

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
«АРЗАМАССКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**Комплект
контрольно-оценочных средств
по дисциплине
ОП.01 Здоровый человек и его окружение**

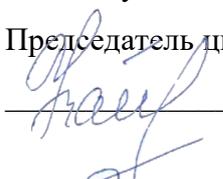
основной профессиональной образовательной программы
по специальности 31.02.01 «Лечебное дело» углубленной подготовки

2022г.

РАССМОТРЕНО

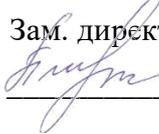
на заседании цикловой методической
комиссии специальных дисциплин
«30» августа 2022 г.

Председатель цикловой комиссии


_____ М.Д. Учайкина

УТВЕРЖДЕНО

на заседании методического
«30» августа 2022 г..

Зам. директор Г. УМР

_____ Н.В. Пчелина



Разработчики:

ГБПОУ НО АМК

ГБПОУ НО АМК

ГБПОУ НО АМК

(место работы)

Преподаватель

Преподаватель

Преподаватель

(занимаемая должность)

А.В. Савельева

М.Д. Учайкина

О.В. Князева

(инициалы, фамилия)

СОДЕРЖАНИЕ

	стр.
1. Паспорт контрольно-оценочных средств	4
2. Комплект материалов для оценки сформированности общих и профессиональных компетенций	8
3. Эталон ответов на задания	26
4. Критерии оценки	128
5. Перечень вопросов для подготовки	129
6. Рекомендуемая литература	132

Общие положения

Результатом освоения дисциплины ОП.01 Здоровый человек и его окружение является готовность обучающегося к выполнению вида профессиональной деятельности Фельдшер и составляющих его профессиональных и общих компетенций.

Профессиональные и общие компетенции	Показатели оценки результата
1	2
ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.	<ul style="list-style-type: none">- степень изучения и формат представления информации- сформированность образа специалиста- выявление познавательного отношения к профессии- проецирование жизненной биографии на профессиональную карьеру
ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.	<ul style="list-style-type: none">- обоснованность содержания этапов планирования- соответствие рабочего места установленным нормативам и требованиям- аргументированность выбора типовых методов и способов выполнения профессиональных задач- соотносимость показателей результата с эталонами (стандартами, образцами, алгоритмами, условиями, требованиями или ожидаемым результатом)
ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.	<ul style="list-style-type: none">- четкое понимание (формулирование) вероятных последствий принятого решения для себя и окружающих- обоснованность выбора вариантов решения, в том числе в ситуации, не изучавшейся в процессе обучения- готовность к достижению поставленных целей выбранным путем с учетом осознаваемых последствий
ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.	<ul style="list-style-type: none">- полнота охвата информационных источников, скорость нахождения и достоверность информации- обоснованность выбора информационных источников для определения способа достижения цели- достижение цели с минимальными ресурсозатратами и максимальным качеством- обновляемость и пополняемость знаний, влияющих на результаты производственной деятельности
ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.	<ul style="list-style-type: none">- обоснованность выбора информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) с учетом профессиональной специфики- самостоятельность и осознанность применения ИКТ в учебной и практической деятельности- уменьшение материальных затрат, количества времени, затраченного на достижение цели и допущенных ошибок- повышение точности и безопасности выполнения профессиональных задач
ОК 6. Работать в коллективе и	<ul style="list-style-type: none">- ответственность своей ответственности за результат

<p>команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.</p>	<p>коллективной, командной деятельности</p> <ul style="list-style-type: none"> - стремление к сотрудничеству, использованию опыта коллег - лояльность и профессиональная надежность в работе и общении - направленность профессиональных действий и общения на командный результат, интересы других людей - положительная характеристика со стороны коллег
<p>ОК 7. Брать ответственность за работу членов команды (подчинённых), за результат выполнения заданий.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - проявление ответственности за работу членов команды - проявление ответственности за конечный результат выполняемой работы
<p>ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - осознанность недостатка знаний - обоснованность выбора путей и способов достижения запланированного результата - адекватность самооценки - консультирование у наиболее компетентных коллег - направленность познавательных усилий в сторону запланированных достижений - соотносимость запланированного и достигнутого результатов - удовлетворенность результатами труда
<p>ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - сформированность знаний о запросах потребительского рынка - обоснованный выбор технологии для внедрения в производственный процесс - рациональность использования и привлечения ресурсов - инициативность и мобильность в профессиональном обучении (повышение квалификации, профессиональная переподготовка) - эффективность результатов внедрения технологий
<p>ОК 10 Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - готовность бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям - готовность уважать социальные, культурные и религиозные различия
<p>ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - готовность брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе - готовность брать на себя ответственность по отношению к человеку и обществу
<p>ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - инициативность и мобильность в профессиональной деятельности (повышение квалификации, профессиональная переподготовка) - эффективность результатов внедрения требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.
<p>ОК 13. Вести здоровый образ жизни, занимать физической культурой и спортом для укрепления здоровья,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - приверженность здорового образа жизни - участие в спортивных и физкультурных мероприятиях

достижения жизненных и профессиональных ценностей.	
ПК 1.1 Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.	Знания основных закономерностей и правил оценки физического, нервно- психического и социального развития показателей оценки
ПК 5.1 Осуществлять медицинскую реабилитацию пациентов с различной патологией.	Знания основных факторов риска развития болезней в разные возрастные периоды , а также основные принципы медицинской реабилитации
ПК 5.2 Проводить психосоциальную реабилитацию.	Знания о психосоциальной реабилитации, знания принципа составления плана беседы,
ПК 5.3 Осуществлять паллиативную помощь.	Знания основных принципов паллиативной медицины, знания о работе хосписов
ПК 5.6 Оформлять медицинскую документацию.	Знания правила оформления мед.документации (диспансерная книжка, амбулаторная карта больного, направление на госпитализацию).
ПК 4.6 Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья различных возрастных групп населения.	Знания основных потребности человека в разные возрастные периоды; знания о правильном составлении плана бесед по здоровому образу жизни, о вреде вредных привычек и вреде аборта.
ПК 4.3 Проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения.	Знания по обучению населения особенностям сохранения и укрепления здоровья в разные возрастные периоды и вопросам планирования семьи.

1.2. В результате изучения дисциплины ОП.01 Здоровый человек и его окружение обучающийся должен знать:

- содержание понятий "здоровье", качество жизни", "факторы риска болезни"
- основные факторы риска развития болезней в разные возрастные периоды;
- периоды жизнедеятельности человека;
- анатомо-физиологические и психологические особенности человека;
- основные закономерности и правила оценки физического, нервно психического и социального развития;
- универсальные потребности человека в разные возрастные периоды;
- значение семьи в жизни человека.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен уметь:

- оценивать параметры физиологического развития человека в разные возрастные периоды;
- выявлять проблемы человека в разные возрастные периоды, связанные с дефицитом знаний умений и навыков в области укрепления здоровья;
- обучать население особенностям сохранения и укрепления здоровья в разные возрастные периоды и вопросам планирования семьи.

2. Оценка освоения теоретического и практического курса дисциплины.

2.1. Общие положения

Основной целью оценки теоретического и практического курса дисциплины является оценка умений и знаний.

Итоговый контроль освоения дисциплины ОП.01 Здоровый человек и его окружение осуществляется на экзамене. Условием допуска к экзамену является положительная аттестация по результатам успеваемости на теоретических и практических занятиях.

Экзамен проводится по билетам, в которых предусмотрены теоретические задания. Условием положительной аттестации на экзамене является положительная оценка за задание, которые показывают освоение общих и профессиональных компетенций по всем контролируемым показателям.

2. Комплект материалов для оценки сформированности общих и профессиональных компетенций по дисциплине ОП.01 Здоровый человек и его окружение.

2.1. Комплект материалов для оценки сформированности общих и профессиональных компетенций по дисциплине ОП.01 Здоровый человек и его окружение

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 1

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 4.3, ПК 4.6

Теоретическое задание

1. Понятие здоровье. Возрастная периодизация жизни.
2. Анатомия и физиология наружных половых органов мужчины. Понятие эрекция.
3. Геронтология как наука.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 2

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Дородовый патронаж.
2. Анатомия и физиология внутренних половых органов мужчины. Понятие и механизм эякуляция.
3. Классификация возрастных групп. Геронтологический возраст.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ »
---	--	--

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 3

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Первый патронаж к новорожденному.
2. Строение и функции яичек. Мужские половые гормоны.
3. Календарный и биологический возраст.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ »
---	--	--

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 4

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.6.

Теоретическое задание

1. Понятие здоровый доношенный ребенок. Внешние признаки доношенности.
2. Анатомия и физиология наружных половых органов женщины.
3. Старение и старость (определение).

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	--

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 5

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.6.

Теоретическое задание

1. Безусловные рефлексы новорожденных.
2. Анатомия и физиология матки, маточный цикл.
3. Теории старения.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	--

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 6

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Понятие недоношенный новорожденный. Внешние признаки недоношенности.
2. Анатомия и физиология влагалища. Степени чистоты влагалища.
3. АФО пожилого и старческого возраста.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
Специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 7

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. АФО органов мочевого выделения детей различного возраста.
2. Анатомия и физиология яичников. Женские половые гормоны яичниковый цикл.
3. Психология старения.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 8

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. АФО сердечно-сосудистой системы детей различного возраста.
2. Менструальный цикл, регуляция и гигиена.
3. Причины старения.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 9

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. АФО костно-мышечной системы новорожденных детей.
2. Программа «Планирование семьи», основные направления работы.
3. Причины долголетия.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 10

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. АФО органов дыхания детей различного возраста.
2. Контрацепция, медицинские показания, требования.
3. Питание пожилых людей.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 11

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. АФО органов пищеварения детей различного возраста.
2. Естественные методы контрацепции, преимущества и недостатки.
3. Режим дня и методы закаливания пожилых людей.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 12

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. АФО органов кожи и подкожно-жировой клетчатки детей различного возраста
2. Гормональный метод контрацепции.
3. Гигиена и сон пожилых людей.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 13

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Понятие недоношенный новорожденный. Причины невынашивания беременности.
2. Химический метод контрацепции.
3. Движение – это жизнь.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 14

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Понятие недоношенный новорожденный. Признаки незрелости.
2. Внутриматочный метод контрацепции.
3. Здоровый образ жизни пожилого человека

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	---	--

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 15

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.1, ПК 5.2, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Понятие недоношенный новорожденный. АФО недоношенных детей.
2. Барьерные методы контрацепции, преимущества и недостатки.
3. Социальная защита пожилых и престарелых.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	---	--

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 16

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Организация медицинской помощи и ухода за недоношенными детьми.
2. Классификация аборта.
3. Принципы фармакотерапии для пожилых людей.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 17

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.1, ПК 5.2, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Преимущества грудного молока.
2. Выкидыш, стадии выкидыша.
3. Общие принципы лечения и реабилитации.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 18

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.1, ПК 5.2, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Понятие искусственное вскармливание. Противопоказания к кормлению грудью.
2. Оплодотворение, миграция и имплантация оплодотворенной яйцеклетки.
3. Медицинская реабилитация.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 19

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.1, ПК 5.2, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Понятие гипогалактия. Виды гипогалактии.
2. Физиологическая беременность, внутриутробное развитие плода.
3. Психологическая реабилитация.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 20

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.1, ПК 5.2, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Понятие естественное вскармливание. Техника грудного кормления.
2. Развитие зародыша.
3. Социальная реабилитация.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ »
---	---	--

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 21

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.1, ПК 5.2, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Понятие прикорм. Цели и правила введения прикормов.
2. Физиологическая беременность, изменения в организме беременной женщины.
3. Трудовая, профессиональная реабилитация.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ »
---	---	--

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 22

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.1, ПК 5.2, ПК 5.3, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Понятие докорм. Правила введения докорма.
2. Физиологическая беременность, диагностика беременности.
3. Хосписы, их значение.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ »
---	---	--

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 23

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.1, ПК 5.3, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Понятие смешанное вскармливание. Клинические признаки недокорма.
2. Физиологическая беременность, определение срока беременности и даты предстоящих родов.
3. Понятие «эвтаназия».

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ »
---	---	--

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 24

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.1, ПК 5.2, ПК 5.3, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Понятие искусственное вскармливание. Клинические признаки перекорма.
2. Основные проблемы беременных, их решение.
3. Понятие «смерть» (естественная, преждевременная, насильственная).

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 25

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.1, ПК 5.2, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Понятие адаптированные молочные смеси. Правила искусственного вскармливания.
2. Физиологические роды. Предвестники родов.
3. Клиническая и биологическая смерть.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 26

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.6, ПК 5.1, ПК 5.2, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Характеристика периода раннего детства.
2. Физиологические роды, 1-ый период, особенности течения, ведение этого периода.
3. Психология старения.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ »
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 27

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.6, ПК 5.1, ПК 5.2, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Характеристика дошкольного периода.
2. Физиологические роды, 2-ой период, особенности течения, ведение этого периода.
3. Причины долголетия.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ »
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 28

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Подготовка детей к школьному обучению.
2. Физиологические роды, 3-ий период, особенности течения, ведение этого периода.
3. Гигиена и сон пожилых людей.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета «_____» _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. «_____» _____
---	---	--

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 29

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.1, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Характеристика младшего школьного возраста.
2. Ранний послеродовой период.
3. Социальная защита пожилых и престарелых.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета «_____» _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. «_____» _____
---	---	--

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 30

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.1, ПК 5.2, ПК 5.3, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Характеристика старшего школьного возраста.
2. Поздний послеродовой период.
3. Принципы фармакотерапии для пожилых людей.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 31

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Подготовка детей к поступлению в детское дошкольное учреждение.
2. Послеродовой период, физиологические изменения в организме женщины.
3. Календарный и биологический возраст.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 32

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Характеристика периода младенчества.
2. Климактерический период женщин, стадии.
3. Понятие «эвтаназия».

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	--

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 33

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Понятие здоровый доношенный новорожденный. Внешние признаки доношенности.
2. Естественный климакс.
3. Геронтология как наука.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	--

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 34

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Понятие недоношенный новорожденный. Признаки незрелости.
2. Патологический климакс.
3. Причины старения.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

Промежуточная аттестация
ОП.01 «Здоровый человек и его окружение»
специальность 31.02.01 «Лечебное дело»

ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»	Рассмотрен и одобрен на заседании методического совета « ____ » _____ г.	УТВЕРЖДАЮ Зам. директора по УР _____ Малышева Е.А. « ____ » _____
---	--	---

ЗАДАНИЕ ДЛЯ ЭКЗАМЕНУЮЩИХСЯ № 35

Проверяемые результаты обучения: ОК 1, ОК 4, ПК 1.1, ПК 4.3, ПК 4.6, ПК 5.6.

Теоретическое задание

1. Понятие прикорм. Цели и правила введения прикормов.
2. Переходный период у мужчин.
3. Социальная защита пожилых и престарелых.

Инструкция

1. Внимательно прочитайте задание.
2. Максимальное время выполнения задания 14 мин.

2.2. Эталоны ответов на теоретические задания

Эталон ответа к билету № 1

1. Слово «здоровье», пожалуй, самое частое в повседневном общении людей. Даже приветствия при встречах и расставаниях мы связываем с этим словом: «здравствуйте», «будьте здоровы» и т. д.

Что же такое «здоровье»? Казалось бы, самый простой ответ должен гласить, что здоровье-это отсутствие болезней. Действительно, отсутствие болезней – очевидный признак здоровья. Но такого понимания «здоровья», распространённого в быту, недостаточно. Не случайно до сих пор не прекращаются дискуссии специалистов, пытающихся дать определение понятию «здоровье». Известно более десятка определений термина «здоровье», тогда как его антипода — болезни свыше 200 определений. Этот факт свидетельствует о том, что понятию «здоровье» уделяется недостаточное внимание.

Имеющиеся в литературе подходы к определению понятия «здоровье» можно классифицировать следующим образом:

Здоровье – это отсутствие болезней,

Здоровье и норма – понятия тождественные,

Здоровье как единство морфологических, психоэмоциональных и социально-экономических констант. Общее для этих определений состоит в том, что здоровье понимается как нечто противоположное, отличное от болезни, как синоним нормы

Именно так определяет здоровье ВОЗ: **«Здоровье — состояние полного физического, духовного (психического) и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».**

Это наиболее распространенное определение здоровья. Оно содержит 3 важных компонента: физический, психический и социальный. Это означает, что наличие только одного из названных компонентов не является здоровьем. В других определениях здоровье рассматривается с позиций адаптации, биологических ритмов, взаимосвязи организма человека с окружающей средой. Некоторые авторы и ВОЗ предлагают

дополнить еще и достаточную продолжительность жизни, продуктивную в социальном и экономическом смысле жизнь.

Уровни здоровья и их критерии

Различают три уровня здоровья:

1. индивидуальное здоровье - здоровье отдельного человека,
2. групповое здоровье — здоровье нескольких людей, объединённых в группы по каким-либо признакам, например, по профессии, полу, возрасту и т. д.,
3. здоровье населения (общественное здоровье, здоровье популяции, здоровье нации).

Каждый уровень здоровья требует своих подходов, своего осмысления. Индивидуальное здоровье мы оцениваем по субъективному самочувствию, физическому развитию, объективным критериям, отражающим деятельность тех или иных органов и систем. Однако, когда мы рассматриваем групповое и общественное здоровье, мы абстрагируемся от отдельного, конкретного человека и для оценки здоровья используем статистические показатели.

К ним относятся:

- Рождаемость и другие демографические показатели
- Физическое развитие
- Заболеваемость
- Травматизм
- Инвалидность
- Смертность
- Индекс здоровья
- Потенциал здоровья
- Процент лиц, ведущих здоровый образ жизни
- Средняя продолжительность жизни
- Качество жизни.

Возрастная периодизация жизни

Поскольку индивидуальное развитие человека, как и всякого другого организма, есть онтогенез с заложенной в нем филогенетической программой, его периодизация неизбежно покоится на выделении ряда универсальных возрастных процессов (рост, созревание, развитие, старение), в результате которых формируются соответствующие индивидуальные возрастные свойства (различия). То и другое обобщается в понятии возрастных стадий (фаз, этапов, периодов), или стадий развития (детство, переходный возраст, зрелость, старость и др.), известных с древности.

1. Антенатальный период (внутриутробный) - 280 дней.

2. Неонатальный период (период новорожденности) 0 - 28 дней:

- ранний неонатальный 0 -7 дней

- поздний неонатальный 8 - 28 дней.

3. Грудной период 29 дней - 1 год.

4. Период «молочных зубов» 1 год - 7 лет;

- раннее детство (преддошкольный) 1 год- 3 года

- первое детство (дошкольный) 3 - 7 лет.

5. Второе детство (младший школьный) 7 - 12 лет - препубертатный с 10 лет.

6. Подростковый (старший школьный) –пубертатный 12 - 16 лет.

7. Юность 16 - 21 год.

8. Зрелый возраст:

- 1-ый период 21 год - 35 лет,

- 2-ой период 35 - 60 лет.

9. Пожилой возраст 60 - 74 года.

10. Старость 74 - 90 лет.

11. Долгожители более 90 лет.

2. У мужчин половые органы состоят из пениса и мошонки, которые расположены снаружи, предстательной железы, семенных пузырьков и различных протоков половых путей, которые находятся внутри брюшной полости. Мужские половые органы предназначены для выработки спермы и доставки ее в женские половые органы.

Пенис состоит из центрального канала - уретры, - по которому проходит моча, когда человек опорожняет мочевой пузырь, или сперма во время полового сношения. Мочеиспускательный канал соединяет мочевой пузырь, где скапливается моча, и отверстие на кончике пениса. Сперма поступает в мочеиспускательный канал во время полового акта через пару трубочек - семявыносящие протоки, - которые вливаются в мочеиспускательный канал почти сразу же, как только он выходит из мочевого пузыря. Плотное кольцо мышц на выходе мочеиспускательного канала из мочевого пузыря держит проход закрытым, в результате чего моча появляется только тогда, когда нужно.

Пенис обычно висит перед мошонкой - морщинистым мешочком, в котором находятся яички, - в расслабленном, или вялом, состоянии. Его длина колеблется от 6 до 12 см (2 ½-5 дюймов). Во время сексуального возбуждения он становится твердым и прямым, направленным обычно слегка вверх. В таком состоянии он достигает 10-20 см (4-8 дюймов) в длину. Кончик пениса - головка, или «шлем», - наиболее чувствительное место. **Углубление** за головкой называется венечной бороздкой, далее идет тело, или стержень, а место, где он соединяется с нижним отделом брюшной полости, называется корнем.

Эрекция

Самая большая часть пениса состоит из трех групп тканей, которые отвечают за эрекцию. Эти участки снабжены разветвленной сетью кровеносных сосудов, и когда мужчина сексуально возбужден, сюда приливает и удерживается огромное количество крови. Наполнение кровью делает пенис длиннее, толще и тверже; он также поднимается, так как повышается внутреннее давление. После семяизвержения и спада сексуального возбуждения ток крови уменьшается до нормального уровня, и пенис возвращается в свое вялое состояние.

Крайняя плоть и головка.

Чувствительная, нежная головка защищена свободной складкой кожи - крайней плотью, или препуциумом. С увеличением пениса во время эрекции крайняя плоть оттягивается назад, оставляя головку открытой для воздействия, что в конце концов ведет к оргазму. Кожа по головке и крайней плоти выделяет салное вещество, называемое смегмой, которое служит смазкой, облегчая движение крайней плоти по головке. Очень важно регулярно ее смыкать: у некоторых мужчин смегма скапливается, образуя зловонную клейкую массу, которая может вызвать болезненное ощущение или воспаление крайней плоти - баланит. Повторяющийся или постоянный баланит является иногда медицинским основанием для обрезания, которое обычно делается по религиозным соображениям.

3. Общеизвестные демографические и социальные изменения, происшедшие в большинстве стран мира в первой половине XX столетия, явились непосредственными причинами стремительного развития геронтологии - науки о старении и старости. При этом очень скоро выявилась особая значимость социальной проблематики геронтологии. Уже к концу 50-х гг. в странах Западной Европы, США, Канаде, Японии и ряде других стран оформилась специальная область науки - социальная геронтология.

Распад советской государственной системы, экономические реформы в России в очень короткий промежуток времени превратили людей пожилого и старческого возраста в нищих, маргинальных членов общества. В 90-х гг. Российская Федерация столкнулась с экономическими и социальными проблемами своих старых граждан, которые были актуальны для экономически развитых стран почти 40 лет тому назад.

Старость - самый тяжелый период жизни человека, а демографическое постарение требует от общества все больших затрат финансовых и других материальных ресурсов на обслуживание этой возрастной категории населения. Общество вынуждено взять на себя решение всех проблем, связанных с комплексом защиты и социального обеспечения пожилых и старых людей. Социальная политика по отношению к этой возрастной категории населения отражает сущность любого общества и государства независимо от политического строя.

Геронтология – это наука, изучающая закономерности старения живых организмов (высших животных и человека), а также отдельные его аспекты: биологические, медицинские, психологические, социальные и экономические.

Геронтология подразделяется на фундаментальную геронтологию, социальную геронтологию и гериатрию. Сегодня можно выделить несколько важнейших стратегических направлений развития геронтологии:

1. Разработка подходов к лечению болезней, встречающихся преимущественно в пожилом возрасте.
2. Обеспечение максимально возможной продолжительности жизни индивида.
3. Организация медицинской помощи пожилым.
4. Социальная защита пожилых.
5. Проблемы пенсионного обеспечения.

Геронтология имеет три основных раздела.

Биология старения – раздел геронтологии, объединяющий изучение процесса старения живых организмов (высших животных и человека) на разных уровнях из организации: субклеточном, клеточном, тканевом, органном и системном. Биология старения изучает механизмы нормального старения животных и человека, причины развития патологических процессов, свойственных стареющему организму.

Гериатрия – это составная часть геронтологии, включающая в себя медицинские аспекты старения, это учение о болезнях людей пожилого и старческого возраста.

Социальная геронтология – изучает влияние условий жизни на процессы старения и стареющего человека и разрабатывает мероприятия, направленные на устранение отрицательного воздействия факторов окружающей среды в целях максимального продления активной и полноценной жизни человека.

Важнейший и наиболее трудный вопрос во всех чисто геронтологических исследованиях - определение изменений, вызванных возрастом или старением как таковыми, т. е. изменений, являющихся всеобщими и связанными исключительно со старением, а не с социальными или культурными факторами, действие которых может отличаться в разных популяциях. Растущее признание в геронтологии получает попытки

сконцентрировать внимание на вопросе изменений, вызванных возрастом или старением и исследовать эффективность отличающихся в разных культурах принципов и методов борьбы со старением.

Эталон ответа на билет № 2

1. Дородовый патронаж

Это комплекс лечебных и профилактических мероприятий, направленный на снижения заболеваний между матерью и плодом.

При наступлении беременности женщина встает на учет в женскую консультацию, где за течением беременности постоянно наблюдает врач. Участковая медсестра осуществляет к беременной дородовый патронаж, чтобы научить будущую мать правильно подготовить детскую комнату, одежду, предметы ухода. Очень важно обратить внимание женщины на подготовку молочных желез к лактации, профилактику гипогалактии (малое количество грудного молока). Оценивается семейная обстановка с целью установления возможного риска для здоровья ребенка.

Дородовый патронаж проводят два раза: после постановки беременной на учет в женскую консультацию, а затем перед родами.

После рождения ребенка, родильным домом передаются сведения о родах в детскую поликлинику по месту жительства.

2. Семявыводящие пути (семяпроводы) - протоки, по которым сперма выводится из яичек. Они являются продолжением канала придатка яичка, проходят через паховый канал, затем, соединяясь между собой, образуют единый семявыбрасывающий проток, который проходит через предстательную железу и открывается отверстием в задней части мочеиспускательного канала. Продвижение спермы по семявыводящим путям осуществляется их волнообразным сокращением, в момент оргазма сперма через общий семявыбрасывающий проток попадает в уретру, а из неё наружу или во влагалище.

Семенной канатик - парный анатомический орган, идущий от придатка яичка до места слияния с протоком семенного пузырька. Основные его функции кровоснабжение яичка и выведение семени от придатка яичка до семявыводящего протока.

Семенные пузырьки - парные железистые образования, вырабатывающие секрет, входящий в состав спермы. Его содержимое состоит из вязкой белковой жидкости с большим содержанием фруктозы, являющейся источником энергии для сперматозоидов и придаёт им большую сопротивляемость.

Яички имеют овальную форму. К заднему краю каждого из них прикрепляется структура поменьше, в форме длинной запятой, называемая придатком яичка. Придаток яичка состоит из сети микроскопических трубочек, по которым поступают сперматозоиды из яичка. Эти трубочки соединяются и образуют одну трубочку-семявыносящий проток. Он несет сперматозоиды к основанию мочевого пузыря. Сеть этих канальцев, за исключением семявыносящего протока, микроскопическая по размеру.

Каждое яичко держится в мошонке на семенном канатике, который состоит из семявыносящего протока, яичковой артерии и яичковой вены. Эти три составляющих окружены мышечной оболочкой, которая называется мышцей, подвешивающей яичко. Таким образом, семенной канатик служит двум целям: во-первых, обеспечивает кровоснабжение яичка; во-вторых, выводит образовавшиеся сперматозоиды из яичка.

Предстательная железа - орган, по форме напоминающий грецкий орех и имеющийся только у мужчин. Предстательная железа расположена у основания мочевого пузыря и окружает мочеиспускательный канал. Она вырабатывает жидкость, которая смешивается с семенем, образуя часть семенной жидкости. Хотя точное назначение жидкости, вырабатываемой предстательной железой, неизвестно, считается, что одна из ее функций состоит в том, чтобы помочь сперматозоидам сохранить активность, с тем чтобы облегчить оплодотворение.

Из-за расположения предстательной железы в организме связанные с ней проблемы могут влиять на нормальное функционирование мочевого пузыря - хотя чаще эта проблема возникает у людей пожилого возраста.

Эякуляция

Перед эякуляцией, или семяизвержением, сперматозоиды проходят по семявыводящим протокам - двум трубочкам, соединяющим яички и предстательную железу, поступают в следующее вместилище - ампулу семявыбрасывающего протока. Здесь сперматозоиды смешиваются с секретом, вырабатываемым семенными пузырьками - двумя кольцевидными трубочками, прилегающими к ампуле. Этот секрет, называемый семенной жидкостью, сообщает подвижность - способность самопроизвольно двигаться - сперматозоидам и помогает им выжить в кислой среде влагалища. Предстательная железа, через которую сперма проходит во время семяизвержения, вырабатывает небольшое количество подобной жидкости, которая поддерживает активность сперматозоидов.

В момент семяизвержения сперматозоиды и семенная жидкость выбрасываются из ампулы и придатков в мочеиспускательный канал при помощи сокращения мышц.

3. В демографической практике в основу возрастной группировки кладется социальный признак, который, в частности, учитывает социальное значение для общества той или иной возрастной группы населения. В основу классификации, разработанной демографами ООН, все население распределяется по следующим возрастным группам: первая - до 15 лет; вторая - 16-64 года; третья - 65 лет и старше.

В нашей стране используется более детальная схема возрастной периодизации онтогенеза человека, принятая на 7-й конференции по проблемам возрастной морфологии, физиологии и биохимии АМН СССР.

Для изучения изменений, происходящих в позднем онтогенезе человека, оказалось наиболее оправданным и удобным выделение трех хронологических периодов:

- среднего возраста – 45-59 лет;
- пожилого – 60-74;
- старческого возраста - 75 лет и старше.

Внутри третьей группы особо выделен возраст 90 лет и старше - долгожители. Однако эта классификация, принятая на симпозиуме в Ленинграде в 1962 г. и поддержанная на международном семинаре ВОЗ по проблемам геронтологии в Киеве в 1963 г., не всегда удобна при решении ряда задач. Так, при установлении возрастной нормы для той или иной функциональной системы или структуры удобнее выделять более узкие возрастные группы с шагом 20, 15, 10 и даже 5 лет.

Как известно, на практике пожилыми людьми обычно считают людей, вышедших на пенсию. Однако, это мерило не может быть универсальным, так как пенсионный возраст в разных странах различен. Вместе с тем, женщины, как правило, уходят на пенсию раньше мужчин. Так, в нашей стране, они имеют право получать пенсию по старости с 55 лет, тогда как мужчины - с 60 лет. К тому же Законом "О пенсионном обеспечении в РФ" предусмотрены различия в пенсионном

возрасте и для разных социально-профессиональных групп. Тем не менее, в подавляющем большинстве стран мира к пожилым людям относят граждан в возрасте 60 лет и старше.

Эталон ответа на билет № 3

1. Схема наблюдений за ребенком грудного возраста.

1 раз в месяц - профилактический осмотр врача

1 раз в месяц - патронаж мед сестры

Ребенка 2-3 лет посещают на дому 1 раз в квартал

3-4 лет - 1 раз в полгода

4-7 лет - 1 раз в год.

Описанный метод наблюдения за ребенком называется *диспансерным*. Диспансеризация - система активных мероприятий, обеспечивающих систематическое наблюдение медицинским работником за здоровыми детьми с целью проведения профилактических мероприятий, предупреждающих развитие болезни.

Диспансеризация включает в себя раннее выявление болезни и течение до полного восстановления функций больного органа.

По итогам диспансеризации детское население участка делится на группы здоровья.

Первый патронаж к новорожденному.

Старшая мед сестра детской поликлиники, получив сведения о выписке новорожденного из родильного дома, в этот же день заносит данные в журнал регистрации новорожденных, заполняет историю развития новорожденного и передает ее в регистратуру или непосредственно участковой мед сестре. Участковые педиатр и мед сестра должны совместно посетить новорожденного в первые дни после выписки ребенка из роддома. В первый день выписки осматриваются дети недоношенные, с врожденной патологией. Если этот день выходной - посещение осуществляет дежурный врач.

Первый патронаж необходим для оказания практической помощи в новой для матери деятельности.

Во время патронажа необходимо уделить особое внимание мерам по сохранению грудного вскармливания, обучает уходу за ребенком (купание, утренний туалет, пеленание и так далее). Контролирует соблюдение гигиенического режима и условий воспитания, обрабатывает пупочную ранку, осматривает след от БЦЖ, выполняет назначения врача, организация прогулок.

План патронажа к ребенку первых 2 мес. жизни:

1. оценить состояние ребенка (сон, стул, состояние кожи, пупочной ранки, глаз, ушей), его поведение (держит ли головку, как следит за движущимися предметами, улыбается ли);

2. проконтролировать санитарное состояние квартиры и соблюдение режима дня и кормления (проветривание, прогулки на свежем воздухе и др.);

3. помочь матери организовать правильное вскармливание, отдавая предпочтение грудному, проводить мероприятия по борьбе с гипогалактией;

4. обучить мать организации бодрствования ребенка с выкладыванием его на живот и проведением массажа;

5. помочь в организации ежедневной гигиенической ванны с элементами закаливания;

6. рекомендовать введение соков и витамина D по схеме, назначенной врачом;

7. пригласить в поликлинику для антропометрии и осмотра врачом.

2. Физически нормальный мужчина имеет два яичка, которые развиваются у зародыша из складки ткани на задней стенке живота. После сформирования яички постепенно

втягиваются внутрь живота, а к моменту рождения каждое яичко обычно занимает свое место мошонке.

Функция яичек двойная. Во-первых, это место, где образуются сперматозоиды; каждый Сперматозоид несет всю генетическую информацию мужчины. Во-вторых, в яичках есть клетки, которые вырабатывают мужской половой гормон тестостерон, обуславливающий присущие мужчине особенности: низкий голос, типичное распределение жира и волосяного покрова по телу. Эти две функции выполняются совершенно разными группами клеток внутри каждого яичка: одна функция не может быть выполнена без другой.

Яички имеют овальную форму. К заднему краю каждого из них прикрепляется структура поменьше, в форме длинной запятой, называемая придатком яичка. Придаток яичка состоит из сети микроскопических трубочек, по которым поступают сперматозоиды из яичка. Эти трубочки соединяются и образуют одну трубочку - семявыносящий проток. Он несет сперматозоиды к основанию мочевого пузыря. Сеть этих канальцев, за исключением семявыносящего протока, микроскопическая по размеру.

