

Министерство просвещения Приднестровской Молдавской Республики
ГОУ СПО «Бендерский педагогический колледж»

Курс лекций

по МДК 01.01

Медико-биологические и социальные основы здоровья

**ПМ.01 Организация мероприятий, направленных на укрепление
здоровья ребенка и его физического развития**



Бендеры, 2022 г

Аннотация: Учебное пособие разработано в соответствии с ГОС СПО специальностей «Дошкольное образование», «Специальное дошкольное образование». В первом разделе пособия излагаются медицинские аспекты здоровья детей. Освещаются важные проблемы здоровья человека и необходимые принципы здоровьесбережения. Во втором разделе формируются знания о распространённых детских болезнях соматического характера. В третьем разделе идёт описание инфекционных болезней. Четвёртый раздел раскрывает социальные аспекты здоровья детей и необходимые принципы здоровьесбережения. Основной задачей курса является знакомство с основами здоровья и здорового образа жизни во всех сферах проявления. Своевременными и актуальными для студентов станут материалы об инфекциях детского возраста. В пособии содержится необходимый материал о методах и средствах оказания первой помощи. Знакомство с основными подходами к формированию здорового образа жизни как оптимального качества жизни, определяемого мотивированным поведением каждого человека.

Разработчик: Осецимская Лариса Валерьевна, преподаватель дисциплин профессионального учебного цикла и ОБЖ ГОУ СПО «Бендерский педагогический колледж», первая квалификационная категория

СОГЛАСОВАНО

на заседании
методического совета
ГОУ СПО «БПК»

Протокол № ____
от « ____ » _____ 20__ г.

Председатель _____

РАССМОТРЕНО

на заседании цикловой
методической комиссии

Протокол № 5
от « 11 » января 20 22 г.

Председатель _____

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	5
Раздел 1	
Медико-биологические основы здоровья	
Тема 1 Медицинские аспекты здоровья детей	
Тема 1.1.Значение здоровья для человека и здоровьесберегающая деятельность.....	6
Тема 1.2. История педиатрии. Предмет и задачи педиатрии как науки, методы исследования.....	10
Тема 1.3 История гигиены. Предмет и задачи гигиены как науки.....	15
Тема 1.4. Принципы и методы формирования здорового образа жизни у детей. Гигиена любой деятельности детей.....	21
Тема 1.5. Критерии здоровья детей дошкольного возраста. Группы здоровья. Комплексная оценка состояния здоровья ребёнка.....	29
Тема 1.6. Причины заболеваний в детском возрасте. Часто болеющие дети.....	35
Тема 1.7.Закаливание в детском возрасте, формы и методы закаливания.....	41
Раздел 2	
Основы медицинских знаний	
Тема 2 Детские соматические болезни	
Тема 2.1 Детские соматические болезни.....	48
Тема 2.2. Болезни органов дыхания: ринит, ОРЗ, стоматиты.....	53
Тема 2.3. Болезни органов дыхания: бронхиты, астма, пневмонии.....	59
Тема 2.4. Болезни органов зрения: конъюнктивиты, близорукость, дальнозоркость.....	63
Тема 2.5 Болезни органов пищеварения: острые и хронические гастриты, диатез.....	71
Тема 2.6 Кишечные инфекции и их профилактика в детском возрасте.....	75
Тема 2.7. Болезни органов кроветворения. Анемии.....	81
Тема 2.8. Кожные заболевания детского возраста.....	84

Раздел 3

Детские инфекционные болезни

Тема 3 Детские инфекционные болезни

Тема 3.1 . Понятие инфекции, болезни. Иммуитет.....	89
Тема 3.2. Вакцинация в детском возрасте. Календарь прививок.....	97
Тема 3.3. Дезинфекция, методы и приёмы. Дезинсекция, дератизация.....	102
Тема 3.4 . Детские инфекционные заболевания. Туберкулёз.....	105
Тема 3.5. Детские инфекционные заболевания. Ветряная оспа, эпидпаротит.....	109
Тема 3.6. Детские инфекционные заболевания. Корь, краснуха, дифтерия.....	111
Тема 3.7 Особенности детского травматизма и его профилактика.....	115
Тема3.8. Кровотечения, первая помощь.....	122
Тема3.9. Оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях у детей.....	128
Тема3.10. Особенности ухода за больными детьми.....	134

Раздел 4

Социальные основы здоровья

Тема 4 Социальные аспекты здоровья детей

Тема 4.1. Основные факторы риска в детском возрасте. Физическая и психологическая готовность ребёнка к детским учреждениям.....	141
Тема 4.2. Адаптация и стресс у детей. Норма и отклонение от нормы. Система самооздоровления и самосовершенствования.....	147
Тема 4.3. Детские страхи. Профилактика развития.....	151
Заключение.....	155
Список литературы.....	156

ВВЕДЕНИЕ

Курс лекций по МДК 01.01 Медико-биологические и социальные основы здоровья предназначен для студентов очной и заочной формы обучения специальностей: «Дошкольное образование» и «Специальное дошкольное образование». Изучение курса осуществляется на теоретических и практических занятиях, отдельные вопросы курса вынесены для самостоятельной работы.

Основной задачей курса является знакомство с основами здоровья и здорового образа жизни во всех сферах проявления.

В данном учебном пособии освещены вопросы этиологии, клиники и профилактики заболеваний, наиболее часто встречающихся в детском возрасте.

Знания, полученные в процессе изучения междисциплинарного курса МДК.01.01 Медико-биологические и социальные основы здоровья, могут способствовать выработке четких и глубоких представлений о детской физиологии, научном понимании болезней, профилактики самых распространённых заболеваний и правилами ухода за болеющими детьми.

Курс читается с учетом современных достижений в медицине, клинической анатомии и физиологии по разделам: Медицинские аспекты здоровья, Основы медицинских знаний и Детские инфекционные болезни. Практические занятия в основном преследуют цель закрепить и углубить знания по ключевым вопросам путем непосредственного и активного изучения студентами конкретного материала на медицинских атрибутах, таблицах.

Пособие адресовано студентам педагогических специальностей. Данное пособие содержит необходимую информацию по изучаемой дисциплине, что позволяет студенту облегчить освоение предмета в области основ здоровья и здорового образа жизни, освежить в памяти и систематизировать уже имеющиеся знания по вопросам основ медицинских знаний из курса ОБЖ.

Материал изложен кратко и доступно, поэтому может быть использован не только при изучении курса, но и в качестве краткого конспекта для подготовки к промежуточной аттестации.



Раздел 1. Медико-биологические основы здоровья

Тема 1.1 Значение здоровья для человека и здоровьесберегающая деятельность

План

1. Основные понятия о предмете
2. Что такое здоровье детей? Критерии его оценки.
3. Значение здоровьесберегающей среды для развития ребёнка.

Основные понятия о предмете

Дисциплина «Медико-биологические и социальные основы здоровья» поможет Вам овладеть суммой знаний по здоровью, гигиене и здоровьесберегающей деятельности детского организма.

Вы узнаете о роли дошкольных учреждений в обеспечении полноценного здоровья и развития детей. Получите знания, без которых невозможно осуществлять воспитательную работу и медико-педагогический контроль за развитием и здоровьем каждого воспитанника.

Так же на этом курсе рассмотрим соматические и инфекционные заболевания, их клинические проявления и в обязательном порядке профилактические мероприятия, без которых невозможно осуществление здоровьесберегающей деятельности в детских учреждениях, а так же травмы и неотложные состояния, которые наиболее часто встречаются в раннем и дошкольном возрасте.

Правильная ориентация в этих вопросах будет способствовать успешному осуществлению профилактики заболеваний у детей.

Уделим должное внимание вопросам первой медицинской помощи при несчастных случаях и внезапных заболеваниях и их профилактике в дошкольных учреждениях. А так же сотрудничеству с медицинским персоналом детского учреждения.

«Вообще 9/10 нашего счастья основано на здоровье. При нем все становится источником наслаждения, тогда как без него решительно никакие внешние блага не могут доставить удовольствие, даже субъективные блага: качества ума, души, темперамента при болезненном состоянии ослабевают и замирают. Отнюдь не лишено основания, что мы прежде всего спрашиваем друг друга о здоровье и желаем его друг другу: оно поистине главное условие человеческого счастья» известный немецкий философ XIX в. Артур Шопенгауэр.

Действительно, здоровье среди жизненных ценностей человека занимает наиболее важное место.

Существует целый ряд определений здоровья, но все они обычно содержат пять следующих критериев:

- отсутствие болезней;
- нормальное функционирование организма в системе «человек – окружающая среда»;
- полное физическое, духовное, умственное и социальное благополучие;
- способность приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде;
- способность к полноценному выполнению основных социальных функций.

Есть понятие здоровья индивидуального и общественного.

Индивидуальное здоровье – это здоровье отдельного человека. В это понятие сегодня вкладывается достаточно широкий смысл, оно подразумевает не только отсутствие болезней, но и такие формы поведения человека, которые позволяют ему улучшать свою жизнь, делать ее более благополучной, достигать высокой степени самореализации.

Достичь благополучия можно только через труд, направленный на расширение и реализацию своих духовных, физических качеств и социальных возможностей.

Благополучие касается всех аспектов жизни человека, а не только его физического состояния. Духовное благополучие связано с разумом, интеллектом, эмоциями. Социальное благополучие отражает общественные связи, материальное положение, межличностные контакты. Физическое благополучие отражает биологические возможности человека, состояние его тела. Благополучие человека включает в себя две составляющие: духовную и физическую.

Духовное и физическое здоровье – две неотъемлемые части человеческого здоровья, которые должны постоянно находиться в гармоническом единстве, обеспечивая высокий уровень здоровья.

Духовное здоровье отражает здоровье нашего разума, а физическое – здоровье тела.

Духовное здоровье – это способность познавать окружающий мир и себя, анализировать происходящие события и явления, прогнозировать развитие ситуаций, оказывающих влияние на жизнь, формировать модель (программу) поведения, направленную на решение возникающих задач, защиту своих интересов, жизни и здоровья в реальной окружающей среде.

Чем выше интеллект, тем достоверней прогноз событий, тем точнее модель поведения, тем устойчивее психика, тем выше уровень духовного здоровья.

Физическое здоровье – это способность тела реализовывать разработанную программу действий и резервы на случай возникновения непредвиденных экстремальных и чрезвычайных ситуаций.

Духовное здоровье определяется системой мышления, познанием окружающего мира и ориентацией в нем; тем, как мы относимся к окружающей среде или к какому-либо определенному лицу, вещи, области знаний, принципу. Достигается это здоровье умением жить в согласии с собой, с родными, друзьями и обществом, прогнозировать и моделировать события, составлять на этой основе программу своих действий.

Физическое здоровье обеспечивается высокой двигательной активностью, рациональным питанием, закаливанием и очищением организма, оптимальным сочетанием умственного и физического труда, умением отдыхать, исключением из употребления алкоголя, табака и наркотиков.

Общественное здоровье – это общественная, социально–политическая и экономическая категории, которые характеризуют жизнеспособность всего общества. Это здоровье складывается из здоровья отдельных членов общества. Общественное здоровье и индивидуальное здоровье каждого человека неразрывно взаимосвязаны и зависят одно от другого.

Что такое здоровье детей? Критерии его оценки.

Понятие «здоровья» очень обширно и сложно. Единого определения не существует. Однако можно сформулировать так:

Здоровье - состояние организма, при котором функции всех его органов и систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют какие-либо болезненные изменения.

Контроль, за состоянием здоровья детей является основой всей профилактической, оздоровительной и воспитательной работы.

Основные показатели здоровья детей:

1. Уровень физического развития;
2. Уровень нервно-психического развития;
3. Степень сопротивляемости организма (частота острых заболеваний);
4. Уровень основных функций организма (наличие или отсутствие хронических заболеваний);

5. Наличие или отсутствие отклонений в раннем периоде развития (в течение беременности матери, во время родов, в период новорожденности).

По количеству перенесённых заболеваний (острых) за год детей делят на:

- **Ни разу не болеющих** (или эпизодически болеющих 1-3 раза в год)
- **Часто болеющих** (4 и более раза в год).

Уровень основных функций организма ребёнка определяется, прежде всего характером поведения. При этом оценивают, как ребёнок спит, бодрствует, какой у него аппетит, настроение, эмоциональное состояние, как он общается со сверстниками.

Для более старших детей важно знать, как ребёнок усваивает учебную программу, быстро ли утомляется в процессе обязательных занятий, как часто отвлекается, хорошо ли умеет сосредотачиваться.

Кроме этого не следует исключать индивидуальные особенности (пассивность, активность, застенчивость, плаксивость).

Все эти сведения наряду с дополнительными исследованиями функционального состояния организма (частота пульса, частота дыхания, АД, температуры тела, гемоглобина крови) очень важны для правильной оценки здоровья ребёнка в целом.

3. Значение здоровьесберегающей среды для развития ребёнка.

Жизнь, здоровье – главная ценность, которой обладает человек. Всем нам часто твердят истину: здоровье купить нельзя. Следуя правилам здорового образа жизни, следя за своим здоровьем и здоровьем окружающих, резко уменьшает вероятность преждевременной гибели человека или частичной утраты здоровья.

Если вы будете больны, то не сможете воплотить в жизнь свои самые сокровенные мечты, не сможете самореализоваться в современном мире.

Давайте вместе выясним, какие же факторы окружающей среды, а так же **особенности поведения человека способствуют сохранению и укреплению здоровья? Прежде всего, это:**

- **Чёткий режим дня;**
- **Высокая двигательная активность и достаточная физическая нагрузка;**
- **Качественное питание и соблюдение пищевых норм.**

Дошкольный возраст является благоприятным периодом для выработки правильных привычек и формирования здорового образа жизни, которые в сочетании с обучением дошкольников приемам совершенствования и сохранения здоровья приведут к положительным результатам.

Только здоровый ребенок может быть успешен в процессе личностного и интеллектуального развития, а значит, успешен в обучении. От того насколько

грамотно организована работа с детьми по физическому воспитанию, насколько эффективно используются для этого условия дошкольного учреждения, зависит здоровье ребенка.

Работа по созданию здоровьесберегающей среды в детских садах строится на основе комплексного подхода, направленного на всестороннее развитие личности ребенка, с опорой на единство требований дошкольного учреждения и семьи.

Здоровьесберегающая среда создаётся с учетом индивидуально-дифференцированного подхода.

В группах создаются здоровьесберегающие условия: учебный процесс строится в соответствии с санитарными нормами и гигиеническими требованиями, выделяется пространство для организации двигательной активности детей, создаются спортивные уголки с физкультурным оборудованием, что позволяет проводить индивидуальную и подгрупповую работу.

Одной из основных форм работы по физическому воспитанию являются физкультурные занятия, они имеют особое значение в воспитании здорового ребенка.

Самым ярким и радостным событием в спортивной жизни детей является активный отдых: физкультурные праздники (проводятся в течении года), спортивные досуги (1 раз в месяц).

Здоровьесберегающая среда, созданная в условиях детского сада, способствует обеспечению адаптации ребенка в социуме, реализации потребностей детей в двигательной активности и более эффективному развитию двигательных навыков, навыков ведения здорового образа жизни.

Вопросы для самоконтроля

1. Назовите основные компоненты здоровья.
2. Дайте определение здоровья.

Тема 1.2. История педиатрии. Предмет и задачи педиатрии как науки, методы исследования

План

1. Краткая история отечественной педиатрии.
2. Предмет и задачи курса
3. Методы исследования в педиатрии.

Краткая история отечественной педиатрии

Педиатрия (от греческого слова *paidos* – ребёнок и *iateia* - лечение) - учение о детских заболеваниях.

Современная педиатрия – наука многоплановая, изучает возрастную анатомию, гигиену, патологию детей от рождения и до 14 лет.

Педиатрия как наука сформировалась не сразу. Первые высказывания и советы о вскармливании и уходе за детьми, о лечении детских болезней имеются в древних рукописях Египта, Индии, Китая.

Развитие отечественной педиатрии как самостоятельной медицинской науки можно разделить на два основных этапа:

Первый этап 16 век – начало 20-го века

В этот период великий русский учёный М.В. Ломоносов много сделал для развития охраны здоровья детей, для борьбы с детской заболеваемостью и смертностью. Он выступал против обычая крестить новорожденных детей в холодной воде, против того, чтобы дети голодали во время религиозных обрядов (постов). Ломоносов впервые выдвинул идею создания в России воспитательных домов (прототипы наших современных детских садов).

Благодаря Ломоносову борьбу с большой детской смертностью стали рассматривать как ВАЖНУЮ ГОСУДАРСТВЕННУЮ ЗАДАЧУ.

Одним из первых русских врачей, сыгравших большую роль в становлении педиатрии, был профессор акушер Н.М. Максимович – Амбодик.

В трудах Амбодика дана классификация детских заболеваний, вызванных неправильным питанием, высказано много полезных советов о гигиене ребёнка.

Необходимо отметить огромные вклады выдающихся учёных врачей:

- С.Ф. Хотовицкого – он организовал первую детскую клинику при Петербургской медико-хирургической академии.
- После Хотовицкого с 1870г. кафедрой и клиникой стал руководить профессор Н.И. Быстров. В последствии многие ученики Быстрова стали организаторами кафедр педиатрии в ряде университетов России.
- Н.Ф. Филатов по праву считается самым выдающимся педиатром, его называют основоположником русской клинической педиатрии.

Второй этап развития педиатрии открывает Великая Октябрьская социалистическая революция. У истоков охраны матери и ребёнка в нашей стране стояли:

Н.К. Крупская, А.М. Колонтай, Н.А. Семашко, В.П. Лебедева.

- Г.Н. Сперанский – основоположник советской педиатрической школы. Он одним из первых понял огромное значение профилактики для воспитания здорового поколения.

- Профессор В.И. Молчанов – ученик и продолжатель учения Н.Ф. Филатова, основные его работы посвящены изучению клиники, патогенеза и лечения детских инфекционных заболеваний.

Предмет и задачи курса

Предмет – Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста - является ведущей дисциплиной теоретической и практической подготовки студентов факультета дошкольного воспитания, будущих воспитателей и педагогов.

Педиатрия – учение о здоровом и больном ребенке.

Возникшие ранее два основных направления в педиатрии – проблема патологии у детей и учение о здоровом ребенке – получили свое максимальное развитие в настоящее время.

При изучении детских болезней становится ясной их роль в возникновении хронических форм болезней взрослых. Это послужило стимулом для развития профилактического направления в педиатрии и тесно связало педиатрию с гигиеной детей и подростков.

Гигиена изучает влияние различных факторов внешней среды на здоровье людей.

Основная цель настоящего курса – дать Вам глубокие систематизированные знания, навыки и умения, необходимые для разработки гигиенических норм и требований, направленных на защиту и укрепление здоровья, гармонического развития и функциональных возможностей детского организма.

Знание основ педиатрии детей дошкольного возраста дает возможность педагогам, воспитателям и психологам пользоваться научно обоснованными гигиеническими рекомендациями по организации всех составляющих учебно-воспитательного процесса: режима занятий и отдыха, питания детей, оборудования, планировки и благоустройства детских учреждений.

Важная задача дошкольной педиатрии – разработка мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний среди детей.

Не менее важная задача курса – формирование мировоззрения будущего воспитателя – педагога.

Предметом научного исследования дошкольной педиатрии являются зрение, слух, органы дыхания, пищеварения, голосовой аппарат, нервная, сердечно-сосудистая, костно-мышечная, мочеполовая и другие системы детского организма.

