается. Развитие: голову держит хорошо с 4-х месяцев, переворачивается на живот и на спину с 6 месяцев, сидит с поддержкой, зубов нет, улыбается, играет с погремушкой, знает родителей. От профилактических прививок отвод (на учёте у невролога, эндокринолога, кардиолога). Объективно: правильного телосложения, повышенного питания, кожные покровы сухие, проявление диатеза на щеках, монголоидный разрез глаз, эпикант, плоская переносица, макроглоссия, скошенный затылок, короткая шея, брахидактилия, поперечная двусторонняя ладонная складка, сандалевидная щель на стопах, мышечная гипотония. Семейный анамнез: матери 37 лет, здорова; отцу 42 года, здоров; старший брат, 9 лет, учится в 4 классе общеобразовательной школы, состоит на диспансерном учёте у дерматолога с диагнозом атопический дерматит. В родословной не отмечены случаи врождённого гипотиреоза, задержки темпов развития, врождённого порока сердца или мышечной гипотонии у родственников по материнской или отцовской линиям. Вопросы: 1. Предположительный диагноз. 2. Нужно ли лабораторное подтверждение диагноза и почему? 3. Есть ли необходимость обследовать других членов семьи и почему? 4. Какова форма записи такого диагноза в типичных случаях. 5. Меры профилактики данной патологии. Эталон ответа к задаче № 1 1. Синдром Дауна. 2. Необходимо обязательное цитогенетическое подтверждение, так как патогномичных фенотипических признаков синдрома Дауна не существует. 3. В

случае простой трисомной формы синдрома Дауна, цитогенетическое обследование здоровых родственников не показано, так как изменения являются случайными и формируются в процессе созревания половых клеток. 4. 47, XY, 21+. 5. Профилактикой синдрома Дауна можно считать установку на деторождение в молодом возрасте.