Каждое яичко держится в мошонке на семенном канатике, который состоит из семявыносящего протока, яичковой артерии и яичковой вены. Эти три составляющих окружены мышечной оболочкой, которая называется мышцей, подвешивающей яичко. Таким образом, семенной канатик служит двум целям: во-первых, обеспечивает кровоснабжение яичка; во-вторых, выводит образовавшиеся сперматозоиды из яичка.

В период полового созревания половые железы начинают расти и становятся активными под влиянием гормонов, вырабатываемых гипофизом. Эти гормоны, в свою очередь, стимулируют выработку половых гормонов, у мужчин - это тестостеронов или андрогенов. Половые гормоны способствуют развитию как половых органов, так и вторичных половых признаков, таких как увеличение кадыка у мужчин (что выражается ломкой голоса).

3. Поскольку старение развивается по-разному, то различают календарный возраст и биологический возраст. Уже давно исследователи пришли к выводу, что календарный возраст не характеризует истинное состояние организма. Кое-кто перегоняет по темпу возрастных изменений общую группу своих одноклассников, кое-кто явно отстает. Отсчет темпа возрастных изменений, прогноз предстоящих событий следует делать, учитывая не календарный, а биологический возраст человека. Календарный возраст определяется астрономическим временем, прошедшим со дня рождения.

Биологический возраст является мерой старения человека. Чем больше биологический возраст опережает календарный, тем большей должна быть продолжительность жизни данного индивида. Биологический возраст определяется на основе комплексной характеристики функционального состояния различных систем организма, а также - оценки его адаптационных возможностей. Определение биологического возраста очень важно для разграничения физиологического и преждевременного старения, разработке системы профилактических мероприятий, определения эффективности геропротекторов, для решения ряда социально-экономических вопросов (выход на пенсию, оценка работоспособности или пригодности к определенной работе и т.п.).

В период увядания биологический возраст это степень истинного старения, уровень жизнеспособности и здоровья организма. Возраст помимо наследственности зависит от условий среды и образа жизни.

Проблема биологического возраста далека от своего разрешения. Она серьезно поставлена только в конце минувшего века. Медицина сейчас, к сожалению, занимается в основном больными, а не здоровыми людьми. Вместе с тем еще И. П. Павлов указывал, что медицина будущего - это профилактическая медицина. Если биологический возраст значительно отстает от календарного, - очевидно, перед нами потенциальный долгожитель. Если же биологический возраст значительно опережает календарный, то старение развивается преждевременно. Поэтому во 2-ой половине жизни люди одного

хронологического возраста могут особенно сильно различаться по морфофункциональному статусу, т.е. биологическому возрасту.

Эталон ответа на билет № 4

1. Здоровый доношенный ребенок - это ребенок родившийся на сроке беременности 38 - 40 недель, имеющий внешние признаки доношенности, функционально зрелый, имеющий оценку по шкале Апгар 8-10 баллов.

По шкале Апгар ребенка оценивают через 1 минуту после рождения и через 5 минут. Вторая оценка у здорового ребенка должна повышаться на 1- 2 балла.

Внешние признаки доношенного ребенка

1. Длина тела 45 см и более, в среднем у мальчиков 50 - 52 см, у девочек 50,
2. Масса тела более 2500 гр, в среднем у мальчиков 3400 -3600 грамм, у девочек 3200-3400 грамм.
3. Окружность головы 34 - 36 см, окружность груди 32 - 34 см.
4. Соотношение вес (гр): рост (см) = от 60 - 70.
5. Гладкая, эластичная, бархатистая кожа, ярко-розовой окраски.
6. Конечности полусогнуты из-за повышенного тонуса мышц сгибателей.
7. Пупочное кольцо расположено на середине расстояния от мечевидного отростка до верхнего края симфиза.
8. Стопки исчерчены многочисленными бороздками.
9. Длина волос на голове 1 - 2 см, пушковый волос выражен слабо, имеется только на спине, плечах, на лбу.
10. Шея короткая.
11. Пропорциональное телосложение (соотношение длины конечностей и туловища).
12. Головка конфигурирована, большой родничок 2 на 2.
13. Ногти на пальцах рук достигают края фаланг.
14. Ушные раковины плотные.
15. У мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек большие половые губы прикрывают малые.

Функционально зрелый ребенок

1. Хорошо удерживает температуру тела.
2. Выражен сосательный рефлекс.
3. Устойчивый ритм дыхания и сердцебиения.
4. Не срыгивает.
5. Достаточная двигательная активность.
6. Хорошо выражены безусловные рефлексы.

2. Наружные женские половые органы

Лобок представляет собой область, богатую подкожно-жировой клетчаткой, в половозрелом возрасте покрытого волосным покровом, треугольной формы, основанием обращенным вверх. Верхней границей лобка является кожная бороздка - надлобковая складка, справа и слева - паховые складки, сзади лобок сливается с большими половыми губами.

Большие половые губы образованы двумя складками кожи, содержащими жировую клетчатку, сальные и потовые железы. Соединены они между собой передней и задней спайкой, а разделены половой щелью. В толще нижней трети больших половых губ располагаются большие железы преддверия - бартолиновы железы, щелочной секрет которых увлажняет вход во влагалище и разжижает семенную жидкость. Выводные протоки этих желез открываются в бороздке между малыми половыми губами и девственной плевой.

Пространство между задней спайкой (спереди), заднепроходным отверстием (сзади) и паховыми складками с боков называется акушерской промежностью. Шов промежности - линия, идущая от задней спайки до заднего прохода,

Малые половые губы представляют собой слизистую оболочку в виде двух складок. Они расположены кнутри от больших половых губ. В норме внутренние поверхности больших и малых половых губ соприкасаются, половая щель сомкнута.

Клиитор представляет собой орган, аналогичный мужскому половому члену, находится в переднем углу половой щели, состоит из двух пещеристых тел, богато снабженных кровеносными сосудами и нервными сплетениями. Клиитор выдается в виде небольшого бугорка в переднем углу половой щели, является одним из главных органов полового чувства.

Преддверие влагалища - пространство, ограниченное малыми половыми губами. В нем открываются наружное отверстие мочеиспускательного канала, выводные протоки больших желез преддверия, вход во влагалище. Границей преддверия является девственная плева.

Девственная плева представляет собой тонкую соединительно-тканную перегородку, разделяющую наружные и внутренние половые органы. В ней имеется отверстие, в зависимости от его формы и расположения плева бывает полулунной, кольцевидной, зубчатой, лопастной формы. Девственная плева надрывается при первом половом сношении, остатки ее носят название гименальных сосочков, а после дополнительных разрывов в родах - митровидных сосочков.

3. Старость – это закономерно наступающий заключительный период возрастного развития.

Старение – разрушительный процесс, который развивается в результате нарастающего с возрастом повреждающего действия экзогенных и эндогенных факторов. Возрастные изменения организма затрудняют лечение больных пожилого и старческого возраста, которое должно проводиться с учетом этих особенностей.

Прежде всего нужно различать естественное (физиологическое) старение и преждевременное старение. Естественное старение характеризуется определенным темпом и последовательностью возрастных изменений. А преждевременное старение характеризуется более ранним развитием возрастных изменений.

К факторам преждевременного старения (ускоренного) старения относят:

- хронические заболевания
- неблагоприятные факторы окружающей среды
- вредные привычки
- гиподинамия
- нерациональное питание
- отягощенная наследственность (короткая продолжительность жизни родителей)
- длительные и частые повторяющиеся нервно-эмоциональные перенапряжения (дистрессы).

Они могут воздействовать на разные звенья цепи возрастных изменений, ускорять, извращать, усиливать обычный их ход.

В огромном большинстве люди умирают не от самой старости, а от болезней, настигающих человека в старости, которые необходимо и возможно лечить. Жить долго и сохранить здоровье, творческую активность – вот естественная мечта каждого человека. Существует также и замедленное старение, ведущее к увеличению продолжительности жизни, долголетию.

Исследованием закономерностей старения занимается геронтология, а изучением возрастной патологии - гериатрия.

Время наступления старости условно.

Мужчин и женщин в возрасте от 55-60 до 75 лет считают пожилыми, с 75 лет - старыми, с 90 лет - долгожителями. Предполагается, что видовая продолжительность жизни человека равна 92-95 годам.

Одна из важнейших демографических особенностей 20 в. состоит в прогрессировании старения населения многих стран мира, т.е. увеличении как относительной, так и абсолютной численности людей старших возрастов. Постарение населения оказывает влияние на экономическую политику, структуру и функции семьи, ставит важные задачи перед здравоохранением.

Эталон ответа на билет № 5

1. Ребенок рождается с рядом безусловных рефлексов (сосательным, глотательным и так далее). У новорожденного отмечаются и некоторые примитивные безусловных рефлексы, исчезающие со временем (например: рефлекс опоры), но их отсутствие позволяет диагностировать отклонения в развитие ребенка.

Образование условных рефлексов в период новорожденности ограничено, так как обычные внешние раздражители являются для коры головного мозга сверхсильными, ЦНС быстро утомляется, развивается торможение и ребенок погружается в сон.

1. Сосательный рефлекс Оппенгейма.

Возьмите соску и вложите в рот ребенка. Посмотрите, как у него появляются ритмичные сосательные движения. Исчезает сосательный рефлекс к концу первого года жизни. Сохраняется после года при поражении головного мозга вследствие травмы и гипоксии.

2. Хоботковый рефлекс.

Указательным пальцем правой руки нанесите короткий удар по верхней губе ребенка, губы вытягиваются трубочкой. Определяется до 2-3 месяцев.

В более поздние сроки он выявляется у детей с поражением нервной системы. 3. Ладонно-ротовой рефлекс Бабкина.

Вызывается путем надавливания большим пальцем в области ладони новорожденного. При этом происходит открытие рта и сгибание головы. Сохраняется в норме до 3-х месяцев.

4. Хватательный рефлекс Робинсона.

Положите ребенка на спину и вложите свои пальцы в его ладонь. При этом он охватывает и удерживает их, так что его можно приподнять. Сохраняется до 2-3 месяцев.

5. Рефлекс опоры.

Возьмите ребенка под аксиллярные ямки, подержите его на весу, а затем поставьте. При этом обратите внимание, как он выпрямляет ноги во всех суставах и стоит (всей подошвой или на пальцах). Сохраняется до 1 - 2 месяцев.

6. Рефлекс автоматической походки.

Ребенка ставят на опору, удерживая в вертикальном положении. При наклоне вперед ребенок делает шаговые движения. Сохраняется до 1,5 мес.

7. Рефлекс ползания Бауэра.

В положении на животе ребенок отталкивается ногами от приставленной к подошвам ладони. Появляется на 3-4 день жизни, угасает после 4-х мес.

8. Рефлекс Бабинского.

Штриховое раздражение подошвы от пятки к пальцам, вызывает веерообразное расхождение пальцев.

2. Матка - полый гладкомышечный орган грушевидной формы, уплощенный в переднезаднем направлении. В матке различают тело, перешеек и шейку. Верхняя выпуклая часть тела называется дном матки. Полость матки имеет форму треугольника, в верхних углах которого открываются отверстия маточных труб. Внизу полость матки, сужаясь, переходит в перешеек и заканчивается внутренним зевом.

Длина матки у взрослой женщины составляет в среднем 7-9 см, толщина стенок 1-2 см. Масса небеременной матки 50-100 г. Стенки матки состоят из трех слоев. Внутренний слой - слизистая оболочка (эндометрий) с множеством желез, покрытая мерцательным эпителием. В слизистой оболочке различают два слоя: слой, прилегающий к мышечной оболочке (базальный), и поверхностный слой - функциональный, который подвергается циклическим изменениям. Большую часть стенки матки составляет средний слой - мышечный (миометрий). Мышечная оболочка образована гладкомышечными волокнами, составляющими наружный и внутренний продольные и средний циркулярный слои. Наружный - серозный (периметрий) слой представляет собой брюшину, покрывающую матку. Матка расположена в полости малого таза между мочевым пузырем и прямой кишкой на одинаковом расстоянии от стенок таза. Тело матки наклонено кпереди, к

симфизу (антеверзия матки), имеет тупой угол по отношению к шейке (антефлексия матки), открытый спереди. Шейка матки обращена кзади, наружный зев примыкает к заднему своду влагалища.

Шейка матки - это узкая цилиндрической формы нижняя часть матки. В ней различают влагалищную часть, вдающуюся во влагалище ниже сводов, и надвлагалищную верхнюю часть, располагающуюся выше сводов. Внутри шейки матки проходит узкий шейный (цервикальный) канал длиной 1-1,5 см, верхний отдел которого заканчивается внутренним зевом, а нижний - наружным. Канал шейки матки содержит слизистую пробку, препятствующую проникновению микроорганизмов из влагалища в матку.

Маточные трубы начинаются от углов матки, идут в стороны к боковым стенкам таза. Имеют длину 10-12 см, толщину 0,5 см. Стенки труб состоят из трех слоев: внутреннего - слизистого, покрытого однослойным мерцательным эпителием, реснички которого мерцают в сторону матки, среднего - мышечного и наружного - серозного.

В трубе различают интерстициальную часть, проходящую в толще стенки матки, истмическую (перешеечную) - наиболее суженную среднюю часть и ампулярную - расширенную часть трубы, заканчивающуюся воронкой. Края воронки имеют вид бахромок фимбрий.

Менструальный цикл - это циклические (периодические) физиологические изменения в яичнике, матке и связанные с ними изменения в других железах внутренней секреции и во всем организме под воздействием нервной системы.

Видимым результатом менструального цикла является менструация - это ежемесячное выделение крови из матки, в норме она длится 3-5 дней.

Первая менструация начинается с 12-14 лет, устанавливается в течение года. Количество отделяемой крови 100-150 мл, менструация безболезненная, или сопровождается незначительными тянущими болями внизу живота и пояснице.

Время наступления первой менструации зависит от климатических, социальных условий, быта, труда, питания и т.д.

Изменения, происходящие в матке, называются **маточным циклом**. Он имеет 4 фазы. Под воздействием ФСГ, вырабатываемого гипофизом в матке, проходит 3 фазы.

I фаза - десквамации (отторжения) функционального слоя слизистой матки - это и есть менструация.

II фаза - регенерации (восстановления) функционального слоя слизистой матки за счет базального слоя, заканчивается к седьмому дню от начала менструации.

III фаза - пролиферации (разрастания) слизистого слоя матки - длится в среднем 7-10 дней.

Эти три фазы маточного цикла занимают половину менструального цикла, вторую половину за энергетический запас (гликоген), минеральные вещества, гормоны. Это -

4 - фаза секреции (подготовки матки к беременности) проходит под действием ЛТГ.

3. Теории старения.

Старение представляет собой изменения, которые затрагивают всех уровни организации живой материи.

Сегодня существует множество теорий, пытающихся объяснить старение это и **адапционно-регуляторная теория старения** и не менее интересная **теория апоптоза**, но ни одна из них не способна полно объяснить того сложного процесса, который происходит на всех уровнях организма, начиная от молекулы, потом - клетка, ткань и орган. Ведь с каждым годом количество новых знаний об этом процессе увеличивается, что приводит к рождению новых теорий старения.

Теломерная теория старения

В 1960-х гг. геронтологом из США Л. Хейфликом было выяснено, что человеческие клетки кожи могут делиться только ограниченное число раз (от 40 до 60), однако объяснить это явление он не смог. Через 10 лет, А.М. Оловниковым, на тот момент являющимся одним из сотрудников Института биохимической физики РАН, на основании

данных Хейфлика, выдвинул предположение, что **предел деления клеток** объясняется тем, что при каждом делении клетки **хромосома** немного укорачивается.

Науке известно, что хромосомы имеют концевые участки (**теломеры**), которые, вследствие удвоения, постепенно укорачиваются, и со временем клетка уже не может делиться, и тогда она теряет жизнеспособность. Именно это и является причиной старения, согласно теломерной теории. Гипотеза Оловникова была подтверждена в середине 1980-х гг., когда был открыт *фермент теломеразы*, который был способен достраивать укороченные концы хромосомы в клетках опухолей, что позволяло им быть бессмертными. Кстати, предел в 50 делений справедлив не для каждой клетки, например, **стволовые** или **раковые клетки** могут делиться бесчисленное количество раз.

Элевационная теория старения (нейроэндокринологическая теория)

В 1950-х гг. советский ученый В.М. Дильман выдвинул идею, что существует единый регуляторный механизм, который определяет закономерности изменений различных систем организма связанных с возрастом. Главным звеном этого механизма выступает **гипоталамус**. Говоря точнее, основными причинами старения являются уменьшения с течением времени, способности восприятия гипоталамуса уровня **гормонов** в крови, и его чувствительность к сигналам нервной системы.

Вследствие этого, увеличивается количество циркулирующих гормонов, что приводит к различным заболеваниям, свойственных пожилому возрасту (**ожирение, гипертония, климакс, диабет, атеросклероз** и другие). Все это ведет к старению и смерти.

Впоследствии, на основании данных исследований и наблюдений было установлено, что именно это приводит к возрастным изменениям в работе репродуктивной системы. Дильман утверждал, что старение – это побочный продукт **онтогенеза** – развития организма. Именно элевационная теория старения способствовала открытию новых подходов к профилактике преждевременного старения, и связанного с ним болезней.

Адаптационно-регуляторная теория старения

Эта теория была разработана украинским геронтологом В.В. Фролькисом в 1960-х гг. Она основывается на представлении, что старость генетически запрограммированный процесс, однако В.В. Фролькис предположил, что возрастное развитие определяется балансом процесса старения и процесса «антистарения», направленного на увеличение продолжительности жизни. Ученый разработал генорегуляторную гипотезу, согласно которой первичным механизмом старения является нарушение работы регуляторных генов. А нарушение генной регуляции приводит к **диабету, атеросклерозу, болезням Паркинсона и Альцгеймера**. Тут же была выдвинута концепция генорегуляторной терапии, для предупреждения развития возрастных патологий.

Теория свободных радикалов

Эта теория была выдвинута учеными Д. Харманом и Н. Эммануэлем в 1950-х гг. Согласно свободнорадикальной теории, причинами нарушения работы клеток является действие свободных радикалов – форм кислорода, которые синтезируются в **митохондриях**. Кислород требуется клеткам для клеточного дыхания, однако часть кислорода может преобразовываться в так называемые «активные» формы кислорода. Свободные радикалы способны покидать места, где есть в нем необходимость и способен повредить **ДНК, РНК, липиды клеточных мембран** и белки. От избытка свободных радикалов помогают вещества, обладающие антиоксидантными свойствами, например, различные овощи и фрукты, а также **витамины А, Е и С**.

Теория апоптоза (теория самоубийства клеток)

Принадлежит академику В.П. Скулачеву. Согласно постулатам теории, **апоптоз** – это запрограммированный процесс старения клетки. Каждая клетка, после прохождения своего жизненного цикла или в ней произойдет мутация, должна умереть и уступить место новым, молодым клеткам. Эта гипотеза несет тот же смысл что и теломерная теория старения. При апоптозе клетка «саморазбирается», и ее части могут быть использованы

соседними клетками как строительный материал. Так же происходит и с митохондриями, если в них образуется излишки свободных радикалов. Когда погибших митохондрий слишком много, продукты их распада приводят к апоптозу, т.е. самоубийству. А старение появляется когда в организме клеток рождается меньше, чем рождается новых.

Теория «старения по ошибке» (или теория соматических мутаций)

Эта гипотеза была выдвинута физиком М. Сциллардом в 1954 г. в США. Согласно его исследованиям, **ионизирующее излучение** сокращает срок жизни живых организмов, и происходит мутации в молекулах ДНК, что приводит к старению. Таким образом, причиной старения организма, по Сцилларду, являются **мутации**. Однако, теория соматических мутаций не объясняет, почему стареют люди, которые не подвергались облучению. Последователь Сцилларда – М. Оргель утверждал, что с возрастом в организме накапливаются генетические повреждения, вызванные мутациями – случайными, и вызванные различными факторами (**стремы, вирусы, ультрафиолетовые лучи**), накапливаются повреждения ДНК, что приводит к старению и изнашиванию организма.

Существуют также и другие теории старения, например, **теория перекрестных сшивок**, она имеет похожий смысл, как и теория свободных радикалов, **теория одноразовой (расходуемой) споры** и некоторые другие.

Таким образом, механизмы старения сложны. Сегодня существует несколько теорий, которые в чем-то противоречат одна другой, а в чем-то – дополняют. В современной биологии проблемам старения уделяется большое внимание, и, возможно, в будущем, с углублением знаний об этой проблеме, будет найдено средство, чтобы затормозить старение и продлить человеческую жизнь.

Современные теории старения во многом основываются на классических представлениях И.И. Мечникова, И.П. Павлова, А.А. Богомольца, А.В. Нагорного, И.И. Шмальгаузена. В конечном итоге старение развивается в результате нарушения механизмов саморегуляции на разных уровнях жизнедеятельности организма, ограничивающего его приспособительные возможности. Нарушение регуляции генома приводит к изменению соотношения синтезируемых белков, ограничению потенциальных возможностей белоксинтезирующей системы, появлению ранее не синтезировавшихся белков. Все это сказывается на энергетическом обеспечении клетки, обуславливает нарушение ее функции, гибель клеток. Возрастные изменения в клетках нервной и эндокринной систем приводят к нарушению нейрогуморальной регуляции и в результате этого к нарушению гомеостаза и трофики тканей.

Существенное значение в механизме старения имеют ослабление нервных влияний на клетки, сдвиги их реактивности к действию биологически активных веществ. Это вызывает изменение реакции органов и систем на действие лекарственных препаратов. При старении снижается надежность важнейших защитных систем организма - репарации ДНК, антиоксидантов, иммунитета, микросомального окисления и др.

Эталон ответа на билет № 6

1. Недоношенный новорожденный - это ребенок родившийся на сроке беременности 28-37 недель, имеющий внешние признаки недоношенности, функционально незрелый, имеющий оценку по шкале Апгар менее 8 баллов.

Признаки незрелости новорожденного.

Морфологические:

1. подкожно-жировой слой слабо развит или отсутствует;
2. кожа морщинистая, темно - красного цвета;
3. обильный пушок покрывает все тело;
4. открыт малый и нередко, боковые роднички;
5. ногти не доходят до края ногтевого ложа;
6. мозговая часть черепа преобладает над лицевой;

7. пупочное кольцо расположено ниже середины расстояния между мечевидным отростком и симфизом;
8. у девочек большие половые губы не прикрывают малые;
9. у мальчиков яички не опущены в мошонку.

Функциональные:

1. несовершенство терморегуляции;
2. несовершенство акта дыхания следствием, чего являются частые приступы апноэ (остановка дыхания). Особенно часто апноэ возникает в период кормления малыша.
3. слабость сосательного и глотательного рефлексов.

2. Влагалище представляет собой мышечно-фиброзную трубку длиной 8-10 см. Оно располагается в полости малого таза, примыкая спереди к мочеиспускательному каналу и мочевому пузырю, сзади к прямой кишке. Стенки влагалища соприкасаются между собой и в верхнем отделе, вокруг влагалищной части шейки матки образуют куполообразные углубления передний, задний, правый и левый боковые своды влагалища. Наиболее глубоким из них является задний свод. В нем скапливается содержимое влагалища. Стенки влагалища состоят из слизистой оболочки, мышечного слоя и окружающей клетчатки.

Слизистая оболочка влагалища покрыта многослойным плоским эпителием, имеет розовый цвет и многочисленные поперечные складки, которые обеспечивают растяжимость его в родах. Желез в слизистой оболочке влагалища нет, но оно всегда находится в увлажненном состоянии за счет пропотевания жидкости из кровеносных, лимфатических сосудов и присоединения секреторных, маточных желез, отторгающихся клеток эпителия, микроорганизмов и лейкоцитов.

У здоровой женщины эти выделения имеют слизистый характер, молочный цвет, характерный запах и кислую реакцию. В соответствии с характером микрофлоры принято различать четыре степени чистоты влагалищного содержимого.

При **первой степени** чистоты во влагалищном содержимом, имеющем кислый характер, обнаруживаются только влагалищные палочки и отдельные эпителиальные клетки.

При **второй степени** чистоты влагалищных палочек становится меньше, появляются отдельные кокки, единичные лейкоциты, реакция остается кислой.

Обе степени чистоты считаются нормальными.

Третья степень чистоты характеризуется щелочной реакцией, преобладанием лейкоцитов, кокков и других видов бактерий.

При **четвертой степени** чистоты влагалищные палочки отсутствуют, в содержимом обнаруживаются разнообразная микробная патогенная флора (кокки, кишечная палочка, трихомонады и др.), большое количество лейкоцитов.

3. У пожилых людей происходят общие изменения в организме - уменьшение: общего содержания жидкости в организме, мышечной массы, внутриклеточной жидкости; увеличение количества жира.

Кожа

Появление морщин, пурпура от микротравм, раны на коже от давления и их медленное заживление, сухость кожи, частый зуд. Выпадение и поседение волос. Ослабление осязания.

Атрофия подкожно-жировой клетчатки: снижение эластичности кожи, функции потовых и сальных желёз, увеличение хрупкости сосудов, снижение волосяного пигмента, уменьшение способности клеток к воспроизводству.

Зрение

Характерна старческая дальнозоркость, уменьшение адаптации к темноте, сужение полей зрения. Изменение эластичности хрусталика, накоплением липидов во внешнем крае радужки.

Слух

Ухудшение слуха, особенно восприятия звуков высокой частоты, уменьшение способности различать звуки (особенно по телефону, быструю речь), потеря разборчивости чужой речи. Снижение чувства равновесия – головокружение, падения. Возрастные изменения звукопроводящего и звуковоспринимающего аппарата: остеопороз слуховой косточки, атрофия суставов между слуховыми косточками, атрофия клеток спирального (кортиева) органа, снижение эластичности основной мембраны, атеросклероз сосудистой системы.

ЖКТ

Нарушение прикуса, акта кусания и механической обработки пищи в полости рта. Ухудшение восприятия вкусовых ощущений, уменьшение удовольствия от приёма пищи, сухость во рту. Дисфагия – нарушение глотания. Снижение секреторной и всасывательной функции ЖКТ. Запоры. Ослабление обоняния: потеря восприятие запахов и способность различать запахи.

Уменьшение размеров верхней челюсти, атрофия жевательных мышц, потеря зубов. Уменьшение количества вкусовых сосочков на 50%, атрофия слюнных желёз. Ослабление подвижности пищевода и нарушение функции сфинктеров. Ослабление перистальтики кишечника. Снижение антитоксической функции печени. Ослабление функции клеток, воспринимающих запахи, курение, и различные химические вещества.

Дыхательная система

Снижение ЖЕЛ, ухудшение бронхиальной проходимости, нарушение дренажной функции бронхов, снижение кашлевого рефлекса, уменьшение общей и местной иммунологической реактивности. Ослабление эластичности лёгочной ткани, уменьшение количества альвеол, ослабление дыхательной мускулатуры, ограничение подвижности грудной клетки (формирование кифоза).

Сердечно-сосудистая система

Уменьшение сократительной способности миокарда. Уменьшение пластичности сосудов. Ухудшение коронарного кровообращения. Увеличение артериального давления и уменьшение венозного. Увеличение размеров сердца. Уменьшение количества клеток миокарда, атрофия и склероз. Склеротическое уплотнение сосудов (аорты, артерий). Уменьшение количества функционирующих капилляров. Уменьшается величина минутного объёма сердца, т.к. урежается частота сердечных сокращений.

Мочевыделительная система

Снижение фильтрации и реабсорбции. Учащение позывов к мочеиспусканию. Стрессовое недержание мочи. Уменьшается на 1/3 – 1/2 количество нефронов из-за возрастного нефрологического склероза. Утолщается стенка мочевого пузыря, ослабление тонуса сфинктеров. Уменьшение объёма мочевого пузыря.

Эндокринная система

Менопауза, атрофия влагалища. Снижение у мужчин либидо, потенции. Снижение основного обмена. Повышение уровня сахара в крови. Снижение половых гормонов (быстро у женщин, постепенно у мужчин). Снижение количества гормонов щитовидной железы. Уменьшение выработки инсулина.

Костно-мышечная система

Уменьшение роста, мышечной силы и массы. Формирование кифозов (горб). Остеопороз – уменьшение костной массы – склонность к переломам. Окостенение суставов и их воспаление.

Снижение (атрофия) мышц. Искривление позвоночника. Уменьшение содержания минеральных веществ в костях (к 60 годам плотность у мужчин составляет 70%, а у женщин – 60% от нормальной). Обызвествление хрящей, разрушение их с потерей влаги. Повышение окостенения сухожилий.

ЦНС

Снижение памяти, уменьшение способности к обучению

Атрофия мозга из-за гибели нейронов. Ухудшение мозгового кровообращения. Сужение черепно-мозговых сосудов. Снижение ортостатических рефлексов. Снижение чувствительности к изменениям температуры. Уменьшение чувства жажды и желания пить. Снижение функции спинного мозга.

Кровь

Объём крови практически не изменяется. Тенденция к уменьшению эритроцитов и Нв. Уменьшение лейкоцитарной реакции при воспалительных процессах. При кровопотерях и стрессах резко снижаются адаптационные возможности системы. Уменьшается объём костного мозга (замещается жировой и соединительной тканью) – в 70 лет – кроветворная ткань костного мозга составляет 30%.

Иммунная система

Повышенная восприимчивость к инфекциям и злокачественному росту. Нарушение иммунного ответа.

Снижение клеточного иммунитета. Снижение Т-лимфоцитов (атрофия вилочковой железы). Снижение выработки первичных антител.

Эталон ответа на билет № 7

1. АФО органов мочевыделения

У новорожденного масса почек относительно больше, чем у взрослого. Их рост идет не равномерно - особенно интенсивно на первом году жизни и в период полового созревания. У грудных детей почки расположены на 1-1,5 позвонка ниже, чем у взрослого. Относительно большая величина почек и более низкое их расположение создают возможность пальпировать здоровую почку у детей раннего возраста.

Мочевой пузырь, расположен выше, чем у взрослых. В наполненном состоянии он пальпируется на уровне пупка и выше. На 2-м году жизни мочевой пузырь постепенно опускается в полость малого таза. Слизистая оболочка мочевого пузыря нежная, мышечный слой и эластические волокна развиты слабо.

Вместимость мочевого пузыря:

у новорожденного около 50 мл;

в 1 год – 200 мл;

в 8 – 10 лет - 800 - 900 мл.

Яичники являются парными железами миндалевидной формы, размером 3,5-4, 1-1,5 см, массой 6-8 г. Располагаются по обе стороны матки, позади широких связок, прикрепляясь к их задним листкам. Яичник покрыт слоем эпителия, под которым располагается белочная оболочка, глубже размещается корковое вещество, в котором находятся многочисленные первичные фолликулы в разной стадии развития, желтые тела. Внутри яичника располагается мозговой слой, состоящий из соединительной ткани с многочисленными сосудами и нервами. В период половой зрелости в яичниках ежемесячно ритмично происходит процесс созревания и выхода в брюшную полость зрелых яйцеклеток, способных к оплодотворению. Этот процесс направлен на осуществление репродуктивной функции. Эндокринная функция яичников проявляется в выработке половых гормонов, под влиянием которых в период полового созревания происходит развитие вторичных половых признаков и половых органов. Эти гормоны участвуют в циклических процессах, подготавливающих организм женщины к беременности.

2. Изменения, происходящие в яичнике, называются яичниковым циклом. Он делится на 3 фазы.

I. Фолликулиновая фаза - фаза развития фолликула проходит под воздействием ФСГ и длится половину менструального цикла. В этой фазе в яичниках вырабатывается гормон фолликулин - женский половой гормон.

Овогенез. В яичниках в корковом слое расположены половые яйцеклетки (овоциты), заключенные в фолликулы разной степени развития. В каждом менструальном цикле в

одном из яичников начинается активный рост 10-15 фолликулов, вокруг каждого ооцита в этих фолликулах возникает гранулезная оболочка, секретирующая базальную мембрану, вокруг нее формируется текальная оболочка. Эти клетки обладают способностью синтезировать эстрогены, а за счет эстрогенов растет фолликул. Из 10-15 фолликулов овулирует только один. Ооцит в нем изолируется за счет блестящей оболочки, возникает полость, в ней накапливается фолликулярная жидкость и формируется яйценосный бугорок.

II. Фаза овуляции - разрыв зрелого фолликула и выход яйцеклетки (женской половой клетки) в брюшную полость где она захватывается фимбриями ампулярного отдела маточной трубы и помещается в этот отдел.

Это кратковременная фаза, которая проходит в середине менструального цикла под воздействием ЛГ.

III фаза. Фаза развития желтого тела. На месте разорвавшегося фолликула созревает желтое тело яичника под воздействием ЛТГ и начинает вырабатываться гормон прогестерон. Если наступает беременность, то желтое тело продолжает свое развитие и будет называться желтым телом беременности. Если наступит менструация, то желтое тело получит обратное развитие, наступает (регрессия) атрезия желтого тела, на его месте образуется рубец.

В яичнике вырабатываются два гормона: фолликулин и прогестерон.

Фолликулин вырабатывается клетками фолликулярного эпителия. Он относится к эстрогенным гормонам, которые обуславливают женский тип. Под влиянием этого гормона появляются вторичные половые признаки. Фолликулин способствует росту мускулатуры матки и растяжению в ней эндометрия (слизистого слоя).

Прогестерон вырабатывается желтым телом яичника, этот гормон способствует подготовке эндометрия к фазе секреции, во время беременности способствует укреплению плодного яйца в слизистой матки, понижает возбудимость мускулатуры матки.

3. Отечественный ученый В. В. Болтенко, основываясь на солидном экспериментальном материале (получен он на базе исследования лиц, находящихся в домах-интернатах для престарелых, а это контингент со своей спецификой) выделил ряд этапов психологического старения, которые, собственно, не зависят от паспортного возраста.