Значительное внимание уделяется также принципам планирования, строительства и оборудования дошкольных учреждений с оптимальным световым, воздушным и тепловым режимом.

Развитию педиатрии и дошкольной гигиены способствуют современные достижения биологии, педагогики, психологии, эпидемиологии и таких клинических дисциплин, как офтальмология, отоларингология, ревматология, неврология, психиатрия и др.

Опираясь на достижения этих наук, педиатрия и дошкольная гигиена обеспечивают работникам дошкольных учреждений возможность создать соответствующие условия для восстановления здоровья и развития детей, имеющих различные функциональные отклонения, перенесших острое заболевание или страдающих хроническими болезнями.

Необходимо отметить также тесную взаимосвязь педиатрии и дошкольной гигиены с возрастной анатомией и физиологией.

Воспитатель, знающий закономерности роста и развития ребенка, особенности его В.Н.Д., способен научно обоснованно строить весь учебно-воспитательный процесс.

В настоящее время разработаны основные приоритетные направления национального проекта Здоровье, предусматривающего развитие профилактики и диспансеризации, улучшение медицинского обслуживания детей.

Этот проект позволит обеспечить раннее выявление и своевременное лечение таких тяжелых аномалий, как умственная отсталость, слепота, карликовость и иные, ведущих к инвалидизации детей. Реализация проекта Здоровье поможет ликвидировать демографический кризис, угрожающий социально-экономическому развитию и национальной безопасности страны. Поэтому в современных условиях педагог-воспитатель также должен владеть определенным объемом медико-биологических знаний. Они нужны в первую очередь для осуществления современного медико-педагогического подхода к проблемам воспитания и обучения, познания закономерностей роста и развития человека, охраны здоровья детей их возрастных особенностей.

Педиатрия с основами гигиены изучает планирование, строительство, оборудование дошкольных учреждений с оптимальным световым, воздушным и тепловым режимом. Изучает все системы детского возраста. (сердечно-сосудистую систему, дыхательную, выделительную, пищеварительную и т.д.). Более детально

рассматривается организация работы по формированию здорового образа жизни детей раннего и дошкольного возраста.

Предметами данного курса для изучения являются:

- возрастные особенности строения и функций детей раннего и дошкольного возраста.
- здоровье и физическое развитие детей.
- профилактика болезней детей.
- гигиена нервной системы и отдельных органов.
- физическое воспитание.
- гигиенические основы питания, как источника здоровья и нормального развития.
- гигиеническое воспитание детей, санитарное просвещение родителей и персонала, медицинское обслуживание в дошкольных учреждениях.
- гигиена окружающей среды.

Основные задачи профилактического контроля в педиатрии:

- * Углубленное исследование и оценка состояния здоровья ребенка в определенные возрастные периоды, назначение соответствующих рекомендаций с целью обеспечения его гармонического развития и полноценного здоровья;
- * Раннее выявление отклонений в состоянии здоровья ребенка для организации оздоровительных мероприятий и лечения, профилактики формирования хронических болезней;
- * Регулярный контроль за состоянием и развитием ребенка с проведением необходимых дополнительных исследований осуществляется в соответствии с планом диспансерного наблюдения за здоровыми детьми.

Методы исследования в педиатрии

Методика исследования ребенка весьма своеобразна и требует от медицинского работника не только хорошего знания возрастных анатомо-физиологических особенностей детей, но и некоторого специального умения подойти к ребенку, «вступить с ним в хорошие отношения» и заставить его верить и подчиняться.

Педиатр при исследовании детей должен не только в совершенстве владеть специальной техникой исследования, но, кроме того, обладать исключительным терпением и выдержкой, никогда не раздражаться у постели беспокойного и «непокорного» маленького больного.

Немало терпения, выдержки, такта и неподдельной чуткости требуется от врача и по отношению к матери и другим близким ребенку людям. Детский врач никогда не должен ограничиваться только лечебными функциями, а должен уделять значительное

внимание прежде всего вопросам профилактики; и притом не только диететике и гигиене, но и вопросам воспитания, не забывая, что педиатр является не только врачом, но часто до некоторой степени и воспитателем как ребенка, так и матери.

Исследование ребенка распадается на:

- 1) анамнез
- 2) объективное исследование общий осмотр состояния кожи и подкожной клетчатки, лимфатических узлов, мышечной системы, костной системы, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, мочеполовых органов, крови, нервной системы, общего физического развития.

Тема 1.3 История гигиены. Предмет и задачи гигиены как науки.

План

1. Краткая история гигиены.
2. Основные самостоятельные отрасли и разделы гигиены.
3. Задачи гигиены
4. Выдающиеся врачи-гигиенисты

Краткая история гигиены.

Название «гигиена» (ὑγιεία — «здоровье», др.-греч. ὑγιεινή — «здоровая») произошло от имени древнегреческой богини здоровья Гигиен (др.-греч. Ὑγιεία, Ὑγιεία), дочери древнегреческого бога врачевания — Асклепия.

Попытки создания правил здоровой жизни встречаются в законодательстве, религиозных предписаниях и в бытовых привычках большинства народностей ещё с незапамятных времён. Но, при этом, гигиена как наука сформировалась недавно. В развитии гигиены как науки и прикладной медицинской дисциплины можно выделить несколько периодов, на который влияли социальные и экономические условия каждого периода.

Первый период (древний) — в древнее время (Египет, Иудея, Греция и Рим). Интересен лишь разрозненными историческими фактами. Этот период характеризуется практической направленностью гигиены.

В Греции упор делали в основном в области физической культуры, укрепления физических сил и красоты, и правил диететике. Это направление развития гигиены можно отследить в сочинениях Гиппократ (456—356 года до нашей эры). Так в трактате «О воздухе, воде и почве», дается оценка влияния этих факторов на здоровье. В это же время в Греции возникают предпосылки к возникновению санитарных мероприятий, которые уже не являются личной гигиеной и преследуют цель

оздоровления уже целых групп населения. К примеру, в городах строили санитарно-технические сооружения для водоснабжения, удаления нечистот.

В Риме продвинулись ещё дальше, их сточные канавы для удаления отходов можно по праву считать инженерным чудом в то время. Предпринимались попытки проводить санитарный надзор за строительством, пищевыми продуктами, даже пытались ввести должности санитарных чиновников.

У славянских племен тоже наблюдались элементы профилактики, так проводили окуривание травами, сжигали одежду и постройки после смерти больных, создавали заставы во время эпидемий, рекомендовалось строить населённые пункты на возвышенных местах, сухих, защищенных от ветра, с достаточным количеством воды.



Блохоловка — неотъемлемый элемент гардероба средневековья

После этого периода, в период средневековья, гигиена приостановила своё развитие. Эпидемии и пандемии чумы, сыпного тифа, гриппа, сифилиса опустошавшие страны сводили на нет тогдашние слабо развитые гигиенические достижения.

Низкий уровень жизни и быта, социальные неравенства и бесконечные войны способствовали развитию эпидемий и пандемий. Этому способствовал и крайне низкий уровень санитарной культуры и просвещения. Крайне низкий уровень быта приводил к массовому развитию кожных, венерических и глазных болезней. Общественная санитария и санитарно-технические сооружения в этот период в городах практически отсутствовали.

К примеру, в XVIII веке в центре Берлина были выгоны для скота; в Париже нечистоты выливали на улицу, а когда во второй половине XVII века начали с этим бороться, то это стало в диковинку, что запечатлели в поэмах и медалях, во дворцах и в общественных местах отсутствовали клозеты, умывания и полотенца начали входить в обиход только с XVIII века, большой редкостью было постельное и нательное бельё. Индивидуальная посуда появилась в XVI веке, вилки — только в XVII веке.

В России в X—XI веках, обращали внимание на благоустройство городов (водопровод и система канализации были в Новгороде в XI веке, в Москве с XVII века), пищевую санитария и санитария в войсках. В XVI веке при Иване Грозном издается «Домострой» в котором есть, также, указания к соблюдению чистоты жилищ, мытью посуды, о правилах питания. Издаются Азбуковники, «Изборник Святослава» с

советами по личной гигиене и предупреждению болезней. В 1581 году создается Аптекарская палата на основе которой в дальнейшем создаётся Аптекарский приказ. С 1654 года, после эпидемии чумы начинают официально учитывать умерших.

Второй период (современный) развития гигиены начинается с начала XVIII века, с развитием промышленности и капитализма, ростом городов в Европе. В это время происходит становление гигиены как науки, также внедряются санитарные мероприятия.

Этот период можно разделить на три отдельных этапа:

- **Первый этап (эмпирический)** характеризует гигиену, как науку изучающую и применяющую вмешательства государственного и административного характера касающихся здоровья отдельного человека. В России Пётр I прививает санитарную культуру. Вместо Аптекарского приказа создает Медицинскую канцелярию, издает указы по охране здоровья населения и войск, был организован надзор за санитарным режимом в казармах, за питанием и водоснабжением войск.
- **Второй этап (экспериментальный)** характеризуется становлением и развитием общественной гигиены.

Начинаются бурно развиваться биологические, физико-химические науки, что дает возможность применения экспериментальных методов и изучения окружающей среды. На этом этапе гигиена, уже как научная дисциплина, изучает факторы внешней среды (климата, воды, почвы, воздуха, пищи и питания, одежды и т. д.), их влияние на здоровье больших групп населения, пропагандирует санитарно-технические оздоровительные мероприятия. Значительный вклад в развитие всех направлений гигиены внесли лабораторные исследования Макса Петтенкофера и его учеников. Ими был выработан целый ряд норм гигиенической оценки факторов окружающей среды, которыми пользуются и по сей день. Открытие микроорганизмов, их исследование Пастером, Листером, Кохом, Мечниковым дало мощнейший толчок и в развитии гигиены.

Открытие инфекционных болезней, способствовало укреплению и продвижению гигиенических и санитарных мероприятий при борьбе с ними, следствием чего возникла новая отрасль гигиены — эпидемиология (тогда относилась к гигиене ещё).

При вспышке холеры случившаяся в 1854 году в окрестностях улицы Брод-Стрит (ныне Бродвик-Стрит) лондонского района Сохо благодаря методичным действиям доктора Джона Сноу был выявлен источник эпидемии — загрязнённая вода

из водозаборной колонки. Исследование Сноу послужило толчком к развитию эпидемиологии и совершенствованию систем водоснабжения и канализации. Так в Англии впервые широко начали применяться накопленные научные достижения гигиены. Установление причин эпидемии и связь их с теми или иными факторами привели к законодательному закреплению санитарных мероприятий. В этот период были внедрены водопроводы, очистка воды, сплавная канализация, очистка и дезинфекция стоков. Это привело к быстрому оздоровлению населения, снижению смертности от кишечных инфекции в рамках целых регионов и стран. Возникли новые направления гигиены — гигиена жилища, питания, труда. Таким образом, этому этапу развития гигиены характерна направленность на оздоровление масс населения.

В этот период, немалый вклад в развитие наук, в том числе медицины и гигиенических знаний привносит М. В. Ломоносов, создав университет и издав свой труд «Рассуждения о размножении и сохранении российского народа». Оказал значительное влияние и М. Я. Мудров, внёсший большой вклад в медицинское и санитарное обеспечение войск. Примеры его лекции: «О гигиене и болезнях, обыкновенных в действующих войсках, а также терапия болезней в лагерях и госпиталях, наиболее бывающих», «О пользе и предметах военной гигиены или науки сохранять здоровье военнослужащих», «Наставление простому народу, как уберечь себя от холеры».

Гигиеническим аспектам медицины уделял внимание и Н. И. Пирогов.

«Я верю в гигиену. Вот где заключается истинный прогресс нашей науки. Будущее принадлежит медицине предупредительной. Эта наука принесет несомненную пользу человечеству»

Н. И. Пирогов

Третий этап (социальный) характеризуется возникновением социальной гигиены

Гигиена включает следующие основные самостоятельные отрасли и разделы:

- **Общая гигиена** (гигиена окружающей среды) — раздел гигиены, в которой изучаются общие вопросы влияния факторов окружающей среды на здоровье человека, разрабатываются методы их исследования, профилактические мероприятия против их негативных воздействий на организм человека, принимаются гигиенические нормативы и требования, проводятся профилактические и противоэпидемические мероприятия.
- **Коммунальная гигиена** — отрасль гигиены, в которой изучаются вопросы влияния на человека окружающей среды населенных пунктов, разрабатываются и проводятся профилактические и противоэпидемические мероприятия,

принимаются гигиенические нормативы и требования для обеспечения сохранения здоровья и благоприятных условий жизнедеятельности населения.

- **Гигиена питания** (устар. *пищевая*) — отрасль гигиены, в которой изучаются вопросы качества и безопасности продуктов питания и готовой пищи, их значения и влияния на организм человека, разрабатываются и проводятся профилактические и противоэпидемические мероприятия и принимаются гигиенические нормативы и требования, рекомендации по изготовлению, хранению и применению пищевых продуктов.
- **Гигиена труда** (устар. *профессиональная*) — отрасль гигиены, в которой изучаются вопросы воздействия трудовых процессов и факторов производственной среды на человека, разрабатываются и проводятся профилактические и противоэпидемические мероприятия, принимаются гигиенические нормативы и требования для обеспечения благоприятных условий труда.
- **профессиональные патологии (профессиональные болезни)** — дисциплина, стоящая на стыке гигиены труда, внутренних болезней и коммунальной гигиены.
- **Гигиена детей и подростков** — отрасль гигиены, в которой изучаются вопросы влияния условий окружающей среды, с учётом возрастных особенностей детского и подросткового организма, процессов обучения и воспитания, разрабатываются профилактические мероприятия и принимаются гигиенические нормативы и требования с целью укрепления их здоровья и нормального развития.
- **Спортивная гигиена** (гигиена физических упражнений и спорта) — отрасль гигиены, в которой изучаются вопросы влияния условий окружающей среды на оздоровительный и спортивный эффект физических упражнений. Разрабатываются рекомендации по улучшению физического воспитания населения, проведения тренировок и режима жизни спортсменов, разрабатываются профилактические мероприятия и принимаются гигиенические нормативы и требования к размещению, сооружению и содержанию мест занятий физической культурой и спортом.
- **Психогигиена** — раздел гигиены, изучающий психическое благополучие человека.

- **Общественная гигиена** — комплекс мероприятий медицинского и немедицинского характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья в рамках групп людей, популяций.

Задачи гигиены:

- изучение влияния внешней среды на состояние здоровья и работоспособности людей. При этом под внешней средой следует понимать весь сложный комплекс природных, социальных, бытовых, производственных и иных факторов.
- научное обоснование и разработка гигиенических нормативов, правил и мероприятий по оздоровлению внешней среды и устранению вредно действующих факторов;
- научное обоснование и разработка гигиенических нормативов, правил и мероприятий по повышению сопротивляемости организма к возможным вредным влияниям окружающей среды в целях улучшения здоровья и физического развития, повышения работоспособности.
- пропаганда гигиенических знаний и здорового образа жизни (к примеру, таких как, рациональное питание, физические упражнения, закаливание, правильно организованный режим труда и отдыха, соблюдение правил личной и общественной гигиены).

4.Выдающиеся врачи-гигиенисты

- **Рамадзини, Бернардино (1633—1714)** — итальянский врач, основной труд посвящён профессиональным заболеваниям — *De Morbis Artificum Diatriba* («Болезни Рабочих»).
- **Эрисман Федор Федорович (1842—1915)** — русско-швейцарский врач-гигиенист, пионер гигиены в России; создатель основополагающих принципов гигиены населенных мест, гигиены питания, школьной и профессиональной гигиены, санитарной статистики
- **Дмитрий Петрович Никольский (1855—1918)** — русский медик, который первым в Российской империи стал преподавать курс гигиены труда и первой медицинской помощи при несчастных случаях на производстве.
- **Левицкий Вячеслав Александрович (1867—1936)** — выдающийся врач-гигиенист и организатор санитарного дела, профессор, в 1922 г. опубликовал работу «Умственный труд и утомляемость», а в 1923 г. организовал и редактировал журнал «Гигиена труда».
- **Семашко Николай Александрович (1874—1949)** — врач, выдающийся гигиенист, один из организаторов системы здравоохранения в СССР, академик

АМН СССР и АПН РСФСР, основоположник социальной гигиены как самостоятельной дисциплины. Им была основана первая в стране кафедра социальной гигиены. Как Нарком здравоохранения Н. А. Семашко много сделал для принятия законодательств по охране водоемных источников, водоснабжению и канализации городов, гигиене питания, труда и др. Автор многих научных трудов по различным разделам гигиены и, в частности, «Очерки по теории организации советского здравоохранения».

- **Мишель Леви (1809—1872)** — французский врач-гигиенист, генерал медицинской службы. Президент Парижской медицинской академии (1857).
- **Летавет Август Андреевич (1893—1984)** — врач-гигиенист, академик АМН СССР. В 1946 (после взрыва первой ядерной бомбы), будучи директором Института гигиены труда и профессиональных заболеваний, организовал биофизическое отделение, занимавшееся вопросами радиационной гигиены.

Вопросы самоконтроля:

1. Расскажите о становлении гигиены как науки.
2. Какие основные отрасли гигиены?
3. Назовите задачи гигиены, как науки.
4. Кто из учёных внёс вклад в становление гигиены?

Тема 1.4 Принципы и методы формирования здорового образа жизни у детей.

Гигиена любой деятельности детей.

План

1. Принципы и методы формирования здорового образа жизни у детей.
2. Основные правила гигиены детей

Принципы и методы формирования здорового образа жизни у детей.

«Здоровье — это драгоценность (и при этом единственная) ради которой действительно стоит не только не жалеть времени, сил, трудов и всяческих благ, но и пожертвовать ради него частицей самой жизни, поскольку жизнь без него становится нестерпимой и унижительной»

М. Монтель.

Наша эпоха — эпоха ярких подвигов и их будут совершать люди, живущие полноценной и активной жизнью, для чего необходимо обладать отменным здоровьем.

Здоровье каждого человека в голове, а не в аптеках. Здоровье человека является необходимым условием реализации всех заложенных в человеке возможностей, основа основ достижения успехов.

Дети — цветы жизни, это наше будущее. Здоровье — главное нации. Если здоровье — богатство, его надо сохранять. «Здоровье — это вершина, которую должен каждый покорить сам» — так гласит народная мудрость».

Современное состояние общества, высочайшие темпы его развития представляют новые, более высокие требования к человеку и его здоровью. Современный человек не имеет права считать себя образованным, не освоив культуры здоровья. Культура здоровья определяет, прежде всего, умение жить, не вредя своему организму, а принося ему пользу.

Здоровье — это не только отсутствие болезней. это состояние оптимальной работоспособности, творческой отдачи, эмоционального тонуса, того, что создаёт фундамент будущего.

Дошкольный возраст является решающим в формировании фундамента физического и психического здоровья. Именно в этот период идёт интенсивное развитие органов и становление функциональных систем органов и становление функциональной системы организма, закладываются основные черты личности, формируется характер.

В настоящее время на фоне экологического и социального неблагополучия отмечается ухудшения здоровья. Большинство выпускников детских садов приходят в школу недостаточно готовыми к обучению с точки зрения психофизического и социального здоровья.