На *первом этапе* сохраняется связь с тем видом деятельности, который был ведущим для человека до выхода на пенсию. Как правило, этот вид деятельности был непосредственно связан с его профессией. Это чаще всего люди интеллектуального труда (ученые, артисты, учителя, врачи). Эта связь может быть непосредственной, как эпизодическое участие в выполнении прежней работы, так и опосредованная - через чтение специальной литературы, написание статей на профессиональные темы. Если же эта связь обрывается сразу же после ухода на пенсию, то человек, минуя первый этап, попадает во второй.

На *втором этапе* наблюдается сужение круга интересов, за счет выпадения профессиональных привязанностей. В общении с окружающими уже преобладают разговоры на бытовые темы, обсуждение телевизионных новостей, семейных событий, успехов или неудач детей и внуков. В группах таких людей уже трудно различить кто был инженером, а кто врачом, кто был счетоводом, а кто профессором.

На *третьем этапе* главным становится забота о личном здоровье, это становится и наиболее любимой темой для разговора - о лекарствах, о способах лечения, о травах.

Наиболее значимым в жизни человеком становится лечащий врач, его профессиональные и личностные качества.

На *четвертом этапе* смыслом жизни становится сохранение самой жизни. Круг общения сужен до предела: лечащий врач, социальный работник, те члены семьи, которые поддерживают личный комфорт, соседи-ровесники. Для приличия или по привычке редкие телефонные разговоры со старыми знакомыми, в основном, чтобы узнать все ли уже ушли или кто-то еще остался.

И, наконец, на *пятом этапе* происходит обнажение потребностей чисто витального порядка (еда, покой, сон). Эмоциональность и общение практически отсутствуют.

Довольно широко в мировой психологической литературе поддерживается классификация, предложенная Д.Б. Бромлей, в которой выделено пять типов приспособления личности к старости:

- конструктивное отношение человека к старости, при котором пожилые и старые люди внутренне уравновешены, имеют хорошее настроение, удовлетворены эмоциональными контактами с окружающими людьми. Они в меру критичны по отношению к себе и вместе с тем весьма терпимо относятся к другим, к их возможным недостаткам. Они не драматизируют окончание профессиональной деятельности, оптимистически относятся к жизни, а возможность смерти трактуют как естественное событие. Не пережив в прошлом слишком много травм и потрясений, они не проявляют ни агрессии, ни подавленности, имеют живые интересы. Благодаря положительному жизненному балансу с уверенностью рассчитывают на помощь окружающих. Самооценка этих людей довольно высока;
 - отношение зависимости. Зависимая личность – человек, подчиненный кому-либо, зависимый от своего супружеского партнера или ребенка, не имеющий слишком высоких жизненных претензий и благодаря этому охотно уходящий из профессиональной среды. Семейная среда дает ему ощущение безопасности;
 - оборонительное отношение, для которого характерны преувеличенная эмоциональная сдержанность, некоторая прямолинейность в своих поступках и привычках, стремление к “самообеспеченности” и неохотному принятию помощи от других людей. Люди данного типа приспособления к старости избегают высказывать собственное мнение, с трудом делятся своими сомнениями, проблемами. Защитный механизм против страха смерти и обездоленности является их активность “через силу”. Такие люди с большой неохотой и только под давлением окружающих оставляют свою профессиональную работу;
 - отношение враждебности к окружающим. Люди с таким отношением агрессивны, взрывчаты и подозрительны, стремятся переложить на других вину и ответственность за собственные неудачи, не совсем адекватно оценивают действительность. Из-за недоверия они замыкаются в себе, избегают контактов с людьми. Жизненный путь таких людей, как правило, сопровождался многочисленными стрессами и неудачами. Они склонны к острым реакциям страха, не воспринимают старость, с отчаянием думают о прогрессирующей утрате сил, сочетающиеся с сильным страхом смерти. Часто такие люди враждебно относятся к молодым, иногда и ко всему новому миру;
 - отношение враждебности человека к самому себе. Люди такого типа избегают воспоминаний, потому что в их жизни было много неудач и трудностей. Они пассивны, бунтуют против собственной старости, лишь безропотно принимают то, что посылает им судьба. Неудовлетворенность в любви является причиной депрессий, претензий к себе и печали, соединенные с чувством одиночества. Собственное старение оценивается реалистично, смерть трактуется как избавление от страданий.
- Эти типы старости и отношения к ней не исчерпывают всего многообразия проявлений поведения, общения, деятельности стареющего человека, многообразие индивидуальностей. Классификации носят ориентировочный характер, с тем, чтобы составить базу для конкретной исследовательской и практической работы с людьми пожилого и старческого возраста.

Эталон ответов на билет № 8

1.Сердце.

Относительно велико и составляет 0.8% от массы тела. К 3-м годам жизни масса сердца становится равной 0,5%, то есть начинает соответствовать сердцу взрослого. Детское сердце растет не равномерно: наиболее энергично, в первые, 2 года жизни и в период полового созревания; до 2-х лет наиболее интенсивно растут предсердия, с 10 лет - желудочки. Сердце новорожденного имеет округлую форму, что связано с недостаточным

развитием желудочков и сравнительно большими размерами предсердий. К 6 годам форма сердца приближается к овальной, свойственной сердцу взрослого.

Сосуды.

У детей раннего возраста сосуды относительно широкие. Просвет вен равен просвету артерий. Вены растут более интенсивно и к 15-16 годам. Капилляры хорошо развиты, их проницаемость значительно выше, чем у взрослых. Скорость кровотока у детей высока, с возрастом она замедляется.

Артериальный пульс у детей более частый, чем у взрослых; это связано с более быстрой сокращаемостью сердечной мышцы.

ЧСС у новорожденного 140-120 ударов в минуту

к году 120-110 ударов в минуту

к 5 годам 100 ударов в минуту

к 10 годам 90 ударов в минуту

к 12-13 годам 80-70 ударов в минуту.

Артериальное давление. У детей более низкое, чем у взрослых, оно ниже, чем у младшего ребенка.

У доношенного новорожденного систолическое АД составляет 65 – 85 мм рт. ст. Примерный уровень максимального АД у детей 1-го года жизни можно рассчитать по формуле:

$$76 + 2п$$

п - число месяцев 76 - средней показатель систолического АД у новорожденного.

У детей более старшего возраста максимальное АД ориентировочно рассчитывают по формуле:

$$100 + п$$

п - число лет, при этом допускаются колебания ± 15 .

Диастолическое давление составляет $2/3 - 1/2$ систолического давления.

2. Под воздействием репродуктивного фактора, вырабатываемого в гипоталамусе, в гипофизе вырабатывается большое количество гормонов, регулирующих менструальный цикл. Основные: ФСГ - фолликулостимулирующий гормон, ЛГ - лютеинизирующий гормон, ЛТГ - лютеотропный гормон.

Менструальный цикл - это циклические (периодические) физиологические изменения в яичнике, матке и связанные с ними изменения в других железах внутренней секреции и во всем организме под воздействием нервной системы.

Видимым результатом менструального цикла является менструация - это ежемесячное выделение крови из матки, в норме она длится 3-5 дней.

Первая менструация начинается с 12-14 лет, устанавливается в течение года. Количество отделяемой крови 100-150 мл, менструация безболезненная, или сопровождается незначительными тянущими болями внизу живота и пояснице.

Время наступления первой менструации зависит от климатических, социальных условий, быта, труда, питания и т.д.

Гигиена менструального периода

Первая менструация у девочек считается признаком наступления половой зрелости. С этого момента наряду с быстрым ростом и развитием половых органов начинают заметно выявляться так называемые вторичные половые признаки. - отложение жира в подкожной клетчатке лобка, который начинает заметно возвышаться, появляются волосы на лобке с характерным для женщины ростом; в подкожной клетчатке ягодиц и бедер также отмечается усиленное отложение жира - контуры тела округляются; увеличиваются и округляются молочные железы, соски начинают возвышаться над поверхностью железы, в околососковых кружках отлагается пигмент, и они немного темнеют; костный таз начинает раздаваться в ширину; меняется тембр голоса. Наступление половой зрелости сказывается на характере и психике подростка.

Указанная перестройка в организме девочки требует затраты большой энергии: в этом периоде отмечается быстрая утомляемость, повышенная раздражительность, у подростка возникает большая потребность в отдыхе.

Менструация - нормальное состояние женского организма. Однако отмеченные выше явления, связанные с менструацией, свидетельствуют, что в этом периоде организм женщины находится в состоянии большого напряжения. Поэтому во время менструации необходимы некоторые специальные гигиенические мероприятия.

Менструальная кровь должна стекать свободно. Застаивание и высыхание крови на наружных половых органах ведут к образованию кровяных корок и загрязнению кожи.

Во время менструации необходимо не менее двух раз в день чистыми руками обмывать наружные половые органы теплой кипяченой водой. На производствах с большим количеством женщин для указанной цели оборудованы гигиенические комнаты. Принимать ванну во время менструации не следует. Не следует также применять спринцевания не только во время менструаций, но и спустя несколько дней после их окончания. Половые сношения в это время не должны иметь места.

Во время менструации следует носить закрытые панталоны и пользоваться гигиеническими прокладками и тампонами, которые меняют по мере загрязнения.

В период менструации не следует употреблять в пищу ничего острого, например, перец, горчицу, а равно и спиртные напитки, так как они способствуют усиленному приливу крови к органам брюшной полости, усиливая тем самым менструальное кровотечение. Надо следить за правильной функцией кишечника и регулировать его работу соответствующей диетой. В менструальный период необходимо избегать охлаждения тела, резких движений, утомления, контакта с инфекционными больными.

При нормальном течении менструации женщина может продолжать свою обычную работу, соблюдая указанные выше правила гигиены дома и на производстве. Если менструация сопровождается болями, чрезмерной потерей крови и другими болезненными явлениями, то женщине следует обратиться к врачу или акушерке.

Первая менструация, как указывалось выше, считается признаком наступления половой зрелости. Однако это не значит, что с этого момента девушка уже окончательно созрела и может начать жить половой жизнью.

Раннее начало половой жизни, ранняя беременность, безусловно, вредны и пагубно отражаются на здоровье девушки.

Женщина достигает полного развития к 20 годам, этот возраст считается наиболее благоприятным для вступления в брак и для первой беременности.

3. Причины старения

Исследования показали, что прекратившие делиться клетки меняют форму и становятся источником вредных протеинов, наносящих вред тканям тела, что еще больше ускоряет процесс старения. А многие ученые до сих пор утверждают, что главным фактором старения являются не столько гены и другие не зависящие от нас причины, сколько образ жизни, который выбираем мы сами.

В последние годы детальному изучению подверглась теория о старении вследствие влияния свободных радикалов, в конце концов, получившая всеобщее признание. Свободные радикалы – это атомы или группы атомов, крайне нестабильных и очень активных. Если их количество велико, они начинают разрушать организм на клеточном уровне. Свободные радикалы уничтожают защитную мембрану клеток и генетический материал (нуклеиновые кислоты ДНК и РНК), вызывая повреждение клеток и нарушение их работоспособности. А что еще хуже, иммунная система может реагировать на эти поврежденные клетки, как на инородное тело, и пытаться их уничтожить.

Из-за высокой степени химической активности, свободные радикалы живут лишь одну миллионную долю секунды. Поэтому прямое их исследование достаточно затруднительно. Но их количество исчисляется миллионами, и даже за свою короткую жизнь они успевают нанести клеткам значительный вред. Основатель теории свободных

радикалов доктор Денан Харман утверждает, что многие болезни, считающиеся болезнями старости, в том числе рак и атеросклероз, являются не неизбежным результатом течения времени, а, скорее, результатом разрушения нуклеиновых кислот, протеинов и структуры клеток, вызванным наличием свободных радикалов. Он заявил, что явление, которое мы называем «старение» - ничто иное, как постоянно ускоряющееся накопление изменений, вызванное полностью или частично свободными радикалами кислорода. Таким образом, хотя кислород и дарует нам жизнь, он может быть и нашим злейшим врагом.

Причиной значительного числа проблем, с которыми сталкиваются люди старше 60 лет, может быть и недостаток питательных веществ. Многие пожилые люди страдают от мальабсорбации, при которой питательные вещества, содержащиеся в пище, плохо всасываются желудочно-кишечным трактом. Кроме того, с возрастом наш организм не так легко усваивает питательные вещества, как раньше. И в то же время, по мере старения, процессы в организме замедляются и становятся менее эффективными, поэтому питательные вещества нужны как никогда прежде для поддержки, починки и регенерации клеток.

Неспособность организма нормально впитывать питательные вещества становится причиной множества болезней. Одно из исследований пожилых людей, живущих в городе, показало, что у 90% из них наблюдается значительных недостаток витаминов В1 (тиамина) и В6 (пиридоксина), а у 30-40% дефицит витамина А, витамина В3 (ниацина), витамина В12, витамина С, кальция и железа. Только 10% исследуемых потребляли достаточное количество протеинов. Многие пожилые люди мало бывают на солнце, что вызывает нехватку витамина D.

Особенно опасен дефицит витамина В12. Недостаток его в организме может привести к развитию симптомов невралгии, от покалывания, неспособности координации движения, слабости в конечностях и нарушения равновесия до потери памяти, перепадам настроения, дезориентации и психиатрическим заболеваниям. Симптомы нехватки витамина В12 можно легко принять за признаки старческого слабоумия. Многим пожилым людям не хватает витамина В12, потому что их желудок не вырабатывает достаточное количество желудочного сока для нормального пищеварения. Это создает идеальную среду для размножения определенных бактерий, поглощающих весь витамин В12, который производится из протеинов в желудочно-кишечном тракте. Организмы других людей не вырабатывают в достаточном количестве вещество, называемое внутренним фактором, без которого витамин В12 не может быть доставлен из желудка к остальным органам, даже если этому ничто не мешает.

Эталон ответов на билет № 9

1.АФО костно-мышечной системы

Основу скелета новорожденного составляет хрящевая ткань, которая постепенно по мере роста и развития ребенка замещается костной. Наиболее выраженные изменения в костях отмечаются в первые два года жизни, в младшем школьном возрасте и в период полового созревания. Костная ткань ребенка содержит много воды и бедна минеральными солями. В связи с этим кости мягкие, эластичные и легко деформируются.

Череп

У новорожденных голова относительно больших размеров и составляет 1/4 длины тела. Мозговой отдел черепа более развит, чем лицевой. Швы черепа широкие, несросшиеся, легко прощупываются. Они закрываются к 2-3 месяцам. Полное сращение костей происходит к 3-4 годам. Характерной особенностью черепа детей грудного возраста является наличие родничков. Они представляют собой неокостеневшие участки перепончатого черепа покрывающего головной мозг в период внутриутробного развития.

Большой родничок имеет форму ромба, расположен между лобной и теменными костями; его средний размер 2+2,5+3 см и к 12 -18 мес. жизни он обычно закрывается.

Малый родничок (треугольной формы) находится между теменными и затылочной костями. К моменту рождения у большинства детей он закрыт иногда остается открытым в течение 3-4 месяцев жизни.

Боковые роднички закрываются к концу внутриутробного периода и лишь остаются открытыми у недоношенных детей.

Зубы.

Первые молочные зубы прорезываются у здоровых детей в 6-8 мес. (медиальные нижние и верхние резцы);

В 8-12 месяцев - боковые верхние и нижние резцы;

В 12-16 месяцев - передние малые коренные зубы;

В 16 - 20 месяцев - клыки;

В 20 - 30 месяцев - задние, малые коренные зубы.

На 3-м году жизни ребенок имеет 20 молочных зубов.

Количество молочных зубов можно определить по формуле:

Количество зубов = число месяцев жизни – 4.

Постоянные зубы прорезываются в следующем порядке:

в 5-7 лет появляются первые большие коренные зубы, затем молочные зубы меняются на постоянные в той же последовательности, в какой прорезывались.

В 11-12 лет появляются вторые большие коренные зубы;

В 17-25 лет - третьи большие коренные зубы (зубы мудрости).

Грудная клетка

У детей 1-го года жизни имеет форму цилиндра, ребра расположены горизонтально под прямым углом к позвоночнику. Когда ребенок начинает ходить, грудина опускается, ребра принимают наклонное положение.

Позвоночник у новорожденных почти прямой, имеет небольшую выпуклость кзади. Физиологические изгибы формируются в связи с возникновением статических функций:

в 2-х месячном возрасте ребенок держит голову, появляется шейный лордоз (выпуклость вперед);

в 6 месяце ребенок начинает сидеть - грудной кифоз (выпуклость назад); к 1 году ребенок ходит поясничный лордоз.

Типичная конфигурация позвоночника устанавливается к 3 - 4 годам.

Мышечная система

У детей первых месяцев жизни отмечается повышенный тонус мышц, связанный с особенностями ЦНС. Тонус сгибателей преобладает над тонусом разгибателей и постепенно гипертония мышц исчезает (в 2-2,5 месяца верхних конечностях; в 3 - 4 месяца на нижних).

Мускулатура развита слабо, с возрастом мышечная масса увеличивается, наиболее интенсивный рост происходит в период полового созревания и к 20 - 23 годам формирования мышечной массы заканчивается.

2. В 1994 году была разработана и принята Федеральная (Президентская) программа «Дети России», одним из разделов этой программы является «Планирование семьи».

Планирование семьи - это государственная программа по охране репродуктивного здоровья населения. В 1994 году было открыто 214 центров по планированию семьи. Программа способствовала продвижению на рынок противозачаточных средств, снижению количества аборт.

Центры по планированию семьи - совершенно самостоятельная организация, поэтому лучше их организовывать вне женских консультаций и широко пропагандировать их работу в средствах массовой информации.

Многие центры организованы в женских консультациях, при них работают кабинеты по планированию семьи.

Эти центры рассчитаны на все категории женщин и мужчин, на подростков в период полового созревания.

Основные направления работы службы «Планирование семьи».

- Профилактика нежелательной беременности.
- Борьба с абортами.
- Профилактика инфекций, передающихся половым путем (ИППП) и СПИДа.
- Пропаганда методов контрацепции.
- Половое воспитание и просвещение подростков.
- Пропаганда здорового образа жизни.

Основные методы работы: санитарно-просветительная и консультативная помощь.

В Центрах работают акушерки-гинекологи, сексологи, сексопатологи, андрологи, психологи. Центр решает проблемы семьи, сюда может прийти не только женщина, но и семейная пара, подросток, мужчина.

Специалисты Центра ведут большую санитарно-просветительную работу через СМИ, читают лекции, средние медицинские работники проводят беседы в школах, средних специальных учебных заведениях, вузах, на промышленных предприятиях, в учреждениях.

Центры снабжаются специальной литературой, распределяемой бесплатно, молодежи до 18 лет бесплатно предлагаются противозачаточные средства.

Медицинские работники пропагандируют здоровый образ жизни, знакомят пациентов с гигиеной в различные возрастные периоды.

В узком понимании планирование семьи - это дети по желанию, а не по случаю; это ответственное родительство; это обеспечение здоровья женщины для рождения желанных и здоровых детей.

Профилактика нежелательной беременности начинается с разъяснения оптимального возраста для рождения детей - 20-35 лет. Доказано, что если беременность возникает раньше или позже, то протекает с большим числом осложнений и вероятность нарушения здоровья у матери и ребенка выше.

Интервалы между родами должны быть не менее 2-2,5 лет; это позволяет женщине восстановить силы для будущих родов, сохранить свое здоровье и здоровье будущих детей.

Разъясняются осложнения, которые бывают после аборта - это воспаление женских половых органов, кровотечение, перфорация матки, бесплодие.

Аборт не является лучшим методом регулирования рождаемости, его можно избежать, применяя современные методы контрацепции. Если нежелательная беременность все-таки наступила, необходимо обратиться к врачу как можно раньше - это снизит риск возможных осложнений.

Болезни, передаваемые половым путем (ЗППП и СПИД), часто являются причинами бесплодия у мужчин и женщин. Только презерватив поможет избежать заражения и одновременно предохранит от нежелательной беременности.

Медицинские работники участвуют в половом воспитании и сексуальном образовании детей и подростков, что помогает сохранить их здоровье, подготовить к будущей семейной жизни и воспитать чувство ответственного родительства.

Большую роль в планировании семьи играет пропаганда противозачаточных средств. Контрацепция делает интимную жизнь более гармоничной, устраняет ненужные волнения и ожидания. Решение о применении того или иного метода следует принять после консультации со специалистом.

3. Долголетие - доживание человека до высоких возрастных рубежей. Это социально-биологическое явление. В его основе лежит изменчивость нормальной продолжительности человеческой жизни. Порогом долголетия обычно считается достижение 80 лет и более, зависящее от многих факторов – наследственности, социально-экономических условий, природных воздействий и других. Высший уровень долголетия – *долгожительство* – 90 лет и старше. Долгожителями обычно становятся люди, у которых существует оптимальный уровень функционирования

большинства важнейших физиологических систем; им свойственны широкие адаптивные возможности, что является предпосылкой здоровья и жизнеспособности. Поэтому в определенной степени долгожительство можно рассматривать в качестве модели, наиболее приближающейся к естественному старению.

В литературных источниках приводятся случаи еще более высокой продолжительности жизни. Азербайджанец Ширали Муслимов, прожил почти 168 лет (1805–1972). Этот человек был чабаном и всю жизнь проработал на воздухе. Почти 153 года прожил английский фермер–арендатор Томас Парр (1483–1635). Его смерть произошла от случайной причины, а все органы оказались здоровыми, по свидетельству производившего вскрытие знаменитого английского врача Гарвея. По данным за 2002 год в России среди 30 млн. пожилых людей 20 тысяч перешагнули 100-летний рубеж. А в республике Башкортостан в 2004 году проживало 196 человек старше 100 лет. Явление долгожительства представляет исключительный интерес и для познания биосоциальной природы человека. Вместе с тем раскрытие сущности этого феномена требует изучения, наряду с самими долгожителями, также и особенностей всей популяции, к которой они принадлежат.

В науке обсуждается целый ряд факторов, способствующих долголетию. Биологические предпосылки долголетия – наследственность, тип высшей нервной деятельности, изменения в результате перенесенных заболеваний. Экологические факторы – природно-географическая среда, социально-экономические условия. **Генетический фактор.** Хотя долгожительство и не является чисто генетической проблемой, в литературе широко обсуждаются предположения о существовании наследственной «продленной программы» жизни, или наследственного комплекса морфо-функциональных показателей, способствующих потенциально хорошему здоровью, или же об отсутствии факторов риска в отношении ряда важнейших возрастных заболеваний. О роли наследственных факторов в механизме долголетия свидетельствуют результаты изучения близнецовым и генеалогическим методами долгожителей и их семей. Но эта роль проявляется неоднозначно в зависимости от возраста, условий жизни и других обстоятельств. Высказывалось предположение, что на продолжительность жизни влияет большое число малых генов.

Экологические факторы. Роль природной среды (климат, почва, вода, флора, фауна) привлекает все большее внимание в условиях современной технократической цивилизации и все усиливающегося влияния антропогенных факторов. Как известно, сочетание благоприятных факторов способствует долголетию и даже несколько сглаживает значение наследственных основ, которое проявляется более определенно в менее благоприятных экологических условиях. В то же время сами долгожительские генотипы сформировались под влиянием этих условий, и они, в свою очередь, необходимы для проявления долголетия. **Традиционное питание** также является очень важной слагаемой долголетия. У абхазов и многих других долгожительских групп основу питания составляют продукты земледелия и скотоводства. Рацион включает много фруктов, ягод, орехов, меда, различных овощей, дикорастущих трав и растений. Обычны молочные и кисломолочные продукты, сыры. Употребление сахара, соли и животных жиров ограничено; почти нет супов и бульонов. Им также характерны умеренность в еде, неторопливость, определенные ритуалы. Следует отметить высокое содержание витаминов, особенно витамина С (аскорбиновой кислоты) и Е, оптимальное соотношение микроэлементов, пониженную калорийность, сбалансированность почти по всем основным компонентам питания. Такой тип диеты складывается в раннем детстве и сохраняется в дальнейшем. **Трудовой фактор.** Для долгожителей типично раннее начало и позднее окончание трудовой деятельности. По материалам, собранным в Абхазии, почти все долгожители (93%) продолжали работать, их трудовой стаж нередко превышал 60 лет. Занятия характеризуются постоянством и умеренностью нагрузок с обязательным

послеобеденным отдыхом. Работающие долгожители сохраняли хорошую двигательную активность. Показатели выносливости были наибольшими у мужчин 75–79 лет и соответствовали уровню 20–29-летних. А у женщин выносливость была даже больше, чем в молодости. Но у долгожителей (мужчин и женщин) – она была наименьшей. Время реакции у долголетних (80 лет и старше) сопоставимо с этим показателем у молодых. Долгожители характеризовались высокой степенью уравновешенности нервных процессов.

Эталон ответа на билет № 10

1. АФО органов дыхания

К верхним дыхательным путям относятся: полость носа, глотка и гортань.

К нижним - трахея и бронхи.

Органы дыхания к моменту рождения ребенка морфологически несовершенны. К 7 годам формирование органов дыхания заканчивается и в дальнейшем происходит только увеличение их размеров.

Особенностями морфологического строения органов дыхания является:

1. тонкая, легко ранимая слизистая;
2. недостаточно развиты железы;
3. богатый капиллярный подслизистый слой;
4. недостаточное количество в дыхательных путях и легких эластической ткани.

Носовая полость

Нос у детей первых 3-х лет жизни мал, полости его не развиты, носовые ходы узкие, раковины толстые. Нижний носовой ход отсутствует, он формируется к 4-м годам, поэтому при насморке у маленьких детей легко возникает отек слизистой, что приводит к непроходимости носовых ходов, затрудняет сосание груди, вызывает одышку.

Глотка в раннем возрасте сравнительно узка и мала.

2. Контрацепция - предохранение от зачатия.

Медицинские показания к применению контрацепции:

- обеспечение интервала в 2-3 года между родами;
- после кесарева сечения, внематочной беременности;
- частое проведение абортов;
- возраст моложе 18 лет, старше 35 лет;
- алкоголизм и наркомания;
- злокачественные новообразования;
- экстрагенитальная патология.

Методы контрацепции:

- механический (барьерный);
- химический;
- гормональный.

Требования к контрацептивам:

- надежность в применении;
- отсутствие вредного влияния на организм;
- простота, доступность, дешевизна.

3. Основные принципы питания практически здоровых пожилых и старых людей:

1. Строгое соблюдение энергоценности пищевого рациона фактическим энергозатратам.

В основе этого принципа лежит сбалансированность между калорийностью потребляемой пищи и фактическими энергозатратами организма. Интенсивность обмена у пожилых людей снижается в прямом соответствии с увеличением возраста. В этом процессе вовлечены нервная, эндокринная системы, а также мышечная и соединительная ткани.

2. Антисклеротическая направленность питания за счет изменения химического состава рациона и обогащения его продуктами, содержащими антисклеротические вещества.

В рацион питания следует включать мясо и рыбу (особенно морскую) нежирных сортов, которые лучше употреблять в пищу в отварном виде. Жиры ограничивать в пределах нормы. Жиры животного происхождения желательно заменять на жиры растительного происхождения. Растительные масла лучше употреблять в натуральном виде. Из рациона необходимо исключить тугоплавкие жиры (баранье и свиное сало, говяжий жир).

3. Разнообразие продуктов для обеспечения оптимального и сбалансированного содержания в рационе всех необходимых организму элементов.

Углеводы должны применяться с крупами, картофелем и т.д. Для пожилых людей важна клетчатка (цельное зерно, бобы, семена, орехи, неочищенные овощи и фрукты). Потребление овощей и фруктов способствует отделению желчи, усиливает сокращение желчного пузыря, предупреждает запоры.

Основным источником кальция в пище является молоко и молочные продукты (творог, сыры и т.д.), фосфора – молочные продукты, мясо, рыба.

Магнием богаты растительные продукты – крупы, зернобобовые, морковь, капуста и т.д. Калий содержится в картофеле, черносливе, тыкве, кабачках и т.д. Потребление поваренной соли должно быть умеренным.

4. Использование продуктов и блюд, обладающих достаточно легкой перевариваемостью, в сочетании с продуктами, умеренно стимулирующими секреторную и двигательную функции органов пищеварения.

Утром рекомендуется выпивать стакан сока, отвара шиповника комнатной температуры, на ночь – стакан кефира. Температура пищи должна быть не слишком горячей и не слишком холодной. Не рекомендуется злоупотреблять специями. Пища должна иметь кашицеобразную консистенцию.

5. Строгое соблюдение режима питания с более равномерным по сравнению с молодым возрастом распределением пищи по отдельным приемам.

Равномерный 4-5 разовый прием пищи и исключение приема большого количества пищи одновременно.

6. Индивидуализация питания с учетом обмена веществ и состояния отдельных органов и систем.

Питание пожилых людей должно быть организовано в соответствии с той диетой, которую назначил врач с учетом того или иного заболевания.

7. Обогащение пищи алиментарными геропротекторами.

К алиментарным факторам. Увеличивающим длительность жизни. Относят снижение энергетической ценности пищи. Ограничение в ней белка, недостаток триптофана в пище. Алиментарными геропротекторами являются пищевые оксиданты (молочно-растительная диета).

Эталон ответа на билет № 11

1. Органы пищеварения новорожденного недостаточно зрелы и приспособлены переваривать только материнское молоко.

Полость рта

Имеет относительно малые размеры. Слизистая оболочка нежная и богата кровеносными сосудами. Слюнные железы продуцируют мало слюны. Обилие кровеносных сосудов и сухость слизистой оболочки способствуют ее легкой ранимости. Физиологическое слюноотечение появляется вследствие невыработанного автоматизма проглатывания слюны и только к 1-му году ребенок способен заглатывать всю образующую слюну.

Акт сосания состоит из 3-х фаз:

1. аспирация соска
2. сдавливание
3. проглатывания молока.

Акту сосания содействуют хорошо развитые мышцы языка, губ, жевательные мышцы и так далее. Накопившееся в результате нескольких сосательных движений молоко, смешивается со слюной, а затем проглатывается.

Пищевод - у детей раннего возраста относительно длинный.

Желудок - объем относительно мал.

у новорожденного объем 30 — 35 мл;

в 3 месяца 100 мл;

1 год 200-250 мл.

При горизонтальном положении пилорический отдел желудка расположен выше его дна, мускулатура желудка у грудного ребенка развита недостаточно. Привратник закрывается хорошо, но широкий вход желудка замыкается не полностью, что способствует срыгиванию и легкому возникновению рвоты.

Сроки эвакуации пищи из желудка зависят от характера вскармливания (женское молоко задерживается в желудке 2-3 часа; коровье 3-5 часов).

Печень - к моменту рождения ребенка имеет значительные размеры, не функционально незрела.

Поджелудочная железа у новорожденного анатомически сформирована, однако ее функция несовершенна. Она достигает уровня секреции взрослого к 5-му году жизни.

Кишечник. Полостное пищеварение у новорожденных и детей на грудном вскармливании не развито, так как материнское молоко не нуждается в таком способе переваривания.

В результате повышенной проницаемости стенок кишечника продукты неполного переваривания нищи и токсины легко проникают в сосуды, что приводит к развитию токсикоза. Анатомическая незавершенность строения ЖКТ приводит к частым нарушениям перистальтики кишечника и его легкой ранимости. Глубокие изгибы сигмовидной кишки нередко становятся причиной привычных запоров. Слабая фиксация слизистой оболочки прямой кишки способствует ее легкому выпадению при неустойчивом стуле.

Микрофлора ЖКТ. До первого кормления ЖКТ новорожденного стерилен. В первые часы после рождения микрофлора появляется в полости рта, затем обнаруживается в меконии.

Характеристика стула

Характер стула зависит от вида вскармливания и микробной флоры, заселяющей кишечник. У детей, находящихся на грудном вскармливании, испражнения кашеобразные, желтые, с кисловатым запахом. При получении молочных смесей стул становится пастообразным, крошковидным, беловато- желтой окраски с неприятным гнилостным запахом.

2. Ритмический (биологический) метод - воздержание от половых сношений в фертильный период (период менструального цикла, в который возможно оплодотворение). Основное условие эффективности - регулярность менструального цикла.

Варианты:

Календарный метод - вычисление сроков наступления и продолжительности фертильного периода, исходя из продолжительности менструальных циклов за последние 8-12 месяцев.

Температурный метод - определение сроков фертильного периода путем определения базальной температуры.

Преимущества - отсутствие вредного влияния на организм; простота, доступность, не требует приема лек. средств.

Недостатки - ненадежность.

3. Пожилой возраст - время, когда естественным образом происходит смена суточных ритмов, и к этому следует быть готовым, однако помочь себе можно, если максимально упорядочить свою жизнь и придерживаться режима дня. Правильно организованный отдых улучшает настроение, вызывает удовлетворенность жизнью, придает сил и бодрости.

Интенсивная физическая и умственная деятельность, активный отдых должны чередоваться с так называемым пассивным отдыхом. Таким отдыхом является полноценный, спокойный сон достаточной продолжительности. Он необходим для сохранности здоровья, восстановления сил и энергии, которая расходуется при выполнении любой работы. Продолжительность сна зависит от возраста, рода занятий, индивидуальных особенностей нервной системы человека, его образа жизни и других факторов. Потребность во сне у здоровых взрослых людей обычно составляет 6-8 часов в сутки, а пожилых - до 9-10 часов. Ложиться спать и вставать рекомендуется в одно и то же время, а спать не менее 7-8 часов в сутки. Не следует перед сном плотно ужинать, пить кофе, крепкий чай, спиртные напитки, курить. Перед сном показаны теплые водные процедуры - обтирание теплой водой, теплый кратковременный душ и обмывание теплой водой.

Закаливание

Если разделить пожилых людей, любителей закаливания в ледяной ванне по возрасту, то получатся примерно две равные части: одна до 40 лет, вторая за 40, то есть значительная часть моржей занимается плаванием в зрелом и пожилом возрасте, а значит, методика закаливания пожилых людей должна иметь возрастные особенности, с которыми уже нельзя не считаться. Остановлюсь кратко на этих особенностях.