Результаты научных исследований свидетельствуют о том, что сложившаяся в последние годы тенденция ухудшения состояния здоровья детей приняла устойчивый характер. Данные разных исследований показывают, что за последнее время число здоровых дошкольников уменьшилось в 5 раз и составляет лишь 10% старшего дошкольного возраста, 10-25% дошкольников имеют отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы, в шести-семилетнем возрасте у половины детей отмечается стойкое повышение артериального давления. Растёт число детей с отклонениями органов пищеварения, костно-мышечной (нарушение осанки, сколиоз, мочеполовой, эндокринной систем.

У детей с ослабленным здоровьем возрастает уровень тревожного ожидания неуспеха, усугубляющего поведенческие и нервно — психические отклонения, а это приводит к асоциальным формам поведения. У таких детей наблюдается

переутомление, снижение их функциональных возможностей, что отрицательно влияет не только на состояние здоровья дошкольников, но и перспективы их дальнейшего их развития.

Статистика утверждает, что ухудшение здоровья детей зависит на 20% от наследственных факторов, на 20% — от условий внешней среды, то есть от экологии, на 10% — от деятельности системы здравоохранения, на 50% — от самого человека, от того образа жизни, который он ведёт.

Проблема воспитания здорового поколения приобретают в настоящее время всё большее значение. На ухудшение здоровья влияют многие факторы, в том числе и неправильное отношение населения к своему здоровью и здоровью своих детей. Ухудшение здоровья детей дошкольного возраста стало не только медицинской, но и серьёзной педагогической проблемой. Изучение проблем детского здоровья в наше время приобретает особую актуальность. Сегодня сохранение и укрепление здоровья детей — одна из главных приоритетных задач детского сада.

У детей низкий уровень знаний о ценности своего здоровья и мы должны научить детей самим заботиться о своём здоровье. В вопросах оздоровления детей рука об руку должны идти медики, педагоги, психологи, специалисты и родители.

Основной задачей должно стать воспитание здорового образа жизни у детей, потребности быть здоровым, беречь и укреплять здоровье, ценить счастье здоровья.

Оздоровление воспитанников не может быть эффективным, если оно проводится только силами медицинских работников. Эта работа требует тесного сотрудничества с педагогическим персоналом и родителями, поэтому в учреждении создано детско — взрослые сообщество (дети — родители — педагоги).

В дошкольном возрасте закладываются основы здоровья, формируются двигательные навыки, создаётся фундамент для воспитания физических качеств. В детстве человек осуществляет более напряжённую, более сложную работу, чем взрослый по саморефлексии, самопостроению, самоконтролю и саморегуляции.

Если ребёнок пассивен в этом процессе, то деформируется его социализация, разум его здоровья. Поэтому именно на этом дошкольном возрасте приоритетом является задача воспитания у детей мотивация на здоровье, ориентации их жизненных интересов на здоровый образ жизни.

Необходимо выстроить особую пространственную среду, которая бы стимулировала познавательные интересы и поисково-практическую деятельность детей. Необходимо создать такой оздоровительный режим в дошкольном учреждении, который позволит заложить у детей дошкольного возраста основные навыки по воспитанию и формированию основ здорового образа жизни.

Специалисты должны научить детей правильному выбору в любой ситуации только полезного для здоровья и отказа от всего вредного. Успешность обучения, работоспособность и адаптация детей к будущей жизни во многом зависит от состояния их здоровья, от их физического и психического развития и готовности к началу систематического обучения.

Педагоги должны прививать детям с раннего возраста правильное отношение к своему здоровью, воспитывать чувство ответственности за него. Важнейшее направление в работе по оздоровлению детей — это осуществление профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий в детском саду. Чрезвычайно важно, чтобы обучение носило интегрированный характер.

Тема «Здоровье», «Здоровый образ жизни» должна пронизывать все виды деятельности ребёнка. Необходимо воспитывать у детей мотивацию здорового образа жизни через понимание здоровья как ведущего показателя экологической красоты, как средства достижения жизненных успехов.

Необходимо вести физкультурно-оздоровительную работу, обеспечивающую поддержку и развитие физического статуса детей, становление показателей физического здоровья.

Задачи

1. Обеспечить психофизическое благополучие детей и формирование сознательного отношения к собственному здоровью, здоровью значимых близких, природным ресурсам родного края.
2. Объединить усилия сотрудников и родителей для эффективной оздоровительной работы.
3. Повысить функциональные и адаптационные возможности организма детей за счёт внедрения здоровьесберегающих технологий.
4. Обогащать двигательный опыт детей и развивать психо-физические качества: быстроту, ловкость, гибкость, силу.
5. Научить детей регулировать своё психическое состояние и уметь предупреждать опасные ситуации и правильно вести себя при их возникновении.

6. Обеспечить квалифицированную диагностику состояния здоровья и оценки влияния оздоровительных технологий на организм ребёнка.

Формирование здорового образа жизни — это не просто усвоение определённых знаний, а стиль жизни, адекватное поведение в различных ситуациях на улице и дома.

Всё, чему мы учим наших детей, они должны применять в реальной жизни.

Система физкультурно-оздоровительных мероприятий

1. Утренняя гимнастика

- комплексы гимнастических упражнений;
- игровые упражнения на развитие внимания и точности выполнения действий;
- упражнения с простейшими тренажёрами;
- утренняя гимнастика в сочетании с речевыми и дыхательными упражнениями;
- работа по контролю за осанкой

2 Физическая культура

- двигательная деятельность тренировочного типа;
- деятельность игрового и сюжетно-игрового характера;
- ритмическая гимнастика;

3 Двигательная разминка во время перерыва между занятиями. Физкультминутка

- Игровые упражнения низкой и средней интенсивности;
- ритмические движения;
- упражнения для развития мелкой моторики;

4. Гимнастика после дневного сна в сочетании с контрастными воздушными ваннами.

- разминка в постели;
- комплекс упражнений на тренажёрах в сочетании с оздоровительной ходьбой по массажным и ребристым дорожкам;
- упражнения на укрепление основных дыхательных мышц.

5 Подвижные игры и физические упражнения на прогулке в подгруппах и индивидуально.

- игры низкой и средней интенсивности,
- игровые упражнения на развитие внимания, пространственных представлений и ориентации;
- упражнения на нормализацию мышечного тонуса и развитие силовых качеств;
- спортивные упражнения;
- игры с элементами спорта;
- народные игры;

6. День здоровья

- сюжетно-тематические;
- подвижные игры и упражнения пожеланию детей;
- спортивные игры и упражнения.

7. Физкультурный праздник.

8. Физкультурный досуг.

9. Закаливание

- контрастные воздушные ванны;
- ходьба босиком;
- облегчённая одежда;
- умывание прохладной водой.

Основные правила гигиены детей

Даже животные заботятся о некоторой гигиене, инстинктивно понимая, что от чистоты зависит здоровье.

Люди заботятся о гигиене своего тела так, как принято в обществе и как диктует здравый смысл. Но основные гигиенические навыки закладываются в детстве. Первое время родители берут на себя все заботы о гигиене ребенка. Малыша ежедневно купают, умывают, подмывают после отправления естественных надобностей. Мама чистит ребенку ушки, носик, подстригает тоненькие ноготочки. Когда появляются первые зубки — мать и дитя вместе переживают этот сложный период, а потом мама начинает приучать ребенка к чистке зубов.

Первые шаги к самостоятельности когда ребенок немного подрастет, приходит время приучать его заботиться о чистоте своего тела самостоятельно.

Педиатры советуют начинать обучение гигиеническим навыкам в возрасте 1,5-2 лет. Что может ребенок делать сам в этом возрасте? Учиться самостоятельно умываться и мыть ручки с мылом. Малышу нужно дать свое отдельное полотенце и детское мыло.

Задача родителей — объяснить ребенку, как правильно мыть ручки и приучить делать это каждый раз после посещения туалета, игр с домашними животными, после прогулки и обязательно — перед едой.

Начать овладевать искусством пользования зубной щеткой. Даже взрослые не все умеют чистить зубы правильно. Нужно с раннего детства показывать малышу правильные приемы чистки зубов. У ребенка должна быть своя детская щеточка, удобная для его маленькой ручки и маленького ротика. Зубную пасту тоже нужно выбирать специальную детскую.

Учиться пользоваться расческой. И расческа у ребенка должна быть своя. Малыш должен привыкнуть приводить в порядок свои волосики.

Родители должны объяснить ребенку смысл гигиенических процедур, их важность. Важно дать понять малышу, что средства и предметы личной гигиены должны быть индивидуальными. Нельзя пользоваться чужой щеткой, полотенцем, расческой и давать другим людям свои.

Родители должны следить за тем, чтобы нижнее белье ребенка было не слишком тесным. Лучше всего выбирать хлопчатобумажное белье белого цвета. Если ребенок с самого раннего возраста приучится заботиться о гигиене, шанс избежать детских болезней значительно увеличится — большинство из них можно смело назвать «болезнями грязных рук» и недостатка гигиены. Это и кишечные инфекции, и гепатит, и многие другие заболевания.

А) Забота о глазах.

Наши глаза хотят, чтобы их использовали правильно. У многих хорошее зрение, но их глаза работают не правильно. Рано или поздно это приведёт к ослаблению зрения, вне зависимости от того насколько хорошим оно было первоначально.

Большинство глазных болезней вызывается перенапряжением.

Памятка

1. Старайтесь избегать чтения плохо напечатанных текстов (это вызывает напряжение глаз и психики);
2. Освещённость стола должна быть правильной, свет на него должен падать слева.
3. Ни стол, ни подоконник не должны быть захлаплены (раздражается боковое зрение);
4. Нельзя читать лёжа в постели и при слабом освещении;
5. Сидеть нужно на расстоянии не менее 2-х метров от экрана телевизора (50 см от экрана монитора компьютера). Просмотр передач или работа за компьютером должны быть дозированными;
6. Текст, для чтения, должен быть черными буквами на белом фоне. Цветным выделяют только короткие значимые фразы.

Б) Забота об ушах.

Гигиена органов слуха начинается с ежедневной очистки ушей. Накопление ушной серы может привести к закупорке наружного слухового прохода и ухудшению слуха. Чистят ушную раковину специальными ушными палочками. Взрослый чистит себе и обязательно учит, а в последующем и помогает ребёнку. Твёрдыми и острыми предметами этого не делают во избежание перфорации барабанной перепонки.

В) Забота о зубах.

С древних времён считалось, что человек здоров, пока здоровы его зубы. Здоровье зубов и дёсен связано с гигиеной полости рта.

Рациональная гигиена полости рта с использованием зубной щетки и пасты является неотъемлемой частью общей гигиены человека.

Зубы чистят два раза в день (утром и вечером) по 3 минуты с обязательным полосканием. Утром после завтрака, вечером – перед сном. Днём, после обеда взрослому человеку можно воспользоваться жевательной резинкой на 10-15 минут после еды (не больше) или съесть яблоко.

Г) Забота о ногах.

Ноги несут на себе весь груз нашего тела. Усталость, запах пота и мозоли – это главные неприятности, которые нам доставляют ноги.

Основные правила ухода за ногами

- 1.** Ежедневно мыть и тщательно высушивать ноги.
- 2.** Перед сном взрослым смазывать ступни кремом для ног.
- 3.** Ежедневно менять носки или колготы.
- 4.** При потливости для взрослых, следует использовать жидкости, освежающие кожу и удаляющие микробы. Запах пота – это запах разлагающихся микробов.
- 5.** При мозолях и потёртостях ног, обрабатывать раненые поверхности перекисью водорода и подсушивать бриллиантовой зеленью, не запуская их. Использовать бактерицидные лейкопластыри на тканевой основе, чтобы кожа дышала. Мазь для обработки мозолей и трещин – линимент синтомицина.

Д) Забота о руках.

Руки рекомендуется мыть перед физическим контактом с людьми (рукопожатием) и после него, после посещения туалета, сморкания или чихания, (например: заболевший ребёнок в школе прочихался и его вызвали к доске, взяв в руки мел, он оставляет на нём свои микробы, и при этом большая вероятность заражения других детей, а возможно и учителя), общения с животными, перед едой и приготовлением пищи. А так же необходимо мыть руки при обычном загрязнении. Необходимо коротко стричь ногти, во избежание скопления микробов под ногтевой лункой, обрабатывать ссадины и порезы.

Вопросы самоконтроля:

1. Кто из учёных внёс вклад в отечественную педиатрию?
2. Сформулируйте основные показатели здоровья.
3. Какие основные рекомендации по уходу за своим телом?

Тема 1.5 Критерии здоровья детей дошкольного возраста. Группы здоровья.

Комплексная оценка состояния здоровья ребёнка

План

1. Критерии здоровья детей
2. Комплексная оценка состояния здоровья детей
3. Шкала Апгар:
4. Характеристика 5 групп здоровья

Критерии здоровья детей

Основными задачами контроля за здоровьем и развитием детей являются:

- углубленное исследование, оценка состояния здоровья ребенка в эпикризные периоды и назначение соответствующих рекомендаций с целью обеспечения его гармоничного развития, оптимального функционального состояния организма и полноценного здоровья;
- раннее выявление отклонений в состоянии здоровья ребенка для организации оздоровления и лечения с целью профилактики формирования хронических заболеваний.

Группу здоровья определяет педиатр, учитывая осмотры специалистов. При исследовании состояния здоровья ребенка учитываются в качестве основополагающих следующие критерии:

- I критерий – наличие или отсутствие отклонений в раннем онтогенезе,
II критерий – уровень физического развития и степень его гармоничности,

III критерий – уровень нервно–психического развития,
IV критерий – резистентность организма,
V критерий – функциональное состояние органов и систем,
VI критерий – наличие или отсутствие хронических болезней или врожденных пороков развития.

I критерий обуславливает здоровье, II–VI критерии характеризуют здоровье. Комплексная оценка с определением группы здоровья проводится по совокупности перечисленных критериев. Группа здоровья дает более широкое представление о состоянии здоровья ребенка, чем диагноз.

Комплексная оценка состояния здоровья детей

Состояние здоровья подрастающего поколения – важный показатель благополучия общества и государства, отражающий не только настоящую ситуацию, но и прогноз на будущее.

Стабильно неблагоприятная тенденция ухудшения состояния здоровья детей приобрела на сегодняшний день настолько устойчивый характер, что создается реальная угроза национальной безопасности страны.

Отмечаются снижение рождаемости, рост младенческой смертности, существенное уменьшение доли здоровых детей при рождении, рост числа инвалидов с детства, больных с хронической патологией.

Анализ современной ситуации свидетельствует, что причинами такого катастрофического положения являются социально-экономическая нестабильность в обществе, неблагоприятное санитарное состояние среды обитания детей (условия и режим обучения, бытовые условия и т. д.), экологическая ситуация, реформирование системы образования и здравоохранения, низкая медицинская активность и санитарная грамотность населения, свертывания профилактической работы и пр.

Несомненно, наметившаяся и сохраняющаяся тенденция к ухудшению показателей здоровья детей, повлечет за собой ухудшение состояния здоровья подрастающего поколения во всех возрастных группах, и неизменно скажется в дальнейшем на качестве трудовых ресурсов, воспроизводстве будущих поколений.

Под понятием здоровья детей и подростков следует понимать состояние полного социально-биологического и психического благополучия, гармоничное, соответствующее возрасту физическое развитие, нормальный уровень функционирования всех органов и систем организма и отсутствие заболеваний.

Однако в понятие «здоровье» вкладываются не только абсолютные и качественные, но и количественные признаки, так как существует еще и оценка степени

здоровья, т. е. адаптационных возможностей организма. По определению В. Ю. Вельтищева,

«Здоровье – это состояние жизнедеятельности, соответствующее биологическому возрасту ребенка, гармоничного единства физических и интеллектуальных характеристик, формирования адаптационных и компенсаторных реакций в процессе роста».

В связи с этим определение показателей и критериев состояния здоровья детского населения приобретает особую актуальность.

Первоначально оценка состояния здоровья детей при профилактических осмотрах осуществлялась исключительно по принципу «здоровый» или «больной», т. е. имеющий хроническое заболевание. Однако грубое разделение детских популяций на «здоровых» и «больных» не позволяло обращать внимание на своевременную коррекцию преморбидных отклонений и, следовательно, не обеспечивало в должной мере профилактического направления осмотров

Шкале Апгар:

Работа сердца. У новорожденного сердечко бьется очень часто, совершая до **130–140 ударов в минуту**. Поэтому частота сердцебиений свыше 100 в минуту оценивается в 2 балла. Если же малыш испытывал **нехватку кислорода** во внутриутробном периоде или во время родов, то наряду с изменением других показателей у него происходит замедление сердцебиения. Соответственно, пульс менее 100 ударов в минуту оценивается в 1 балл, отсутствие пульсовой волны — 0 баллов.

Частота дыхания. Малыш может совершать до **40–45 дыхательных движений в минуту**, то есть делает вдох-выдох практически каждую секунду. Кроме того, кроха громко сообщает миру о своем появлении. Это оценивается по максимуму — в 2 балла. Если голос новорожденного больше напоминает стон, а не победный клич, если его дыхание медленное, затрудненное и нерегулярное, то ребенок получит 1 балл. Отсутствие дыхательных движений и крика — 0 баллов.

Мышечный тонус. В норме у всех новорожденных повышен **тонус мышц-сгибателей**. Именно поэтому они находятся в определенной позе: голова приведена к груди, кисти сжаты в кулачки, руки согнуты в локтевых, а ноги — в коленных и тазобедренных суставах, в положении на боку голова слегка запрокинута. При этом движения малыша избыточны, хаотичны. Он может дрыгать ножками и размахивать ручками совершенно не в лад — тем не менее, как раз такое поведение заслуживает

высшего балла. Если конечности ребенка лишь слегка согнуты, а движения — вялые и редкие, за это ставится 1 балл. Отсутствие активных движений и слабый мышечный тонус — 0 баллов.

Рефлексы. Важнейшие безусловные рефлексы начинают функционировать у детей непосредственно после рождения. Первый крик и первый вдох являются рефлекторными. Сосательный и глотательные рефлексы позволяют крохе насыщаться материнским молоком. Больше всего родителей поражают рефлексы ходьбы и ползания: младенца кладут на животик, подталкивают под пяточки, и только что родившийся малыш преодолевает расстояние в несколько десятков сантиметров; а поставленный (с поддержкой под мышки) на ровную поверхность, он словно выполняет команду "шире шаг!". Если все эти **врожденные рефлексы** проявляются в полной мере, маленький человечек определенно заслуживает 2 очередных балла. Если рефлексы проявляются неуверенно даже после побуждения, больше 1 он не получит. А их полное отсутствие вообще не приносит баллов.

Цвет кожных покровов. Цвет кожных покровов у новорожденного варьируется от бледно- до ярко-розового, что оценивается в 2 балла. У младенцев с другим цветом кожи (например, мулатов) обследуются белки глаз, цвет слизистых оболочек рта, губы, ладони и нижние поверхности стоп. Дети, появившиеся на свет путем кесарева сечения, чаще всего не испытывают затруднений при прохождении родовых путей, поэтому цвет их кожи обычно лучше и они набирают 2 балла по этому признаку. Если у малыша имеется **синюшность** ручек и ножек, то ставится 1 балл. При равномерно бледном или синюшном цвете кожных покровов ставится 0 баллов.

	0 баллов	1 балл	2 балла
Пульс	Отсутствует	Менее 100 уд./мин	Более 100 уд./мин
Дыхание	Отсутствует	Медленное, нерегулярное	Хорошее, крик
Мышечный тонус	Слабый	Сгибает ручки и ножки	Активно двигается
Рефлексы	Отсутствует	Слабо выражены	Вызываются
Цвет кожи	Синюшный, бледный	Нормальный, но синюшные ручки и ножки	Нормальный по всему телу

В соответствии с изложенными критериями здоровья и методическими подходами к их выявлению дети в зависимости от состояния здоровья в дальнейшем могут быть отнесены к пяти группам здоровья.

Существует комплексная оценка состояния здоровья ребёнка, при которой определяют группу состояния здоровья детей. Знать эти группы необходимо для дальнейшей работы с детьми.

- 1. Группа:** Здоровые дети, не имеющие хронических заболеваний, с нормальными показателями функционального здоровья, с нормальным физическим и нервно-психическим развитием (нет отклонений в анамнезе). (Анамнез – сбор информации о состоянии человека).
- 2. Группа:** Тоже здоровые дети, но уже имеющие те или иные отклонения в поведении, с начальными изменениями в физическом и нервно-психическом развитии, часто болеющие, без хронических заболеваний, уже имеющие отклонения в анамнезе.

Для отнесения детей раннего и дошкольного возраста ко II группе здоровья можно использовать перечень следующих основных отклонений в развитии и состоянии здоровья:

- ☉ ребенок от многоплодной беременности,
- ☉ недоношенность, переносимость, незрелость,
- ☉ перинатальное поражение ЦНС,
- ☉ внутриутробное инфицирование,
- ☉ низкая масса тела при рождении,
- ☉ избыточная масса тела при рождении (более 4 кг),
- ☉ рахит (начальный период, 1-я степень, остаточные явления),
- ☉ гипотрофия 1-й ст.,
- ☉ дефицит или избыток массы тела 1-й и II-й степени,
- ☉ аномалии конституции (экссудативно-катаральный, лимфатико-гипопластический, нервно-артритический диатезы),
- ☉ функциональные изменения сердечно-сосудистой системы, шумы функционального характера, тенденция к понижению или повышению АД, изменение ритма и частоты пульса, неблагоприятная реакция на функциональную пробу с мышечной нагрузкой,
- ☉ частые острые заболевания, в т.ч. респираторные,
- ☉ понижение содержания гемоглобина в крови до нижней границы нормы, угроза анемии,

- ☉ дисфункция ЖКТ – периодические боли в животе, нарушение аппетита и др.,
- ☉ вираж туберкулиновых проб,
- ☉ состояние реконвалесценции «после перенесенных острых инфекционных и неинфекционных заболеваний с длительным нарушением общего самочувствия и состояния (в т.ч. острой пневмонии, болезни Боткина, острых нейроинфекций и др.),
- ☉ состояние после неотложных хирургических вмешательств.

3. Группа: Больные хроническими заболеваниями в стадии компенсации, т.е. без особого нарушения общего самочувствия.

4. Группа: Больные хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации, с нарушениями общего самочувствия, часто болеющие и находящиеся в стационаре, дающие 2-4 раза в год обострения хронического заболевания.

5. Группа: Больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, общее самочувствие стойко нарушено, не посещающие детские учреждения общего типа, в момент исследования у них постельный режим дома либо в стационаре. Такие дети с пожизненными диагнозами (ДЦП, синдром Дауна).

Основная масса детей это 1 и 2 группы, где преобладают дети 2 группы, требующие к себе пристального внимания педагогов и медицинских работников.

С целью дальнейшего наблюдения за ребёнком, определением плана оздоровительных мероприятий решается вопрос о «группе здоровья»

При этом основные задачи педиатра:

1. Сохранить I группу здоровья (примерно 25% детей) на протяжении всех периодов детства. Пути: рациональное питание, соблюдение санитарно – гигиенического режима, оптимальный уход, воспитание физическое и нравственное.

2. Оздоровление и перевод большинства детей из II группы (примерно 60% детей раннего возраста) в I , предупредить формирование хронической патологии. Пути: создание оптимальных условий развития ребенка, по возможности устранить неблагоприятные факторы. Лечение заболеваний: рахита, анемии, дистрофии, патологии ЦНС, кариеса.

3. Работа в группе часто болеющих детей. Пути оздоровления: закаливание, массаж, ЛФК, применение адаптогенов и иммуномодуляторов по показаниям, витаминов.

Для осуществления задач все дети в поликлинике подлежат диспансерному учету, осмотр проводится в декретированные сроки, наблюдаются узкими специалистами для раннего выявления отклонений и оздоровления.

Тема 1.6 Причины заболеваний в детском возрасте. Часто болеющие дети.

План

1. Причины, приводящие к частоте заболеваний ОРЗ в детском возрасте:
2. Влияние окружающей среды на здоровье
3. Режим питания
4. Режим дня детей
5. Санитарно-гигиенические требования к учебным кабинетам.

Причины, приводящие к частоте заболеваний ОРЗ в детском возрасте:

Эндогенные – неблагоприятное течение беременности и родов, хронические заболевания матерей, заболевания, перенесённые ребёнком в период новорожденности (до трёх месяцев жизни), искусственное вскармливание, гипотрофия, анемия, рахит.

Экзогенные – загрязнение окружающей среды, употребление в пищу большого количества консервантов и других пищевых аллергенов, курение родителей (особенно будущей матери), переполнение детских коллективов (вместо 15 человек в группах по 28 человек, в школах вместо 20 – 30 детей в классах).

Влияние окружающей среды на здоровье.

Человек на протяжении веков стремился приспособиться к природной среде. А сделать её удобной для своего существования.

Теперь мы осознали, что любая деятельность человека оказывает влияние на окружающую среду, а ухудшение состояния биосферы опасно для всех живых существ, в том числе и для человека.

Здоровье – это капитал, данный нам не только природой от рождения, но и теми условиями, в которых мы живём.

Виды загрязнений

Химические загрязнения.

В настоящее время хозяйственная деятельность человека всё чаще становится основным источником загрязнения биосферы. В природную среду во всё больших количествах попадают газообразные, жидкие и твёрдые отходы производств.

Реакция организма на загрязнения зависит от индивидуальных особенностей человека: его возраста, пола, состояния здоровья.

Химические вещества, смоги различного происхождения, радиоактивные источники облучения неблагоприятно влияют на здоровье населения. Стронций, например, его переизбыток: неблагоприятно действует на костный мозг, вызывает развитие лейкоза плюс врождённые уродства детей.

Так же огромное выделение никотина в окружающую среду при большом количестве курильщиков влияет на загрязнение атмосферы.

Биологические загрязнения.

Все биологические загрязнители вызывают у человека различные заболевания. К ним относятся болезнетворные организмы: вирусы, бактерии, гельминты, простейшие. Наиболее опасные из них – это возбудители инфекционных заболеваний (некоторые возбудители инфекций могут жить в окружающей среде несколько лет). Обитают они в основном в почве, воде, в других макроорганизмах (животные), либо источник инфекции – больные люди. Так же можно заразиться воздушно – капельным путём.

Шумовые загрязнители.

Влияние звуков всегда действовало на организм человека. Испокон веков человек всегда жил в мире звуков и шума.

Звуки – это механические колебания внешней среды, которые воспринимаются слуховым аппаратом человека (от 16 до 20 тысяч колебаний в секунду).

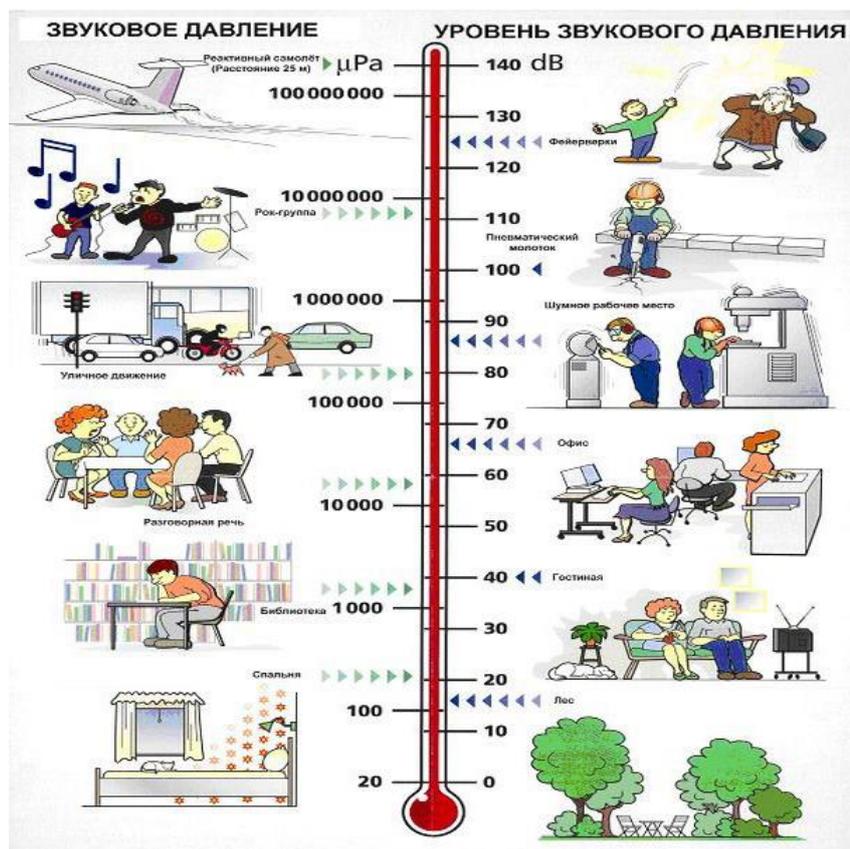
Шум – это громкие звуки, слившиеся в неустойчивое звучание, негативно влияющие на слуховой аппарат и психики человека.

Звук и шум большой мощности поражают слуховой аппарат, нервные центры и могут вызывать не только неприятные ощущения, но и болевые ощущения и даже шок.

Уровень шума измеряется в децибелах (ДБ)- единицах, выражающих степень звукового давления.

Шумы вызывают функциональные расстройства сердечнососудистой системы, оказывают вредное влияние на вестибулярный аппарат, снижают рефлекторную деятельность, что нередко становится причиной несчастных случаев и травм.





Режим питания.

Жизнь человека, как и всякого живого существа, связана с непрерывной затратой энергии, которая нужна для работы всех органов и систем.

Потраченную энергию необходимо восполнять. Пища даёт нам энергию для жизни. Каждому животному свойственно питаться определённым видом пищи: одни питаются растительной пищей, другие – животной, а бывают и всеядные.

У человека существует рацион питания. Чтобы наш организм нормально работал, необходимо питаться правильно. С пищей человек получает все питательные вещества. В ней содержатся белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества.

Ни один продукт не даёт всех питательных веществ сразу, которые необходимы для поддержания хорошего здоровья. Одни продукты дают организму энергию (это продукты с высоким содержанием жира: масло, орехи, шоколад, желтки яиц и т.д.)

В других продуктах высокое содержание веществ, необходимых для строительства и роста организма (это белки: мясо, рыба, сыр, творог, яйца и т.д.). Ягоды, фрукты, овощи - источники витаминов и минеральных веществ.

Небрежное отношение к питанию неблагоприятно сказывается на здоровье и работоспособности организма.

Пренебрежение правилами приёма пищи может стать причиной различных болезней желудка, печени, кишечника.

Памятка, чтобы быть здоровыми

1. Питаться разнообразной пищей;
2. Меньше сладостей, так как они угнетают выделение желудочного сока.
3. Не перенасыщайте себя жирной пищей.
4. Старайтесь есть в одно и то же время
5. Пить обычную воду не менее 2-х литров в день, детям 1 литр.
6. Исключите из рациона аллергены, если таковые имеются.

Режим дня детей.

Правильно составленный режим дня школьника или дошкольника и его соблюдение – одно из главных условий сохранения здоровья.

Рекомендуемый режим дня для первоклассника

- 7.00 – Пробуждение.
- 7.00 - 7.30 – Утренняя зарядка, туалет.
- 7.30 - 7.50 – Завтрак.
- 7.50 – 8.20 – Дорога в школу.
- 8.30 – 13.30 – Занятия в школе.
- 13.30 – 14.00 – Дорога домой.
- 14.00 – 14.30 – Обед.
- 14.30 – 15.00 – Прогулка, отдых.
- 15.00 – 17.30 – Приготовление уроков.
- 17.30 – 18.00 Ужин.
- 18.00 - 21.00 – Занятия по интересам.
- 21.00 – 21.30 – Приготовление ко сну.
- 21.30 - 7.00 – Сон.

Одной из основных задач режима дня является помощь организму в адаптации к условиям окружающей среды и нагрузкам, это является так же и профилактикой заболеваний, так как отдохнувший организм сильнее сопротивляется болезням, чем организм утомлённый.

Санитарно-гигиенические требования к учебным кабинетам.

Основные помещения детского сада — групповые комнаты — по своим размерам должны обеспечивать потребности детей в движении и чистом воздухе. Если на одного ребенка приходится 4 м² площади, а высота помещения равняется 3,2 м, то кубатура воздуха на каждого ребенка составит около 8 м³, что соответствует основным санитарным нормам.

В каждой групповой комнате, спальне, а также в зале не менее 50% окон снабжаются фрамугами или форточками. В теплое время года их держат открытыми, зимой их не заклеивают, чтобы иметь возможность 3—4 раза в день проветривать помещение. Длительность проветривания зависит от разницы температур наружного воздуха и воздуха в помещении.

Очень важно соблюдать в помещениях постоянный температурный режим, не допуская резких колебаний температуры воздуха. Оптимальная температура для групповой комнаты — 19—21°C, для зала — 18°C, туалетных — 20—22°C, бассейна — 29°C (температура измеряется на уровне роста детей, а в комнатах первого этажа — на полу). Радиаторы центрального отопления обязательно огораживаются. Ограждение должно легко сниматься при уборке, не задерживать излучение тепла, не иметь острых углов.

Не меньшее значение для здоровья детей, чем чистый воздух, имеет солнечный свет: он оказывает благотворное влияние на нервную систему, на усиление роста, на улучшение состава крови и обмена веществ. Под его воздействием у детей улучшаются самочувствие, аппетит, сон.

Хорошее естественное освещение достигается прежде всего благодаря достаточному количеству окон.

В групповой комнате недопустимы занавески, загораживающие оконные стекла, тем более их верхнюю часть, так как в этом случае нарушается нормальная освещенность помещения, особенно в той части комнаты, которая удалена от окон. В случае необходимости (при слишком ярком солнечном освещении, вечером) окна закрывают легкими, свободно передвигающимися на кольцах занавесками из светлой хлопчатобумажной ткани. Не рекомендуется ставить на подоконники высокие растения, наклеивать на стекла аппликации. При соблюдении этих условий можно добиться наилучшей естественной освещенности комнат.

Искусственное освещение оказывает большое влияние на состояние зрения детей. Оно должно отвечать гигиеническим нормам. В групповых комнатах норма искусственного освещения составляет 100 люкс при использовании ламп накаливания и 200 люкс — при люминесцентном освещении. Иными словами, в групповых комнатах детей дошкольного возраста должно быть 8 светильников с лампами по 200 ватт каждая, а в групповых комнатах детей раннего возраста — 6 светильников по 200 ватт. Штепсельные розетки и выключатели располагают на расстоянии 1,8 м от пола, не ниже.

Большое значение для нормального освещения комнат имеет окраска стен,

потолков и мебели. Освещенность помещения тем выше, чем больше световых лучей отражается от стен и потолков. Белая стена отражает 60% падающих на нее световых лучей, светло-желтая — до 40%, синяя и голубая — 25%, коричневая - 13%, черная всего лишь 1—2%. Поэтому внутренняя окраска стен, потолков и мебели должна быть выдержана в светлых тонах.

Групповая комната

В групповой комнате дети проводят большую часть времени, поэтому не следует загромождать ее мебелью, крупными растениями. Оборудование групповой комнаты зависит от того, для детей какого возраста она предназначена.

В групповых комнатах для детей второго и третьего года жизни необходимы четырехместные столы и стулья к ним (по числу детей), туалетный столик, раздаточный стол, стулья для персонала, шкаф для посуды, открытый шкаф-стеллаж с низкими полками для игрушек, диванчик, горка-манеж для упражнений детей в движениях. Середина комнаты должна оставаться свободной.

В групповых помещениях детей дошкольного возраста размещаются столы и стулья для детей, шкафы или стеллажи для хранения игрушек и строительных материалов, полочки для книг, уголка природы, стол для педагога и его шкаф, где хранятся педагогические пособия и оборудование.

Детская мебель должна быть прочной, устойчивой, обтекаемой формы, без острых углов и крючков на уровне глаз детей. Рекомендуется простая мебель без лишних украшений — это облегчает соблюдение гигиенических требований.

Особого внимания требует подбор столов и стульев, размеры которых должны соответствовать размерам и пропорциям тела детей данной возрастной группы. Столы и стулья предусматриваются достаточно легкими (весом не более 1,5—2 кг), чтобы дети могли самостоятельно их передвигать в пределах групповой комнаты.

Для занятий в средней, старшей и подготовительной к школе группах нужна настенная доска. Удобна доска, состоящая из трех секций (каждая шириной 0,5 м, высотой 0,75 м): грифельной, для показа дидактического материала и выставочного стенда; внизу лоток для мела и тряпки. Доску располагают таким образом, чтобы нижний край ее находился в 70—80 см от пола.

Ковры, на которых дети играют, очень удобны, но их можно стелить только в холодное время года; они требуют ежедневной чистки и еженедельного проветривания.

Приемная-раздевальная. Вдоль стен комнаты размещаются шкафы для верхней детской одежды, которые должны быть прочно закреплены. В каждом индивидуальном

шкафу три отделения: верхнее — для шапок, варежек, теплых носков и кофт, среднее — для пальто и рейтуз, нижнее — для обуви.

В раздевальной находятся и скамейки, высота скамейки — 200 мм, ширина — при одностороннем использовании — 250—300 мм, при двустороннем — 500—550 мм. Скамейки для подготовительных групп могут иметь подъемную крышку и емкость для хранения спортивной обуви. Здесь же стоит шкаф для одежды персонала.

Вопросы самоконтроля:

1. Дайте характеристику пяти группам здоровья.
2. Каково влияние окружающей среды на здоровье человека?
Чем важен режим питания и режим дня в детском возрасте?

Тема 1.7 Закаливание в детском возрасте, формы и методы закаливания.

План

1. Система самооздоровления и самосовершенствования:
 - А) Закаливание воздухом
 - Б) Закаливание водой
 - В) Физические нагрузки
2. Основные факторы риска в детском возрасте.

Система самооздоровления и самосовершенствования.

Человек — это не просто высокоорганизованная биологическая система, а организм, живущий в определённых общественных условиях, которые отражаются на его физическом и психологическом самочувствии и определяют его нравственные устои.

Образ жизни — это показатель того, как человек реализует условия жизнедеятельности для своего здоровья.

Среди основных составляющих здорового образа жизни, оговорённых на прошлых занятиях, можно отметить закаливание, как систему самооздоровления организма.

Закаливание — термин технический. Это способ обработки материалов, заключающийся в нагреве и последующем быстром его охлаждении. При этом материал (металл) приобретает новые качества, придающие ему устойчивость против нежелательных воздействий.

Закаливание организма человека рассматривается как повышение его сопротивляемости вредным влияниям внешней среды.

В понятие «закаливание» входит не устранение этих внешних влияний, а наоборот, искусственное их создание, сознательно и с определённой дозировкой, с целью приучить организм реагировать на них известным образом и парализовать их вред».

Г.Н. Сперанский

Реакция организма к температурным колебаниям зависит во многом от тренировки адаптационных механизмов системы терморегуляции.