Закаливание в пожилом возрасте следует проводить осторожно и при тщательном систематическом контроле, что связано с возрастным ослаблением адаптации к действию физических раздражителей и замедленным восстановлением физиологических функций после закалывающих процедур. Предпочтительны воздушные ванны в помещениях, на верандах, балконах, постепенное привыкание к прогулкам в облегченной одежде. Солнечные ванны лучше принимать под тентами или экранами. Занятия физическими упражнениями следует завершать обтиранием, обливанием или душем, а в теплое время года - купанием в открытом водоеме при температуре воды и воздуха не ниже 20 - 22 градусов. Режим закаливания должен быть установлен с учетом возраста, индивидуальных особенностей и состояния здоровья. В случае появления признаков заболевания закаливание временно прекращают, после выздоровления следует возобновить его с начального периода.

Главными врагами второй половины жизни человека считаются атеросклероз, артериальная гипертензия, другие сердечно-сосудистые заболевания. Претерпевают изменения нервная, эндокринная системы, опорно-двигательный аппарат. Уменьшается способность к движениям, требующим сложной координации. Кости становятся хрупкими и ломкими. Уменьшается подвижность суставов - понижается эластичность связочного аппарата. Сокращаются толщина и сила мышц, ухудшается их кровоснабжение, так как часть капилляров перестает функционировать. Замедляется мышечная реакция на раздражения, развиваются атрофические явления. Все это приводит к уменьшению

амплитуды и скорости движений, к утрате ловкости, хотя выносливость к умеренной нагрузке сохраняется.

Вместе с тем замечено, что ледяная вода особенно полезна людям, перешагнувшим сорокалетний рубеж. Видимо, в этом возрасте организм больше нуждается в мобилизации еще не истраченных резервных сил, в активизации работы клеток. Люди зрелого и пожилого возраста, начав зимние купания, преображаются на глазах, переживая, как они говорят, вторую молодость. Естественно, что чем старше возраст, тем меньше могут быть рекомендованы околопредельные холодовые нагрузки.

Одним из признаков старения является постепенное ухудшение обмена веществ, что приводит к излишней полноте, повышению кровяного давления, создающего потенциальную опасность разрыва стенок сосудов в связи с изменением их эластичности. Зимнее плавание также сопровождается кратковременным повышением кровяного давления. Поэтому при проведении процедур закаливания пожилых людей, особенно страдающих гипертонической болезнью, следует быть осторожными в отношении холодовых доз. Их лучше уменьшить, чем зависить. Почаще нужно консультироваться с физкультурным или лечащим врачом.

В пожилом возрасте сердечно-сосудистая система хуже приспособляется к быстрым изменениям физических нагрузок. Поэтому в гимнастических упражнениях при разминке перед плаванием и в общефизической подготовке следует избегать скоростных и силовых упражнений, резких изменений положения тела, поскольку большие физические нагрузки опять-таки сопровождаются повышением кровяного давления. И наоборот, систематические посильные физические упражнения с простой координацией, небольшими скоростями и умеренные холодовые нагрузки при закаливании поддерживают жизненную активность и высокую работоспособность пожилых людей.

Для людей пожилого возраста более подходят упражнения с умеренными силовыми нагрузками. Продолжительность процедур закаливания пожилых людей путем плавания в ледяной воде следует ограничить средними и слабыми дозами, а продолжительность подготовки к зимнему плаванию увеличить в полтора-два раза по сравнению с людьми среднего возраста. Регулярность занятий и постепенность усиления закаливающих процедур, а также сочетание закаливания с общеразвивающими физическими упражнениями, соблюдением гигиенического режима и рационального питания являются непременным условием и залогом успеха занятий пожилых людей. Вместе с тем правильно построенные занятия многим помогли затормозить процесс преждевременного увядания, отодвинуть болезни, сохранить здоровье до глубокой старости. Кто-то сказал: "Если человек сохраняет в себе способность удивляться и узнавать новое, для него и с годами не тускнеют краски жизни и искусства". К пожилым "моржам" это высказывание относится в полной мере.

Ученые считают, что в человеческом организме существуют "часы старения" - генетическая программа, предусматривающая неизбежность старения и смерти и определяющая темпы этого процесса. Вместе с тем они полагают, что в этот процесс можно вмешаться в интересах людей. По мнению доктора Л. Хейфлика (США), "часы старения" спрятаны в ядре каждой клетки организма. В связи с этим нелишне вновь вспомнить слова И. П. Павлова о купании в проруби, вызывающем встряску клеток как "полезнейшую для организма штуку".

Замедление темпа старения в пределах отпущенного генетической программой срока, продление активной физической, духовной и творческой жизни - важная задача человека в преклонном возрасте, и решение ее следует искать в труде, в занятиях в группах здоровья, в закаливании.

Эталон ответа на билет № 12

1. У здорового ребенка кожа гладкая, бархатистая, розового цвета, она хорошо кровоснабжается за счет развитой капиллярной сети, кровеносные сосуды широкие, легко проницаемы.

Функции кожи.

В виду морфологической незрелости кожи ее **защитная функция** недостаточна - кожа чрезвычайно ранима, доступна вредному воздействию химических раздражителей, легко инфицируется, часто является входными воротами инфекции. Поэтому при уходе за ребенком необходимо соблюдать строжайшую чистоту, избегать применения в раннем возрасте мазей, содержащих раздражающие и легко всасывающиеся вещества.

Несовершенна **теплорегуляторная функция кожи**, вследствие недостаточного развития терморегулирующей функции ЦНС и интенсивной отдачи через кожную поверхность тепла и влаги. Дети 1-го года жизни плохо удерживают постоянную температуру тела: ребенок легко перегревается и переохлаждается. В терморегуляции организма участвуют потовые железы. Однако в первые дни жизни из-за незрелости потогонительных центров головного мозга они не функционируют, их протоки слабо развиты, а просветы закрыты эпителиальными клетками. Потоотделение начинается с 3 - 4 месяцев и появляется при более высокой температуре.

Выделительная функция кожи достаточно развита благодаря тонкому эпидермису, хорошему кровообращению и относительно большой поверхности кожных покровов.

Дыхательная функция в раннем возрасте имеет более существенное значение, чем у взрослых. Полноценное функционирование кожи как органа дыхания может быть обеспечено только при тщательном уходе за ребенком с регулярным проведением, гигиенических ванн.

Волосной покров на голове новорожденного обычно хорошо развит, но из-за отсутствия сердцевин, волосы очень мягкие. Через 6-8 недель они выпадают и заменяются новыми.

Подкожно - жировая клетчатка у доношенных детей хорошо развита и интенсивно нарастает в первые 6 месяцев жизни. У новорожденных она лучше выражена на щеках, верхних и нижних конечностях и хуже на животе. Нарастание массы жировой ткани на 1-м году жизни идет за счет увеличения числа жировых клеток. Поэтому систематическое перекармливание грудных детей может привести в дальнейшем к стойкому и выраженному ожирению.

2. Гормональный метод.

По классификации различают:

- комбинированные эстроген-гестагенные препараты (моно- и монофазные);
- некомбинированные – мини-пили (прогестагены);
- инъекционные (продолжительные) гормональные контрацептивы;
- подкожные имплантанты.

Механизм контрацептивного действия - подавление овуляции или ее предотвращение.

Показания: период лактации, старший репродуктивный возраст, наличие противопоказаний к применению эстрагенов, ожирение.

При использовании гормональных контрацептивов необходимо исключить активное курение.

Необходимо строго соблюдать режим приема препаратов.

Монофазные контрацептивы - количество таблеток в упаковке - 21 (диане-35, ригевидон, марвелон).

Многофазные (трирегол, триквилар, синфазе).

Мини-пили содержат микродозы прогестагенов (континуин, микропор, оврет). Препарат применяют в непрерывном режиме, начиная с первого дня менструального цикла.

Инъекционные (пролонгированные) препараты (Депо Провера-150) подавляют овуляцию, воздействуя на систему гипоталамус - гипофиз. Обычная доза - 150 мг внутримышечно каждые 3 месяца на пятый день менструального цикла.

Подкожные имплантаты (норплант, нор-плант-2) - длительно действующее и эффективное средство. Шесть гибких имплантантов из силиконовой резины имплантируют под кожу плеча женщины.

3. Личная гигиена

Для пожилого человека очень важно соблюдать правила личной гигиены. Гигиеническую ванну или душ принимают от 2 до 7 раз в неделю. Купания 1-2 раза в неделю. Рекомендуется использование мыла с высоким содержанием жира, для профилактики сухости кожи и зуда. Рекомендуется использование крема для уменьшения сухости кожи.

После мытья необходимо тщательно вытирать кожу, промокая ее, особенно в местах сгибов конечностей. Если кожа слишком сухая, надо смазать ее увлажняющим кремом. Подмывание теплой водой следует производить ежедневно, а также после каждого стула.

Чистить зубы необходимо 2 раза в день: утром до завтрака и вечером перед сном не менее 3 мин, перемещая щетку в горизонтальном и вертикальном направлениях. Чаше надо менять зубную щетку и чем меньше головка щетки, тем она удобнее.

Пользуйтесь зубной пастой, содержащей фтор, противокариозным действием обладают пасты «Жемчуг», «Новый жемчуг», «Фтородент» и некоторые другие.

Не допускайте образования зубного налета, своевременно удаляйте остатки пищи между зубами. После приема пищи полоскать рот теплой кипяченой водой.

Пища должна быть разнообразной, содержать все необходимые питательные вещества, витамины, микроэлементы.

Сладости надо есть реже, для сохранения зубов особенно большое значение имеют витамины D, C, A. Если в пище их недостаточно, что бывает в зимнее время и особенно ранней весной, нужно употреблять препараты этих витаминов.

Чтобы не царапать эмаль, нельзя ковырять в зубах твердыми и острыми предметами – булавками, иглами.

Надо постоянно заботиться о чистоте полости рта. Все больные зубы должны быть вылечены, неизлечимые зубы и корни удалены, отложения зубного камня сняты. Отсутствующие зубы должны быть замещены зубным протезом.

Правильный уход за зубными протезами очень важен для здорового состояния слизистой оболочки полости рта.

Необходимо поддерживать чистоту десен, ежедневно споласкивая ротовую полость стаканом теплой воды с растворенной в ней 1 ч. л. соли.

Правильный уход за ногами важен в любом возрасте, но для пожилых людей он имеет особое значение. Несоблюдение правил гигиены может отрицательно отразиться на их способности к передвижению, а она играет решающую роль в поддержании активного и самостоятельного образа жизни. Пренебрежение правилами ухода за ногами может привести к неприятным ощущениям и болям, а в более серьезных случаях – к неспособности передвигаться без посторонней помощи. Большинство осложнений возникают из-за несоответствия стопы той обуви, которую предпочитали носить в молодом возрасте, и нарушения правил гигиены. При выполнении повседневной работы для улучшения кровообращения в стопах следует ставить ноги на невысокую скамеечку. Это касается как пожилых людей, так и молодых.

Чтобы предотвратить грибковые инфекции, тщательно мойте и вытирайте ноги. Рекомендуется использовать тальк или пудру. Используйте крем для ног, чтобы не допустить высыхания кожи. На сухой коже часто образуются трещины, борьба с которыми – нелегкое дело. Стопы следует смазывать кремом 1–2 раза в день после душа. Сухую кожу удаляют при помощи специальных пилок. Это делают раз в неделю в душе или после него, затем кожу смазывают кремом. Людям с повышенной потливостью следует отказаться от синтетики и носить обувь, носки, колготки из натуральных материалов.

Подстригание ногтей: с годами ногти человека становятся толще, и подстричь их оказывается труднее, чем в молодом возрасте. Дополнительные трудности возникают в связи с ухудшением зрения и тем, что до ногтя не так-то легко дотянуться. Это должны делать члены семьи. Неправильное подстригание ногтей и ношение тесной обуви приводят к т. н. «вросшим ногтям».

Обувь выбирают по стопе. Не рекомендуют носить обувь без задника и домашние тапочки, не обеспечивающие должную поддержку стопы.

Носки лучше взять хлопчатобумажные или шерстяные. Синтетические волокна задерживают пот, а это способствует появлению грибка. Грибки развиваются в темных и влажных местах. Стопы при несоблюдении гигиены представляют отличную среду для размножения и, поэтому необходимо поддерживать чистоту стоп и периодически присыпать пудрой или смазывать спиртом промежутки между пальцами. Грибки способны привести к появлению грибков под ногтями. Соблюдайте гигиену: хотя бы раз в день мойте ноги и носите проветриваемую обувь.

Необходимо следить за тем, чтобы туфли были достаточно просторными. У людей, страдающих нарушением кровообращения в стопах или отсутствием чувствительности в них, тесная обувь может вызвать более серьезные последствия, в частности возникновение язв, а в некоторых случаях – гангрену.

Ежедневно мойте ноги. Чаще меняйте обувь и носки для избавления от неприятного запаха. Если обувь можно мыть, делайте это тщательно. Чаще меняйте стельки. Пользуйтесь дезодорантом.

Основным индивидуальным мероприятием, помогающим предупредить заболевания глаз в пожилом возрасте и ослабление зрения, является соблюдение правил гигиены. Одно из главных требований гигиены зрения – правильное освещение. Наилучшее и самое полезное для глаз освещение дает отраженный солнечный свет. Прямой свет солнца пожилым людям не рекомендован, он вызывает неприятные ощущения в глазах и действует несколько возбуждающе и раздражающе. Для защиты от прямого света окна следует занавешивать шторами. Если дневного света недостаточно, надо дополнять его искусственным.

Следующий важный фактор как общей гигиены, так и гигиены зрения – правильная посадка, удобное, спокойное положение тела, не вызывающее утомления. Книгу, газету, тетрадь надо держать на расстоянии 35–40 см от глаз.

Для того чтобы дать мозгу и глазам отдых, работу следует прерывать на несколько минут каждые 1–1,5 ч.

Иногда обстоятельства вынуждают читать лежа. Например, при выздоровлении после тяжелой болезни. При соблюдении известных условий это можно делать без особого вреда для зрения. Нужно читать не слишком долго, почаще отдыхать, не запрокидывать голову, а класть ее на высоко приподнятую подушку. Лампу следует поместить так, чтобы она хорошо освещала книгу или газету, но не светила прямо в глаза.

Ночной и дневной сон

В жизни людей пожилого и старческого возраста большое значение имеет вентиляция помещения. Старики более чувствительны к холоду, сквознякам. У стариков подкожная клетчатка развита хуже, чем у молодых. Все это обуславливает зябкость, плохую переносимость низкой температуры. Оптимальной температурой помещения для лежачего больного является 20 °С, для соблюдающего нестрогий постельный режим или непостельного больного – 22-23 °С.

Нарушение сна — частая жалоба людей пожилого и старческого возраста. Трудность засыпания, недостаточный сон, а также беспокойный сон с частыми пробуждениями - такие жалобы можно услышать и от нормально стареющих. Эти нарушения отражают возрастные изменения физиологии сна и могут быть связаны с тревожными состояниями. Структура сна и потребность в нем изменяются в разные периоды жизни человека. При нормальном старении потребность в сне составляет 8-9 ч. Некоторые люди пожилого и старческого возраста чувствуют себя удовлетворительно и хорошо после ночного сна в

течение 6-7 ч. Структура сна изменяется - четвертая стадия сна, то есть глубокий сон, фактически исчезает, период засыпания становится более продолжительным. Эти изменения еще более выражены у лиц с церебральными нарушениями. Жалобы на недостаточный сон часто объясняются тем, что старый человек спит много днем и потребность в ночном сне снижается.

Советы пожилому и старому человеку:

- Старый человек должен засыпать в тишине
- Постель должна быть твердая, мало прогибающаяся под влиянием массы тела
- Температура воздуха в комнате 18-22*С
- Воздух в комнате должен быть чистым, комната хорошо проветренной, лучше всего спать с открытой форточкой
- Одеяло должно быть легким и теплым, не подвернутое под матрац и дающее возможность удобно укутать ноги
- Последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 4 ч. до сна, перед сном лучше выпить стакан кефира. Не рекомендуется перед сном есть сладости, есть шоколад.
- Перед сном рекомендуется недлительная прогулка или даже ходьба по коридору.

Эталон ответов на билет № 13

1. Недоношенный новорожденный - это ребенок родившийся на сроке беременности 28-37 недель, имеющий внешние признаки недоношенности, функционально незрелый, имеющий оценку по шкале Апгар менее 8 баллов.

Причины невынашивания беременности.

1. Социально - экономические:

- отсутствие или плохое качество медицинской помощи;
- плохое питание;
- тяжелая физическая работа;
- вредные привычки;
- психические и физические травмы.

2. Социально - биологические:

- первые роды у женщины моложе 16 лет и старше 40 лет;
- физическая и психическая незрелость матери;
- предыдущие аборт;
- аномалии развития матки;
- воспалительные процессы;
- врожденный порок сердца.

3. Клинические:

а) причины, связанные с матерью:

- осложнения предыдущей беременности (мертворождаемость);
- осложнения настоящей беременности (кровотечения, токсикозы);

б) причины, связанные с плодом:

- многоводная беременность;
- пороки развития.

2. Химический метод - спермициды выпускают в виде гелей, пены, кремов, свечей, паст: грамицидиновая паста, «Фарматекс» (свечи, крем, вагинальные табл.) «Стерилин» (вагинальные свечи)

Большинство этих препаратов не только обеспечивают контрацептивный эффект, но и защищает от половых инфекций. Однако, спермициды стоят далеко не на первом месте по степени надежности, предлагая нам максимум 80% гарантии. Принцип действия химических препаратов основан на веществе, убивающем сперматозоиды и препятствующем проникновению их в матку. Все спермициды – это

кислоты, поэтому регулярно используя данный метод, можно убить и полезную микрофлору влагалища и вызвать дисбактериоз.

Но для случайных половых контактов (в сочетании с презервативом) это самый идеальный вариант - надежная защита от инфекций и предохранение от беременности. Препараты обладают эффектом искусственной смазки, не имеют вкуса и запаха, удобны в применении

Преимущества спермицидов:

- Свечами, кремами и другими спермицидами могут пользоваться женщины любого возраста, в том числе во время лактации, сразу после родов или хирургических вмешательств.
- В некоторой степени спермициды предохраняют от заболеваний, передающихся половым путем. Однако не следует надеяться, что они защитят от СПИДа и других серьезных заболеваний.
- Спермициды хорошо сочетаются с барьерными видами контрацепции (презерватив, колпачок и т.д.)
- Создают дополнительную смазку, просты в использовании и доступны.

Недостатки спермицидов:

- После введения следует выждать 15-минутный интервал, пока средство полностью не растворится во влагалище
- Нельзя использовать мыло для гигиены половых органов до и после полового акта, поскольку это может разрушить кислотную среду и свести на нет контрацептивный эффект. С душем следует повременить 6-8 часов.
- При повторном акте требуется новое введение препарата, даже если не прошло и часа после первого введения.
- В отдельных случаях спермициды могут вызвать аллергию, зуд, раздражение и другие неприятные ощущения во влагалище.

3. Пожилему человеку необходим двигательный режим. В нашем теле около 500 мышц, составляющих почти половину веса тела. Если человек мало двигается, то из жизни выключается половина его мышц. Бездействие мышц и опорно-двигательного аппарата приводит к нарушению обмена веществ, болезням и тугоподвижности суставов, появлению признаков их недостаточности. В организме развиваются застойные явления, замедляется ток крови в сосудах, страдают от недостатка кровоснабжения важнейшие органы и ткани. Все больше расширяются границы возрастных групп, занимающихся физкультурой. Человек может и должен заниматься физкультурой начиная с грудного возраста и кончая глубокой старостью.

В пожилом возрасте ослабевает мышечный тонус. Это ведет к ухудшению обмена веществ, уменьшению поясничного изгиба позвоночника, а со временем - к наступлению ограничения подвижности не только позвоночника, но и суставов. Мышечные движения благотворно влияют на деятельность мозга, на дыхательную систему: укрепляя дыхательные мышцы, улучшают вентиляцию легких и увеличивают их жизненную емкость. Физические упражнения, изменяя характер общих и местных реакций организма, корректируют нарушение различных функций, систем и органов.

Занятия лечебной гимнастикой создают эмоциональный подъем, придают бодрость, они оказывают положительное действие на центральную нервную систему.

При занятиях гимнастикой повышается работоспособность, настроение улучшается, устраняются нарушения координации движения. Физическая нагрузка нормализует обмен веществ, в том числе и липидный.

Если человек вообще не занимался физической культурой, то в среднем возрасте надо начать с ходьбы. Во время ходьбы тренируются сердечно-сосудистая система и легкие, развиваются мышцы ног, разминаются суставы, уменьшается нагрузка на мышцы спины. Ходьба полезна и пожилым людям. Но в пожилом возрасте, прежде чем приступить к физическим упражнениям, нужно посоветоваться с врачом и начинать занятия под

наблюдением методиста по лечебной физкультуре. Время для ходьбы всегда можно найти. Не пользуйтесь лифтом, ходите по лестнице пешком. Ходите пешком на работу. Если ваша работа далеко от дома, выйдете из автобуса на две остановки раньше и прогуляйтесь по улице. Важно помнить, что ходьба должна быть быстрой, только тогда она будет иметь тренирующий эффект. Максимально допустимую нагрузку для своего возраста можно определить по частоте сердечных сокращений. После нагрузки частота сердечных сокращений должна составлять 80 % от цифры, равной 220 минус возраст.

Для более тренированных людей полезны занятия плаванием, футболом, теннисом, ходьба на лыжах, упражнения на растягивание мышц, силовые тренировки. Упражнениями на растягивание мышц и силовыми тренировками можно заниматься и дома.

Для сохранения молодости принцип растягивания может применяться к любой мышечной группе, однако для достижения хороших результатов необходима упругость мышц всего тела.

Эталон ответов на билет № 14

1. Недоношенный новорожденный – это ребенок, родившийся на сроке беременности 28-37 недель, имеющий внешние признаки недоношенности, функционально незрелый, имеющий оценку по шкале Апгар менее 8 баллов.

Признаки незрелости новорожденного.

1. Морфологические:

1. подкожно-жировой слой слабо развит или отсутствует;
2. кожа морщинистая, темно - красного цвета;
3. обильный пушок покрывает все тело;
4. открыт малый и нередко, боковые роднички;
5. ногти не доходят до края ногтевого ложа;
6. мозговая часть черепа преобладает над лицевой;
7. пупочное кольцо расположено ниже середины расстояния между мечевидным отростком и симфизом;
8. у девочек большие половые губы не прикрывают малые;
9. у мальчиков яички не опущены в мошонку.

2. Функциональные:

1. несовершенство терморегуляции;
2. несовершенство акта дыхания следствием, чего являются частые приступы апноэ (остановка дыхания). Особенно часто апноэ возникает в период кормления малыша.
3. слабость сосательного и глотательного рефлексов.

2. Внутриматочные средства (внутриматочная спираль - ВМС) – эффективный метод длительного и обратимого предохранения от беременности с помощью специальных средств, введенных в матку, считается оптимальным методом контрацепции для рожавших женщин, имеющих одного полового партнера.

Внутриматочные средства (ВМС) или, как их еще называют, спирали - это способ предохранения от нежелательной беременности с использованием специальных средств небольшого размера (18-35 мм), в виде спирали, кольца, Т-образных и V-образных, вводимых в полость матки. ВМС различаются не только по внешнему виду, но и по используемому материалу.

Преимущества: высокая эффективность.

Осложнения:

- нарушение менструального цикла;
- перфорация матки;
- инфицирование;
- воспаление придатков матки;
- выпадение из полости матки.

3. Здоровый образ жизни пожилого человека.

Пожилой возраст - время, когда естественным образом происходит смена суточных ритмов, и к этому следует быть готовым, однако помочь себе можно, если максимально упорядочить свою жизнь и придерживаться режима дня. Правильно организованный отдых улучшает настроение, вызывает удовлетворенность жизнью, придает сил и бодрости.

Рациональное и сбалансированное питание для пожилого человека является надежным средством профилактики.

Здоровый образ жизни пожилых людей предполагает разнообразный рацион и умеренное количество пищи, соответствующее потребностям человека соответствующего возраста.

В семьдесят лет количество потребляемой пищи должно быть процентов на двадцать пять меньше, чем в двадцать лет. Специалисты убедительно рекомендуют разумное ограничение в питании.

Исключительно важно не иметь лишнего веса тела. Стабильный вес тела в течение длительного времени – показатель нормального функционирования организма. В любом случае, один разгрузочный день в неделю, не повредит, а только простимулирует организм на хорошую работу.

Настоятельно рекомендуется в пожилом возрасте ограничить потребление мяса и жиров животного происхождения. Мяса не должно быть более пятисот граммов в неделю, при этом - нежирного, лучшим мясом является телятина. Сливочное масло ограничивается пятью граммами, только на бутерброд, а яйца – не более двух в неделю.

Потребление овощей и фруктов ограничивать не нужно. Очень полезны морепродукты. Употребление круп можно только приветствовать, особенно гречневой крупы. Известно, что кисломолочные продукты, прекрасная пища в любом возрасте, а для пожилых людей они полезны вдвойне.

С возрастом человек потребляет больше лекарств, поэтому очень важно учитывать при этом побочные эффекты, возникающие при увлечении лекарственным лечением и излишнем потреблении различных медицинских препаратов. Доза лекарств с возрастом должна уменьшаться.

Тонизирующие напитки, содержащие кофеин, имеют свои особенности. Кофеин регулирует процессы в коре головного мозга, усиливает положительные рефлексы, повышает давление, что благоприятно для лиц больных гипотонией. Но все хорошо в меру. Замечено, что злоупотребление напитками с кофеином, приводят к ишемической болезни сердца.

Здоровый образ жизни пожилых людей, как говорил известный хирург Н.М.Амосов, должен включать в себя физические нагрузки, ограничение в питании, закаливание и умение отдыхать. Не нужно забывать, что пятьдесят процентов нашего здоровья определяется образом жизни.

Эталон ответов на билет № 15

1. Недоношенный новорожденный – это ребенок, родившийся на сроке беременности 28-37 недель, имеющий внешние признаки недоношенности, функционально незрелый, имеющий оценку по шкале Апгар менее 8 баллов.

Анатомо - физиологические особенности недоношенных детей

Дыхание составляет 40-60 дых. движений в минуту, неравномерное по ритму и глубине, прерывается судорожными вдохами и паузами (апноэ) продолжительностью до 10 - 15 секунд, чаще наблюдается у глубоко недоношенных детей с поражением ЦНС.

Пульс 100 - 180 ударов в минуту, АД не превышает 60 - 70 мм рт ст.

Терморегуляция не совершенна, дети быстро охлаждаются и также быстро перегреваются.

Рефлексы сосания и глотания слаборазвиты. Имеется склонность к срыгиванию, рвоте, запорам. Отсутствие кашлевого рефлекса способствует аспирации пищи.

Из-за несовершенства иммунитета недоношенные дети склонны к инфекционным заболеваниям.

Своеобразны у недоношенных и пограничные физиологические состояния: более выражены и длительны физиологическая эритема, убыль первоначальной массы тела, желтуха.

Пуповинный остаток отпадает позже, чем у доношенных (на 5 - 7 день), пупочная ранка заживает к 12 - 15 дню.

Со стороны почек: суточный диурез к концу первой недели составляет 60 -140 мл, частота мочеиспусканий 8-15 раз в сутки.

2. Барьерный метод контрацепции – предохранение от нежелательной беременности путем препятствия попаданию спермы во влагалище или шейку матки механическим путем.

Основное преимущество - предотвращение не только зачатия, но и заболеваний, передающихся половым путем.

Недостатки и побочные эффекты презерватива: возможно снижение сексуального ощущения у одного или обоих партнеров; возможен разрыв презерватива.

Различают мужские (презервативы) и женские (диафрагмы, колпачки, контрацептивные губки) барьерные контрацептивы.

Презервативы эффективны при использовании во время каждого полового акта. Латексные презервативы не пропускают воду, воздух и микроорганизмы.

Диафрагма - конусообразная полусфера из резины или латекса с пружинящим ободком диаметром от 50 до 95 мм, она перегораживает влагалище.

Шеечные колпачки предназначены для закрытия шейки матки, имеют форму широкого наперстка до 31 мм.

Контрацептивные губки наиболее часто изготовлены из полиуретана, пропитанного спермицидным веществом.

3. Основные направления социальной защиты населения определены Федеральным Законом «Об основах социальной защиты населения в Российской Федерации» (1995г.):

— предоставление материальной помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, в виде денежных средств, продуктов питания и т.д., а также специальных транспортных средств, технических средств реабилитации инвалидов и лиц, нуждающихся в постороннем уходе;

— социальная защита на дому, которая осуществляется путем предоставления социальных услуг гражданам, нуждающимся в постоянном или временном нестационарном социальном обслуживании;

— социальная защита в стационарных учреждениях, осуществляемая путем предоставления социальных услуг гражданам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся в постоянном постороннем уходе, и обеспечивающее создание соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, проведение мероприятий медицинского, психологического, социального характера, питание, уход, а также организацию посильной трудовой деятельности, отдыха и досуга;

— предоставление временного приюта в специализированных учреждениях социальной защиты детям-сиротам, безнадзорным несовершеннолетним детям, гражданам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, гражданам без определенного места жительства, пострадавшим от психического или физического насилия и другим клиентам социальной службы, нуждающимся в предоставлении временного приюта;

— организация дневного пребывания в учреждениях социальной защиты с предоставлением социально-бытового, социально-медицинского и иного обслуживания сохранившим способность к самообслуживанию и активному передвижению гражданам

преклонного возраста и инвалидам, а также другим лицам, в том числе несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации;

— консультативная помощь по вопросам социально-бытового, социально-медицинского обеспечения жизнедеятельности, психолого-педагогической помощи, социально-правовой защиты;

— реабилитационные услуги лицам с ограниченными возможностями, несовершеннолетним правонарушителям, другим гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию и нуждающимся в профессиональной, психологической, социальной реабилитации

Помощь пожилым осуществляют органы социальной защиты населения через свои отделения, которые выявляют и ведут учет, осуществляют различные виды социальной поддержки, предлагают и обеспечивают платные услуги. Социальная защита осуществляется по решению органов социальной защиты населения в подведомственных им учреждениях либо по договорам, заключаемым органами социальной защиты с учреждением социальной защиты иных форм собственности.

Функцию социальной защиты и помощи выполняют и следующие учреждения:

- дома-интернаты;
- отделения дневного и ночного пребывания;
- специальные дома для одиноких престарелых;
- больницы и отделения для хронических больных;
- стационары различного типа;
- территориальные центры социальной защиты;
- отделения социальной помощи на дому;
- геронтологические центры и т.д.

Социальная защита включает в себя всё то, что получает пожилой и нетрудоспособный человек за счёт общественных фондов потребления сверх пенсии. Общество в данном случае берёт на себя полностью либо частично расходы, связанные с оплатой стоимости услуг, предоставляемых пожилым и нетрудоспособным гражданам, нуждающимся в определённых видах социальной помощи. При этом в порядке социальной защиты удовлетворяются специфические потребности, характерные именно для данной категории граждан.

Эталон ответов на билет № 16

1. Проблема выхаживания недоношенных чрезвычайно сложна, так как дети еще не созрели для существования вне материнского организма. Для сохранения жизнеспособности недоношенных детей необходимо создать специальные условия, как и в момент рождения, так и в последующей адаптации.

Существует два этапа выхаживания:

1 этап. Обеспечение интенсивного ухода, лечения в род. доме.

Основная цель: сохранить жизнь ребенка. Не позднее 1 часа после рождения организовать транспортировку ребенка в отделение для новорожденных.

Домой из роддома выписываются здоровые дети массой тела при рождении более 2000 г, все остальные недоношенные переводятся в специализированное отделение для второго этапа выхаживания.

2 этап. Основным направлением работы специализированного отделения является лечебно - реабилитационное. Лечебные мероприятия направлены на ликвидацию гипоксии.

Особенности ухода

Недоношенных детей выхаживают с учетом физиологических особенностей: несовершенства терморегуляции, сниженной выносливости к пище, недостаточной сопротивляемости к инфекции, незрелости органов и систем.

Необходимо создать комфортные микроклиматические условия. Температура в палате должна составлять 24 - 26С, влажность 60%.

В первые дни и недели жизни глубоко недоношенные дети или дети в тяжелом состоянии выхаживаются в кувезах. В них поддерживается температура 32 -36* С, влажность воздуха в первые сутки составляет 90%, затем 60 - 55%; концентрация увлажненного кислорода около 30%. Оптимальным температурным режимом является режим, при котором удается поддерживать температуру тела в пределах 36,5 – 37* С.

При выполнении процедур применяют лампы лучистого тепла.

Вскармливание недоношенных детей имеет ряд особенностей. Они обусловлены высокой потребностью ребенка в питательных веществах, незрелостью ЖКТ.

Время первого кормления ребенка определяется индивидуально. В зависимости от тяжести состояния недоношенных детей кормят грудью, ложечкой или через зонд. Частота приема пищи зависит от способа питания, способности ребенка удерживать молоко и активности сосания.

Дети со слабым сосательным и отсутствием глотательного рефлексов получают молоко через желудочный зонд. Частота кормления через зонд обычно составляет 7-8 раз в сутки.

Дети с глотательным рефлексом и слабо выраженным сосательным рефлексом кормят с ложечки.

По мере улучшения общего состояния и появления сосательного рефлекса ребенка прикладывают к груди.

Количество пищи на одно кормление в первый день жизни обычно составляет 5 - 10 мл молока;

2 - ой день 10 -15 мл.

3 - ий день 15-20 мл.

Суточное количество пищи в первые 10 дней жизни можно рассчитать по формуле

Ромеля: $(10+n)*M: 100$

n - число дней жизни

M масса тела в граммах.

2. Классификация абортот:

- самопроизвольный, который происходит без внешних воздействий, если самопроизвольных абортов было несколько, то это привычный аборт
- ранний аборт – до 12 и поздний аборт – от 12 нед. до 28 нед.
- искусственный аборт – может быть медицинский аборт по желанию женщины, проводится в сроке до 12 нед. и по медицинским показаниям в сроке до 28 нед.
- криминальный аборт – выполняется лицом, не имеющим права на производство абортов или аборт, производится вне лечебного учреждения.

3. Правила медикаментозной терапии лиц пожилого возраста:

1. В пожилом возрасте выше опасность побочного действия лекарственных препаратов. Необходимо постоянно помнить «не применяй лекарства, если возможна другая терапия»
2. Токсические лекарственные реакции протекают тяжелее.
3. При выявлении множественной патологии следует вначале организовать лечение основного, наиболее опасного заболевания; при лечении необходимо предупреждать полипрагмазию, использовать более простые способы приема лекарств.
4. Учитывать высокий риск побочных реакций, следует при возможности начинать лечение с наименее опасных медикаментов в малых дозировках, постепенно повышая их. Требуется индивидуализация лечения, подбор оптимальных для данного больного доз лекарственных препаратов. Использовать правила малых доз.
5. Сочетанное название медикаментов должно обеспечивать предупреждение токсического воздействия и усиление эффективности малых доз.
6. Антибиотики и а/бактериальные препараты назначаются в обычных дозах, согласно общим правилам.

7. На характер действия лекарств оказывает характер пищи и водный режим. Должен быть контроль за потреблением жидкости и выделением мочи. Старые люди потребляют мало жидкости, что может способствовать развитию лекарственных интоксикации.

8. Длительный прием многих препаратов ведет к привыканию и повышению их дозировок, увеличивает опасность их интоксикации. Нужна частая замена лекарств, перерывы в их приеме.

9. Врожденная и приобретенная специфическая реактивность, как и медикаментозная аллергия, могут наблюдаться в любом возрасте.

10. Специфические гериатрические препараты используются в целях профилактики и лечения преждевременного старения и могут сочетаться с рядом других лекарственных препаратов.

Необходимо иметь в виду психологические особенности больного, затрудняющие его активное участие в лечении (забывчивость, недостаточная внимательность, неадекватность в реакциях). Для этого рекомендуется:

- Применение одного или двукратного приема препаратов в течении дня.
- Подбором лекарственной формы, наиболее приемлемой для больного. Рекомендуется назначение таблетированных лекарственных препаратов, т. к. жидкие лекарственные формы могут быть неверно дозированы пожилыми пациентами с нарушенной координацией движений, плохим зрением, плохой памятью; ингаляционный путь введения т. к. может вызвать трудности у пожилых и старых пациентов.
- Тщательным инструктированием пациента и его попечителей, подробными записями, объяснениями.
- Ясным назначением места, где хранятся лекарства, специальными этикетками.
- Предложением вести дневник или календарь во время лечения, в которых записывать характеристику новых ощущений, связанных с лечением.

Эталон ответов на билет № 17

1. Естественным называется такое вскармливание, при котором ребенок первого полугодия жизни получает весь суточный объем питания в виде женского молока непосредственно из груди матери.

Преимущества естественного вскармливания:

1. Женское молоко по составу оптимально сбалансировано по питательным веществам, их составу и калорийности для растущего организма ребёнка.

Белок. Количество белка в три раза меньше, чем в коровьем молоке. По структуре он близок к клеткам ребёнка и представлен в основном мелкодисперсными фракциями (альбумины), что обеспечивает створаживание молока в желудке более мелкими хлопьями и облегчает усвоение. Женское молоко содержит уникальную аминокислоту таурин, которая обладает нейроактивными свойствами. Отсутствие таурина приводит к запоздалому развитию ЦНС.

Жиры. Количество жира в женском и коровьем молоке практически одинаково, имеется значительная разница в его составе – в грудном молоке в несколько раз больше легко усвояемых ненасыщенных жирных кислот. Кроме того, в нём содержится фермент липаза, который начинает расщепление жиров в желудке, что стимулирует появление активной кислотности в желудке, эвакуаторной его функции, и более раннему выделению панкреатического сока.

Углеводы. Содержатся в женском молоке в относительно большем количестве. На 90% они состоят из В-лактозы, которая стимулирует рост нормальной флоры кишечника с преобладанием бифидобактерий. Кроме того она участвует в синтезе витаминов гр. В.

Микроэлементы. Их содержание и соотношение соответствуют потребностям ребёнка. Концентрация кальция и фосфора ниже, чем в коровьем, но они легче усваиваются. Поэтому дети на естественном вскармливании реже и легче болеют рахитом. Другие микроэлементы (натрий, магний, хлор, железо и др.) содержатся в меньшем количестве,

- но в форме значительно лучшей для усвоения.
2. Иммунобиологическая защита. Женское молоко, особенно молозиво, очень богато иммуноглобулинами, которые играют основную роль в местном иммунитете ЖКТ. Лейкоциты женского молока синтезируют интерферон, обеспечивающий защиту от вирусных инфекций. В его состав входит антибиотик лактофелин – защита от бактерий.
 3. Женское молоко отличается высоким содержанием витаминов и их высокой активностью. В частности, это относится к витамину D, что важно для профилактики рахита.
 4. Женское молоко полностью лишено антигенных свойств, что снижает появление у ребёнка аллергических реакций.
 5. Состав женского молока меняется при наличии внутриутробно возникших заболеваний. Это рассматривается как компенсаторная реакция на развитие патологии плода.
 6. При искусственном вскармливании желудочная секреция увеличивается в 5 раз, что приводит к нарушению хода созревания и в дальнейшем способствует развитию заболеваний ЖКТ.
 7. Молочные железы матери, как и плацента, являются мощнейшим барьером для микроорганизмов, солей тяжёлых металлов и других вредных веществ.
 8. Вскармливание грудью способствует формированию взаимосвязи матери и ребёнка, что значительно влияет на психическое развитие ребёнка и процессы заживления у матери.

2. Классификация по клиническому течению самопроизвольного аборта:

1 степень – угрожающий самопроизвольный аборт.

Клиника: ноющие боли внизу живота, выделений нет или скудные мажущие выделения.

2 степень – начавшийся самопроизвольный аборт.

3 степень – аборт в ходу.

Клиника: сильные схваткообразные боли внизу живота и поясницы, сильное кровотечение, острая анемия, геморрагический шок.

4 степень

- полный самопроизвольный аборт, при котором плодное яйцо рождается полностью, матка хорошо сокращается, кровотечение незначительное.

- при неполном самопроизвольном аборте в матке остаются частички оболочек, но она плохо сокращается и кровотечение продолжается.

3. Реабилитация - это процесс восстановления нарушенных функций организма, приводящий человека к улучшению жизнедеятельности и максимальной независимости от окружающих.

Целью реабилитации является ограничение или преодоление физической и экономической зависимости с тем, чтобы отдельное лицо, (отдельный человек) могло вернуться к тому, что Рабочей группой названо естественной (эмоциональной) зависимостью.

В реабилитации участвуют приспособительные и компенсаторные механизмы, обеспечивая динамический процесс, при котором происходит возврат к прежнему состоянию в клиническом, социальном и психологическом аспекте, или приспособление к условиям существования. Таким образом, реабилитация - преодоление дефекта, адаптация - приспособление к этому дефекту.

Гериатрическая реабилитация - раздел реабилитологии, направленный на сохранение, поддержание, восстановление функционирования пожилых и старых людей и стремящийся к достижению их независимости, улучшению качества жизни, эмоционального благополучия.

В гериатрической реабилитации недопустимо разделение различных аспектов реабилитации на медицинскую, психологическую, социальную и т. д. Пожилой человек - целостный индивидуум, подверженный действию целого ряда неблагоприятных факторов, поэтому его физическое, психическое, социальное и экономическое благополучие тесно взаимосвязаны.

ВОЗ рекомендует рассматривать пять основных аспектов оценки функционального состояния пожилых:

- 1) повседневная деятельность;
- 2) физическое здоровье;
- 3) психическое здоровье;
- 4) социальный статус;
- 5) экономический статус.

Ибо именно функциональное состояние, а не диагноз, указывает, может ли пожилой человек жить независимо и достойно!

Поэтому гериатрическая реабилитация должна проводиться не только службами здравоохранения, но и службами социальной защиты, психологической помощи и т. д. По данным Д.В. Овералл, группа населения в возрасте 75 лет и старше сталкивается со следующими проблемами: ходьба и подъем по лестнице; самообслуживание; нарушение ясности зрения; недержание мочи; нарушение интеллектуальных функций.

Кроме того, пожилые в большей степени подвержены резким изменениям окружающей среды, чем молодые. Люди преклонного возраста более чувствительны к холоду.

Принципиально важным моментом гериатрической реабилитации является выявление так называемой группы риска.

К ней относятся:

- лица в возрасте 80-90 лет и старше;
- одинокие престарелые (семья из одного человека);
- престарелые женщины, особенно одинокие и вдовы;
- изолированно живущие престарелые пары;
- бездетные престарелые;
- пожилые люди, страдающие тяжелыми заболеваниями и физическими недостатками;
- пожилые люди, вынужденные жить на минимальное государственное или социальное пособие (или на какие-то незначительные средства).

Выделенные группы риска пожилых, подлежащие реабилитации, существенно важны, так как не все пожилые и старые нуждаются в каком-либо виде реабилитации. Например, по данным ВОЗ, только 1 % лиц моложе 65 лет нетрудоспособен. Хотя с выходом на пенсию большинство людей лишаются право работать, по крайней мере, заниматься прежним трудом.

Эталон ответов на билет № 18

1. Искусственным называют такое вскармливание, при котором грудное молоко или полностью отсутствует, или доля его составляет менее 1/5 суточного рациона.

Основным показанием к переводу ребенка на искусственное и смешанное вскармливание является гипогалактия, частота которых в последние годы существенно возросла.

При отсутствии женского молока могут быть назначены его заменители – адаптированные к женскому молоку смеси. Неадаптированные простые смеси в настоящее время утратили свое значение.

Иногда грудное кормление противопоказано. Это может быть обусловлено состоянием матери или ребенка. Противопоказания к грудному вскармливанию со стороны матери включают почечную, сердечную недостаточность, злокачественные опухоли, тяжелые болезни крови, тяжелые инфекционные заболевания (такие как туберкулез, менингит, дифтерия, столбняк и др.).

Ребенка не прикладывают к груди при тяжелой внутричерепной родовой травме, дыхательной, сердечной недостаточности, глубокой недоношенности с отсутствием сосательного и глотательного рефлексов, гемолитической болезни новорожденного (если в молоке матери обнаруживаются антитела в высоком титре), наследственных нарушениях обмена веществ (фенилкетонурии, галактоземии и др.). Все эти состояния

относятся к абсолютным противопоказаниям. Относительным противопоказанием служит мастит у матери. При серозном характере воспаления разрешается кормление из здоровой грудной железы. При гнойном мастите грудное кормление полностью прекращается.

2. Оплодотворение — процесс соединения мужской и женской половых клеток. Оно происходит в ампулярной части маточной трубы. С этого момента начинается беременность.

Миграция оплодотворенного яйца

Оплодотворенное дробящееся яйцо продвигается по трубе в сторону матки и на 6-8-ой день достигает ее полости. Продвижению яйца способствуют перистальтические сокращения маточных труб, а также мерцание ресничек эпителия.

Имплантация оплодотворенного яйца

Слизистая оболочка матки ко времени попадания в полость матки оплодотворенного яйца резко утолщенная и рыхлая. В эндометрии вследствие влияния гормона желтого тела накапливается гликоген. Слизистая оболочка матки во время беременности называется децидуальной, или отпадающей оболочкой. Оплодотворенное яйцо, наружный слой которого представляет собой трофобласт, благодаря наличию протеолитических ферментов расплавляет децидуальную оболочку, погружается в ее толщу и прививается.

3. В первую очередь людям пожилого возраста требуется медицинская помощь и реабилитация, так как в силу естественного старения организма с возрастом проявляется ряд хронических заболеваний.

Под **медицинской реабилитацией** в применении к пожилым людям следует понимать комплекс, прежде всего, лечебных мероприятий, направленных на поддержание физиологических функций организма, а в случае возникновения заболевания - их восстановление с тем, чтобы обеспечить условия для адаптации, реадaptации и возвращения к самостоятельной жизни. Этот аспект реабилитации, связанный в основном с лечебными мероприятиями, включает вопросы госпитализации, диспансерного наблюдения, организации рационального питания, двигательной активности и т.п. В комплекс мер медицинской реабилитации входят также физиотерапия, лечебная физкультура, трудотерапия, ортопедия, снабжение компенсирующими техническими средствами, бандажами, очками, слуховыми аппаратами, ортопедической обувью. Таким образом, в медицинской реабилитации заложены элементы и социальной, и социально-трудовой реабилитации.

Наиболее доступны для людей старшего возраста занятия физическими упражнениями, куда относятся: утренняя гимнастика, лечебная гимнастика, производственная гимнастика, дозированное использование элементов подвижных игр и некоторых видов спорта (плавание, лыжи, коньки, бадминтон).

Лечебная физкультура - одно из наиболее действенных направлений восстановительной терапии. Лечебную физкультуру под руководством врача или опытной медицинской сестры, методиста можно применять для лечения практически всех хронических заболеваний. Непременным условием, однако, является большая осторожность дозирования, строгий учет, как самочувствия больного, так и объективных показателей функционального состояния систем его организма, в первую очередь сердечно-сосудистой.

Другим видом физической реабилитации пожилых людей является массаж, наиболее широко применяется лечебный и гигиенический массаж, чаще всего в сочетании с лечебной физкультурой.

К физической реабилитации относятся и методы физиотерапии, но пожилым больным ее нужно назначать с большой осторожностью, в первую очередь оценивать состояние сердечно-сосудистой системы.

В гериатрической практике часто дают побочные или неадекватные реакции теплые процедуры, положительно зарекомендовали себя такие виды, как магнитотерапия, гальванизация, электрофорез. Большую осторожность нужно соблюдать при всех видах

водолечения, хотя большинство пожилых больных хорошо переносят хвойные, йодобромные, кислородные ванны, хуже углекислые и сульфидные. Большая нагрузка для пожилых - подводный массаж.

И, наконец, санаторно-курортное лечение, вопрос об этом лечении всегда решается индивидуально. Иногда, после тщательного обследования, больного направляют на курорт даже при противопоказаниях к применению основного лечебного фактора курорта с целью использования им других целебных воздействий. Например, больному противопоказаны сероводородные ванны данного курорта, но не противопоказана климатолечение ("солнце, воздух, и вода").

Важным отличием реабилитации является постоянная необходимость стимулирования больного к восстановлению утраченных функций, формированию оптимизма, к возможному улучшению состояния, выведению его из депрессии и восстановлению статуса пожилого человека в семье, на работе и в обществе. В реабилитации больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения с парезами или параличами, одно из важнейших правил - постепенная тренировка больного - не делать за больного того, что он может сделать сам! Нельзя больному постоянно помогать, так как он к этому привыкает и не делает попыток к самообслуживанию. Важным фактором восстановительной терапии является трудотерапия, осуществляемая с учетом медицинских показаний. Трудотерапия создает чувство удовлетворения и веры в свои силы.

Наиболее эффективно применение трудотерапии в стационарных учреждениях. Терапия занятостью - это лечение соматических и психиатрических нарушений специально подобранными видами деятельности с целью помощи людям максимально восстановить их функции во всех аспектах повседневной жизни. При поступлении в интернат каждый проживающий должен получить оценку физического и психического состояния, личных способностей и возможностей, профессиональных прошлых навыков и любимых занятий. Эту работу проводят специалисты - врач-психиатр или трудотерапевт, фельдшер, психолог. В дальнейшем необходимо контролировать (с отражением в документации) эффективность личного плана трудотерапии, вносить в него изменения. Бесполезно пытаться искусственно или насильственно проводить трудотерапию. Проживающие должны сами выбрать вид занятости.

Эталон ответов на билет № 19

1. Гипогалактия - это понижение секреторной способности молочных желез.

Различают раннюю гиполактию, развивающуюся в первые 10—14 дней; позднюю - в более поздние сроки. Гиполактия может быть первичной и вторичной. Первичная гиполактия обусловлена нейрогормональными расстройствами. Вторичная гиполактия встречается чаще. Ее возникновению способствуют недостаточный сон, неполноценное питание, нарушение правил грудного кормления, прием медикаментов (антибиотиков, диуретиков, барбитуратов, фуразолидона и др.), соматические и инфекционные заболевания матери.

Лактационные кризы — это уменьшение количества молока без внешних причин. Наблюдаются в первые 3 месяца лактации, иногда бывают через 6-8 месяцев, длительность транзиторной гиполактии - 3-4 дня, редко - 6-8 дней.

Профилактика. Как можно чаще прикладывать ребенка к груди, избегать нервных стрессов и психических нагрузок, принимать препараты, усиливающие лактацию, обеспечить хорошее питание с употреблением морковного сока, настоя из укропа, аниса и настоя из грецких орехов (1/2 стакана орехов заваривают 1/2 л кипящего молока в термосе и настаивают в течение 3-4 ч, настой принимают по 1/3 стакана за 20 мин до кормления ребенка грудью).

2. Беременность - физиологический процесс развития в женском организме оплодотворенной яйцеклетки; начинается с момента оплодотворения созревшей в яичнике

яйцеклетки сперматозоидом, продолжается 10 акушерских месяцев (40 недель или 280 дней).

Питание зародыша сначала осуществляется за счет желточного мешочка, потом он атрофируется и питание осуществляется за счет выроста из первичной кишки зародыша - аллантоиса. По нему идут сосуды к ворсистой оболочке, образуется вторичный хорион, образуется плацента, которая берет на себя все функции снабжения плода.

Плод окружен 3 оболочками:

- децидуальная (материнская) - образовалась из функционального слоя слизистой матки;

- хорион (ворсинчатая) - плодовая оболочка;

- амнион (водная) - плодовая оболочка. Эта оболочка представляет собой замкнутый мешок, в котором находится плод, окруженный околоплодными водами. Их к концу беременности 1-1,5 л. К водам примешиваются чешуйки, продукт сальных желез кожи и пушковые волосы плода. В состав вод входят белки, соли, мочевины, жир, сахар и гормоны.

Плацента

В конце 1-го месяца беременности плодное яйцо со всех сторон окружено ворсинами хориона, которые вначале не имеют сосудов. Постепенно происходит васкуляризация хориона: в его ворсины врастают сосуды зародыша. На 2-3-м месяце беременности начинается атрофия ворсин хориона на одном полюсе плодного яйца, обращенном в полость матки. На противоположном участке хориона, погруженном в слизистую оболочку, ворсины пышно разрастаются и в начале 4-го месяца превращаются в плаценту. Помимо ворсин хориона, составляющих основную массу плаценты, в ее формировании принимает участие децидуальная оболочка матки (материнская часть плаценты). Плацента выделяет в материнский организм сложный комплекс гормонов и биологически активных веществ. Особое значение имеет прогестерон, способствующий развитию и сохранению беременности. Для развития беременности большое значение имеют также эстрогенные гормоны: эстрадиол, эстриол и эстрон. К концу беременности плацента имеет диаметр 15-18 см, толщину 2-3 см и массу 500-600 г. В плаценте различают две поверхности: внутреннюю (плодовую) и наружную (материнскую). На плодовой поверхности, покрытой водной оболочкой, проходят сосуды, радиально расходящиеся от пуповины. Материнская поверхность состоит из 15-20 долек. Плацента осуществляет функцию обмена веществ между матерью и плодом, барьерную функцию, а также является мощной железой внутренней секреции. Материнская кровь изливается в межворсинчатое пространство и омывает ворсины хориона. Кровь матери и плода не смешивается.

Пуповина

Представляет собой шнуровидное образование, в котором проходят две артерии и одна вена. По артериям течет венозная кровь от плода к плаценте, по вене притекает к плоду артериальная кровь. Прикрепление пуповины может быть центральным, эксцентричным, краевым или оболочечным. Нормальная длина пуповины в среднем 50 см. Послед образуется из плаценты, пуповины, оболочек плода (амниона и хориона) и изгоняется из матки после рождения плода.

3. Психологическая составляющая включает в себя исследование психофизиологии, интеллектуально-мнестических, личностных особенностей и системы отношений пожилых людей с целью их восстановления, поддержания и коррекции. Также предусматривается консультативная работа с родственниками пациентов.

К принципам психокоррекционной работы можно отнести следующие:

- групповой подход;
- улучшение настроения;
- уменьшение тревоги;
- повышение самооценки;
- возможность самореализации;

- мотивация к социальной активности;
- повышение коммуникативных способностей;
- апатия в актуальном состоянии.

Учитывая психологические особенности пожилого и старческого возраста, предпочтение отдается групповым формам работы. Психологическая реабилитация при любых соматических заболеваниях направлена на различные уровни психической организации больного и психологические компоненты, включающиеся в этиопатогенез заболевания.

1. Воздействия на невротический компонент соматического заболевания. Функционально-динамические изменения сопровождают все соматические заболевания. Наиболее ярко проявляясь на начальных этапах заболевания, невротический компонент может усугубляться в дальнейшем, прежде всего, у больных с определенными преморбидными личностными особенностями. Психотерапевтическое воздействие на указанном уровне играет симптоматическую роль.

2. Воздействие на психический компонент комплекса этиологических факторов. С учетом того, психический фактор ИБС является важным, хотя и не единственным этиопатогенетическим механизмом, психологическая коррекция приобретает существенное значение. И в данном случае направлена на восстановление тех элементов системы отношений пациента, которые определяют возникновение участвующего в этиопатогенезе заболевания психического стресса, либо развитие в связи с последним невротических наслоений. В этом случае психокоррекция может рассматриваться как составная часть патогенетической терапии.

3. Воздействие на личность больного с целью изменения ее реакции на болезнь, коррекции «масштаба переживания болезни», улучшение ее функционирования в новых условиях соматического заболевания. Конкретная форма психологической реабилитации должна определяться особенностями личности больного, его возрастом, интеллектуальным уровнем, степенью осведомленности о заболевании, оценкой своего состояния, отношением к лечению, установками на будущее.

Традиционно большое внимание уделяется диагностике и коррекции познавательных процессов у пожилых людей. Разработанная нами программа групповой психологической коррекции познавательных процессов включает занятия, направленные на улучшение процессов памяти, внимания и мышления таких пациентов.

Эталон ответов на билет № 20

1. Естественное вскармливание – это вид вскармливания, при котором ребенок первого полугодия жизни получает весь суточный объем питания в виде женского молока непосредственно из груди матери.

Правила кормления грудью

1. Строгое соблюдение правил личной гигиены. Перед кормлением необходимо тщательно вымыть руки. Безупречно чистым должен быть и бюстгальтер (лучше специально сшитый из хлопчатобумажной ткани).

2. Перед кормлением следует сцедить несколько капель молока, которое находится в выводных протоках молочной железы, так как это молоко может быть инфицировано.

3. Прежде чем приступить к кормлению, соски нужно протереть стерильной ваткой, смоченной кипяченой водой.

4. После окончания кормления, лучше всего дать соскам высохнуть. Остатки молока можно снять сухой ватой или мягкой хлопчатобумажной тканью. Прежде чем надеть бюстгальтер, соски следует защитить стерильной марлевой салфеткой.

5. После кормления остатки молока следует полностью сцедить, так как полное опорожнение груди – один из наиболее мощных стимулов лактации. Это правило требует наиболее строгого соблюдения в первые 2-3 мес. жизни ребенка, пока выделение молока не достигнет необходимого для ребенка уровня.

6. Длительность прикладывания к груди не должна ограничиваться, так как кормление грудью, помимо насыщения пищей, должно удовлетворять потребности ребенка в контакте с матерью и сосании.

7. После кормления из одной груди, при полном ее опорожнении, ребенку обязательно следует предложить вторую грудь, а следующее кормление начинать с той груди, которой закончилось предыдущее

8. Закончив кормление, ребенка обязательно следует подержать в вертикальном положении, пока из желудка не отойдет воздух, который он заглатывает при кормлении.

2. Во внутриутробном развитии человека условно выделяют три периода:

Период имплантации длится от момента оплодотворения до 2 недель. Для этого периода характерно быстрое планомерное дробление оплодотворенной яйцеклетки, продвижение ее по маточной трубе к полости матки; имплантация (прикрепление зародыша и внедрение в слизистую оболочку матки) на 6–7-й день после оплодотворения и дальнейшее формирование плодных оболочек, создающих необходимые условия для развития зародыша. Они обеспечивают питание (трофобласт), создают жидкую среду обитания и механическую защиту (жидкость плодного пузыря).

Эмбриональный период длится с 3-й по 10–12-ю недели беременности. В этот период образуются зачатки всех важнейших органов и систем будущего малыша, происходит формирование туловища, головы, конечностей. Идет развитие плаценты - важнейший орган беременности, разделяющий два кровотока (матери и плода) и обеспечивающий обмен веществ между матерью и плодом, защиту его от инфекционных и других вредных факторов, от иммунной системы матери. В конце этого периода эмбрион становится плодом, имеющим похожую на ребенка конфигурацию.

Плодный период начинается с 3-го месяца беременности и заканчивается рождением ребенка. Питание и обмен веществ плода осуществляется через плаценту. Происходит быстрый рост плода, формирование тканей, развитие органов и систем из их зачатков, формирование и становление новых функциональных систем, обеспечивающих жизнь плода в утробе матери и ребенка после рождения. После 28-й недели беременности у плода начинает формироваться запас ценных веществ, необходимых в первое время после рождения - соли кальция, железа, меди, витамин В12 и др. Происходит созревание сурфактанта, обеспечивающего нормальную функцию легких. На внутриутробное развитие воздействуют различные факторы окружающей среды. Наиболее значимое влияние они оказывают на органы, которые в момент воздействия наиболее интенсивно развиваются.

3. Реабилитация - это современное направление медико-социальной помощи, которое в своих методах опирается, прежде всего, на личность пожилого человека, активно пытаясь восстановить нарушенные болезнью функции человека, а также его социальные связи. Не существует подлинной реабилитации без обращения к личности пожилого человека, без восприятия человека в неразрывной связи с окружающей средой. Успех реабилитационных мероприятий может быть продолжительным лишь тогда, когда установлена гармония между телом и окружающей средой. Правильное, рациональное сочетание физических и психических методов воздействия на конкретного пожилого человека влияет самым непосредственным образом на успех в лечении распространенных хронических заболеваний. Социальная реабилитация – это восстановление в привычных обязанностях, функциях, видах деятельности, характере отношений с людьми. Преодоление социальной изоляции, повышение самооценки пожилого человека, создание условий для актуализации его жизненного опыта, признание его ценностей, реализация им своего творческого потенциала, успешно преодолевается использованием специальных технологий, среди которых наиболее распространенными являются трудотерапия и арт-терапия. Трудотерапия – активный метод восстановления и компенсации нарушенных функций при помощи различной работы, направленной на создание полезного продукта. В реабилитационной работе с пожилыми людьми используются несколько вариантов

трудотерапии, которые различаются по основным задачам, средствам и методам осуществления.

1. Общеукрепляющая (тонизирующая). Является средством повышения общего жизненного тонуса пожилого человека и создает психологические предпосылки для реабилитации.

2. Обучение самообслуживанию (бытовая реабилитация). Этот вид трудовой терапии можно начинать как можно раньше, т.к. ее цель – устранение беспомощности старого человека.

3. Восстановительная (функциональная). Цель – воздействие на поврежденную часть тела, орган или систему для восстановления нарушенной патологическим процессом функции через соответственно подобранные виды трудовой деятельности.

4. Развлекательная (терапия занятостью). Ее цель – уменьшение выраженности отягощающих факторов, обусловленных вынужденным продолжительным пребыванием в ограниченном пространстве.

5. Профессиональная направленность на восстановление производственных навыков или подготовку (обучение) новой профессии. С помощью специальных социальных служб по трудоустройству пожилых и инвалидов их обеспечивают работой с уменьшением ее объема, темпа и нормы выработки.

Арт – терапия (концерты, занятия музыкой, сценическое искусство, танцы, рисование и др.) не только повышает эмоциональный заряд пожилого человека, но и способствует укреплению социальных контактов. Арт – терапия может проводиться в социальных центрах, центрах психического здоровья или стационарах дневного пребывания, интернатах и др. социальных учреждениях. Неотъемлемым элементом системы социального обеспечения пожилых и престарелых граждан выступает социальное обслуживание. Социальное обслуживание представляет собой деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находившихся в трудной жизненной ситуации. Если пенсионное обеспечение направлено на удовлетворение материальных потребностей пожилых людей, то социальное обслуживание выступает технологией решения личностных проблем пожилого человека начиная от проблемы общения, взаимодействия с другими людьми и до получения социально-бытовых и иных услуг.

Эталон ответов на билет № 21

1. Когда возрастающие потребности ребенка уже не могут быть удовлетворены увеличением количества грудного молока или смеси, вводят прикорм. **Прикорм** - это расширение рациона питания ребенка, и добавление в него дополнительных продуктов, таких как сок, пюре, каша, способствующие постепенному переводу ребёнка на общий стол.

Цель – постепенно ввести ребёнку недостающие пищевые белки, жиры и углеводы, и постепенно отлучить от груди.

Обычно с момента назначения прикорма ребенок переводится на пятиразовый режим кормления.

Правила введения прикорма.

1. Начинать введение прикорма с небольшого количества, постепенно его увеличивая.

В первый день прикорм дают в количестве 3-5 чайных ложек, в течение 10-12 дней доводят до полного объема одного кормления. В течение следующих двух недель ребенок привыкает к новому виду пищи, после чего вводят второй прикорм.

2. Давать прикорм нужно перед кормлением грудью, с ложечки.

3. Ни в коем случае нельзя вводить 2 прикорма одновременно.

4. По своей консистенции блюда прикорма должны быть однородными и не вызывать затруднений при глотании. С возрастом следует переходить к более густой, а позднее и плотной пище.

5. После введения прикорма устанавливается пятиразовый режим кормления

Первый прикорм вводится, а одно из дневных кормлений, наиболее удобным является введение прикорма в 14 часов.

2. В связи с развитием плода в организме беременной происходит большая перестройка деятельности важнейших систем и органов. При беременности происходят физиологические изменения, подготавливающие организм женщины к родам и кормлению, а также способствующие правильному развитию плода. Масса тела женщины увеличивается, особенно во второй половине беременности. Еженедельная прибавка в этот период составляет 300-350 г. В среднем масса тела к концу беременности увеличивается на 12 кг, из них 75% приходится на массу плода, плаценты, матки, околоплодных вод и увеличение количества циркулирующей крови.

Сердечно-сосудистая система

В матке значительно увеличивается количество сосудов, появляется новое (маточно-плацентарное) кровообращение. Это приводит к усиленной работе сердца, вследствие чего стенка сердечной мышцы немного утолщается, возрастает сила сердечных сокращений. Частота пульса увеличивается на 10 - 12 ударов в минуту. Объем циркулирующей крови начинает возрастать еще в I триместре и конце III триместра ОЦК в 1,4-1,5 раза превышает исходный.

Благодаря гемодинамическим изменениям в сердечно-сосудистой системе обеспечиваются оптимально комфортные условия для жизнедеятельности матери и плода. В системе свертывания крови также происходят некоторые изменения, за которыми необходимо наблюдать. Происходит увеличение концентрации плазменных факторов свертывания крови, т. е. подготовка организма женщины к кровопотере в родах.

Органы дыхания

Во время беременности выполняют усиленную работу, так как процессы обмена веществ между плодом и матерью требуют большого количества кислорода. К концу беременности минутный объем дыхания рожениц возрастает в среднем в 1,5 раза за счет увеличения объема вдоха и частоты дыхания. Физиологической гипервентиляции в родах сопутствует гипокания, которая является важнейшим условием нормальной трансплацентарной диффузии углекислого газа от плода к матери.

Органы пищеварения

Изменения выражаются в тошноте, утренней рвоте, повышенном слюноотделении, снижении и даже извращении вкусовых ощущений. После 3 месяцев беременности все эти явления обычно проходят. Функция кишечника характеризуется склонностью к запорам, поскольку кишечник отодвигается кверху и смещается в сторону беременной маткой. Печень выполняет повышенную функцию, что обусловлено обезвреживанием токсических веществ межлужечного обмена и продуктов обмена плода, поступающих в организм матери.

Органы мочевого выделения

Испытывают максимальную нагрузку по выведению продуктов обмена матери и плода. Мочеточники во время беременности находятся в состоянии гипотонии и гипокинезии, что приводит к замедлению оттока мочи, расширению мочеточников и почечных лоханок. Почечный кровоток во время беременности возрастает. В результате наблюдается некоторое увеличение размеров почек, расширение чашечек и увеличение клубочковой фильтрации в 1,5 раза.

Нервная система

В ранние сроки беременности наблюдается снижение возбудимости коры головного мозга, повышение рефлекторной деятельности подкорковых центров и спинного мозга. Этим объясняются повышенная раздражительность, утомляемость, сонливость, быстрая смена настроения, снижение внимания. В конце беременности, незадолго до родов, возбудимость коры головного мозга вновь снижается. В результате растормаживаются

нижележащие отделы нервной системы, и это является одним из факторов наступления родовой деятельности.

Эндокринная система

С началом развития беременности появляются изменения во всех железах внутренней секреции. Начинает функционировать новая железа внутренней секреции - желтое тело. Оно существует в яичнике в течение первых 3-4-х месяцев беременности. Желтое тело беременности выделяет гормон прогестерон, который создает в матке необходимые условия для имплантации оплодотворенной яйцеклетки, снижает ее возбудимость и тем самым благоприятствует развитию зародыша. Появление в организме женщины новой мощной железы внутренней секреции - плаценты приводит к выделению в материнский кровоток комплекса гормонов: эстрогенов, прогестерона, хориального гонадотропина, плацентарного лактогена и многих других. В гипофизе, щитовидной железе и надпочечниках также происходят большие изменения. Передняя доля гипофиза выделяет гормоны, стимулирующие функцию желтого тела, а в послеродовом периоде - функцию молочных желез. В конце беременности, особенно в родах, значительно возрастает продукция питуитрина задней долей гипофиза.