Закаливание по существу лишь методический приём искусственного ускорения процесса адаптации к холоду.

Ещё недавно в медицине эффект закаливания на холодовое раздражение рассматривался как местная сосудистая реакция.

Теперь реакция на охлаждение расценивается как реакция всего организма, протекающая со значительным участием ЦНС.

В формировании приспособительных реакций этого рода принимают участие рефлекторный, гуморальный (гуморальная регуляция – координация физиологических и биологических процессов в организме, осуществляемая через жидкие среды (кровь, лимфу, тканевую жидкость) с помощью продуктов обмена веществ) и клеточные организмы.

Наша с вами кожа является рецепторным полем: по нервным окончаниям, раздражения (термические, химические, механические) поступают в ЦНС (кору головного мозга). В ответ на эти раздражения возникают ответные реакции сосудодвигательного характера, в результате изменяется кровенаполнение сосудов кожи, внутренних органов, изменяется интенсивность обмена веществ.

Под влиянием закаливающих процедур у детей повышается активность клеточного и тканевого иммунитета, повышается гемоглобин, нормализуются показатели крови, стимулируется иммуногенез.

Таким образом, в основе закаливания лежит сложная функциональная система терморегуляции.

Существует несколько принципов, которые необходимо соблюдать для получения положительного эффекта от закаливания, независимо от возраста ребёнка или от действующих факторов закаливания.

Первый принцип: Систематичность применения закаливающих процедур во все сезоны года. Перерывы в закаливании снижают приобретённую организмом устойчивость к холодным воздействиям.

Второй принцип: Постепенность увеличения силы раздражающего воздействия. Организм постепенно приспосабливается к необычным условиям (отсутствие стрессовой ситуации для организма).

Третий принцип: Учёт индивидуальных особенностей организма и эмоционального состояния ребёнка. Какие бы средства не применялись, всегда необходимо учитывать возраст ребёнка, состояние его здоровья, условия жизни и среды и индивидуальные свойства его организма.

Четвёртый принцип: Непрерывность закаливающих процедур, так как при перерыве весь эффект теряется. Если по причине болезни, закаливающие процедуры были прекращены, следует всё начинать заново.

Имеют значение и особенности высшей нервной деятельности. Если ребёнок легко возбудим - ему более полезны успокаивающие процедуры. Дети вялые, пассивные требуют назначения бодрящих, возбуждающих процедур.

Любые закаливающие мероприятия следует проводить, предварительно создав ребёнку хорошее настроение. При положительной эмоциональной настроенности легче вырабатываются условные связи, в дальнейшем ребёнок всегда охотно принимает процедуры, они у него ассоциируются с хорошим настроением.

Психогигиена и умение управлять своими эмоциями является профилактикой невротических состояний. Необходимо настраивать себя на положительные эмоции (у меня все получится, мне всё по плечу). Так же необходимо хвалить детей, настраивать на позитив.

А) Закаливание воздухом

Воздух действует на рецепторы кожи своей температурой, влажностью и давлением.

Физиологическое действие свежего воздуха выражается в улучшении обмена веществ, эмоциональной настроенности.

Ребёнок очень чувствителен к недостатку свежего воздуха, так как растущий организм нуждается в повышенной доставке кислорода к тканям. Чтобы получить необходимое количество воздуха, ребёнок дышит чаще чем взрослый.

Закаливание воздухом хорошо сочетается с утренней гимнастикой. Начинать следует постепенно с открытой форточки (в зимнее время форточку в помещении следует открывать не менее трёх раз в день). Это приводит организм в бодрое состояние, подготавливает его к работе в течение дня.

К закаливанию воздухом можно отнести и прогулки на свежем воздухе, игры, занятие спортом.

Организуя прогулки с детьми, надо позаботиться о том, чтобы одежда соответствовала сезону года и не стесняла движений.

Специальной закалывающей процедурой являются воздушные ванны. Сначала с наступлением лета детям разрешают обнажить ручки, заменяя рубашку майкой, затем снимают колготы и оставляют в трусиках с панамкой.

Воздушные ванны проводят до двух раз в день (от 5 минут до 30 минут). Во время воздушной ванны ребёнок должен чувствовать себя бодрым, у него должно быть хорошее настроение.

В летнее время существует и **закаливание солнцем**. Ультрафиолетовые лучи солнца способствуют улучшению обмена веществ и повышают иммунитет. К закаливанию солнцем надо относиться осторожно, так как можно получить солнечный ожог или солнечный удар.

Солнце – это своего рода лекарство. Принял правильную дозу – получил хороший эффект, переборщил – страдаешь от побочных действий. Поэтому умелое использование природного источника здоровья принесёт только пользу.

Как же солнце влияет на организм человека?

- Лучи являются основным источником витамина Д, нехватка которого может привести к нарушению фосфорно-кальциевого обмена и развитию рахита и остеопороза.
- Ультрафиолет оказывает противомикробное и противобактериальное действие, что способствует улучшению состава крови.
- Закаливание солнцем укрепляет у человека иммунитет.
- Подобные ванны стимулируют кровообращение и работу мышцы сердца.
- Ультрафиолетовые лучи благотворно влияют на центральную нервную систему организма. Под воздействием светила у человека вырабатывается так называемый гормон счастья – серотонин.
- Закаливание солнцем увеличивает физическую активность.
- Положительное влияние оказывает ультрафиолет на работу мозга.

Было доказано, что небольшая порция яркого света помогает устранить головную боль.

- Под воздействием ультрафиолетовых лучей улучшается состояние покровов. Кожа человека приобретает здоровый вид, становится эластичной, упругой. Исчезают прыщи, быстрее заживают раны и ссадины.

Про лечебную силу солнца и его влияние на организм знали ещё в глубокой древности наши предки. В наше время этот метод народной медицины также доказал свою эффективность при правильном его использовании.

Основные правила солнечного закаливания

- Приучать организм к воздействию светила надо постепенно. Возьмите это за правило и не пренебрегайте им, чтобы не навредить своему здоровью.
- Первая процедура для взрослых должна длиться не более пяти минут, вторая – 10 минут, третья – 15 и так далее. Более 2 часов принимать солнечные ванны нельзя.
- Детям до 11 лет первую неделю можно загорать только в тени деревьев по две-три минуты. А затем постепенно довести это время до 30 минут.
- Закаливание солнцем детей от 11 до 16 лет происходит таким же образом, начиная с трёх минут. Максимальная продолжительность процедуры составляет 2 часа.
- Наиболее благоприятным временем для ванн считается раннее утро до 11.00 на юге страны или до 13.00 в средней полосе. Принимать их можно ещё вечером после пяти или четырёх часов соответственно.
- В это время влияние солнца не такое активное, а лучи считаются менее радиоактивными. К тому же важно помнить, чтобы температура воздуха была не меньше 18 градусов тепла.
- Ещё одно важное правило загорания – наличие солнечных очков и головного убора. Осторожными нужно быть обладателям светлой и чувствительной кожи. Первое время им рекомендуется загорать под навесом.

Б) Закаливание водой

Это одна из самых эффективных гигиенических процедур. Основной действующий фактор – это температура.

Различают три фазы действия холодной воды на организм.

Первая фаза - резкий спазм кожных сосудов, кровь отливает к внутренним органам, кожа становится бледной и холодной.

Вторая фаза – расширение кожных сосудов, прилив крови из внутренних органов к периферии, наступает ощущение тепла.

Третья фаза – застой крови в результате спазматического состояния капилляров, появление бледности с цианотичным оттенком.

Оздоровляющее действие водных процедур осуществляется на первой и второй фазах. Наступление третьей фазы допускать не следует. Водные закаливания бывают **местные и общие**.

Местные – это обтирание, обливание;

Общие закаливания – душ, ванна, купание в водоёмах.

Постепенность увеличения раздражающего действия воды можно обеспечить различными способами – начинать с более слабо действующих, местных процедур и снижать постепенно температуру воды.

Вода очищает и оздоравливает кожные покровы тела. Как известно дети раннего возраста дышат с помощью кожных покровов. Так же это своеобразная гимнастика для кровеносных сосудов. Водные процедуры укрепляют нервную систему и рекомендуются для всех возрастов. Закаливание водой можно проводить круглый год.

Обливание водой начинается и проводится в тёплое время года на улице, а в холодное время года – в помещении. Температура воды от +30 постепенно снижается до 20 градусов Цельсия. В летнее время всё же один из лучших способов закаливания это всё таки купание в естественных водоёмах.

В) Физические нагрузки

Занятия физическими упражнениями стимулируют обмен веществ, увеличивается сила, подвижность и уравновешенность нервных процессов.

В связи с этим возрастает гигиеническое значение физических упражнений, если они проводятся на открытом воздухе. В этих условиях повышается и общий оздоровительный эффект, особенно если закаливание проводится при низких температурах воздуха. При этом улучшаются показатели жизненной ёмкости лёгких, совершенствуется терморегуляционная функция, понижается чувствительность к холоду, уменьшается возможность возникновения простудных заболеваний.

Следует всегда помнить, что физические нагрузки должны формироваться с учётом возрастных особенностей и метеорологических факторов.

Основные факторы риска в детском возрасте.

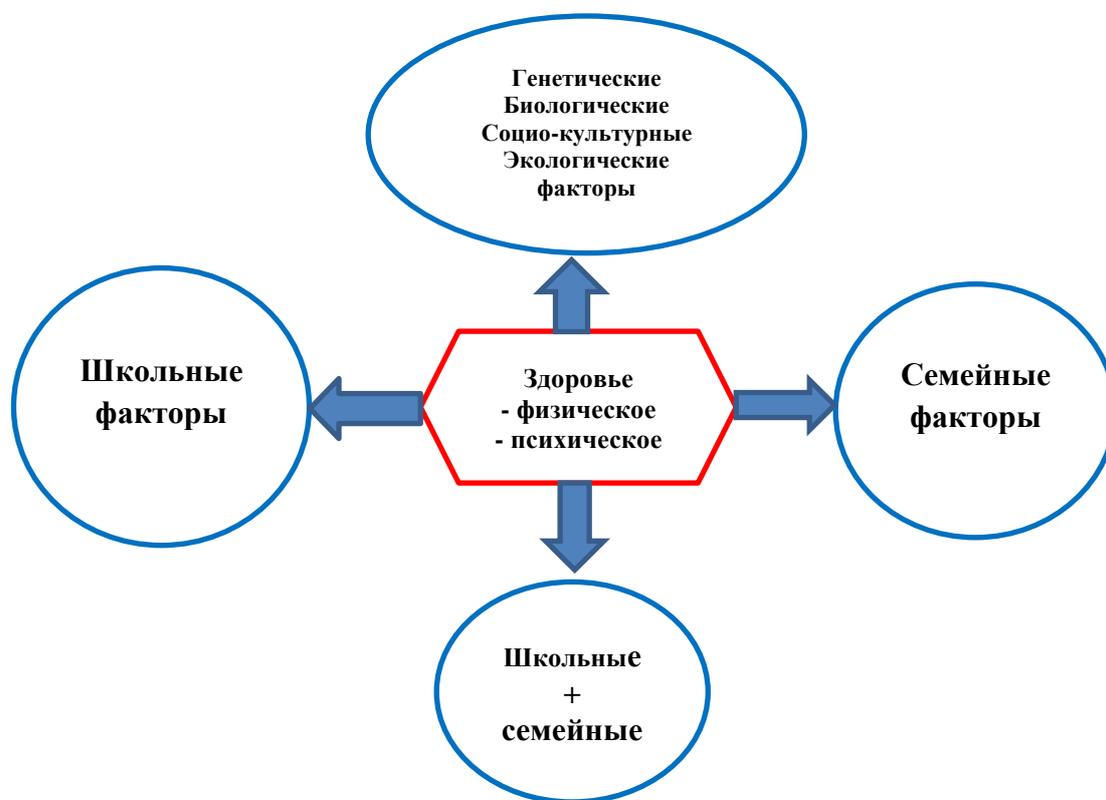
Удивительно, но ещё два десятилетия назад понятия «детский стресс» не существовало. Однако последние исследования доказали, что дети так же страдают от

страхов, избыточных нагрузок, сильного психологического давления, в итоге каждый третий ребёнок испытывает стресс.

Самым сильным стрессом является школьный стресс. Школа сегодня серьёзный психогенный фактор. Дискомфорт и смена уютной детсадовской группы на строго обставленный класс и необходимость длительное время сидеть смирно, когда природа требует игры, иногда обидные выпады одноклассников негативно влияют на состояние ребёнка.

Всё это может и мелочи по сравнению с учебной нагрузкой, которая обрушивается на учащихся.

Факторы, оказывающие негативное влияние на здоровье и развитие ребёнка



При воздействии всех этих факторов на ребёнка появляются:

- поведенческие расстройства;
- трудности в обучении;
- ухудшение физического здоровья;
- нарушение психического здоровья
- конфликты с педагогами;
- конфликты с родителями.

Многолетние исследования Института возрастной физиологии РАО позволили выявить школьные факторы риска, которые провоцируют стресс, негативно сказываются на росте, развитии и здоровье детей.

В школу приходит около 20% первоклассников, имеющих нарушения психического здоровья пограничного характера, но уже к концу года их число увеличивается до 40%. Свыше 50% школьников испытывают значительные трудности в усвоении школьной программы.

Школьные факторы риска:

Стрессовая педагогическая тактика – система окрика («Опять тебя все ждут!»; «Ну, что за почерк?») То есть несдержанное, грубое, излишне аффективное поведение преподавателя.

Так же физиологам хорошо известен негативный эффект ситуации ограничения временем в процессе любой деятельности. На выполнение любого задания необходимо достаточное количество времени. Испытание «секундомером» приводит к развитию пограничных нарушений психического здоровья.

Интенсификация учебного процесса. Идёт различными путями. Первый, наиболее явный – увеличение количества учебных часов. Фактическая учебная школьная нагрузка особенно в лицеях, гимназиях, классах с углублённым изучением ряда предметов, составляет в начальной школе в среднем 5-6,2 часов в день, в среднем звене 6,2 – 7,5 часов в день, в старшей школе 8 часов. С учётом выполнения домашнего задания на занятие необходимо в неделю 150 часов (всего в неделе 168 часов) вот и остаётся всего 18 часов на прогулку и отдых.

Отмечается высокая зависимость роста отклонений в состоянии здоровья от объёма и интенсивности учебной нагрузки. Возрастает частота нарушения зрения, осанки, органов пищеварения, психоневрологические отклонения.

Функциональная неграмотность педагога. Школе необходимы педагоги, осознающие ответственность за эмоционально-комфортное развитие и здоровье школьника (а не только за знания), педагоги, умеющие отстаивать интересы ребёнка. Недооценка профессиональной значимости у учителя часто наблюдается у молодых специалистов.

Вопросы самоконтроля:

1. Назовите основные методы закаливания.
2. Какие факторы оказывают негативное влияние на здоровье и развитие ребёнка?

Раздел 2. Основы медицинских знаний

Тема 2. 1 Детские соматические болезни.

План

1. Здоровье наших детей
2. Соматические болезни детей

Здоровье наших детей

Одним из важнейших условий воспитания здорового поколения является культура здоровья современного человека, привитая с раннего детства. В современных условиях всё ускоряющегося темпа жизни и возрастания напряженности социальных отношений - здоровье становится одним из основных условий успешности любого человека.

Культура здоровья, конечно же, закладывается в семье. Приоритет здоровья в семье, владение элементарными приёмами поддержания хорошего самочувствия, пример родителей способствуют формированию у детей навыков здорового образа жизни. Однако, в большинстве семей, воспитывающих детей дошкольного возраста, нет системы сохранения и укрепления здоровья детей и самих родителей. Частично эту функцию может взять на себя дошкольное учреждение, где дети пребывают в течение 8-12 часов.

Воспитателями решается задача снижения эмоционально-волевого напряжения и укрепления иммунитета дошкольников посредством комплексного подхода к формированию здоровья воспитанников.

В процессе жизни детей в детском саду познавательные моменты органично соединяются с оздоровительными нетрадиционными и традиционными методами и приемами.

Развивающаяся деятельность взрослых и детей сочетаются с выполнением дыхательных упражнений, утренней гимнастики, гимнастики для глаз, элементами закаливания, релаксацией, самомассажем и другими здоровьесберегающими технологиями.

По методике создания здоровьесформирующей среды и воспитания навыков здорового образа жизни с дошкольниками и их родителями в ДОУ проводится непрерывная и системная работа по воспитанию у детей положительной мотивации к своему здоровью.

Состояние здоровья и развития подрастающего поколения заставляет взрослых обратиться к здоровьесберегающим и здоровьесформирующим технологиям.

Создание благоприятных условий для сохранения здоровья детей. Обучение различным приемам и способам его поддержания. Педагог ДОУ выступает как транслятор знаний, умений и навыков здорового образа жизни. Форма передачи знания — научение.

Важно, что бы педагог сам:

1. занимался своим оздоровлением, повышением душевного благополучия, позитивным отношением к жизни.
2. что бы воспитатель понимал значимость оздоровительных занятий для детей не только с позиции физического здоровья, но и раскрытия способностей ребенка, его успешности в жизни, радостного восприятия действительности.

Необходимым условием повышения уровня жизненных сил ребенка является работа с телом. Тело для растущего человека — особая реальность, которой ему предстоит овладеть. Через тело ребенок учится осознавать себя. Кроме того, кожа ребенка по чувствительности и способности к восприятию информации приравнивается к коре головного мозга. Жизненно важными для ребенка являются нежные объятия и прикосновения, через которые он ощущает себя и реальность окружающего мира. Через легкое прикосновение у человека формируется доверие к миру, закладывается принятие самого себя, снижается агрессивность, вырастает уверенность в себе и дружелюбное отношение к окружающим.

***Алгоритм формирования потребности здорового образа жизни для ребёнка таков:
от удовольствия — к привычке, от привычки — к потребности.***

Требуется разумное сочетание полезного с приятным. Надо, что бы ребенок захотел это сделать, глядя на увлеченность, радость и удовольствие других детей и воспитателя. Поэтому так важно, что бы среди детей как можно чаще звучал смех. Радостное состояние — естественное состояние здорового ребенка. Взрослым необходимо поддерживать в нём детей.

При освоении детьми любой оздоровительной технологии нужно объяснять детям и родителям, что они делают, зачем это нужно им сегодня, что будет от этого завтра, кого они этому потом научат сами и с кем «попрактикуют» свое умение (ориентировка детей на взаимодействие с родителями).

Комплексный подход к оздоровлению ребенка в дошкольном учреждении будет неполным, если не затронуть психологический и духовно-нравственный уровень здоровья детей. На психологическом уровне важно создать ситуацию успеха для каждого:

- помочь поверить в себя;

- найти свою «особинку»;
- сохранить природное любопытство, стремление к развитию, потребность быть личностью и развивать способности самоуправления;
- иметь «нужные» социуму личностные качества.

Взрослый (будь то, педагог, воспитатель или родитель), несущий в себе образ успешного здорового душевного ребёнка, создает условия, что бы ребёнок таким и являлся в действительности.

Повышая духовно-нравственное здоровье детей, необходимо пробуждать в них чувство единства. Единство — одна из важнейших общечеловеческих ценностей.

Важно рассмотреть, прочувствовать и прожить с детьми такие понятия как: «Я — часть семьи», «Я — часть коллектива», «Я — часть человечества», «Я — часть мира».