Кожа

У беременных часто появляется пигментация кожи, которая связана с повышенной функцией надпочечников. Отложение пигмента меланина особенно выражено на лице, по белой линии живота, на сосках и околососковых кружках. Во второй половине беременности на передней брюшной стенке, бедрах, молочных железах появляются синевато-багровые дугообразные полосы, называемые рубцами беременности. После родов эти рубцы не исчезают, но постепенно бледнеют и остаются в виде белых блестящих (перламутровых) полосок.

Половые органы

Во время беременности претерпевают большие изменения. Наружные половые органы, влагалище, шейка матки разрыхляются, приобретают синюшную окраску. Масса матки к концу беременности увеличивается с 50-100 г до 1000-2000 г. Объем полости матки увеличивается, превышая в 520-550 раз ее объем вне беременности. Длина небеременной матки составляет 7-9 см, а к концу беременности достигает 37-38 см. Сочленения малого таза размягчаются, что создает благоприятные условия для рождения плода. Связочный аппарат подвергается значительному утолщению и удлинению.

3. Другой раздел реабилитации - это профессиональная реабилитация. Для полного восстановления она необходима наряду с физической, трудовой, психологической. Однако, для того чтобы осуществить по возможности полную реабилитацию, чтобы человек почувствовал себя действительно независимым, - «от постели к рабочему месту», необходима хорошо продуманная и индивидуальная программа реабилитации, в которую посвящают больного, чтобы он был не пассивным исполнителем каких-то процедур и упражнений, а активным и заинтересованным участником процесса реабилитации.

Осуществление этой программы должно проводиться помимо медицинских работников психологами, психотерапевтами, социальными работниками, родственниками и сослуживцами.

Что касается непосредственно социально - трудовой реабилитации пожилых и престарелых, то для лиц пенсионного возраста, сохранивших трудоспособность и желающих трудиться, из всего комплекса мер наиболее значимыми являются создание системы обучения и переобучения, подготовка производства к труду указанного контингента и т.п. Для оставивших трудовую деятельность, но сохранивших достаточную физическую работоспособность, актуальными мерами являются мероприятия по расширению сферы общения путем организации клубов, объединений, общественной работы, расширения коммунально-бытовых услуг и т.п.

Таким образом, социально - трудовая реабилитация является одним из важнейших компонентов медико-социальной реабилитации. Трудовая деятельность обитателей

стационарного учреждения охватывает все стороны его жизни. Формирование реабилитационных мероприятий для пожилых лиц должно основываться на психофизиологических особенностях организма, способности его приспособляться в зависимости от возможностей компенсаторно-восстановительных процессов к новым условиям жизнедеятельности. Задачей медицинского этапа реабилитации пожилых является сохранение и восстановление здоровья, для продолжающих трудовую деятельность - подготовка к адаптации, реадaptации к условиям и характеру труда, возможному перетрудоустройству

Эталон ответов на билет № 22

1. При недостаточном количестве молока у матери для восполнения недостающего объема грудного молока, применяется докармливание ребенка молочными смесями. Это называется **докормом**. В качестве докорма использует те же молочные, смеси, что и при искусственном вскармливании, отдавая предпочтение адаптированным смесям.

При смешанном вскармливании следует придерживаться следующих правил.

1. В каждом случае необходимо учитывать, сколько грудного молока ребенок получает от матери, и недостающее количество пищи восполнять молочными смесями.
2. Даже при небольшом количестве грудного молока у матери, грудью следует продолжать кормить как можно дольше.
3. Докорм дают после кормления грудью.
4. Докорм лучше давать чайной ложкой или из чашки, так как более легкое поступление молока через соску может привести к отказу ребенка от груди. При докорме из бутылочки, соска должна быть упругой с 3-5 мелкими отверстиями на конце.

При составлении диеты ребенка, находящемуся на смешанном вскармливании, следует учитывать то, что после ночного сна у матери в груди молока больше, чем в течение дня, поэтому первое утреннее кормление может быть проведено грудным молоком в полном объеме, а в последующие кормления требуется назначение докорма.

2. Диагностика беременности

Диагноз ставится на основании комплекса сомнительных, вероятных, достоверных признаков.

Сомнительные - изменение вкусовых ощущений, изменение обоняния, изменение аппетита, изменение со стороны ЦНС - сонливость, раздражительность, со стороны пищеварительного тракта - тошнота, рвота.

Вероятные - связаны с половой системой и молочными железами. Прекращение менструаций, увеличение молочных желез, размягчение и цианоз слизистой влагалища, шейки матки, увеличение матки, ее размягчение.

Достоверные - связаны с плодом. Выслушивается сердцебиение, ощущение шевеления, определение частей плода, определение хорионического гонадотропина в моче и крови, УЗИ.

3. Хоспис – это государственное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком, облегчение его физического и психического состояния, а также поддержание его социального и духовного потенциала.

Главная идея хосписа – обеспечить достойную жизнь человеку в ситуации тяжелой болезни. Современные российские хосписы работают практически так же, как и обычные онкодиспансеры, но специализируются на помощи пациентам в особо сложных случаях. Эта идея находит свое выражение в понятии паллиативной помощи.

Паллиативная помощь – помощь, обеспечивающая оптимальный комфорт, функциональность и социальную поддержку пациентам (и членам семьи) на стадии заболевания, когда специальное, в частности противоопухолевое лечение, уже невозможно. В этой ситуации борьба с болями и иными соматическими проявлениями, а

также решение психологических, социальных или духовных проблем больного приобретает первостепенное значение. Формы и методы системы паллиативной помощи используются в хосписах.

Основой успеха паллиативной помощи является длительное профессиональное постоянное наблюдение за больным. Возможности повышения качества жизни онкологическим больным на сегодняшний день достаточно велики. Эта проблема может решаться с использованием тех же лечебных методик, которые применяются при осуществлении радикального противоопухолевого лечения. Паллиативная помощь дает шанс вернуться к прерванному лечению, например, меняет показатели крови в лучшую сторону, обеспечивая возможность повторить курс терапии и т.п.

Паллиативное лечение направлено на решение нескольких задач:

- обеспечивает уменьшение боли и смягчение других беспокоящих больного симптомов;
- включает психологическую и духовную поддержку больного;
- предлагает систему, поддерживающую у больного способность как можно более длительно вести активную жизнь;
- предлагает систему оказания помощи семье больного во время его болезни.

Именно идея паллиативной помощи лежит в основании концепции хосписа.

Хоспис – это учреждение, причем государственное и бесплатное для больных, которое обеспечивает достойную жизнь при тяжелой стадии заболевания. Он обеспечивает амбулаторную и стационарную помощь больным, которая в зависимости от нужд пациента и его семьи, может оказываться в виде промежуточных форм – дневного стационара, выездной службы.

Хоспис состоит из двух служб. В большинстве хосписов есть выездная (патронажная) служба, которая оказывает помощь всем тем, кто остается дома, и есть стационар на определенное количество больных. Однако мест в стационарах зачастую существует ограниченное количество, и больные иногда ожидают своей очереди прежде, чем быть госпитализированными. Большее количество охватываемых хосписами больных находятся у себя дома, и выездная бригада посещает их, производя все необходимые мероприятия.

Основные положения концепции хосписов

Хоспис оказывает помощь преимущественно онкологическим больным с выраженным болевым синдромом на тяжелой стадии заболевания, подтвержденного медицинскими документами.

Хоспис обеспечивает амбулаторную и стационарную помощь больным. Амбулаторная помощь оказывается на дому бригадами выездной службы хосписа («хоспис на дому»). Стационарная помощь в зависимости от нужд больного и его семьи оказывается в условиях круглосуточного, дневного или ночного пребывания больных в стационаре.

Вся совокупность медико-социальной и психологической помощи больному должна быть направлена на ликвидацию или уменьшение болевого синдрома и страха смерти при максимально возможном сохранении его сознания и интеллектуальных способностей.

Каждому больному в хосписе должен быть обеспечен физический и психологический комфорт. Физический комфорт достигается созданием в стационаре условий, максимально приближенных к домашним. Обеспечение психологического комфорта осуществляется на основе принципа индивидуального подхода к каждому больному с учетом его состояния, духовных, религиозных и социальных нужд.

Источниками финансирования хосписов являются бюджетные средства, средства благотворительных обществ и добровольные пожертвования граждан и организаций». Поэтому услуги хосписа бесплатны для жителей закрепленной за ним территории. Но большинство российских хосписов имеет платные отделения и платные услуги, которые могут быть оказаны по выбору пациента.

Система хосписов в России все еще имеет довольно много проблемных сфер. Но она представляет собой реальную возможность получения помощи для тяжелобольного человека, облегчения его состояния и поддержки.

Эталон ответов на билет № 23

1. Смешанным называется такое вскармливание, при котором ребенок получает одновременно и молоко, и искусственные смеси, причем и объем грудного молока, и объем искусственных смесей превышает 1/5 суточного рациона.

Смешанное вскармливание занимает промежуточное положение между естественным и искусственным вскармливанием и не имеет большого самостоятельного значения. Обычно смешанное вскармливание продолжается на протяжении непродолжительного срока в первые 2-3 месяца жизни ребенка. В дальнейшем либо налаживается лактация и ребенок получает естественное вскармливание, либо переводится на искусственное вскармливание, что к сожалению, встречается чаще.

Признаки недокорма:

- беспокойство ребенка сразу же после кормления, в промежутках между кормлениями, ночью;
- уплощение весовой кривой (ребенок не прибавляет или недостаточно прибавляет в весе);
- редкие мочеиспускания;
- стул более густой.

2. Определение срока беременности по величине матки.

4 недели беременности - с куриное яйцо, руками не определяется.

8 недель беременности - с гусиное яйцо.

12 недель беременности - с мужской кулак.

16 недель беременности (середина между пупком и лоном).

24 недели беременности - на уровне пупка.

30 недель - на 2 пальца выше пупка

32 недели - середина между пупком и мечевидным отростком

36 недель - под мечевидным отростком

40 недель - середина между пупком и мечевидным отростком

Определение даты родов.

1. По менструации - с 1 дня последней менструации.

Для определения даты родов надо к первому дню последней менструации прибавить 7 и вычесть 3 месяца.

Если месячные были в I, II, III к номеру месяца прибавляем +9

Если месячные были 24 числа и позже, цифру 3 вычитают из номера следующего месяца.

2. По шевелению (в 20 недель у первобеременной, в 18 недель у повторно беременной).

3. Эвтаназия

Одна из нерешенных проблем медицинской этики и психологии - страх смерти. Многие философы - от Сократа до Ясперса - утверждали, что жизнь есть главным образом непрерывное приготовление к смерти. Победить страх смерти помогает осознание ее эволюционной ценности. Смерть придает смысл и особую неповторимую ценность быстротекущей жизни, заставляет ценить ее каждый неповторимый миг. В связи с увеличением числа больных мучительными и продолжительными заболеваниями стала распространенной идея эвтаназии. В переводе с греческого «эвтаназия» - хорошая, легкая смерть человека. Этим термином обозначают смерть посредством убийства из милосердия одного человека другим. Выделяют «активную», «пассивную», «принудительную» и «добровольную» эвтаназию. Пример активной (прямой) эвтаназии: введение большой, смертельной дозы морфия больному раком поджелудочной железы с генерализованными метастазами. Пассивная (непрямая) эвтаназия: отказ от приостановления кровотечения из

артерии, разрушенной саркомой печени или легких с метастазами во многие внутренние органы. Добровольная эвтаназия - это когда больной сам устно или письменно просит врача ускорить наступление смерти для прекращения его нечеловеческих мук. Принудительная эвтаназия - это убийство пациента по тем или иным соображениям, оправдываемое интересами самого больного или общества.

Российская медицина отрицательно относится ко всем видам эвтаназии. Законодательства всех стран запрещают врачам помогать пациенту совершать самоубийство, если даже он страдает неизлечимым заболеванием, считая это действие уголовным преступлением, обязывает врача бороться за жизнь человека до конца, как бы мучительно он не страдал от неизлечимой болезни. В клятве Гиппократ, которую дают молодые врачи многих стран мира, есть такие слова: «Если кто-нибудь попросит у меня лекарство, чтобы при его помощи обречь человека на смерть, я клянусь не давать такого лекарства».

Иногда больной устно или письменно многократно обращается к врачу с просьбой прекратить его мучения и позволить ему безболезненно умереть. По этому поводу возникает множество вопросов. Среди них, например, такие: правильно ли поставлен роковой диагноз о скорой неизбежной смерти пациента? Насколько верно информирован больной о характере его болезни? Не появятся ли в наш век бурного развития медицины новые методы лечения ранее неизлечимой болезни в те сроки, в которые данный пациент еще будет жить?

В некоторых странах делаются попытки узаконить эвтаназию. В Великобритании первый билль о законности эвтаназии был внесен в парламент еще в 1936 г. Он предусматривал законность безболезненной смерти по просьбе больного, страдающего «неизлечимой, фатальной и болезненной» формой патологии. Но этот билль был отвергнут. Вторая - также безуспешная - попытка утвердить такой билль была сделана в 1969 г.

Но несмотря на то что с врачей не снимается юридическая ответственность за жизнь и смерть их пациентов, у эвтаназии имеются сторонники как среди медицинских работников, так и среди юристов. Сторонники эвтаназии считают разумным и гуманным делом добровольную безболезненную смерть в случае неизлечимой мучительной болезни, хорошо документированной несколькими специалистами.

Эталон ответа на билет № 24

1.Искусственное вскармливание — это такой вид вскармливание, при котором грудное молоко или полностью отсутствует, или доля его составляет менее 1/5 суточного рациона.

Основным показанием к переводу ребенка на искусственное и смешанное вскармливание является гипо- или агалактия, частота которых в последние годы существенно возросла.

Гипогалактию связывают с занятостью кормящих матерей на производстве, учебой, отсутствием соответствующей психологической установки и т.д.

Признаки перекорма:

- срыгивание после кормления нествороженным молоком, между кормления - створоженным молоком, без примесей;
- вздутие живота;
- частый жидкий стул (избыточное количество пищи не успевает перевариваться);
- возникновение кишечных колик, беспокойство, связанное с болью в животе.

2.Основные проблемы беременной и их решение.

Решение проблем при физиологической беременности основывается на особой гигиене и питании беременных.

Для беременной предлагается особая диета - молочно-растительная, богатая витаминами, минеральными солями, ограничивается прием соли до 3-4 гр в сутки и жидкости до 1 л в сутки. Исключаются пряности, жаренная пища, алкоголь, не следует

злоупотреблять сладостями, печеными изделиями. Исключается шоколад, цитрусовые. Вводят в рацион овощи, фрукты. Рекомендуется употреблять свеклу, морковь, сливу, свежий кефир. Надо нормализовать стул, добиться, чтобы он был ежедневным. Тошнота, рвота характерны для начала беременности. Надо обратить внимание на режим дня, своевременный прием пищи 4-5 раз в день. Утром, не вставая с постели, принять легкий завтрак, выпить минеральной воды. Хорошо, если эту заботу проявит муж или кто-то из родственников. К 36-ой неделе появляется одышка. Беременную следует успокоить, объяснить, что приближаются роды. Через 10-12 дней дно матки начнет опускаться, дышать станет легче. В эти дни надо уменьшить нагрузку, медленней ходить, больше находиться на свежем воздухе. Беременная может быть плаксива, раздражительна, нервозна; это состояние связано с беременностью. Надо объяснить мужу, что нужно быть внимательным к жене, избегать ссор, окружить ее вниманием и заботой. Эти изменения пройдут (к 12-14 нед.). Женщина беспокоится за исход беременности, за здоровье своего ребенка. Нужно информировать ее, мужа, родственников, что соблюдение всех правил, советов медицинских работников, наблюдение в женской консультации, полное обследование, доверие к медицинским работникам должно быть обязательным. Следует чередовать работу и отдых, студентам взять академический отпуск, не работать в ночную смену, на вредном производстве.

3.Смерть - прекращение жизнедеятельности организма. В зависимости от причин различают естественную смерть (физиологическая) и преждевременная смерть (патологическая).

Естественная смерть наступает в результате длительного, последовательного, развивающегося угасания основных жизненных функций организма. **Преждевременная** - вызывается болезненными состояниями организма, поражениями жизненно - важных органов (мозга, легких, сердца, печени и др.). Преждевременная смерть может быть скоропостижной, т.е. наступить в течении нескольких минут или даже секунд, как например, при инфаркте.

Насильственная смерть - может являться следствием несчастного случая, самоубийства, убийства.

Терминальное состояние - это критическое состояние организма, когда только интенсивная терапия и проведение реанимационных мероприятий может остановить процесс умирания.

Умирание в больнице.

В больнице следует уделить большое внимание вопросу размещения умирающего в палате. Часто смерть является огромным потрясением для остальных больных. Смерть одного из больных в палате таит в себе опасность «психологической инфекции». Неожиданная смерть еще более глубоко потрясает соседей по палате. Невозможно определить словами то настроение, которое в таких случаях охватывает больных в палате умершего, глубоко ранив их. Боятся те, у кого подобное заболевание, озабочены и те, «кто еще не дошел до этого» и безусловно тяжелую травму получают невротики. Можно привести не один пример того, когда у невротиков после пережитой ими смерти соседа по палате отмечалось ухудшение психического состояния. Поэтому очень важно вовремя изолировать умирающего. Уход за такими больными в небольших палатах более интенсивен, что благоприятно и для самих тяжелобольных и для окружающих: не наносится вред остальным больным. Смерть в больнице не должна нарушать обычного хода вещей поэтому должна быть скромной, незаметной «на цыпочках». Близкие родственники умершего требуют заботы, сочувствия, особого внимания. Следует быть готовым и к агрессии, несправедливым обвинениям и многочисленным формам огорченности. Всё это может быть частым проявлением реакции на смерть близких людей.

Эталон ответов на билет № 25

1. При организации искусственного вскармливания в рационе детей в качестве основного продукта следует использовать только одну адаптированную молочную смесь, чередуя при этом сладкие и кисломолочные адаптированные смеси.

Сроки введения пищевых добавок и прикормов при использовании адаптированных смесей как бы занимают промежуточное положение между естественным вскармливанием и искусственным вскармливанием неадаптированными смесями, но могут быть такими же, как при естественном вскармливании.

При использовании неадаптированных смесей прикормы вводятся в такой же последовательности, но на 2-4 нед. раньше.

Смеси, используемые при искусственном вскармливании, дольше задерживаются в желудке, поэтому ребёнок раньше (с 4 мес.) переводится на 5-разовое кормление. Следует также помнить, что при искусственном вскармливании потребность ребенка в жидкости более высокая.

При искусственном вскармливании смеси дают всегда стерильные и подогретые до 35-40*С. Бутылочку при этом следует держать таким образом, чтобы ребенок не смог заглотнуть воздух.

2. Предвестники родов появляются за 7-10 день до родов:

- Опускание высоты стояния дна матки, беременной становится легче дышать.
- Опускание предлежащей части ко входу в малый таз.
- Беременная теряет в весе, так как организм готовится к родам и изгоняет лишнюю жидкость.
- Из цервикального канала отходит слизистая пробка в связи с приоткрытием наружного зева.
- Появление ложных схваток (болезненные ощущения, иногда схваткообразные, нерегулярные, не приводят к раскрытию шейки матки).
- Пушок сглаживается или выпячивается.
- «зрелая» шейка матки определяется при влагалитном исследовании (она укорочена, размягчена, располагается по центру влагалитца, шейечный канал пропускает палец).

3. В процессе терминального состояния выделяют 4 стадии:

1. Преагония - угнетение сознания, уменьшается реакция на внешние раздражители, снижение рефлексов, дыхание учащается, углубляется, затем становится поверхностным, кожные покровы бледно- синюшного оттенка, АД в норме или повышается, ЧСС увеличивается, затем АД снижается, пульс нитевидный.

2. Агония - сознание отсутствует, рефлексы снижаются, затем отсутствует, исчезает реакция зрачков на свет, зрачки расширяются, дыхание патологическое, АД снижается, затем не определяется, пульс только на центральных артериях, могут быть тонические и клонические судороги.

При острых состояниях организма (например, острые кровопотери, шок) 1 и 2 стадии могут отсутствовать, т. к. сразу наступает остановка дыхания и кровообращения.

3. Клиническая смерть - момент остановки кровообращения, сознание отсутствует, рефлексы отсутствуют, АД и дыхание отсутствует, зрачки расширяются. Продолжительность клинической смерти 5-6 минут. Состояние обратимое, если проводить реанимацию. Если дыхание и кровообращение не восстанавливается, наступает биологическая смерть.

4. Биологическая смерть - происходит повреждение клеток головного мозга. Расширение зрачков, симптом «кошачьих глаз», расслабление мышц с отвисанием нижней челюсти, помутнение и высыхание роговице глаза, охлаждение тела, появление трупных пятен сине-багрового цвета, неподвижность суставов и уплотнение мышц (трупное окоченение).

Эталон ответов на билет № 26

1. Период "молочных зубов" продолжается с 1 года до 7 лет и подразделяется на два периода:

1. раннее детство (1г-3 года)
2. первое детство (дошкольный период) 3 года - 7 лет.

Период раннего детства характеризуется снижением темпов физического развития, большей степенью зрелости основных физиологических систем. К концу 2-го года завершается прорезывание молочных зубов (см. схему).

Схема прорезывания молочных зубов.



12-15 мес.



18-20 мес.



20-30 мес.

Ребенок начинает питаться с общего стола; формируются навыки самообслуживания и гигиены. В этот период формируется речь, память, интеллект.

Ребенок активно познает окружающий мир, в этом процессе активно участвуют всевозможные анализаторы, в том числе и аппарат ротовой полости (все тянет в рот), поэтому высока частота аспирации инородных тел и случайных отравлений.

Двигательные возможности ребенка в период раннего детства стремительно расширяются (от ходьбы до бега, лазания, прыжков), а контроль за адекватностью своих движений у ребенка минимальный, отсюда резко возрастает опасность травматизма.

Эмоциональная жизнь ребенка 3-х лет достигает наивысшей степени проявлений. Это период первого упрямства, капризности, страха, застенчивости. Отрицательные эмоции могут носить характер истерических бурь. Определяются индивидуальные черты характера и поведения. Поэтому воспитание постепенно становится главным элементом ухода за детьми.

На 3-м году жизни прибавка массы тела составляет немного более 2-х кг, среднегодовой прирост длины тела около 8 см.

На 2-м году жизни – удлиняется период бодрствования, он много ходит, бегает, движения его более координированы, контролируется зрением.

На 3 год – ребенок полностью ориентируется в окружающей его среде, запас слов 1200-1500. Ребенок самостоятельно умывается и обувается.

Дошкольный период является периодом, когда дети посещают детский сад. Для этого периода характерно первое физиологическое вытяжение, отчетливо увеличивается длина конечностей. В этот период интенсивно развивается интеллект, увеличивается память, совершенствуются тонкие координированные движения, что хорошо видно по развитию навыков рисования.

2. Первый период характеризуется истинными схватками - это регулярные, произвольные сокращения мышц матки, которыми роженица не может управлять.

Вначале II периода схватки по 20 секунд с промежутками 15 минут, затем усиливаются, в норме самая длительная схватка длится 60 секунд с паузами 2-3 минуты. У первородящей I период родов длится 10-12 часов, у повторнородящей – 6-8 часов. Разница во времени зависит от разного механизма раскрытия шейки матки.

У первородящих сглаживание шейки матки, открытие внутреннего зева, открытие наружного зева. У повторнородящих сглаживание шейки матки, одновременное раскрытие внутренних и наружных зевов.

При полном раскрытии - шейка матки раскрывается на 10 см.

Сразу после начала схваток необходимо контролировать ЧСС плода. На гипоксию плода (начавшуюся или угрожающую) может указывать внезапное увеличение ЧСС (более 140 в минуту) или урежение (менее 120 в минуту).

После полного раскрытия отходят околоплодные воды, если этого не происходит, плодный пузырь вскрывают. Искусственное вскрытие плодного пузыря называется **амниотомией**.

Амниотомия производится по следующим показаниям:

- 1) многоводие, плоский плодный пузырь, краевое предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты;
- 2) необходимость непосредственного доступа к плоду для инвазивных процедур;
- 3) родостимуляция и родостимуляция.

Родостимулирующее действие оказывает только амниотомия, произведенная в фазе быстрого раскрытия. Амниотомия, произведенная позже или раньше, как правило, не влияет на течение родов.

Осложнения при амниотомии могут быть в виде разрыва сосудов, проходящих в оболочках. При этом плод может погибнуть от кровопотери. Также при этой манипуляции возможно выпадение пуповины, что требует немедленного оперативного родоразрешения. Амниотомия проводится только после вставления головки плода в малый таз и образования пояса соприкосновения с целью предупреждения выпадения пуповины. Выпадение пуповины возможно при самопроизвольном разрыве плодного пузыря.

Ведение первого периода родов

В приемном отделении на роженицу заводится история родов. Проводится сбор анамнеза, объективное обследование по системам и органам, наружное акушерское исследование, наблюдают за родовой деятельностью, выделениями. Там же берут кровь на группу, резус-фактор, СПИД, свертываемость, мочу на белок.

При поступлении роженицы в фильтр приемного покоя решается вопрос о ее приеме в физиологическое или наблюдательное отделение (не обследована, не дообследована, длительный безводный период, температура 37,5 градусов и выше, ОВВИ, хроническая инфекция). Роженица осматривается на педикулез, сыпь на коже, гнойничковые высыпания. В санпропускнике проводится санитарная обработка роженицы: сбривание волосяного покрова с подмышечных впадин и с наружных половых органов, подстригаются ногти, ногтевые ложа на руках и ногах обрабатываются раствором йодоната, ставится очистительная клизма. Затем роженица принимает душ, а после получает пакет со стерильным бельем (стерильная рубашка, полотенце, сорочка).

Из приемного отделения, т.е. из фильтра, роженица переводится в предродовую палату родового отделения, где медицинская сестра проводит наблюдение за роженицей: выясняет жалобы, оценивает состояние роженицы, следит за пульсом, АД, продвижением головки, выслушивает сердцебиение плода, проводит туалет наружных половых органов, готовит роженицу к влагалищному исследованию.

3. Отечественный ученый В. В. Болтенко, основываясь на солидном экспериментальном материале (получен он на базе исследования лиц, находящихся в домах-интернатах для престарелых, а это контингент со своей спецификой) выделил ряд этапов психологического старения, которые, собственно, не зависят от паспортного возраста.

На *первом этапе* сохраняется связь с тем видом деятельности, который был ведущим для человека до выхода на пенсию. Как правило, этот вид деятельности был непосредственно связан с его профессией. Это чаще всего люди интеллектуального труда (ученые, артисты, учителя, врачи). Эта связь может быть непосредственной, как эпизодическое участие в выполнении прежней работы, так и опосредованная — через чтение специальной литературы, написание статей на профессиональные темы. Если же эта связь обрывается сразу же после ухода на пенсию, то человек, минуя первый этап, попадает во второй.

На *втором этапе* наблюдается сужение круга интересов, за счет выпадения профессиональных привязанностей. В общении с окружающими уже преобладают разговоры на бытовые темы, обсуждение телевизионных новостей, семейных событий, успехов или неудач детей и внуков. В группах таких людей уже трудно различить кто был инженером, а кто врачом, кто был счетоводом, а кто профессором.

На *третьем этапе* главным становится забота о личном здоровье, это становится и наиболее любимой темой для разговора - о лекарствах, о способах лечения, о травах.

Наиболее значимым в жизни человеком становится лечащий врач, его профессиональные и личностные качества.

На *четвертом этапе* смыслом жизни становится сохранение самой жизни. Круг общения сужен до предела: лечащий врач, социальный работник, те члены семьи, которые поддерживают личный комфорт, соседи-ровесники. Для приличия или по привычке - редкие телефонные разговоры со старыми знакомыми, в основном, чтобы узнать все ли уже ушли или кто-то еще остался.

И, наконец, на *пятом этапе* происходит обнажение потребностей чисто витального порядка (еда, покой, сон). Эмоциональность и общение практически отсутствуют.

Довольно широко в мировой психологической литературе поддерживается классификация, предложенная Д.Б. Бромлей, в которой выделено пять типов приспособления личности к старости:

- Конструктивное отношение человека к старости, при котором пожилые и старые люди внутренне уравновешены, имеют хорошее настроение, удовлетворены эмоциональными контактами с окружающими людьми. Они в меру критичны по отношению к себе и вместе с тем весьма терпимо относятся к другим, к их возможным недостаткам. Они не драматизируют окончание профессиональной деятельности, оптимистически относятся к жизни, а возможность смерти трактуют как естественное событие. Не пережив в прошлом слишком много травм и потрясений, они не проявляют ни агрессии, ни подавленности, имеют живые интересы. Благодаря положительному жизненному балансу с уверенностью рассчитывают на помощь окружающих. Самооценка этих людей довольно высока.

- Отношение зависимости. Зависимая личность – человек, подчиненный кому-либо, зависимый от своего супружеского партнера или ребенка, не имеющий слишком высоких жизненных претензий и благодаря этому охотно уходящий из профессиональной среды. Семейная среда дает ему ощущение безопасности.

- Оборонительное отношение, для которого характерны преувеличенная эмоциональная сдержанность, некоторая прямолинейность в своих поступках и привычках, стремление к “самообеспеченности” и неохотному принятию помощи от других людей. Люди данного типа приспособления к старости избегают высказывать собственное мнение, с трудом делятся своими сомнениями, проблемами. Защитный механизм против страха смерти и обездоленности является их активность “через силу”. Такие люди с большой неохотой и только под давлением окружающих оставляют свою профессиональную работу.

- Отношение враждебности к окружающим. Люди с таким отношением агрессивны, взрывчаты и подозрительны, стремятся переложить на других вину и ответственность за собственные неудачи, не совсем адекватно оценивают действительность. Из-за недоверия они замыкаются в себе, избегают контактов с людьми. Жизненный путь таких людей, как правило, сопровождался многочисленными стрессами и неудачами. Они склонны к острым реакциям страха, не воспринимают старость, с отчаянием думают о прогрессирующей утрате сил, сочетающиеся с сильным страхом смерти. Часто такие люди враждебно относятся к молодым, иногда и ко всему новому миру.

- Отношение враждебности человека к самому себе. Люди такого типа избегают воспоминаний, потому что в их жизни было много неудач и трудностей. Они пассивны, бунтуют против собственной старости, лишь безропотно принимают то, что посылает им

судьба. Неудовлетворенность в любви является причиной депрессий, претензий к себе и печали, соединенные с чувством одиночества. Собственное старение оценивается реалистично, смерть трактуется как избавление от страданий.

Эти типы старости и отношения к ней не исчерпывают всего многообразия проявлений поведения, общения, деятельности стареющего человека, многообразие индивидуальностей. Классификации носят ориентировочный характер, с тем, чтобы составить базу для конкретной исследовательской и практической работы с людьми пожилого и старческого возраста.

Эталон ответов на билет № 27

1. Дошкольный период является периодом, когда дети посещают детский сад. Для этого периода характерно первое физиологическое вытяжение, отчетливо увеличивается длина конечностей. В этот период интенсивно развивается интеллект, увеличивается память, совершенствуются тонкие координированные движения, что хорошо видно по развитию навыков рисования.

К 5-ти годам дети свободно говорят, правильно употребляют склонения и спряжения, начинают формироваться различия в поведении мальчиков и девочек.

К 5-7 год – поведение ребенка, его познания свидетельствуют о совершенствовании высшей нервной деятельности. Речь его становится более связанной. Ребенок может описать свои впечатления, мысли, может быть собеседником взрослого.

Среднегодовой прирост длины тела составляет на 4-5-6 годах жизни около 6 см. Ежегодная прибавка массы тела немного более 2-х кг.

Очень важно своевременно оценить соответствие нервно-психического развития ребенка.

Начиная с 3-х летнего возраста и до 7 лет, ведущими линиями НПП являются:

- моторика, развитие и зрительная координация - равновесие при ходьбе, прыжок.

Уже к 5-ти годам у детей вырабатываются правильная осанка: во время ходьбы и бега они не опускают голову, спину держат прямо. Дети успешно учатся кататься на коньках, лыжах, велосипеде.

- развитие речи - звуковая культура речи, грамматически правильная речь, чтение стихов

- познавательная деятельность - количество, счет, величина, ориентировка в пространстве и времени, ощущение цвета, формирование общения

- социально-культурное развитие - культурно - гигиенические навыки, самостоятельность, трудолюбие, игровая деятельность, взаимоотношения с окружающими.

2. Вскоре после своевременного излития околоплодных вод начинаются потуги, которые характеризуют второй период родов. Он длится от 15 мин до 1 часа. Потуги - регулярные произвольные сокращения мышц тазового дна, которыми роженица может управлять. На высоте одной из потуг из половой щели появляется небольшой участок предлежащей части плода (чаще затылок). В паузах между потугами она скрывается - это врезывание. Если предлежащая часть появляется из половой щели и в паузу не исчезает - это прорезывание. Затем рождается головка, за ней рождаются плечики и весь плод.

Ведение второго периода родов

Роженица до начала родов находится в предродовой палате, где она тужится на кровати под наблюдением и руководством акушерки. При переводе в родовой зал роженица снимает с себя всю одежду, в родовом зале ей выдают пакет для роженицы (стерильные косынка, рубашка, бахилы). На кровать Рахманова стелется стерильная одноразовая пеленка для приема родов. Роженица лежит на спине, ноги у нее согнуты и разведены, ступнями она упирается в ногодержатели, руками тянет на себя ручки стола, как вожжи, головной конец кровати приподнят, роженица тужится. Медицинская сестра готовит стол для родов, моет руки одним из способов, одевает стерильную одежду и ведет роды. С

момента прорезывания головки медицинская сестра начинает оказывать пособие по защите промежности.

3. Долголетие – доживание человека до высоких возрастных рубежей. Это социально-биологическое явление. В его основе лежит изменчивость нормальной продолжительности человеческой жизни. Порогом долголетия обычно считается достижение 80 лет и более, зависящее от многих факторов – наследственности, социально-экономических условий, природных воздействий и других. Высший уровень долголетия – *долгожительство* – 90 лет и старше. Долгожителями обычно становятся люди, у которых существует оптимальный уровень функционирования большинства важнейших физиологических систем; им свойственны широкие адаптивные возможности, что является предпосылкой здоровья и жизнеспособности. Поэтому в определенной степени долгожительство можно рассматривать в качестве модели, наиболее приближающейся к естественному старению.

В литературных источниках приводятся случаи еще более высокой продолжительности жизни. Азербайджанец Ширали Муслимов, прожил почти 168 лет (1805–1972). Этот человек был чабаном и всю жизнь проработал на воздухе. Почти 153 года прожил английский фермер–арендатор Томас Парр (1483–1635). Его смерть произошла от случайной причины, а все органы оказались здоровыми, по свидетельству производившего вскрытие знаменитого английского врача Гарвея. По данным за 2002 год в России среди 30 млн. пожилых людей 20 тысяч перешагнули 100-летний рубеж. А в республике Башкортостан в 2004 году проживало 196 человек старше 100 лет.

Явление долгожительства представляет исключительный интерес и для познания биосоциальной природы человека. Вместе с тем раскрытие сущности этого феномена требует изучения, наряду с самими долгожителями, также и особенностей всей популяции, к которой они принадлежат.

В науке обсуждается целый ряд факторов, способствующих долголетию. Биологические предпосылки долголетия – наследственность, тип высшей нервной деятельности, изменения в результате перенесенных заболеваний. Экологические факторы – природно-географическая среда, социально-экономические условия.

Генетический фактор. Хотя долгожительство и не является чисто генетической проблемой, в литературе широко обсуждаются предположения о существовании наследственной «продленной программы» жизни, или наследственного комплекса морфо-функциональных показателей, способствующих потенциально хорошему здоровью, или же об отсутствии факторов риска в отношении ряда важнейших возрастных заболеваний. О роли наследственных факторов в механизме долголетия свидетельствуют результаты изучения близнецовым и генеалогическим методами долгожителей и их семей. Но эта роль проявляется неоднозначно в зависимости от возраста, условий жизни и других обстоятельств. Высказывалось предположение, что на продолжительность жизни влияет большое число малых генов.

Экологические факторы. Роль природной среды (климат, почва, вода, флора, фауна) привлекает все большее внимание в условиях современной технократической цивилизации и все усиливающегося влияния антропогенных факторов. Как известно, сочетание благоприятных факторов способствует долголетию и даже несколько сглаживает значение наследственных основ, которое проявляется более определенно в менее благоприятных экологических условиях. В то же время сами долгожительские генотипы сформировались под влиянием этих условий, и они, в свою очередь, необходимы для проявления долголетия.

Традиционное питание также является очень важной слагаемой долголетия. У абхазов и многих других долгожительских групп основу питания составляют продукты земледелия и скотоводства. Рацион включает много фруктов, ягод, орехов, меда, различных овощей, дикорастущих трав и растений. Обычны молочные и кисломолочные продукты, сыры.

Употребление сахара, соли и животных жиров ограничено; почти нет супов и бульонов. Им также характерны умеренность в еде, неторопливость, определенные ритуалы. Следует отметить высокое содержание витаминов, особенно витамина С (аскорбиновой кислоты) и Е, оптимальное соотношение микроэлементов, пониженную калорийность, сбалансированность почти по всем основным компонентам питания. Такой тип диеты складывается в раннем детстве и сохраняется в дальнейшем.

Трудовой фактор. Для долгожителей типично раннее начало и позднее окончание трудовой деятельности. По материалам, собранным в Абхазии, почти все долгожители (93%) продолжали работать, их трудовой стаж нередко превышал 60 лет. Занятия характеризуются постоянством и умеренностью нагрузок с обязательным послеобеденным отдыхом. Работающие долгожители сохраняли хорошую двигательную активность. Показатели выносливости были наибольшими у мужчин 75–79 лет и соответствовали уровню 20–29-летних. А у женщин выносливость была даже больше, чем в молодости. Но у долгожителей (мужчин и женщин) – она была наименьшей. Время реакции у долголетних (80 лет и старше) сопоставимо с этим показателем у молодых. Долгожители характеризовались высокой степенью уравновешенности нервных процессов.

Эталон ответов на билет № 28

1. Перед поступлением в школу важно своевременно выявить и провести коррекцию отклонений в состоянии здоровья детей, определить степень их готовности к обучению. Определение готовности к обучению в школе проводится врачом детской поликлиники по медицинским и психофизиологическим критериям.

К *медицинским критериям* относят уровень биологического развития, состояние здоровья в момент осмотра, заболеваемость за предшествующий год.

Зрелость ребенка оценивается психофизиологическими критериями, например, по качеству звукопроизношения.

Первое обследование осуществляется осенью за год до поступления детей в школу или подготовительную группу детского сада. Ребенку проводится психофизиологическое исследование, его осматривают все специалисты детской поликлиники, результаты обследования заносят в медицинскую карту развития ребенка.

Детям с отклонениями в состоянии здоровья назначается комплекс лечебных и оздоровительных мероприятий.

Дети признанные не готовыми к школе при первом обследовании, в мае -апреле, проводят повторный медицинский осмотр.

Результаты осмотров и анализов, заносят в индивидуальную карту школьника (Ф 026 у-80), которая выдается на руки родителям для предъявления в школу, составляют списки детей с указанием готовности обучения в школе.

2. Третий период родов начинается с момента рождения последнего плода и заканчивается рождением последа. Он характеризуется последовыми схватками и потугами. Длительность последового периода 20-30 минут. Послед включает плаценту, пуповину и оболочки. Последовые схватки роженица обычно не ощущает. Последовые схватки вызывают 1 фазу периода - отделение последа. После его отделения за счет потуг происходит 2 фаза - выделение последа. Отделение последа сопровождается кровянистыми выделениями.

Различают три вида кровопотери:

- 1) физиологическая - 200-250 мл.
- 2) допустимая - 0,5% от массы тела.
- 3) патологическая - больше допустимой.

Ведение третьего периода родов

Очень важно не допускать кровопотери. Следует следить за состоянием роженицы, цветом кожных покровов, жалобами, пульсом, АД, наружной и внутренней кровопотерей.

За внутренней кровопотерей судят по высоте стояния дна матки (ВСДМ), которая после рождения плода находится на 2см. выше пупка.

За наружной кровопотерей следят по содержимому лотка, который поставлен под таз роженицы.

Ведение последового периода начинается с катетеризации мочевого пузыря. Период ведется выжидательно. Медсестра наблюдает за признаками отделения плаценты, которые говорят о завершении 1 фазы.

При наличии признаков отделения плаценты роженицу просят потужиться и послед рождается. Иногда потуги роженицы не дают эффекта, и приходится принимать методы выделения плаценты.

Отделившийся послед осматривают на целостность оболочек, вначале с материнской стороны, а затем с плодовой.

3. Личная гигиена

Для пожилого человека очень важно соблюдать правила личной гигиены. Гигиеническую ванну или душ принимают от 2 до 7 раз в неделю. Купания 1-2 раза в неделю. Рекомендуется использование мыла с высоким содержанием жира, для профилактики сухости кожи и зуда, и использование крема для уменьшения сухости кожи.

После мытья необходимо тщательно вытирать кожу, промокая ее, особенно в местах сгибов конечностей. Если кожа слишком сухая, надо смазать ее увлажняющим кремом. Подмывание теплой водой следует производить ежедневно, а также после каждого стула.

Чистить зубы необходимо 2 раза в день: утром до завтрака и вечером перед сном не менее 3 мин, перемещая щетку в горизонтальном и вертикальном направлениях. Чаше надо менять зубную щетку и чем меньше головка щетки, тем она удобнее.

Пользуйтесь зубной пастой, содержащей фтор, противокариозным действием обладают пасты «Жемчуг», «Новый жемчуг», «Фтородент» и некоторые другие.

Не допускайте образования зубного налета, своевременно удаляйте остатки пищи между зубами. После приема пищи полоскать рот теплой кипяченой водой.

Пища должна быть разнообразной, содержать все необходимые питательные вещества, витамины, микроэлементы.

Сладости надо есть реже, для сохранения зубов особенно большое значение имеют витамины D, С, А. Если в пище их недостаточно, что бывает в зимнее время и особенно ранней весной, нужно употреблять препараты этих витаминов.

Чтобы не царапать эмаль, нельзя ковырять в зубах твердыми и острыми предметами – булавками, иглами.

Надо постоянно заботиться о чистоте полости рта. Все больные зубы должны быть вылечены, неизлечимые зубы и корни удалены, отложения зубного камня сняты. Отсутствующие зубы должны быть замещены зубным протезом.

Правильный уход за зубными протезами очень важен для здорового состояния слизистой оболочки полости рта.

Необходимо поддерживать чистоту десен, ежедневно споласкивая ротовую полость стаканом теплой воды с растворенной в ней 1 ч. л. соли.

Правильный уход за ногами важен в любом возрасте, но для пожилых людей он имеет особое значение. Несоблюдение правил гигиены может отрицательно отразиться на их способности к передвижению, а она играет решающую роль в поддержании активного и самостоятельного образа жизни. Пренебрежение правилами ухода за ногами может привести к неприятным ощущениям и болям, а в более серьезных случаях – к неспособности передвигаться без посторонней помощи. Большинство осложнений возникают из-за несоответствия стопы той обуви, которую предпочитали носить в молодом возрасте, и нарушения правил гигиены. При выполнении повседневной работы для улучшения кровообращения в стопах следует ставить ноги на невысокую скамеечку. Это касается как пожилых людей, так и молодых.

Чтобы предотвратить грибковые инфекции, тщательно мойте и вытирайте ноги. Рекомендуется использовать тальк или пудру. Используйте крем для ног, чтобы не допустить высушивания кожи. На сухой коже часто образуются трещины, борьба с которыми – нелегкое дело. Стопы следует смазывать кремом 1–2 раза в день после душа. Сухую кожу удаляют при помощи специальных пилочек. Это делают раз в неделю в душе или после него, затем кожу смазывают кремом. Людям с повышенной потливостью следует отказаться от синтетики и носить обувь, носки, колготки из натуральных материалов.

Подстригание ногтей: с годами ногти человека становятся толще, и подстричь их оказывается труднее, чем в молодом возрасте. Дополнительные трудности возникают в связи с ухудшением зрения и тем, что до ногтя не так-то легко дотянуться. Это должны делать члены семьи. Неправильное подстригание ногтей и ношение тесной обуви приводят к т. н. «вросшим ногтям».

Обувь выбирают по стопе. Не рекомендуют носить обувь без задника и домашние тапочки, не обеспечивающие должную поддержку стопы.

Носки лучше взять хлопчатобумажные или шерстяные. Синтетические волокна задерживают пот, а это способствует появлению грибка. Грибки развиваются в темных и влажных местах. Стопы при несоблюдении гигиены представляют отличную среду для размножения и, поэтому необходимо поддерживать чистоту стоп и периодически присыпать пудрой или смазывать спиртом промежутки между пальцами. Грибки способны привести к появлению грибков под ногтями. Соблюдайте гигиену: хотя бы раз в день мойте ноги и носите проветриваемую обувь.

Необходимо следить за тем, чтобы туфли были достаточно просторными. У людей, страдающих нарушением кровообращения в стопах или отсутствием чувствительности в них, тесная обувь может вызвать более серьезные последствия, в частности возникновение язв, а в некоторых случаях – гангрену.

Ежедневно мойте ноги. Чаше меняйте обувь и носки для избавления от неприятного запаха. Если обувь можно мыть, делайте это тщательно. Чаше меняйте стельки. Пользуйтесь дезодорантом.

Основным индивидуальным мероприятием, помогающим предупредить заболевания глаз в пожилом возрасте и ослабление зрения, является соблюдение правил гигиены. Одно из главных требований гигиены зрения – правильное освещение. Наилучшее и самое полезное для глаз освещение дает отраженный солнечный свет. Прямой свет солнца пожилым людям не рекомендован, он вызывает неприятные ощущения в глазах и действует несколько возбуждающе и раздражающе. Для защиты от прямого света окна следует занавешивать шторами. Если дневного света недостаточно, надо дополнять его искусственным.

Следующий важный фактор как общей гигиены, так и гигиены зрения – правильная посадка, удобное, спокойное положение тела, не вызывающее утомления. Книгу, газету, тетрадь надо держать на расстоянии 35–40 см от глаз.

Для того чтобы дать мозгу и глазам отдых, работу следует прерывать на несколько минут каждые 1–1,5 ч.

Иногда обстоятельства вынуждают читать лежа. Например, при выздоровлении после тяжелой болезни. При соблюдении известных условий это можно делать без особого вреда для зрения. Нужно читать не слишком долго, почаще отдыхать, не запрокидывать голову, а класть ее на высоко приподнятую подушку. Лампу следует поместить так, чтобы она хорошо освещала книгу или газету, но не светила прямо в глаза.

Нарушение сна - частая жалоба людей пожилого и старческого возраста. Трудность засыпания, недостаточный сон, а также беспокойный сон с частыми пробуждениями - такие жалобы можно услышать и от нормально стареющих. Эти нарушения отражают возрастные изменения физиологии сна и могут быть связаны с тревожными состояниями. Структура сна и потребность в нем изменяются в разные периоды жизни человека. При нормальном старении потребность в сне составляет 8-9 ч. Некоторые люди пожилого и старческого возраста чувствуют себя удовлетворительно и хорошо после ночного сна в

течение 6-7 ч. Структура сна изменяется - четвертая стадия сна, то есть глубокий сон, фактически исчезает, период засыпания становится более продолжительным. Эти изменения еще более выражены у лиц с церебральными нарушениями. Жалобы на недостаточный сон часто объясняются тем, что старый человек спит много днем и потребность в ночном сне снижается.

Советы пожилому и старому человеку:

- старый человек должен засыпать в тишине.
- постель должна быть твердая, мало прогибающаяся под влиянием массы тела.
- температура воздуха в комнате 18-22*С.
- воздух в комнате должен быть чистым, комната хорошо проветренной, лучше всего спать с открытой форточкой.
- одеяло должно быть легким и теплым, не подвернутое под матрац и дающее возможность удобно укутать ноги.
- последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 4 ч. до сна, перед сном лучше выпить стакан кефира. Не рекомендуется перед сном есть сладости, есть шоколад.
- перед сном рекомендуется недлительная прогулка или даже ходьба по коридору.

Эталон ответов на билет № 29

1. Период младшего школьного возраста продолжается с 7 до 12 лет. В это время происходит совершенствование функций организма ребенка; развиваются сложные координационные движения мелких мышц, благодаря чему возможно письмо; улучшается память, повышается интеллект, крепнут мышечная система и скелет, молочные зубы заменяются на постоянные, формируется половое специфическое поведение.

В периоде младшего школьного возраста выделяют препубертатный период (10 - 12 лет), характеризующийся интенсивным ростом, что так называемый период **второго физиологического вытяжения**, предъявляющий повышенные требования к обмену веществ в организме, в связи с чем в этот период возможно развитие заболеваний из-за нарушения обмена веществ (анемии, гиповитаминозы, гипотрофии) и нарушения Функции эндокринных желез (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы).

Общение в школе дисциплинирует детей, развивает усидчивость, самостоятельность, расширяет круг интересов и трудовых навыков. Дети начинают жить интересами коллектива. Вместе с тем ребенок теперь гораздо меньше времени проводит на воздухе, часто нарушается режим питания, возрастают нагрузки на нервную систему и психику, костно-мышечную систему. В этом возрасте число обращений за врачебной помощью минимально, но в результате профилактических осмотров выявляются дети с нарушением зрения, осанки, кариесом зубов. Остается высокой частота инфекционных, аллергических заболеваний.

2. Начинается с момента рождения последа и длится 6-8 недель после родов. Делится на ранний послеродовой период - с момента рождения последа, 2 часа после родов и до суток и поздний послеродовой период - от суток до 6-8 недель после родов. В течение послеродового периода происходит обратное развитие всех органов и систем - инволюция. Наибольшие изменения в организме совершаются в первые дни послеродового периода.

Матка после родов весит 1000 гр. и представляет собой раневую поверхность. После родов происходит заживление раневой поверхности. Сосуды, залегающие в маточных стенках, за счет сокращения матки, сужаются, кровянистые выделения прекращаются.

В первые сутки после родов дно матки находится на уровне пупка. Полное восстановление слизистой матки заканчивается к 20-25 дню после родов, а функция матки полностью восстанавливается через 40 - 60 дней. Внутренний зев закрывается к 7-му дню после родов, наружный - к 10 дню.

Ведение раннего послеродового периода

2 часа после родов родильница находится под тщательным наблюдением в родовом зале. Необходимо осмотреть шейку матки и влагалище для исключения травм и разрывов с помощью ложкообразных зеркал, шейку матки следует осмотреть с помощью корнцангов. После этого обрабатывают наружные половые органы с помощью ватных тампонов. При наличии разрывов акушерка накладывает швы, а медсестра-анестезистка по назначению врача проводит обезболивание. Чаще всего это кратковременный наркоз.

Обращают внимание на состояние родильницы, цвет кожных покровов, выясняют жалобы, подсчитывают пульс, давление, температуру, следят за внутренней и наружной кровопотерей, проводят наружный массаж матки. С целью профилактики кровотечения на низ живота кладут пузырь со льдом. Через 2 часа после родов родильницу на каталке переводят в послеродовое отделение.

6 часов после родов родильница находится в строгом постельном режиме. Основная проблема - невозможность помочиться. В первые сутки надо следить за мочеиспусканием через каждые 2 часа для профилактики кровотечения.

Во время пребывания в родильном доме родильница часто меняет белье. Рубашка меняется ежедневно. Стерильная подкладная меняется 3-4 раза в день или по мере необходимости. Смена постельного белья проводится не реже 1 раза в четверо суток. Два раза в сутки измеряется давление, пульс, температура. Оценивается качество и количество лохий. При появлении обильных кровянистых выделении со сгустками необходимо сообщить об этом врачу, до его прихода измерить давление, провести наружный массаж матки, положить пузырь со льдом, подготовить для введения сокращающие средства (окситоцин). Если лохии имеют неприятный запах, сообщить врачу. Первые трое суток может отсутствовать стул, поэтому назначаются клизмы или слабительные.

3. Основные направления социальной защиты населения определены Федеральным Законом «Об основах социальной защиты населения в Российской Федерации» (1995г.):

— предоставление материальной помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, в виде денежных средств, продуктов питания и т.д., а также специальных транспортных средств, технических средств реабилитации инвалидов и лиц, нуждающихся в постороннем уходе;

— социальная защита на дому, которое осуществляется путем предоставления социальных услуг гражданам, нуждающимся в постоянном или временном нестационарном социальном обслуживании;

— социальная защита в стационарных учреждениях, осуществляемое путем предоставления социальных услуг гражданам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся в постоянном постороннем уходе, и обеспечивающее создание соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, проведение мероприятий медицинского, психологического, социального характера, питание, уход, а также организацию посильной трудовой деятельности, отдыха и досуга;

— предоставление временного приюта в специализированных учреждениях социальной защиты детям-сиротам, безнадзорным несовершеннолетним детям, гражданам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, гражданам без определенного места жительства, пострадавшим от психического или физического насилия и другим клиентам социальной службы, нуждающимся в предоставлении временного приюта;

— организация дневного пребывания в учреждениях социальной защиты с предоставлением социально-бытового, социально-медицинского и иного обслуживания сохранившим способность к самообслуживанию и активному передвижению гражданам преклонного возраста и инвалидам, а также другим лицам, в том числе несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации;

— консультативная помощь по вопросам социально-бытового, социально-медицинского обеспечения жизнедеятельности, психолого-педагогической помощи, социально-правовой защиты;

— реабилитационные услуги лицам с ограниченными возможностями, несовершеннолетним правонарушителям, другим гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию и нуждающимся в профессиональной, психологической, социальной реабилитации

Помощь пожилым осуществляют органы социальной защиты населения через свои отделения, которые выявляют и ведут учет, осуществляют различные виды социальной поддержки, предлагают и обеспечивают платные услуги. Социальная защита осуществляется по решению органов социальной защиты населения в подведомственных им учреждениях либо по договорам, заключаемым органами социальной защиты с учреждением социальной защиты иных форм собственности.

Функцию социальной защиты и помощи выполняют и следующие учреждения:

- дома-интернаты;
- отделения дневного и ночного пребывания;
- специальные дома для одиноких престарелых;
- больницы и отделения для хронических больных;
- стационары различного типа;
- территориальные центры социальной защиты;
- отделения социальной помощи на дому;
- геронтологические центры и т.д.

Социальная защита включает в себя всё то, что получает пожилой и нетрудоспособный человек за счёт общественных фондов потребления сверх пенсии. Общество в данном случае берёт на себя полностью либо частично расходы, связанные с оплатой стоимости услуг, предоставляемых пожилым и нетрудоспособным гражданам, нуждающимся в определённых видах социальной помощи. При этом в порядке социальной защиты удовлетворяются специфические потребности, характерные именно для данной категории граждан.

Эталон ответов на билет № 30

1. Пубертатный возраст, переходное от детства время, в течение которого организм достигает биологической половой зрелости. Соответствует периоду полового созревания: у девочек в среднем с 12 до 16 лет; у мальчиков - с 13 до 17 - 18 лет. На его протяжении происходит активация половых желёз, обуславливающая быстрое соматическое и половое развитие девочки и мальчика. К концу периода полового созревания организм в анатомическом и функциональном отношении готов к продолжению рода. В последние годы во всех странах отмечается выраженная тенденция к ускоренному развитию детей и более раннему наступлению половой зрелости, чем это наблюдалось 80 - 100 лет назад. Причина этого явления не совсем ясна. Предполагают, что акселерация связана с цивилизацией и урбанизацией населения, изменением характера питания, чрезмерным потреблением белков и сахара.

Пубертатный возраст - важный, ответственный и нелёгкий этап жизни, который характеризуется полным отсутствием гармонии. Вытягивается туловище, непропорционально растут конечности. Подросток не успевает привыкнуть к столь быстрому росту, движения его угловаты, походка неуклюжа. Ни мальчик с пробивающимися усиками, ни девочка с вполне развившимися женственными формами ещё не пришли во взрослый мир, но уже покинули мир детства. Отсюда двойственность их положения и поступков и многие их беды. Потеря равновесия вызвана перестройкой гормональной системы организма, разницей в темпах физического, духовного развития

подростка и степенью его социальной зрелости, самостоятельности. Всё это не может не отразиться и на психическом состоянии.

Подросток часто делает глупости, совершает необъяснимые с точки зрения логики поступки. Очевидно, именно особой ранимостью и эмоциональной неустойчивостью подростков можно объяснить тот факт, что на этот возраст приходится значительный процент самоубийств и суицидальных попыток. В этом возрасте начинается следующая фаза психосексуального развития - фаза романтической влюблённости, с одной стороны, и эротических желаний - с другой. Эротическое половое влечение (желание не только духовного, но и телесного контакта, нежности, ласки, прикосновений) беспокоит подростка. Первая влюблённость начинается с дружбы, совместных занятий, игр, танцев. Затем наступает момент, когда юные влюблённые с трепетом прикасаются друг к другу, их чувства поднимаются на следующую ступеньку сексуальной лестницы - к объятиям, поцелуям, ласкам. В обычных условиях ни романтическое обожание, ни эротическая привязанность не требуют немедленной сексуальной реализации.

Мальчики с появлением поллюций вступают в период гиперсексуальности, когда легко может возникнуть стремление снять внутреннюю напряжённость, совершив определённые действия. В этом возрасте подростки начинают задумываться над способами и возможностями конкретной реализации влечений. Именно в это время под воздействием случая могут закрепиться неприемлемые формы сексуальной активности.

С наступлением половой зрелости подростки становятся умнее, возрастают их интеллектуальные способности, наблюдательность, становится более логичным мышление, богаче воображение. Иногда наблюдаются случаи очень раннего полового созревания, что зависит от неправильного развития половых желёз или появления в них опухолей. При раннем половом созревании вторичные половые признаки появляются до 7 - 10 лет. В таких случаях следует незамедлительно обратиться за советом к врачу. И наоборот, возможно позднее развитие вторичных половых признаков - после 17 лет. Если до 15 - 16 лет вторичные половые признаки не появились, следует думать о задержке развития; в этом случае также необходимо соответствующее лечение.

Созревание полового аппарата как мужчины, так и женщины начинается раньше, чем создаются условия для совместной жизни и правильного развития плода в организме матери. Половая жизнь в этом периоде нежелательна, так как она подрывает здоровье не полностью созревшего организма. Период полового созревания является очень ответственным и своеобразным "критическим" периодом развития организма подростков, который зачастую определяет всю их дальнейшую жизнь.

2. Матка после родов весит 1000 гр. и представляет собой раневую поверхность. После родов происходит заживление раневой поверхности. Сосуды, залегающие в маточных стенках, за счет сокращения матки, сужаются, кровянистые выделения прекращаются. В первые сутки после родов дно матки находится на уровне пупка. Полное восстановление слизистой матки заканчивается к 20-25 дню после родов, а функция матки полностью восстанавливается через 40 - 60 дней. Внутренний зев закрывается к 7-му дню после родов, наружный - к 10 дню.

Выделения после родов - лохии.

с 1 по 3 день – кровянистые,

на 4 – 5 день – серозно-кровоянистые,

на 6 – 8 день серозно-сукровичные,

- с 10 дня светлые – без примеси крови,
- с 3 недели слизистые и прекращаются с 6 недели.

Дно матки:

- На 2-3 день на 2см ниже пупка.
- На 5 день на середине между пупком и симфизом.
- На 9-10 день над лоном не прощупывается

Влагалищная трубка суживается и восстанавливается через 30-40 дней после родов.

Созревание фолликулов в яичниках у не кормящей женщины происходит через 30-40 дней, менструация появляется через 2-2,5 месяца после родов.

Молочные железы увеличиваются, на третьи сутки появляется молоко, отделение молока называется лактацией.

Ведение позднего послеродового периода

Здоровая родильница не нуждается в специальной диете после родов. Родильницам рекомендуется молочная диета, овощи, фрукты, мясо, рыба. Следует исключить пряности, алкоголь, цитрусовые. При соблюдении принципа раннего вставания родильница пользуется комнатой личной гигиены, проводит туалет наружных половых органов по мере необходимости. Родильницам, имеющим швы на промежности, туалет наружных половых органов проводят в смотровой комнате. Сестринская проблема - кормление новорожденного. Перед каждым кормлением необходимо: помыть руки с мылом, обмыть молочную железу водой с мылом и осушить полотенцем, первые и последние дозы молока сцедить руками, сделать массаж молочной железы подушечками пальцев, найти участок уплотнения и больше его промассировать, затем указательным пальцем надавливать область околососкового кружка, добиваясь эффекта сцеживания. Выписка из родильного дома проводится на 5 сутки.

Гигиена родильницы и роль медицинской сестры

Первой из медицинских работников в домашних условиях родильницу посетит медицинская сестра детской поликлиники.

Главная сестринская проблема - недостаток знаний родильницы и практических умений в уходе за новорожденным, кормлении, уходе за молочными железами, гигиене послеродового периода. Дома следует следить за чистотой своего тела, ежедневно принимать душ, тщательно мыть руки и молочные железы перед кормлением ребенка. Стричь коротко ногти, не покрывать их лаком. 2 раза в день обмывать наружные половые органы, вытирать из специально выделенным полотенцем. Менять постельное белье 1 раз в неделю, носить лифчик, бандаж. Ванна разрешается не раньше, чем через 3-4 недели после родов. Необходим правильный режим труда и отдыха, избегать поднятия тяжестей. Спать не менее 8 часов в сутки, отдыхать днем. Сестринской проблемой являются и взаимоотношения в семье. Медсестра должна объяснить, что роль мужа и родственников очень велика. Только при участии всей семьи в уходе за ребенком он вырастет здоровым. Половую жизнь рекомендуется начать через 8 недель после родов. Интервал между родами должен составлять не менее 2 лет. Медсестре надо рассказать о методах контрацепции. По поводу гормональных таблеток следует проконсультироваться, так как эстрогены понижают лактацию, а инъекционные (входят в состав прогестины) увеличивают.

3. Правила медикаментозной терапии лиц пожилого возраста:

1. В пожилом возрасте выше опасность побочного действия лекарственных препаратов. Необходимо постоянно помнить «не применяй лекарства, если возможна другая терапия»
2. Токсические лекарственные реакции протекают тяжелее.

3. При выявлении множественной патологии следует вначале организовать лечение основного, наиболее опасного заболевания; при лечении необходимо предупреждать полипрагмазию, использовать более простые способы приема лекарств.
4. Учитывать высокий риск побочных реакций, следует при возможности начинать лечение с наименее опасных медикаментов в малых дозировках, постепенно повышая их. Требуется индивидуализация лечения, подбор оптимальных для данного больного доз лекарственных препаратов. Использовать правила малых доз.
5. Сочетанное название медикаментов должно обеспечивать предупреждение токсического воздействия и усиление эффективности малых доз.
6. Антибиотики и а/бактериальные препараты назначаются в обычных дозах, согласно общим правилам.
7. На характер действия лекарств оказывает влияние характер пищи и водный режим. Должен быть контроль за потреблением жидкости и выделением мочи. Старые люди потребляют мало жидкости, что может способствовать развитию лекарственных интоксикации.
8. Длительный прием многих препаратов ведет к привыканию и повышению их дозировок, увеличивает опасность их интоксикации. Нужна частая замена лекарств, перерывы в их приеме.
9. Врожденная и приобретенная специфическая реактивность, как и медикаментозная аллергия, могут наблюдаться в любом возрасте.
10. Специфические гериатрические препараты используются в целях профилактики и лечения преждевременного старения и могут сочетаться с рядом других лекарственных препаратов.

Необходимо иметь в виду психологические особенности больного, затрудняющие его активное участие в лечении (забывчивость, недостаточная внимательность, неадекватность в реакциях). Для этого рекомендуется:

- Применение одного или двукратного приема препаратов в течение дня.
- Подбором лекарственной формы, наиболее приемлемой для больного. Рекомендуется назначение таблетированных лекарственных препаратов, т. к. жидкие лекарственные формы могут быть не верно дозированы пожилыми пациентами с нарушенной координацией движений, плохим зрением, плохой памятью; ингаляционный путь введения т. ж. может вызвать трудности у пожилых и старых пациентов.
- Тщательным инструктированием пациента и его попечителей, подробными записями, объяснениями.
- Ясным назначением места, где хранятся лекарства, специальными этикетками.
- Предложением вести дневник или календарь во время лечения, в которых записывать характеристику новых ощущений, связанных с лечением.

Эталон ответов на билет № 31

1. Подготовка детей к поступлению в ДДУ

При поступлении ребенка в ДДУ может развиваться дезадаптационный синдром: чувство страха, плач, общая заторможенность, понижение аппетита, нарушение сна, повышение температуры. Отмечается падение иммунитета, что приводит к повышению заболеваемости.

Адаптация может быть физиологической и патологической, длится от 2 - 3 недель до нескольких месяцев.

С целью снижения возможной дезадаптации следует планомерно проводить подготовку детей к ДДУ. Эта работа проводится участковым педиатром, мед сестрой и состоит из 2-х разделов: общей и специальной подготовки.

Общая подготовка включает в себя проведение общепринятых мероприятий по обслуживанию детей на педиатрическом участке.

Специальная подготовка начинается не позднее 2-3 месяцев до поступления ребенка в ДДУ. Внести при необходимости изменения в домашний режим дня, приблизив его к режиму детского учреждения. Отрегулировать питание ребенка, предложив родителям готовить пищу, близкую по составу и технологии приготовления к пище детского учреждения. Контролировать выполнение назначенных профилактических прививок, проводить работу по исправлению вредных привычек (укачивание, пользование пустышкой, сосание пальцев). Активно приучать ребенка к общению с другими детьми и взрослыми.

Для поступления в ДДУ оформляется индивидуальная карта ребенка (Ф №026 у), где указывается социально-бытовые условия семьи, аллергия, перенесенные заболевания, прививки, лабораторные исследования. Дается комплексная оценка состояния здоровья с рекомендациями по оздоровлению.

2. Послеродовой период начинается с момента рождения последа и длится 6-8 недель после родов. Делится на ранний послеродовой период - с момента рождения последа, 2 часа после родов и до суток и поздний послеродовой период - от суток до 6-8 недель после родов. В течение послеродового периода происходит обратное развитие всех органов и систем - инволюция. Наибольшие изменения в организме совершаются в первые дни послеродового периода.

Выделения после родов - лохии.

- с 1 по 3 день – кровянистые,
- на 4 – 5 день – серозно-красные,
- на 6 – 8 день серозно-сукровичные,
- с 10 дня светлые – без примеси крови,
- с 3 недели слизистые и прекращаются с 6 недели.

Дно матки:

- На 2-3 день на 2см ниже пупка.
- На 5 день на середине между пупком и симфизом.
- На 9-10 день над лоном не прощупывается

Влагалищная трубка суживается и восстанавливается через 30-40 дней после родов.

Созревание фолликулов в яичниках у не кормящей женщины происходит через 30-40 дней, менструация появляется через 2-2,5 месяца после родов.

Молочные железы увеличиваются, на третьи сутки появляется молоко, отделение молока называется лактацией.

3. Поскольку старение развивается по-разному, то различают календарный возраст и биологический возраст. Уже давно исследователи пришли к выводу, что календарный возраст не характеризует истинное состояние организма. Кое-кто перегоняет по темпу возрастных изменений общую группу своих однолеток, кое-кто явно отстает. Отсчет темпа возрастных изменений, прогноз предстоящих событий следует делать, учитывая не календарный, а биологический возраст человека. Календарный возраст определяется астрономическим временем, прошедшим со дня рождения.

Биологический возраст является мерой старения человека. Чем больше биологический возраст опережает календарный, тем большей должна быть продолжительность жизни данного индивида. Биологический возраст определяется на основе комплексной характеристики функционального состояния различных систем организма, а также - оценки его адаптационных возможностей. Определение биологического возраста очень важно для разграничения физиологического и преждевременного старения, разработке системы профилактических мероприятий, определения эффективности геропротекторов, для решения ряда социально-экономических вопросов (выход на пенсию, оценка работоспособности или пригодности к определенной работе и т.п.).