Соматические болезни детей

Счастливый ребёнок – это, прежде всего здоровый ребёнок. Оглянувшись по сторонам, вы легко убедитесь в том, что ни вы сами, ни ваши друзья не отличаются железным здоровьем. И вы прекрасно знаете, что перевоспитывать, переучивать намного сложнее, нежели поступать правильно с самого начала. Лучше с самого рождения ребёнка выбирать правильное направление в сохранении здоровья, чем в последующем устранять возникшие сложности.

Наша главная задача – не позволить ребёнку растерять здоровье, которым его Природа уже наградила.

Большая роль воспитателя в детском учреждении отводится профилактике развития острых и хронических заболеваний у детей. Для проведения широкого комплекса профилактических мероприятий в детском учреждении имеются все условия.

Чтобы профилактическая работа была ещё эффективнее, необходим правильный подход к этому важному вопросу, основанный на знании причин возникновения и прогрессирования патологии в детском возрасте, а так же анатомо-физиологических особенностей организма ребёнка, во многом обуславливающих течение болезни и возможность осложнений.

Не вызывает никакого сомнения, что диагностировать болезни и проводить лечение должны люди, специально этому обученные – врачи!

Но вы будущие воспитатели и педагоги, обязаны знать все детские болезни, их симптомы и профилактику. Имея тесную связь с родителями, сможете дать во время практический совет, уже как профессионалы.

Основы медицинских знаний в наше время как это ни печально приобретаются людьми не в профессиональных условиях учреждений, а часто посредством горького опыта. Люди, получившие педагогическое образование обязаны знать: от чего бывает насморк, как помочь ребёнку при повышении температуры тела, почему перестали делать прививки от оспы, и какая разница между дифтерией и дизентерией.

Мы задаём себе вопрос, что такое та или иная болезнь, только тогда, когда мы с ней сталкиваемся. Начинаем бороздить просторы Интернета с вопросом что такое Корь, заразна ли она, возможна ли профилактика?

Потому, что ставя диагноз, врачи редко объясняют течение болезни, перечисляют симптомы и профилактику (из-за ограничения времени, отведённого на приём одного пациента).

Поэтому элементарные представления о детских болезнях вы должны иметь.

В рамках этой темы мы с вами изучим все самые распространённые соматические заболевания детского возраста, наиболее встречающиеся в детских коллективах.

Основу работы педиатра составляют разнообразные болезни детей. Все неинфекционные болезни в детском возрасте принято называть соматическими или телесными.

Данный раздел очень разнообразен по своему составу, поэтому, его обычно разделяют на некоторые группы.

Так, неврологические болезни и проблемы сна включают в себя все вопросы функционирования центральной и периферической нервной системы, заболевания органов дыхания – это проблемы, связанные с легочной системой и аппаратом дыхания. Сегодня все чаще у детей стали встречаться врожденные и приобретенные заболевания сердца и сосудов, суставов, ревматические болезни, поэтому важно уделить им большое внимание. Информации по этим проблемам пока недостаточно.

Не менее актуальными в детской практике становятся проблемы и болезни пищеварения, так как качество питания детей оставляет желать лучшего. Сегодня эта группа заболеваний существенно расширена. Стали чаще встречаться и пороки и болезни мочеполовой системы, поэтому важно поговорить о проблемах подробно и серьезно. Дети в раннем возрасте часто болеют, и родителей очень волнуют вопросы иммунитета, так как закладка иммунной системы происходит в первые три года жизни. На одном из лидирующих мест в детской практике находятся и аллергические и кожные болезни, которые возникают даже у грудничков в первые месяцы жизни, что

уж говорить о детках постарше. Важно также уделить внимание такой теме, как эндокринные и обменные болезни, сегодня они тоже стали частыми гостями наших малышей. У этих болезней обычно не одна, микробная или вирусная причина, а несколько причин.

Тема 2.2 Болезни органов дыхания: риниты, ОРЗ, ангина, грипп

План

1. Воспалительные заболевания верхних дыхательных путей

А) Ринит

Б) Синусит

В) Аденоиды

Г) Ангина

2. Респираторные инфекции.

а) Название болезни: ОРВИ

б) Грипп

Воспалительные заболевания верхних дыхательных путей

Болезни органов дыхания у детей занимают в статистике общей заболеваемости ведущее место. Этиологическим фактором заболеваний верхних дыхательных путей в 90% случаев являются вирусы.

К воспалительным заболеваниям верхних дыхательных путей относятся ринит, синусит, тонзиллит, ангина, ларингит и фарингит. Данные заболевания широко распространены: они встречаются у каждого четвертого жителя нашей планеты. В нашем регионе инфекционные заболевания верхних дыхательных путей диагностируются круглогодично, но в период с середины сентября по середину апреля они приобретают массовый характер и связаны с острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ). ОРВИ является самым распространенным инфекционным заболеванием в развитых странах, в среднем за год взрослый болеет ОРВИ не реже 2–3 раз, а ребенок – 6–10 раз в год.

А) Название болезни: Ринит

Ринит – это воспаление слизистой оболочки в носовой полости. Ринит может проявляться как в острой, так и в хронической форме.

Этиология: Острый ринит возникает в результате воздействия на слизистую оболочку носовой полости бактериальной или вирусной инфекции. Часто данная форма ринита сопутствует различным инфекционным заболеваниям: гриппу, простуде, ОРЗ. При остром рините отекают ткани носовой области (причем этот отек распространяется на обе половины носа). Возможен при переохлаждении организма.

Эпидемиология: Источник заражения – больной человек или вирусоноситель. Механизм передачи – воздушно-капельный.

Клинические проявления (симптомы):

Как правило, острый ринит протекает в три стадии.

Во время первой стадии (она длится от 1–2 часов до 1–2 дней) больные испытывают зуд и сухость в полости носа, сопровождающиеся частым чиханием; кроме того, у них возникает головная боль, недомогание, снижается обоняние, слезятся глаза, повышается температура. Во время второй стадии у больных появляются (как правило, в больших количествах) прозрачные выделения из носа, гнусавость и затрудненность дыхания. Во время третьей стадии выделения становятся слизисто-гнойными и постепенно проходят, дыхание улучшается.

Как правило, при остром рините больные выздоравливают в течение 7–10 дней, но в некоторых случаях данное заболевание может перейти в хроническую форму.

Острый ринит может привести к таким осложнениям, как синусит, отит и ларинготрахеобронхит (если воспаление из полости носа перейдет в носовые придаточные пазухи, слуховую трубу, глотку или нижние дыхательные пути).

Хронический катаральный ринит, как правило, является следствием острого ринита. Кроме того, его причиной может быть негативное воздействие окружающей среды, нарушения кровообращения, эндокринные расстройства, дисфункции вегетативной нервной системы, синусит, хронический аденоидит или наследственная предрасположенность.

Периодически появляется снижение обоняния и заложенность носа. В результате длительного катарального ринита может возникнуть хронический гипертрофический ринит. При гипертрофическом рините слизистые оболочки разрастаются, эпителий разрыхляется, постоянно наблюдаются заложенность носа и слизистые выделения. При риноскопии выявляется гипертрофия средних и нижних носовых раковин. В результате частых острых ринитов, профессиональных или климатических вредных воздействий может развиваться атрофический хронический ринит.

Лечение: Направлено на восстановление проходимости дыхательных путей и устранение воспалительного процесса. При ринитах применяют консервативное лечение: сосудосуживающие препараты (капли в нос, спреи, аэрозоли и т.д.), местные противомикробные препараты (мази, аэрозоли и т.д.) и (в случае аллергических ринитов) антигистаминные средства.

В последующем закапывают препараты с антисептическим действием (20% р-р сульфацил-натрия, 2% р-р колларгола).

Необходимо знать, что сосудосуживающие препараты применяют не более 4-5 дней, так как при длительном применении возможно усиление отёка и возникновение привыкания.

Положительно влияет использование рефлекторной терапии (горчичные ванночки ножкам, горчица в носочки на ночь) при условии, что нет повышения общей температуры тела.

Б) Название болезни: Синусит – это воспаление придаточных пазух носа.

Этиология: Чаще всего синусит является осложнением таких инфекционных заболеваний, как скарлатина, грипп, корь, острый ринит и т.д.

Клинические проявления (симптомы):

Синусит может проявляться как в острой, так и в хронической форме. К острым формам синусита относятся катаральный и гнойный синусит. К хроническим формам синусита – гнойный синусит и смешанный синусит. Симптомы острого синусита и хронического синусита (в период обострений) одинаковы. К ним относятся повышение температуры, общее недомогание, головная боль, заложенность носа (как правило, с одной стороны) и обильные слизистые выделения из носовой полости.

Лечение: Точное диагностирование синусита производится на основе опроса больного, анамнеза, исследования носовой полости, диафаноскопии, зондирования и рентгенографии.

В) Название болезни: Аденоиды представляют собой увеличение носоглоточной миндалины в результате гиперплазии ее ткани. В большинстве случаев аденоидитом страдают дети в возрасте от 3 до 10 лет. **Этиология:** Как правило, аденоиды появляются в результате воспаления миндалин или слизистой оболочки носа, к которому приводят такие инфекционные болезни, как грипп, корь, скарлатина, острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей.

Клинические проявления (симптомы): К первым симптомам аденоидита относятся затруднение дыхания и слизистые выделения из носа. Затруднение дыхания приводит к проблемам со сном, быстрой утомляемости, вялости, ухудшению памяти, снижению успеваемости (у школьников), изменениям голоса и гнусавости, ухудшению слуха, постоянным головным болям. В запущенных случаях аденоидита у больных сглаживаются носогубные складки, появляется так называемое «аденоидное» выражение лица.

Лечение: Диагностируют аденоиды на основе анамнеза, осмотра и пальцевого исследования носоглотки, риноскопии и рентгенографии. При аденоидах первой степени и отсутствии затруднений дыхания назначают консервативное лечение (местные противомикробные препараты, сосудосуживающие средства и т.д.); во всех остальных случаях проводится аденотомия (оперативное удаление аденоидов). Аденотомия производится стационарно, постоперационный период длится 5–7 дней.

Г) Название болезни: **Ангина** (другое название: острый тонзиллит) – это острое воспаление, которое поражает небные миндалины (в большинстве случаев), язычную миндалину, глоточную миндалину, боковые валики или гортань. Чаще всего ангиной болеют дети и взрослые до 35–40 лет. **Этиология:** Возбудителями ангины являются такие микроорганизмы, как стафилококки, стрептококки, грибки рода *Candida* и т.д. Предрасполагающими факторами к развитию ангины относятся переохлаждение, перегревание, снижение иммунитета, загазованность и запыленность воздуха, механические повреждения миндалин.

Клинические проявления (симптомы): Инфицирование при ангине может происходить двумя путями: экзогенным (в большинстве случаев) и эндогенным. Экзогенное инфицирование происходит воздушно–капельным и алиментарным путем, эндогенное инфицирование – вследствие наличия в полости рта или носоглотки очага воспаления (кариес, болезни десен, хронический тонзиллит и т.д.). Различают четыре разновидности ангины: катаральную, фолликулярную, лакунарную и флегмозную.

Катаральная ангина в первые сутки проявляется сухостью и першением в глотке и болью при глотании. Затем у больных повышается температура, ухудшается общее самочувствие, появляются слабость и головная боль. При осмотре глотки можно увидеть, что небные миндалины слегка припухли (при этом задняя глотка и мягкое небо не изменяются). У заболевших катаральной формой ангины, помимо указанных симптомов, увеличиваются лимфоузлы и слегка изменяется состав крови (умеренно повышается СОЭ и увеличиваются лейкоциты). **Фолликулярная и лакунарная формы ангины** проявляются более остро. Их симптомами являются озноб, потливость, сильное повышение температуры тела, головная боль, слабость, ломота в суставах, отсутствие аппетита, увеличенность и болезненность лимфоузлов. При фолликулярной и лакунарной формах ангины небные миндалины сильно распухают. При фолликулярной форме ангины сквозь слизистую миндалин видны нагноившиеся фолликулы (маленькие пузырьки желтоватого цвета). При лакунарной форме ангины в устьях лакун появляется желтовато–белый налет, который постепенно полностью покрывает миндалины (этот налет хорошо удаляется шпателем). В чистом виде фолликулярная и

лакунарная формы ангины встречаются достаточно редко. **Флегмозная форма ангины** представляет собой гнойное воспаление околоминдаликовой клетчатки, которое проявляется, как правило, на фоне одной из описанных выше форм ангины и хронического тонзиллита. Признаками флегмозной ангины являются: резкая боль при глотании, резкая головная боль, гнусавость, боль в жевательных мышцах, неприятный запах изо рта, озноб, сильное повышение температуры, сильное увеличение и болезненность лимфоузлов.

Любая из форм ангины может привести к таким осложнениям, как острый отит, отек гортани.

Лечение: Диагностируют ангину посредством анамнеза, фарингоскопии и лабораторных исследований (бактериологических, цитологических и т.д.). Больных ангиной необходимо по мере возможностей оградить от контактов с другими людьми (особенно детьми), так как данное заболевание относится к разряду острых инфекционных. Лечат ангину, как правило, на дому. В качестве лечения используют антибиотики, местные противомикробные препараты, жаропонижающие и общеукрепляющие средства. В особо тяжелых случаях пациентов госпитализируют.

2 Респираторные инфекции.

А) Название болезни: ОРВИ

(Острая респираторная вирусная инфекция) Это группа инфекционных заболеваний, проявляющихся симптомами поражения дыхательных путей. ОРВИ занимают первое место в структуре инфекционных болезней детского возраста. ОРВИ наиболее распространено у организованных детей.

Этиология: Наиболее частыми агентами, вызывающими ОРВИ- являются вирусы гриппа, парагриппа и аденовирусы.

Эпидемиология: Источник заражения – больной человек или вирусоноситель. Механизм передачи – воздушно-капельный.

Клиника: Местные (катаральные) проявления + общие симптомы (интоксикация организма).

Местные – заложенность носа с серозными выделениями, чихание, гиперемия и зернистость задней стенки глотки, присоединение кашля.

Общие – повышение температуры тела, слабость, вялость, тошнота, рвота, серость кожных покровов.

Лечение: 1. В первые 1-2 дня назначают противовирусные препараты (интерферон, анаферон, оксалиновая мазь).

2. Обильное питье и постельный режим.

3. Местное лечение проявившихся симптомов.

Б) Название болезни – ГРИПП – это острое инфекционное заболевание, которое характеризуется явлениями общей интоксикации и поражением слизистой оболочки верхних дыхательных путей.

Этиология: только вирусная (вирусы гриппа, парагриппа).

Эпидемиология: Источник заражения – больной человек. Эпидемия гриппа чаще всего возникает в холодное время года.

Клинические проявления или симптомы: Различают лёгкую, среднетяжёлую и тяжёлую (гипертоксическую) форму гриппа. При гриппе характерно внезапное острое начало: озноб, общая слабость (усиливающаяся к вечеру), головная боль, боль в глазных яблоках, боль спинных мышц, температура повышается до 39-40 С, ломота в мышцах и суставах. Такое состояние длится 3-5 дней. Со второго, третьего дня присоединяется кашель и насморк.

Лечение: Лечение детей гриппом осуществляется в домашних условиях (амбулаторно).

1. Постельный режим (при этом необходимо периодически проветривать помещение где лежит больной). 2. Тёплое обильное питьё.

3. Медикаментозное лечение назначается только врачом (противовирусная терапия).

Профилактика всех болезней верхних дыхательных путей это:

1. Частое проветривание помещений в любое время года;

2. Изоляция заболевшего ребёнка;

3. Укрепление индивидуального иммунитета.

Внимание! Всё лечение и уход за больными, болеющими заболеваниями верхних дыхательных путей, проводятся с соблюдением масочного режима!!!

Вопросы самоконтроля:

1. Что вызывает ринит?

2. Назовите симптомы ангины.

3. Что такое ОРВИ?

4. Чем отличается ОРВИ от ГРИППА?

5. В чём особенность ухода за больными верхних дыхательных путей?

Тема 2.3. Болезни органов дыхания: бронхиты, астма, пневмонии.

План

1. Бронхиты
2. Астма.
3. Пневмония.

Острый бронхит – это воспалительный процесс слизистой оболочки бронхов, возникающий вследствие самых разнообразных причин.

Этиология: инфекционные возбудители (вирусы, бактерии). Ведущим фактором возникновения бронхита является всё таки вирусная инфекция, но часто к вирусной инфекции вследствие снижения сопротивляемости организма присоединяется вторичная бактериальная инфекция, вызываемая стрептококками, стафилококками и условно патогенной микрофлорой верхних дыхательных путей. К предрасполагающим факторам можно отнести переохлаждение, синусит, нарушение носового дыхания, которое приводит к недостаточному согреванию вдыхаемого воздуха и плохому очищению его от пыли и микроорганизмов, бедное питание белковой пищей и витаминами.

Кроме того, причиной развития острого бронхита в некоторых случаях может быть вдыхание токсических веществ – паров кислот и щелочей, ядовитых газов, раздражающей бронхи пыли, а так же воздействие переохлаждённого или горячего воздуха.

Эпидемиология: Острые бронхиты делят на 1.Инфекционные, вирусные, бактериальные, вирусно-бактериальные, 2.Острые токсические эндогенной и экзогенной природы, 3.Острые бронхиты от воздействия пылевых и термических факторов, к которым обычно присоединяется инфекция.

Клинические проявления или симптомы: Клиническая картина острого бронхита включает симптомы общей интоксикации и симптомы поражения бронхов.

К явлениям общей интоксикации можно отнести: общую слабость, боль в груди, ломота конечностей, небольшой озноб. Температура субфебрильная на несколько дней.

Острые бронхиты обычно начинаются с насморка, охриплости голоса, першения в горле, чувство саднения за грудиной, сухой болезненный кашель, усиливающий ощущение жжения, в результате воспаления слизистой оболочки трахеи. Основным симптомом острого бронхита является *кашель*. Иногда присоединяется мокрота, скудная и вязкая.

При распространении воспалительного процесса на бронхи увеличивается количество и изменяется характер мокроты – она становится менее вязкой и легче отхаркивается, часто приобретает слизисто-гнойный характер.

Дети раннего возраста мокроту обычно заглатывают, что затрудняет процесс выздоровления. На всём протяжении лёгких прослушиваются разнокалиберные влажные хрипы.

Острый бронхит обычно является двусторонним процессом и заканчивается выздоровлением через 2-3 недели.

Лечение: 1. Препараты обладающие разжижающим и отхаркивающим действием (АЦЦ, асист, лазолван, амброксол).

2. Жаропонижающие средства при температуре выше 37,5С (парацетамол, нурофен).

3. Обильное питьё (жидкость тёплая).

4. При стойкой температуре – литическая смесь (0,5 анальгина + 0,5 димедрола + 0,5 папаверина или но-шпы) всё это в/м.

5. По выздоровлению физиотерапия (электрофорез, УВЧ, вибрационный массаж на область груди).

Профилактика: исходит из этиологии.

Бронхиальная астма – это серьезное заболевание, которое препятствует нормальному дыханию, т.к. из-за воспаления, отека и образования мокроты сужаются дыхательные пути, ведущие к легким.

Этиология: Приступ астмы может быть вызван:

- **аллергенами:** шерсть животных, пыль, продукты питания, клещи, пыльца, споры;

- **вирусными и бактериальными инфекциями:** бронхитом, простудой, гриппом, синуситом;

- **раздражителями в окружающей среде:** выхлопные газы, спреи, духи, табачный дым;

- **лекарственными средствами**, такими как *ацетилсалициловая кислота* и нестероидные противовоспалительные средства.

- **стрессами:** волнение, страх;

- интенсивной физической нагрузкой, особенно в холодных помещениях.

Клинические проявления или симптомы:

Типичные симптомы астмы следующие:

Кашель, который появляется или усиливается, в основном, по ночам или ранним утром. Для астматического приступа характерен сухой кашель, который, как правило, развивается вместе в одышкой и характеризуется насадностью. При астматическом

кашле больной словно хочет что-то откашлять, но не в состоянии этого сделать. В ряде случаев в конце приступа бронхиальной астмы кашель может приобретать влажный характер и сопровождаться скудными выделениями слизи и мокроты.

Хрипы (свистящие или скрипучие звуки во время дыхания). Примечательно, что при астме хрипы всегда сухие и свистящие. Выслушиваются они даже на расстоянии от больного. Ощущение сдавливания в грудной клетке. Нехватка воздуха.

Одышка возникает у больного как в состоянии покоя, так и при выполнении физической работы. Кроме того, данный симптом также возникает, если больной пребывает в пыльном помещении, контактирует с пылью цветущих растений.

Учащенное или громкое дыхание. Как правило, при бронхиальной астме больные жалуются на учащенное и поверхностное дыхание с удлиненным выдохом. Больные не в состоянии полностью выдохнуть, и на осуществление данного действия им необходимо приложить усилие.

Характерное положение больного при возникновении приступа. Такая поза называется ортопноэ. Больные садятся, опускают ноги и ухватываются руками за кровать. Пребывание в такой позе помогает больным выдохнуть воздух. Комбинация и тяжесть симптомов у разных больных может отличаться, симптомы могут возникать с разной частотой.

К другим симптомам бронхиальной астмы относятся:

Общая слабость. Во время приступа больной не способен выполнять физическую работу, поскольку она только усиливает нехватку кислорода и дыхательную недостаточность. При этом, чем тяжелее течение бронхиальной астмы, тем больше выражены симптомы общей слабости и недомогания.

Синюшность кожных покровов. Синеватый оттенок кожи свидетельствует о тяжелом течении заболевания и о прогрессировании дыхательной недостаточности.

Учащенное сердцебиение. Во время приступа бронхиальной астмы увеличивается количество сокращений сердечной мышцы до 120-130 ударов в минуту. Изменение ногтей и фаланг пальцев. Для больных бронхиальной астмой характерно изменение ногтей и пальцев по типу часовых стекол и барабанных палочек.

Симптомы эмфиземы легких. Это типичный симптом бронхиальной астмы, проявляющийся в виде расширения грудной клетки и взбухания надключичных областей.

Головные боли и головокружение. Склонность к аллергическим реакциям.

Лечение:

Цель лечения – длительный контроль над заболеванием. Он включает выполнение определенных рекомендаций и прием лекарственных препаратов. Держать постоянный контакт с врачом, чтобы вовремя отреагировать на нестандартную ситуацию. Соблюдать рекомендации врача. Избегать раздражителей дыхательных путей. Регулярно оценивать свое состояние.

Профилактика:

Соблюдение чистоты в доме, проветривания помещения

Устранение возможных очагов раздражения дыхательных путей (указанных выше факторов), лечение хронических заболеваний органов дыхания.

Правильное питание и здоровый образ жизни.

Своевременное лечение респираторных заболеваний.

Использование только гипоаллергенной косметики.

Заводить домашних животных нужно с осторожностью.

Острая пневмония – острый воспалительный процесс в паренхиме лёгких.

Этиология: Причин развития пневмонии несколько:

А) патогенные микроорганизмы (стафилококки, стрептококки, пневмококки, кишечная палочка). Б) вирусы (вирус гриппа, аденовирусы). В) паразиты (пневмоцисты).

Г) патогенные грибки (кандиды). Д) смешанная флора (вирусо-бактериальная).

Все эти причины ведут к нарушению бронхиальной проходимости и ослаблению механизма защиты лёгких.

Клиника: Фебрильная, довольно стойкая лихорадка. Интоксикация организма (усталость, апатия). Признаки дыхательной недостаточности (затруднённое дыхание, кашель). Стойкие локальные изменения в лёгких(хрипы). Инфильтративные тени при рентгенографии лёгких.

По характеру течения пневмонии различают:

Острую пневмонию (до 2-х месяцев); затяжную (от 2 до 8 месяцев); хроническую (свыше 8 месяцев).

В зависимости от объёма поражения бронхопневмония делится на:

- очаговую (поражение в небольшом очаге);
- сегментарную (поражён сегмент лёгкого);
- крупозную (поражение лёгких).

Лечение: Обязательная госпитализация пациента, так как пневмония быстро прогрессирует и состояние больного усугубляется. Назначается противомикробная терапия (антибиотики, сульфаниламиды) в/м и в/в. Назначаются бронхолитики, муколитики, отхаркивающие средства.

При пневмонии показан вибрационный массаж. При развитии гнойных осложнений применяется хирургическое лечение.

Вопросы самоконтроля:

1. Назовите основные причины, вызывающие бронхиты.
2. Классификация пневмоний.
3. Профилактика астмы

Тема 2.4 Болезни органов зрения: конъюнктивиты, близорукость, дальнозоркость

План

1. Зрительный анализатор.
2. Конъюнктивит.
3. Близорукость.
4. Дальнозоркость.

Зрительный анализатор.

Глаза удивительный орган человеческого организма. Благодаря им мы познаём окружающий мир с самого рождения. На глаза мы обращаем внимание при первом знакомстве с человеком и смотрим в них при беседе. Можно сказать, что глаза являются проводником внутреннего мира человека в мир окружающий нас, ведь, глядя в глаза, мы видим настроение собеседника, видим, счастлив ли он и ли же огорчен. Но, к сожалению, наши глаза часто подвергаются воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды.

И одним из таких факторов является излучение от экранов и мониторов. В нашем веке, когда идет компьютеризация общества, становится всё труднее с охранить здоровые глаза. А, согласитесь, ведь это так важно. И как страшно представить, что в какойто момент мы перестанем видеть. Перестанем видеть дорогих нам людей, красоту окружающей нас природы...

Зрение это способность воспринимать величину, форму и цвет предметов, их взаимное расположение и расстояние между ними. А острота зрения это способность глаза воспринимать объект, находящийся на определённом расстоянии от зрительного анализатора.

Острота зрения проверяется с помощью таблицы Сивцева.

Если у человека есть проблемы со зрением, если он уже носит очки или линзы, то необходимо периодически проверять зрение, в том числе его остроту.

Таблица Сивцева поможет легко и непринуждённо следить за зрением, и в случае его ухудшения можно тут же принять меры.

Неисследуемый глаз прикрыть ладонью или непрозрачным щитком белого цвета. В течение 2 с. посмотреть букву из таблицы и назвать её. Определение лучше начинать с мелких букв, а затем переходить к более крупным

Таблица Сивцева

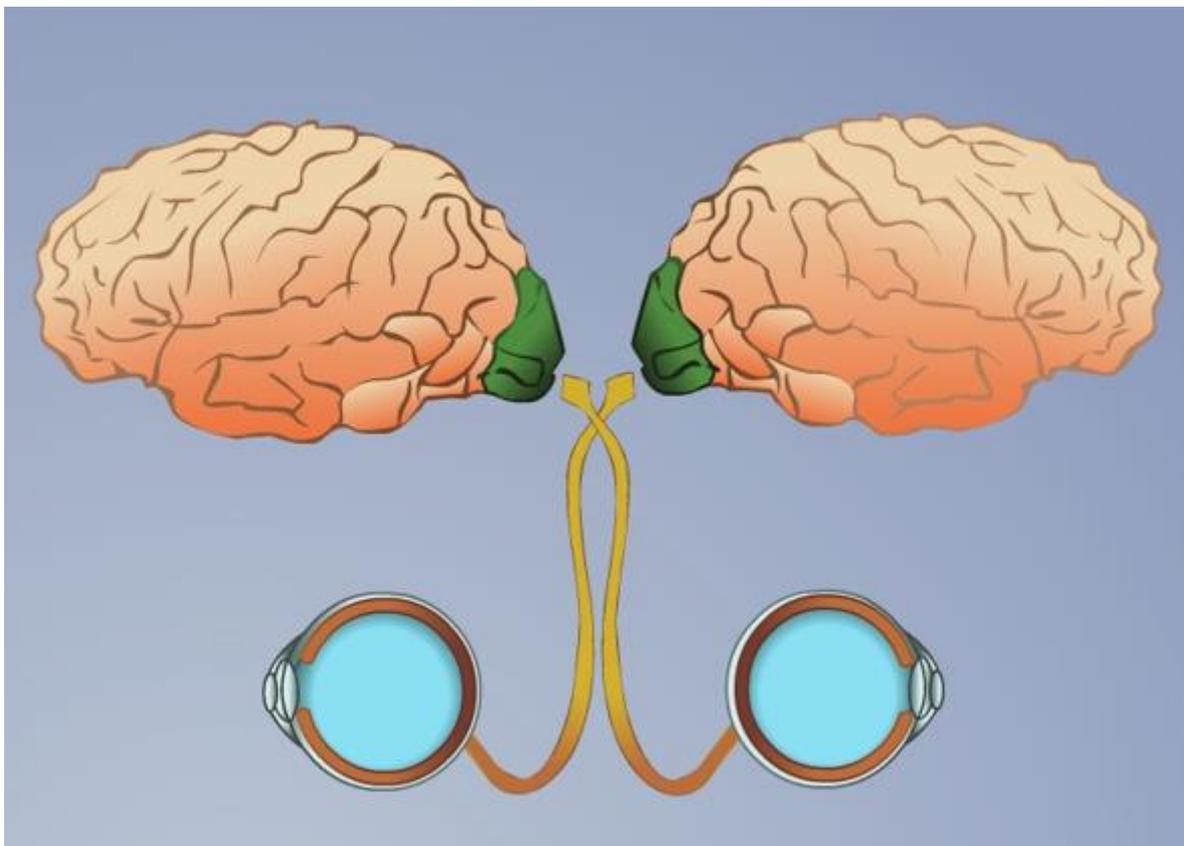
D = 50,0	Ш Б	V = 0,1
D = 25,0	М Н К	V = 0,2
D = 16,67	Ы М Б Ш	V = 0,3
D = 12,5	Б Ы Н К М	V = 0,4
D = 10,0	И Н Ш М К	V = 0,5
D = 8,33	Н Ш Ы И К Б	V = 0,6
D = 7,14	Ш И Н Б К Ы	V = 0,7
D = 6,25	К Н Ш М Ы Б И	V = 0,8
D = 5,55	Б К Ш М И Ы Н	V = 0,9
D = 5,0	Н К И Б М Ш Ы Б	V = 1,0
D = 3,33	Ш И Н К М И Ы Б	V = 1,5
D = 2,5	И М Ш Ы Н Б М К	V = 2,0

В каждой строчке: слева указано расстояние (D) в метрах, с которого человек с нормальной остротой зрения (т.е. равной единице) видит данную строчку; справа указана острота зрения (v) в условных единицах. Полная острота зрения

это такая, при которой все знаки в соответствующем ряду названы правильно. Если в рядах таблицы, соответствующих остроте зрения 0,3; 0,4; 0,5; 0,6, не распознан один знак, а в рядах 0,7; 0,8; 0,9; 1,0 — два знака, то такая острота зрения оценивается по соответствующему ряду как не полная; нормальной считается острота зрения, равная 1,0.

Зрительный анализатор играет важнейшую роль в восприятии окружающего мира. Более 90% информации мы получаем с помощью зрения.

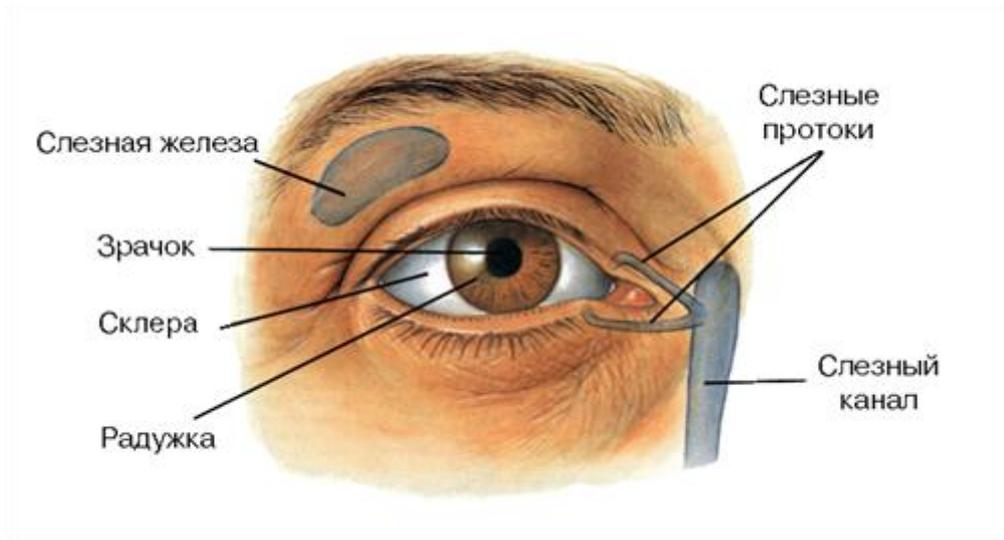
Зрительный анализатор состоит из трёх частей. Периферическая часть представлена глазами, проводниковая — зрительными нервами, центральная — зрительной зоной коры больших полушарий. С участием всех трёх элементов воспринимаются и анализируются световые раздражители и мы видим окружающий мир.



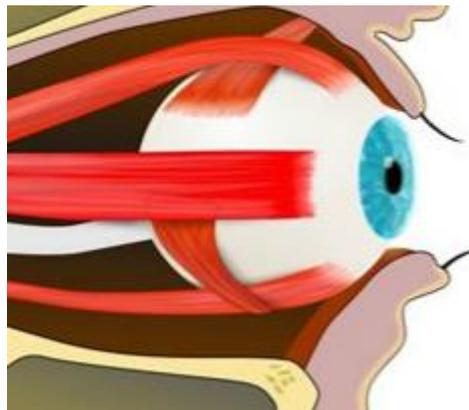
Периферический отдел зрительного анализатора представлен **органом зрения**.

Глазное яблоко защищено от внешних воздействий вспомогательным аппаратом. От механических повреждений глазное яблоко защищено стенками **глазницы черепа**, в которой оно располагается. От попадания пыли и влаги

защищают **веки и ресницы**. **Слёзные железы** выделяют слезу, которая смывает пыль и увлажняет поверхность.



К главному яблоку прикреплены **мышцы**, которые обеспечивают его движения.



В глазу выделяют три оболочки: наружную, сосудистую и сетчатую.



Наружная (белочная) оболочка в передней части представлена прозрачной выпуклой **роговицей**, а в задней части — непрозрачной белой **склерой**.

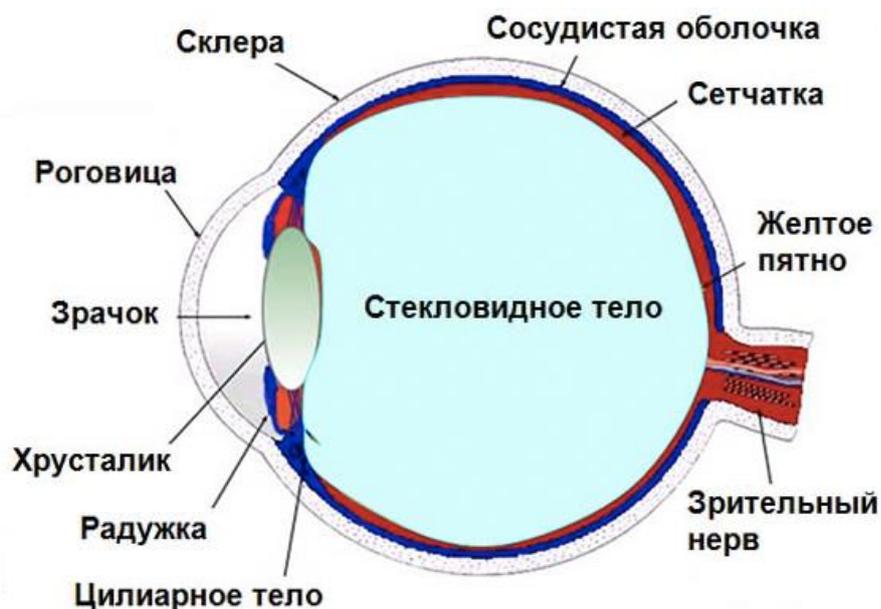
Сосудистая оболочка снабжает глаз кровью. В передней её части находится **радужка**. Клетки радужки содержат пигмент меланин, от количества которого зависит её цвет. В центральной части радужки находится **зрачок**. Зрачок может расширяться и сужаться в зависимости от яркости света.



За зрачком располагается **хрусталик** — двояковыпуклая прозрачная линза. Хрусталик может изменять свою кривизну и фокусировать световые лучи на внутренней оболочке глаза. Этот процесс называется **аккомодация**.

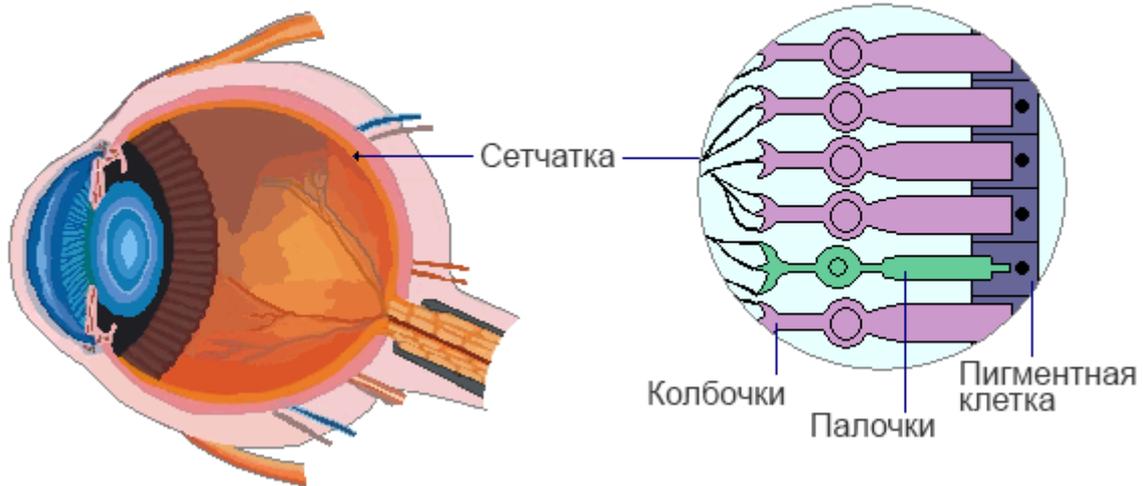
Между роговицей и радужкой находится передняя камера, между радужкой и хрусталиком — задняя камера. В них содержится жидкость, которая снабжает роговицу и хрусталик питательными веществами.

Пространство за хрусталиком заполнено **стекловидным телом**.



Внутренняя оболочка глаза — **сетчатка** содержит **светочувствительные клетки (фоторецепторы)**, представленные **палочками и колбочками**.