В период увядания биологический возраст — это степень истинного старения, уровень жизнеспособности и здоровья организма. Возраст помимо наследственности зависит от условий среды и образа жизни.

Проблема биологического возраста далека от своего разрешения. Она серьезно поставлена только в конце минувшего века. Медицина сейчас, к сожалению, занимается в основном больными, а не здоровыми людьми. Вместе с тем еще И. П. Павлов указывал, что медицина будущего - это профилактическая медицина. Если биологический возраст значительно отстает от календарного, - очевидно, перед нами потенциальный долгожитель. Если же биологический возраст значительно опережает календарный, то старение развивается преждевременно. Поэтому во 2-ой половине жизни люди одного хронологического возраста могут особенно сильно различаться по морфофункциональному статусу, т.е. биологическому возрасту.

Эталон ответа на билет № 32

1. Период грудного возраста исчисляется от периода новорожденности (29 дней) до 12 месяцев. Для детей этого возраста особенно характерны быстрые темпы увеличения роста, массы, интенсивный обмен веществ. В этот период совершенствуется ЦНС (появляются некоторые двигательные навыки, зачатки речи), характерна относительно большая потребность в пище. В этом периоде начинают совершенствоваться все процессы жизнедеятельности. Определяющим фактором, влияющим на рост и развитие ребенка, является внешняя среда.

Основной отличительной особенностью ребенка грудного возраста является его рост и развитие. Рост (накопление массы) и развитие (дифференцировка различных органов и систем) – это два основных процесса, которые постоянно совершаются в организме ребенка. Термин «физическое развитие» в клинической педиатрии понимается как динамический процесс роста (увеличение длины и массы тела, развитие отдельных частей).

Масса тела является самым неустойчивым показателем физического развития и может меняться под влиянием различных факторов внешней среды.

К концу года масса тела ребенка в среднем равна 10000 – 11000 гр.

Длина тела - более устойчивый показатель, изменение его свидетельствует о длительном благополучии или неблагополучии в организме ребенка. На первом году жизни увеличение длины идет особенно энергично, за первый год жизни она увеличивается на 23- 25 см.

Прибавка в росте составляет;

- в 1 квартале – по 3 см за месяц;
- во 2 квартале – по 2,5 см за месяц;
- в 3 квартале – 1,5-2 см за месяц;
- в 4 квартале – 1 см за месяц.

К концу года длина тела ребенка в среднем равна 73-75 см.

Окружность груди является одним из основных антропометрических параметров. Она отражает степень развития грудной клетки, обуславливает при этом функцию дыхания и подкожно-жирового слоя на груди.

Интенсивное нарастание окружности грудной клетки происходит первый год жизни, особенно в первое полугодие. За год окружность грудной клетки увеличивается на 13-15 см и составляет 47 - 49 см.

Ориентировочно для оценки скорости развития грудной клетки можно пользоваться формулой: в 6 мес. окружность груди равна 45 см и на каждый недостающий месяц до 6 нужно из 45 см вычесть 2 см, на каждый последующий после 6 мес. прибавить 0,5 см.

Окружность головы за год увеличивается на 11 см, особенно интенсивно в первом полугодии на 7 см.

При рождении окружность головы превышает окружность грудной клетки, к 3-4 месяцам она должна сравняться с окружностью головы.

Необходимым условием правильного медицинского обслуживания детей является систематическое наблюдение за их физическим развитием.

Для того чтобы своевременно уловить отклонения в ходе индивидуального развития ребенка. У детей грудного периода, контроль за физическим развитием осуществляется ежемесячно. Для правильной оценки физического развития все измерения необходимо проводить на обнаженном ребенке в первую половину дня, так как длина и масса тела в течение суток колеблются. Длина тела к вечеру обычно уменьшается на 0,5-1 см. а масса увеличивается.

Помимо того, выработка условных рефлексов зависит от развития органов чувств – слуха, зрения, обоняния, осязания, вкуса. К моменту рождения они функционируют, но совершенствуются лишь по мере развития ребенка. У новорожденного менее готовыми к восприятию являются слух и зрение. После 2-х недель жизни ребенок начинает реагировать на звук, отчетливо различает звуки на 2 мес. На 2-м мес. жизни ребенок начинает следить за яркими игрушками, на 3 мес., фиксируя взгляд, следит за предметом, в конце 1-го полугодия различного цвета, узнает мать.

Важным показателем умственного развития ребенка и зрелости его ЦНС является формирование 2-й сигнальной системы – развитие речи. Еще на 2-м мес. жизни ребенок произносит неопределенные звуки, постепенно переходящие в гуление, с 6 мес. появляются попытки произносить слоги, начинается формироваться речь. К 1-му году ребенок осваивает 8-10 слов. Бурное развитие речи происходит на 2-3 году жизни, у ребенка значительно пополняется запас слов.

Важным показателем, характеризующим нервно-психическое и физическое развитие ребенка, является развитие двигательного умения и соответствующее ему поведение.

Новорожденный физически беспомощен, он не держит голову, движения его разбросаны, беспорядочны.

В 2 м. ребенок начинает держать голову, улыбается.

В 3 м. – движения рук ребенка становятся свободными. В положении на животе он приподнимает туловище, опираясь на локти и предплечья, оживленно реагирует улыбкой и движениями на речь взрослого, обращающегося к нему.

В 4 мес. – ребенок поворачивает голову в сторону звука, улыбается, издает громкие звуки, интересуется висящими над кроватью игрушками.

В 5 мес. – подолгу гулит, узнает мать и близких лиц, тянется за игрушкой и удерживает ее в руке, переворачивается со спины на живот. Устойчиво упирается на ножки при поддержке взрослых.

В 6 мес. – ребенок произносит слоги, сам берет игрушку и подолгу удерживает ее в руках, делает попытку ползать по манежу, переворачивается с живота на спину, начинает хорошо есть с ложки.

В 7 мес. – подолгу лепечет, активно играет игрушкой, хорошо ползает, садится.

В 8 мес. – ребенок громко, повторно произносит слоги, ищет и находит глазами предметы и лица, когда их называют, сам садится и ложится, игрушками занимается долго, рассматривает их, постукивает игрушкой об игрушку, пьет из чашки, которую держит взрослый. В 9 мес. повторяет разнообразные слоги и звуки, произносящие взрослыми, хорошо ходит, поддерживая за обе руки, садится из вертикального положения, встает на колени.

В 10 мес. – ребенок стоит и поднимается без опоры, ходит за стулом, повторяет за взрослыми разнообразные звуки и слоги.

В 11 мес. – ребенок самостоятельно стоит, ходит при небольшой поддержке взрослых, выполняет несложные поручения.

В 12 мес. – произносит около 10 слов, самостоятельно ходит, самостоятельно пьет из чашки.

2. Переходный (климактерический) период наступает в возрасте 45-47 лет и продолжается 2-3 года. В этом периоде постепенно угасает созревание фолликулов и

внутрисекреторная функция яичников: женщина вступает в новый период жизни - период физиологического прекращения менструальной функции. В это время средняя продолжительность менструального цикла увеличивается, и частота неполноценных двухфазных и ановуляторных циклов возрастает.

В климактерическом периоде выделяют три стадии: стадию климактерических изменений (*пременопауза*), стадию *менопаузы* и *постменопаузу*.

Стадия климактерических изменений продолжается от 2 до 3 лет. Изменение менструальной функции на этом этапе протекает по гипоэстрогенному типу, с редкими и более скудными кровотечениями. Месячные проходят нерегулярно - реже обычного или, наоборот, чаще. Основными особенностями функции яичников является постепенный переход к однофазному циклу и нарушение менструального ритма.

В дальнейшем, если месячные прекращаются и не дают о себе знать в течение целого года, значит, наступила **менопауза** - вторая стадия. Время наступления менопаузы индивидуально и колеблется в довольно широких пределах (47-50 лет). Основанием для выделения второй стадии послужили многочисленные наблюдения, свидетельствующие о продолжающейся гормонообразовательной функции яичников в течение нескольких лет после наступления менопаузы, уровень гормонов в женском организме близок к относительному нулю. Менопауза в среднем продолжается от 2 до 5 лет после прекращения менструальной функции.

А период жизни в течение 3-15 лет после последней менструации называется **постменопаузой** - это третья стадия климакса.

Таким образом, климактерический период - это период, характеризующийся обратным развитием женской половой системы - инволюцией с постепенным прекращением менструальной, а затем и гормонообразовательной функции яичников.

3. Эвтаназия

Одна из нерешенных проблем медицинской этики и психологии - страх смерти. Многие философы - от Сократа до Ясперса - утверждали, что жизнь есть главным образом непрерывное приготовление к смерти. Победить страх смерти помогает осознание ее эволюционной ценности. Смерть придает смысл и особую неповторимую ценность быстротекущей жизни, заставляет ценить ее каждый неповторимый миг. В связи с увеличением числа больных мучительными и продолжительными заболеваниями стала распространенной идея эвтаназии. В переводе с греческого «эвтаназия» - хорошая, легкая смерть человека. Этим термином обозначают смерть посредством убийства из милосердия одного человека другим. Выделяют «активную», «пассивную», «принудительную» и «добровольную» эвтаназию. Пример активной (прямой) эвтаназии: введение большой, смертельной дозы морфия больному раком поджелудочной железы с генерализованными метастазами. Пассивная (непрямая) эвтаназия: отказ от приостановления кровотечения из артерии, разрушенной саркомой печени или легких с метастазами во многие внутренние органы. Добровольная эвтаназия - это когда больной сам устно или письменно просит врача ускорить наступление смерти для прекращения его нечеловеческих мук. Принудительная эвтаназия - это убийство пациента по тем или иным соображениям, оправдываемое интересами самого больного или общества.

Российская медицина отрицательно относится ко всем видам эвтаназии. Законодательства всех стран запрещают врачам помогать пациенту совершать самоубийство, если даже он страдает неизлечимым заболеванием, считая это действие уголовным преступлением, обязывает врача бороться за жизнь человека до конца, как бы мучительно он не страдал от неизлечимой болезни. В клятве Гипократа, которую дают молодые врачи многих стран мира, есть такие слова: «Если кто-нибудь попросит у меня лекарство, чтобы при его помощи обречь человека на смерть, я клянусь не давать такого лекарства».

Иногда больной устно или письменно многократно обращается к врачу с просьбой прекратить его мучения и позволить ему безболезненно умереть. По этому поводу

возникает множество вопросов. Среди них, например, такие: правильно ли поставлен роковой диагноз о скорой неизбежной смерти пациента? Насколько верно информирован больной о характере его болезни? Не появятся ли в наш век бурного развития медицины новые методы лечения ранее неизлечимой болезни в те сроки, в которые данный пациент еще будет жить?

В некоторых странах делаются попытки узаконить эвтаназию. В Великобритании первый билль о законности эвтаназии был внесен в парламент еще в 1936 г. Он предусматривал законность безболезненной смерти по просьбе больного, страдающего «неизлечимой, фатальной и болезненной» формой патологии. Но этот билль был отвергнут. Вторая - также безуспешная - попытка утвердить такой билль была сделана в 1969 г.

Но несмотря на то что с врачей не снимается юридическая ответственность за жизнь и смерть их пациентов, у эвтаназии имеются сторонники как среди медицинских работников, так и среди юристов. Сторонники эвтаназии считают разумным и гуманным делом добровольную безболезненную смерть в случае неизлечимой мучительной болезни, хорошо документированной несколькими специалистами.

Эталон ответов на билет № 33

1. Здоровый доношенный ребенок – это ребенок родившийся на сроке беременности 38 - 40 недель, имеющий внешние признаки доношенности, функционально зрелый, имеющий оценку по шкале Апгар 8-10 баллов.

Внешние признаки доношенного ребенка

1. Длина тела 45 см и более, в среднем у мальчиков 50 - 52 см, у девочек 50,
2. Масса тела более 2500 гр., в среднем у мальчиков 3400 -3600 грамм, у девочек 3200-3400 грамм.
3. Окружность головы 34 - 36 см, окружность груди 32 - 34 см.
4. Соотношение вес (гр.): рост (см) = от 60 - 70.
5. Гладкая, эластичная, бархатистая кожа, ярко-розовой окраски.
6. Конечности полусогнуты из-за повышенного тонуса мышц сгибателей.
7. Пупочное кольцо расположено на середине расстояния от мечевидного отростка до верхнего края симфиза.
8. Стопки исчерчены многочисленными бороздками.
9. Длина волос на голове 1 - 2 см, пушковый волос выражен слабо, имеется только на спине, плечах, на лбу.
10. Шея короткая.
11. Пропорциональное телосложение (соотношение длины конечностей и туловища).
12. Головка конфигурирована, большой родничок 2 на 2.
13. Ногти на пальцах рук достигают края фаланг.
14. Ушные раковины плотные.
15. У мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек большие половые губы прикрывают малые.

Функционально зрелый ребенок

1. Хорошо удерживает температуру тела.
 2. Выражен сосательный рефлекс.
 3. Устойчивый ритм дыхания и сердцебиения.
 4. Не срыгивает.
 5. Достаточная двигательная активность.
 6. Хорошо выражены безусловные рефлексы.
- 2. Климактерический период** может протекать физиологически и патологически.

Физиологический климакс проходит без каких-либо болезненных нарушений, менструации становятся скудными и редкими и, наконец, прекращаются совсем.

При нормальном состоянии женского организма после прекращения менструаций половое влечение на длительное время сохраняется благодаря тому, что в организме содержится достаточное количество эстрогенных и других гормонов. Трудоспособность не снижается. Старение наступает значительно позднее наступления менопаузы.

Постклимактерический период (менопауза) продолжается от 47-50 до 57-59 лет. Появляются общие и местные изменения в организме. Общие изменения выражаются в видимом старении организма: наклонности к ожирению, появлению морщин на лице, снижении полового влечения; местные - в постепенной атрофии матки и молочных желез, прекращении менструаций. Функция яичников угасает постепенно. Атрофия половых органов наблюдается значительно позднее прекращения менструаций.

3. Общеизвестные демографические и социальные изменения, происшедшие в большинстве стран мира в первой половине XX столетия, явились непосредственными причинами стремительного развития геронтологии - науки о старении и старости. При этом очень скоро выявилась особая значимость социальной проблематики геронтологии. Уже к концу 50-х гг. в странах Западной Европы, США, Канаде, Японии и ряде других стран оформилась специальная область науки - социальная геронтология.

Распад советской государственной системы, экономические реформы в России в очень короткий промежуток времени превратили людей пожилого и старческого возраста в нищих, маргинальных членов общества. В 90-х гг. Российская Федерация столкнулась с экономическими и социальными проблемами своих старых граждан, которые были актуальны для экономически развитых стран почти 40 лет тому назад.

Старость - самый тяжелый период жизни человека, а демографическое постарение требует от общества все больших затрат финансовых и других материальных ресурсов на обслуживание этой возрастной категории населения. Общество вынуждено взять на себя решение всех проблем, связанных с комплексом защиты и социального обеспечения пожилых и старых людей. Социальная политика по отношению к этой возрастной категории населения отражает сущность любого общества и государства независимо от политического строя.

Геронтология – это наука, изучающая закономерности старения живых организмов (высших животных и человека), а также отдельные его аспекты: биологические, медицинские, психологические, социальные и экономические.

Геронтология подразделяется на фундаментальную геронтологию, социальную геронтологию и гериатрию. Сегодня можно выделить несколько важнейших стратегических направления развития геронтологии:

1. Разработка подходов к лечению болезней, встречающихся преимущественно в пожилом возрасте.
2. Обеспечение максимально возможной продолжительности жизни индивида.
3. Организация медицинской помощи пожилым.
4. Социальная защита пожилых.
5. Проблемы пенсионного обеспечения.

Геронтология имеет три основных раздела.

Биология старения – раздел геронтологии, объединяющий изучение процесса старения живых организмов (высших животных и человека) на разных уровнях из организации: субклеточном, клеточном, тканевом, органном и системном. Биология старения изучает механизмы нормального старения животных и человека, причины развития патологических процессов, свойственных стареющему организму.

Гериатрия – это составная часть геронтологии, включающая в себя медицинские аспекты старения, это учение о болезнях людей пожилого и старческого возраста.

Социальная геронтология – изучает влияние условий жизни на процессы старения и стареющего человека и разрабатывает мероприятия, направленные на устранение отрицательного воздействия факторов окружающей среды в целях максимального продления активной и полноценной жизни человека.

Важнейший и наиболее трудный вопрос во всех чисто геронтологических исследованиях - определение изменений, вызванных возрастом или старением как таковыми, т. е. изменений, являющихся всеобщими и связанными исключительно со старением, а не с социальными или культурными факторами, действие которых может отличаться в разных популяциях. Растущее признание в геронтологии получает попытки сконцентрировать внимание на вопросе изменений, вызванных возрастом или старением и исследовать эффективность отличающихся в разных культурах принципов и методов борьбы со старением.

Эталон ответа на билет № 34

1. Недоношенный новорожденный – это ребенок, родившийся на сроке беременности 28-37 недель, имеющий внешние признаки недоношенности, функционально незрелый, имеющий оценку по шкале Апгар менее 8 баллов.

Признаки незрелости новорожденного.

Морфологические:

1. подкожно-жировой слой слабо развит или отсутствует;
2. кожа морщинистая, темно - красного цвета;
3. обильный пушок покрывает все тело;
4. открыт малый и нередко, боковые роднички;
5. ногти не доходят до края ногтевого ложа;
6. мозговая часть черепа преобладает над лицевой;
7. пупочное кольцо расположено ниже середины расстояния между мечевидным отростком и симфизом;
8. у девочек большие половые губы не прикрывают малые;
9. у мальчиков яички не опущены в мошонку.

Функциональные:

1. несовершенство терморегуляции;
2. несовершенство акта дыхания следствием, чего являются частые приступы апноэ (остановка дыхания). Особенно часто апноэ возникает в период кормления малыша.
3. слабость сосательного и глотательного рефлексов.

2. Патологический климакс нередко протекает весьма тяжело и выражается расстройством менструальной функции в виде ациклических маточных кровотечений и ангионеврозами, являющимися результатом нарушения функции эндокринной, нервной и сосудистой систем.

Климактерический ангионевроз проявляется повышенной возбудимостью, головокружениями, приливами крови к сосудам головы, внезапным ощущением жара, колебаниями артериального давления и др.

Нарушения переходного периода в легкой форме, как правило, наблюдаются и при физиологическом климаксе. Это связано с ослаблением нервных (главным образом, тормозных) процессов и возрастной перестройкой гонадотропной функции подбугорной области и гипофиза, ведущих к нарушению циклических процессов в яичниках, а также к прекращению менструальной функции.

В случае патологического состояния полового аппарата женщины или каких-либо общих заболеваний организма начало и продолжительность климакса различны. При фибромиоме и аденомиозе матки климактерический период наступает в более позднем возрасте (после 55 лет). Это состояние называется поздним климаксом (*climax tarda*). Реже наблюдаются случаи раннего климакса (*climax praecox*) в возрасте 40 лет и раньше. Ранний климакс, как правило, связан с тяжелыми инфекционными заболеваниями, инфантилизмом, психическими травмами, недостаточным питанием, опухолями центральной нервной системы.

3. Причины старения

Исследования показали, что прекратившие делиться клетки меняют форму и становятся источником вредных протеинов, наносящих вред тканям тела, что еще больше ускоряет процесс старения. А многие ученые до сих пор утверждают, что главным фактором старения являются не столько гены и другие не зависящие от нас причины, сколько образ жизни, который выбираем мы сами.

В последние годы детальному изучению подверглась теория о старении вследствие влияния свободных радикалов, в конце концов, получившая всеобщее признание. Свободные радикалы – это атомы или группы атомов, крайне нестабильных и очень активных. Если их количество велико, они начинают разрушать организм на клеточном уровне. Свободные радикалы уничтожают защитную мембрану клеток и генетический материал (нуклеиновые кислоты ДНК и РНК), вызывая повреждение клеток и нарушение их работоспособности. А что еще хуже, иммунная система может реагировать на эти поврежденные клетки, как на инородное тело, и пытаться их уничтожить.

Из-за высокой степени химической активности, свободные радикалы живут лишь одну миллионную долю секунды. Поэтому прямое их исследование достаточно затруднительно. Но их количество исчисляется миллионами, и даже за свою короткую жизнь они успевают нанести клеткам значительный вред. Основатель теории свободных радикалов доктор Денам Харман утверждает, что многие болезни, считающиеся болезнями старости, в том числе рак и атеросклероз, являются не неизбежным результатом течения времени, а, скорее, результатом разрушения нуклеиновых кислот, протеинов и структуры клеток, вызванным наличием свободных радикалов. Он заявил, что явление, которое мы называем «старение» - ничто иное, как постоянно ускоряющееся накопление изменений, вызванное полностью или частично свободными радикалами кислорода. Таким образом, хотя кислород и дарует нам жизнь, он может быть и нашим злейшим врагом.

Недостаток питательных веществ

Причиной значительного числа проблем, с которыми сталкиваются люди старше 60 лет, может быть и недостаток питательных веществ. Многие пожилые люди страдают от мальабсорбации, при которой питательные вещества, содержащиеся в пище, плохо всасываются желудочно-кишечным трактом. Кроме того, с возрастом наш организм не так легко усваивает питательные вещества, как раньше. И в то же время, по мере старения, процессы в организме замедляются и становятся менее эффективными, поэтому питательные вещества нужны как никогда прежде для поддержки, починки и регенерации клеток.

Неспособность организма нормально впитывать питательные вещества становится причиной множества болезней. Одно из исследований пожилых людей, живущих в городе, показало, что у 90% из них наблюдается значительных недостаток витаминов В1 (тиамина) и В6 (пиридоксина), а у 30-40% дефицит витамина А, витамина В3 (ниацина), витамина В12, витамина С, кальция и железа. Только 10% исследуемых потребляли достаточное количество протеинов. Многие пожилые люди мало бывают на солнце, что вызывает нехватку витамина D.

Особенно опасен дефицит витамина В12. Недостаток его в организме может привести к развитию симптомов невралгии, от покалывания, неспособности координации движения, слабости в конечностях и нарушения равновесия до потери памяти, перепадам настроения, дезориентации и психиатрическим заболеваниям. Симптомы нехватки витамина В12 можно легко принять за признаки старческого слабоумия. Многим пожилым людям не хватает витамина В12, потому что их желудок не вырабатывает достаточное количество желудочного сока для нормального пищеварения. Это создает идеальную среду для размножения определенных бактерий, поглощающих весь витамин В12, который производится из протеинов в желудочно-кишечном тракте. Организмы других людей не вырабатывают в достаточном количестве вещество, называемое

внутренний фактор, без которого витамин В12 не может быть доставлен из желудка к остальным органам, даже если этому ничто не мешает.

Эталон ответов на билет № 35

1. Когда возрастающие потребности ребенка уже не могут быть удовлетворены увеличением количества грудного молока или смеси, вводят прикорм. **Прикорм** - это расширение рациона питания ребенка, и добавление в него дополнительных продуктов, таких как сок, пюре, каша, способствующие постепенному переводу ребёнка на общий стол. **Цель** – постепенно ввести ребёнку недостающие пищевые белки, жиры и углеводы, и постепенно отлучить от груди. Обычно с момента назначения прикорма ребенок переводится на пятиразовый режим кормления.

1. Начинать введение прикорма с небольшого количества, постепенно его увеличивая. В первый день прикорм дают в количестве 3-5 чайных ложек, в течение 10-12 дней доводят до полного объема одного кормления. В течение следующих двух недель ребенок привыкает к новому виду пищи, после чего вводят второй прикорм.
2. Давать прикорм нужно перед кормлением грудью, с ложечки.
3. Ни в коем случае нельзя вводить 2 прикорма одновременно.
4. По своей консистенции блюда прикорма должны быть однородными и не вызывать затруднений при глотании. С возрастом следует переходить к более густой, а позднее и плотной пище.
5. После введения прикорма устанавливается пятиразовый режим кормления. Первый прикорм вводится, а одно из дневных кормлений, наиболее удобным является введение прикорма в 14 часов.

2. **Мужская менопауза, или андропауза** – это снижение выработки мужских половых гормонов, в частности тестостерона. Если менопауза у женщин связана с прекращением менструаций в результате резкого снижения выработки эстрогенов яичниками, то мужская менопауза проявляется постепенным уменьшением синтеза тестостерона. Выработка тестостерона резко увеличивается в подростковом возрасте, но после 25 лет его синтез начинает уменьшаться. И сокращаться на протяжении всей жизни. Мужская менопауза начинается в возрасте 55-60 лет и может длиться до 70. Если симптомы менопаузы проявляются у мужчин раньше 55 лет, говорят о ранней андропаузе, если проявления возникают после 60 – это поздняя андропауза. Также выделяют патологическую и физиологическую андропаузу. Патологическая андропауза характеризуется нарушением работы сердечно-сосудистой и мочеполовой систем.

Клинические проявления менопаузы у мужчин

Основная жалоба мужчин при андропаузе – это снижение полового влечения и сексуальной активности, что связано с уменьшением выработки тестостерона. Нередко при мужской менопаузе развивается аденома простаты, которая проявляется нарушением мочеиспускания и семяизвержения. Нерегулярная и редкая половая жизнь усугубляет симптомы менопаузы у мужчин. В тяжелых случаях возможно развитие эректильной дисфункции (импотенции). У некоторых мужчин возникает ускоренное семяизвержение и укорочение полового акта. Объем эякулята и количество спермиев уменьшается. Также к проявлениям мужской менопаузы относятся расстройства центральной и периферической нервной системы: усталость, депрессия, раздражительность, ослабление внимания, бессонница, снижение работоспособности и повышенное потоотделение. Нередко возникают приливы, боли в области сердца, учащенное сердцебиение и повышение артериального давления. Мужчины отмечают мышечную слабость, что связано с потерей мышечной массы. Внешний вид также претерпевает изменения: появляется дряблость кожи и мышц, на ягодицах и бедрах начинает откладываться жир, возможно увеличение молочных желез (гинекомастия).

3. Основные направления социальной защиты населения определены Федеральным Законом «Об основах социальной защиты населения в Российской Федерации» (1995г.):

— предоставление материальной помощи гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, в виде денежных средств, продуктов питания и т.д., а также специальных транспортных средств, технических средств реабилитации инвалидов и лиц, нуждающихся в постороннем уходе;

— социальная защита на дому, которое осуществляется путем предоставления социальных услуг гражданам, нуждающимся в постоянном или временном нестационарном социальном обслуживании;

— социальная защита в стационарных учреждениях, осуществляемое путем предоставления социальных услуг гражданам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся в постоянном постороннем уходе, и обеспечивающее создание соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, проведение мероприятий медицинского, психологического, социального характера, питание, уход, а также организацию посильной трудовой деятельности, отдыха и досуга;

— предоставление временного приюта в специализированных учреждениях социальной защиты детям-сиротам, безнадзорным несовершеннолетним детям, гражданам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, гражданам без определенного места жительства, пострадавшим от психического или физического насилия и другим клиентам социальной службы, нуждающимся в предоставлении временного приюта;

— организация дневного пребывания в учреждениях социальной защиты с предоставлением социально-бытового, социально-медицинского и иного обслуживания сохранившим способность к самообслуживанию и активному передвижению гражданам преклонного возраста и инвалидам, а также другим лицам, в том числе несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации;

— консультативная помощь по вопросам социально-бытового, социально-медицинского обеспечения жизнедеятельности, психолого-педагогической помощи, социально-правовой защиты;

— реабилитационные услуги лицам с ограниченными возможностями, несовершеннолетним правонарушителям, другим гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию и нуждающимся в профессиональной, психологической, социальной реабилитации

Помощь пожилым осуществляют органы социальной защиты населения через свои отделения, которые выявляют и ведут учет, осуществляют различные виды социальной поддержки, предлагают и обеспечивают платные услуги. Социальная защита осуществляется по решению органов социальной защиты населения в подведомственных им учреждениях либо по договорам, заключаемым органами социальной защиты с учреждением социальной защиты иных форм собственности.

Функцию социальной защиты и помощи выполняют и следующие учреждения:

- дома-интернаты;
- отделения дневного и ночного пребывания;
- специальные дома для одиноких престарелых;
- больницы и отделения для хронических больных;
- стационары различного типа;
- территориальные центры социальной защиты;
- отделения социальной помощи на дому;
- геронтологические центры и т.д.

Социальная защита включает в себя всё то, что получает пожилой и нетрудоспособный человек за счёт общественных фондов потребления сверх пенсии. Общество в данном случае берёт на себя полностью либо частично расходы, связанные с оплатой стоимости услуг, предоставляемых пожилым и нетрудоспособным гражданам, нуждающимся в определённых видах социальной помощи. При этом в порядке социальной защиты

удовлетворяются специфические потребности, характерные именно для данной категории граждан.

2.3 Критерии оценки

Оценка 5 (отлично) – ставится, если студент дал 90% и более правильных ответов.

Оценка 4 (хорошо) – ставится, если студент дал 80% правильных ответов.

Оценка 3 (удовлетворительно) – ставится, если студент дал 70% правильных ответов.

Оценка 2 (неудовлетворительно) – ставится, если студент дал менее 70% правильных ответов.

Перечень вопросов для промежуточной аттестации для ОП.01 МДК 01.01 Здоровый человек и его окружение

1. Понятие здоровье. Возрастная периодизация жизни.
2. Дородовый патронаж.
3. Первый патронаж к новорожденному.
4. Понятие здоровый доношенный ребенок. Внешние признаки доношенности.
5. Безусловные рефлексы новорожденных.
6. Понятие недоношенный новорожденный. Признаки незрелости.
7. Понятие недоношенный новорожденный. АФО недоношенных детей.
8. Понятие недоношенный новорожденный. Внешние признаки недоношенности.
9. Организация медицинской помощи и ухода за недоношенными детьми.
10. АФО сердечно-сосудистой системы детей различного возраста.
11. АФО органов мочевого выделения детей различного возраста.
12. АФО костно-мышечной системы новорожденных детей различного возраста.
13. АФО органов дыхания детей различного возраста.
14. АФО органов пищеварения детей различного возраста.
15. АФО органов кожи и подкожно-жировой клетчатки детей.
16. Понятие недоношенный новорожденный. Причины невынашивания беременности.
17. Понятие прикорм. Цели и правила введения прикормов
18. Преимущества грудного молока.
19. Понятие искусственное вскармливание. Противопоказания к кормлению грудью.
20. Понятие гипогалактия. Виды гипогалактии.
21. Понятие естественное вскармливание. Техника грудного кормления.
22. Понятие прикорм. Цели и правила введения прикормов.
23. Понятие докорм. Правила введения докорма.
24. Понятие смешанное вскармливание. Клинические признаки недокорма.
25. Понятие искусственное вскармливание. Клинические признаки перекорма.
26. Понятие адаптированные молочные смеси. Правила искусственного вскармливания.

27. Характеристика периода младенчества.
28. Характеристика периода раннего детства.
29. Подготовка детей к поступлению в детское дошкольное учреждение.
30. Характеристика дошкольного периода.
31. Подготовка детей к школьному обучению.
32. Характеристика младшего школьного возраста.
33. Характеристика старшего школьного возраста.
34. Анатомия и физиология наружных половых органов мужчины. Понятие эрекция.
35. Анатомия и физиология внутренних половых органов мужчины. Понятие и механизм эякуляция.
36. Строение и функции яичек. Мужские половые гормоны.
37. Анатомия и физиология наружных половых органов женщины.
38. Анатомия и физиология матки, маточный цикл.
39. Анатомия и физиология влагалища. Степени чистоты влагалища.
40. Анатомия и физиология яичников. Женские половые гормоны, яичниковый цикл.
41. Менструальный цикл, регуляция и гигиена.
42. Программа «Планирование семьи», основные направления работы.
43. Контрацепция, медицинские показания, требования.
44. Естественные методы контрацепции, преимущества и недостатки.
45. Гормональный метод контрацепции. Химический метод контрацепции.
46. Внутриматочный метод контрацепции.
47. Барьерные методы контрацепции, преимущества и недостатки.
48. Классификация аборта.
49. Выкидыш, стадии выкидыша.
50. Оплодотворение, миграция и имплантация оплодотворенной яйцеклетки.
51. Физиологическая беременность, внутриутробное развитие плода.
52. Развитие зародыша.
53. Физиологическая беременность, изменения в организме беременной женщины.
54. Физиологическая беременность, диагностика беременности.
55. Физиологическая беременность, определение срока беременности и даты предстоящих родов.
56. Физиологические роды. Предвестники родов.
57. Основные проблемы беременных, их решение.
58. Физиологические роды, 1-ый период, особенности течения, ведение этого периода.
59. Физиологические роды, 2-ой период, особенности течения, ведение этого периода.
60. Физиологические роды, 3-ий период, особенности течения, ведение этого периода.
61. Ранний послеродовый период.
62. Поздний послеродовый период.
63. Послеродовый период, физиологические изменения в организме женщины.
64. Климактерический период женщин, стадии.
65. Естественный климакс.
66. Патологический климакс.
67. Переходный период у мужчин.
68. Геронтология как наука.
69. Классификация возрастных групп. Геронтологический возраст.
70. Календарный и биологический возраст.

71. Старение и старость (определение).
72. Теории старения.
73. АФО пожилого и старческого возраста.
74. Психология старения.
75. Причины старения.
76. Причины долголетия.
77. Питание пожилых людей.
78. Режим дня и методы закаливания пожилых людей.
79. Гигиена и сон пожилых людей.
80. Движение – это жизнь.
81. Здоровый образ жизни пожилого человека.
82. Социальная защита пожилых и престарелых.
83. Принципы фармакотерапии для пожилых людей.
84. Общие принципы лечения и реабилитации.
85. Медицинская реабилитация.
86. Психологическая реабилитация
87. Социальная реабилитация.
88. Трудовая, профессиональная реабилитация.
89. Хосписы, их значение.
90. Понятие «эвтаназия».
91. Понятие «смерть» (естественная, преждевременная, насильственная).
92. Клиническая и биологическая смерть.