Светочувствительные рецепторы



Палочки обеспечивают сумеречное зрение. Колбочки реагируют на яркий свет и обеспечивают цветное зрение. В сетчатке содержится три вида колбочек: одни воспринимают красный цвет, другие — зелёный, третьи — синий. В результате взаимодействия всех трёх видов колбочек мы видим разные цвета.

Большая часть колбочек располагается в средней части сетчатки и образует так называемое **жёлтое пятно**. Место выхода зрительного нерва из сетчатки не содержит фоторецепторов и называется **слепым пятном**.

Конъюнктивит – поражение слизистых оболочек глаз.

Этиология: Вирусная, бактериальная, после перенесённого общего воспаления организма (ринита, синусита, гайморита) вследствие физиологической особенности детского организма.

Клинические проявления: Жжение, резь, ощущение инородного тела в глазах. Визуально слизистая оболочка глаз красная, с прожилками, веки отёчные, слезотечение, светобоязнь. Отмечается обильное серозно- гнойное отделяемое из глаз, особенно после сна.

Лечение: Местное устранение симптомов (капли или мазь по этиологии (альбуцид, тетрациклиновая мазь, левомецитиновые капли, циклопрофсациновые капли)). Промывание глаз 5-6 раз в сутки р-ром фурациллина. Противовирусные препараты, согласно этиологии.

Профилактика: гигиена органа зрения.

Близорукость (миопия) — заболевание, при котором человек плохо различает предметы, расположенные на дальнем расстоянии. При близорукости изображение приходится не на определенную область сетчатки, а расположено в плоскости перед ней. Поэтому оно воспринимается нами как нечеткое. Происходит это из-за несоответствия силы оптической системы глаза и его длины. Обычно при близорукости размер глазного яблока увеличен (**осевая близорукость**), хотя она может возникнуть и как результат чрезмерной силы преломляющего аппарата (**рефракционная миопия**). Чем больше несоответствие, тем сильнее близорукость.

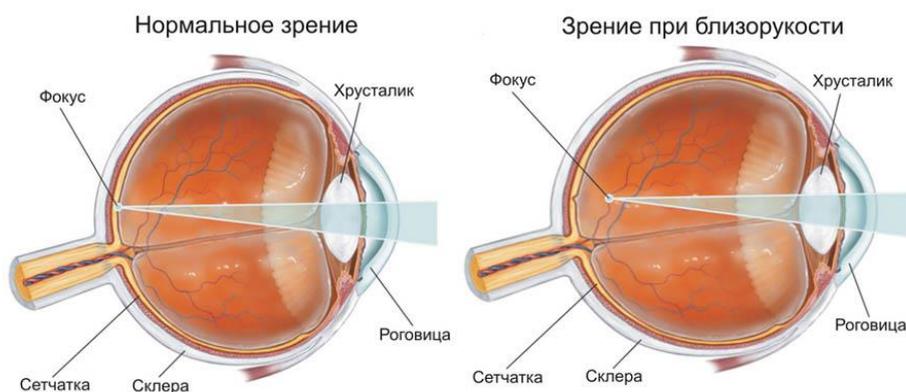
Степени близорукости

Врачи-офтальмологи разделяют миопию на:

- **слабую** (до 3,0 D (диоптрий) включительно),
- **среднюю** (от 3,25 до 6,0 D),
- **высокую** (более 6 D). Высокая миопия может достигать весьма значительных величин: 15, 20, 30 D.

Близорукие люди нуждаются в очках для зрения вдаль, а многие и для зрения вблизи: когда миопия превышает 6-8 и более диоптрий. Но очки, увы, не всегда корректируют зрение до высокого уровня, что связано с дистрофическими и другими изменениями в оболочках близорукого глаза.

Близорукость может быть врожденной, а может появиться со временем, иногда начинает усиливаться — прогрессировать. При близорукости человек хорошо различает даже мелкие детали вблизи, но чем дальше расположен предмет, тем хуже он его видит. Задача любой коррекции близорукости — ослабить силу преломляющего аппарата глаза так, чтобы изображение пришлось на определенную область сетчатки (то есть вернулось «в норму»).



Этиология: Большую роль в развитии миопии играет наследственный фактор. Статистика отмечает, что 50% детей, страдающих близорукостью, родились от родителей с такой же патологией рефракции. И лишь у 8% детей, родители которых не страдают данной патологией зрения, диагностируется миопия. Повышенные глазные нагрузки, т.е. перенапряжение зрения вследствие недостаточного освещения, зрительные нагрузки просмотра чего-либо с близкого расстояния, неправильные позы при письме и чтении часто провоцируют развитие миопии.

Клинические проявления и симптомы близорукости:

Основным симптомом близорукости является видимое пациентом размытое изображение удаленных объектов, которые при приближении или прищуривании становятся четкими. Такие явления хорошо заметны при рассматривании номера приближающегося транспорта, чтении книг (чем дальше книга, тем хуже видно), просмотре телевизора. При близорукости часто наблюдается головная боль, двойственность или нечеткость изображения, утомляемость и боль в глазах.

Лечение: При нарушенной зрительной функции больному подбирают очки или контактные линзы. Правильно сделать это может только оптометрист или офтальмолог.

При лечении близорукости используют специальные глазные упражнения для развития фокусировки, также показано применение лекарственных препаратов, влияющих на улучшение кровообращения и обмен веществ в сетчатке. Проводится стимуляция деятельности сетчатки с помощью некоторых методов физиотерапии, массажа шейно-воротниковой зоны.

Дальнозоркость (гиперметропия) — вид рефракции глаза, при котором изображение предмета фокусируется не на определенной области сетчатки, а в плоскости за ней. Такое состояние зрительной системы приводит к нечеткости изображения, которое воспринимает сетчатка.

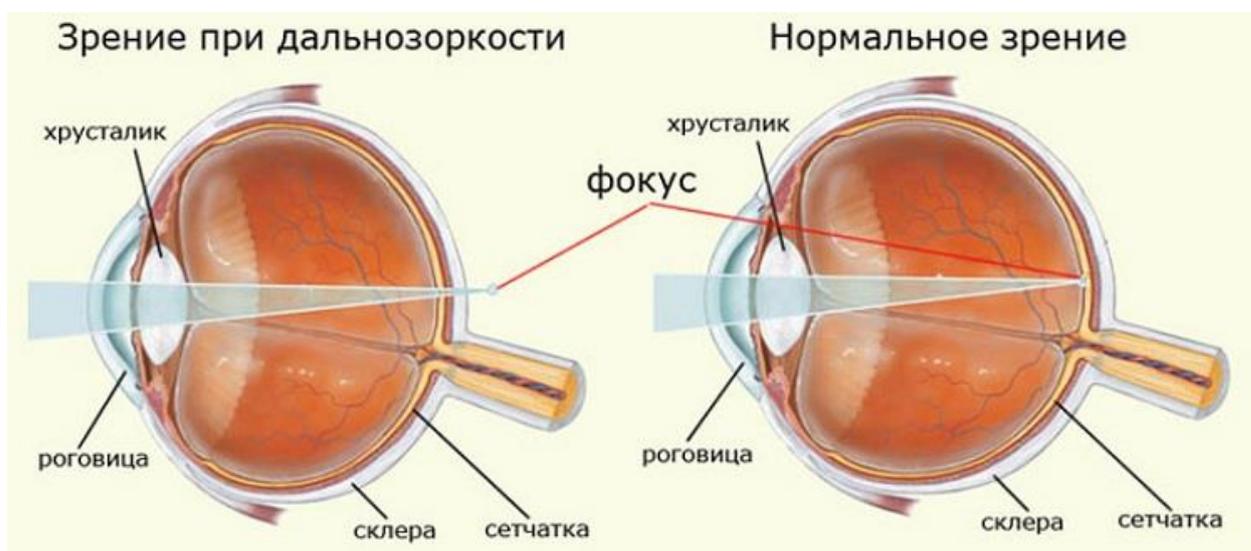
Этиология: Причиной дальнозоркости может быть укороченное глазное яблоко, либо слабая преломляющая сила оптических сред глаза.

С возрастом зрение, особенно вблизи, ухудшается из-за уменьшения аккомодативной способности глаза вследствие возрастных изменений в хрусталике — снижается эластичность хрусталика, ослабевают мышцы, удерживающие его и, как следствие, снижается зрение. Именно поэтому возрастная дальнозоркость (пресбиопия) есть практически у всех людей после 40–50 лет.

Клинические проявления: Врачи - офтальмологи выделяют три степени гиперметропии:

- **слабую** — до + 2,0 D;
- **среднюю** — до + 5,0 D;
- **высокую** — свыше + 5,00 D.

При малых степенях дальнозоркости обычно сохраняется высокое зрение как вдаль, так и вблизи, но могут быть жалобы на быструю утомляемость, головную боль, головокружение. **При средней степени гиперметропии** зрение вдаль остается хорошим, а вблизи затруднено. **При высокой дальнозоркости** — плохое зрение и вдаль, и вблизи, так как исчерпаны все возможности глаза фокусировать на сетчатке изображение даже далеко расположенных предметов.



Лечение: Дальнозоркость может быть исправлена при помощи как очков, так и контактных линз, чтобы изменить направление лучей света в глазу. Больные зачастую вынуждены носить очки или контактные линзы или все время, или только для чтения, работы на компьютере и другой работы вблизи. Нелишним будет следовать советам по укреплению зрения. Если пациент хочет раз и навсегда избавиться от очков и контактных линз, можно обратиться к хирургическим методам лечения.

Профилактика:

Часто дети не замечают, что у них понижено зрение, поэтому даже при отсутствии жалоб ребенка нужно показывать офтальмологу минимум 1 раз в год. Это позволит вовремя выявить заболевание и начать лечение.

Тема 2.5. Болезни органов пищеварения: острые и хронические гастриты, стоматиты, диатез.

План

1. Острый гастрит

2.Хронический гастрит

3.Стоматиты

4.Диатез

Острый гастрит – острое воспаление слизистой оболочки желудка. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки являются наиболее распространёнными среди всех болезней органов пищеварения у детей и составляют 58- 65% в структуре детской гастроэнтерологической патологии, то есть 100-150 болеющих детей на 1000 здоровых.

Этиология: Основными причинами возникновения острого гастрита являются:

- пищевая токсикоинфекция;
- употребление недоброкачественной пищи;
- количественные пищевые перегрузки желудка;
- аллергия (на какой-либо продукт питания);
- длительное применение лекарственных средств (антибиотики, сульфаниламиды, салицилаты).

Клинические проявления или симптомы: Симптомы острого гастрита появляются через 8-12 часов после воздействия этиологического фактора.

Сопровождаются чувством дискомфорта, общим недомоганием, ощущением тяжести в подложечной области, тошнота, рвота, неприятный вкус во рту.

За тем присоединяется общая слабость, снижение аппетита, вплоть до полной его потери, начинается неоднократная рвота, различные боли схваткообразного характера в верхней половине живота. При осмотре больного видно, что язык обложен бело-жёлтым налётом. Длится заболевание 3-5 дней.

Лечение: В первые 2-3 дня назначают постельный режим. Лечение начинают с очищения желудка и кишечника от остатков застоявшейся пищи.

Желудок промывают тёплым раствором натрия хлора или кипячёной водой.

Для очищения кишечника - очистительная клизма. При обезвоживании – внутр 0,9% р-ра Натрия хлорида + 5% р-р глюкозы, или р-р Рингера. Лечебное питание – первые 8 часов – голодная диета, но с обильным питьём(часто в небольших количествах чай)

Через 12 часов – супы пюре, кисели, каши. К 6-7 дню обычно переводят постепенно к привычной пище. Исключают из рациона на пол года жареное, жирное, острое.

Профилактика: Исходит из этиологии.

Хронический гастрит –это хроническое, рецидивирующее, склонное к прогрессированию воспалительно-дистрофическое поражение слизистой оболочки желудка.

Этиология: Наиболее частыми причинами формирования хронического гастрита у детей являются:

1. **Алиментарные факторы** (составляют 91%) это

- нерегулярное питание
- еда в сухомятку
- недостаток белка и витаминов в рационе
- употребление синтетических пищевых добавок в рацион питания.

2. **Психо-эмоциональные факторы;**

3. **Хронические очаги инфекции (кариес);**

4. **Неблагоприятная экологическая обстановка (состояние питьевой воды, наличие нитратов в овощах и фруктах);**

5. **Приём медикаментов (антибиотики)**

6. **Пищевая аллергия.**

Клиника: При хроническом гастрите проявляются два синдрома:

1. Болевой синдром + 2. Синдром желудочной диспепсии. При этом происходит снижение массы тела и язык обложен белым налётом.

Боли в животе – самый характерный признак заболевания органов пищеварения.

Хроническому гастриту характерны ранние боли, проявляющиеся через 1-1,5 часа после приёма пищи.

Лечение: Организация диеты (5-6 раз в сутки и малыми порциями). Устранение причины (создание условий для регенерации слизистой оболочки желудка) + снятие болевого синдрома . Регенерация слизистой (витаминизация, масла). Нормализация секреторной функции. Предупреждение язвообразования. Диспансеризация детей).

Профилактика: исходит из этиологии.

Стоматиты – воспаление слизистой оболочки полости рта.

Этиология: Основными причинами возникновения стоматита являются: грибки рода Кандида, вирусы и бактерии.

Клинические проявления или симптомы: В зависимости от причины, вызвавшей заболевание и от степени поражения слизистой оболочки выделяют: катаральный, язвенный, герпетический и грибковый (молочница) стоматиты.

Катаральный – гиперемия и отёчность слизистой оболочки полости рта + умеренное слюнотечение.

Язвенный – те же симптомы, что и у катарального но присоединяются язвочки, вплоть до распада тканей, повышение температуры тела, увеличение подчелюстных лимфоузлов.

Герпетический – такие же симптомы, что и у катарального + повышение температуры + увеличение лимфоузлов + появляются пятна на внутренней поверхности слизистой щёк, переходящие в пузыри, далее перерождающиеся в жёлто-белые бляшки.

Длительность протекания стоматитов 7-10 дней, при запущении, может продлиться и месяц.

Грибковый стоматит – наиболее часто встречающийся, симптомы те же, что и у катарального + на слизистой оболочке губ, языка и щёк появляется белый налёт в виде створоженного молока.

Лечение: Пища механически и физически щадящая (протёртая и чуть-тёплая). Обработка полости рта антисептиками (орасепт, стоматидин, болтушки). Полоскание ротовой полости отварами ромашки и календулы. Антибактериальные средства. Противовирусные препараты, если этиология вирусная.

При обработке полости рта следует соблюдать следующие правила:

- 1. Обрабатывать слизистую оболочку только промокательными движениями.**
- 2. Ни в коем случае не обдирать белые бляшки.**
- 3. Обработку проводить 5-6 раз в сутки.**
- 4. Температура раствора должна быть 37-36С.**
- 5. Концентрация раствора для обработки полости рта в острый период должна быть ниже, чем в период заживления ран.**

При всех формах стоматита с 5-го дня заболевания, для ускорения эпителизации применяют масло шиповника для обработки полости рта.

Профилактика: гигиена полости рта.

Эксудативный диатез – аллергическая реакция детского организма замедленного типа на пищевой аллерген.

Этиология: Факторы, способствующие клиническим проявлениям эксудативного диатеза, являются *пищевые аллергены* (Яйца, коровье молоко, цитрусовые, шоколад, белковая пища, орехи и т.д.), *лекарственные препараты* (антибиотики, витамины), вакцины, климатические условия (холод, перегревание), химические раздражители (средства гигиены, стиральные порошки).

Клиника:

1. Кожные проявления, сначала на голове, затем в естественных складочках. В виде покраснения с развитием пузырьков и чешуек.
2. Воспалительные изменения слизистых оболочек (частый насморк, конъюнктивит, фарингит).
3. Часто у детей бывает «географический язык» (участки набухания, слущивания эпителия чередуются с нормальными бледно-розовыми местами).

Лечение:

Назначается врачом! Антигистаминные препараты в детских дозах. Не больше 2-х недель, если нет эффекта, меняют один препарат на другой (так как эти препараты вызывают привыкание). Местное лечение кожных проявлений: умывание и протирание настоем ромашки, купать в марганцовке или травах (череда, дубовая кора, ромашка). Успокоительное лечение: капли валерианы, брома перед сном. Диета (исключаются из рациона все аллергены).

Профилактика: организация правильного питания.

Тема 2.6 Кишечные инфекции и их профилактика в детском возрасте.

План

1. Гельминтозы
2. Аскаридоз
3. Энтеробиоз
4. Профилактика кишечных заболеваний

Гельминтозы – заболевания вызываемые паразитическими червями (гельминтами).

Эпидемиологически гельминтозы делятся на три основные группы:

- **Биогельминтозы** – передача возбудителя человеку от животных, в организме которых происходит развитие яиц и личинок гельминтов.
- **Геогельминтозы** – развитие яиц и личинок паразитических червей происходит в почве (аскариды).

- **Контактные гельминтозы** – передача возбудителя непосредственно от больного или через окружающие его предметы (энтеробиоз).

Различают три основных класса гельминтов:

- Круглые черви,

- Ленточные черви,

- Сосальщики.

У детей наиболее часто встречаются заболевания, вызываемые круглыми червями: аскаридоз, энтеробиоз.

Аскаридоз – возбудителями являются аскариды (круглые черви) их длина 25-40 см. Гельминты паразитируют в тонком кишечнике. Самка паразитов в течение суток откладывает в просвете кишечника до 200.000 яиц, которые попадают во внешнюю среду с фекалиями и созревают в почве.

Механизм передачи – фекально-оральный.

Факторы передачи: почва, овощи, фрукты, грязные руки. С момента заглатывания яйца человеком до развития зрелой аскариды проходит 75-90 дней.

Клинические проявления или симптомы: В цикле развития аскарид в человеческом теле различают 2-е фазы:

1.Миграционную – при которой характерно высыпание на коже, в виде аллергических реакций, кашля, болей в груди, нередко развиваются вяло текущие бронхиты, пневмонии, инфильтраты в лёгких.

2.Кишечная - проявляется в виде желудочно-кишечной формы (боли в области пупка, чаще всего после приёма пищи, отказ от пищи, даже любимой, потеря веса).

3.Неврологическая форма – у ребёнка тревожный сон, скрежетание зубами во сне, рассеянность. Диагноз основывается на клинических симптомах и обнаружении яиц аскарид в кале при сдаче анализов.

Лечение: Антигистаминные препараты. Противопаразитарные препараты.

Народное средство – семя тыквы. Гигиена тела, смена нательного и постельного белья (кипячение его с обязательным проглаживанием). Короткая стрижка ногтей с обработкой йода.

Энтеробиоз – возбудитель заболевания – острица, длиной около 1 сантиметра, паразитирующая в нижних отделах тонкого и толстого кишечника.

Источник заражения – человек.

Механизм передачи: контактный

Факторы передачи: грязные руки, одежда, постельное бельё.

Отложенные яйца созревают в течение 6 часов. Далее паразит начинает активную жизнь. Движение остриц вызывает зуд в области ануса.

Клинические проявления или симптомы: Зуд в области ануса, чаще всего возникающий в вечернее время или ночное время, иногда схваткообразные боли в низу живота.

Лечение: рекомендуется проводить всем контактным с больным людям.

Медикаменты: пиперазин, декарис, вермокс.

Сырые семена тыквы. Очистительные клизмы утром и вечером. Ногтевые пространства на руках смазывать йодом или спиртом.

Профилактика кишечных заболеваний

Кишечные инфекции – это инфекционные заболевания, вызываемые бактериями, вирусами, простейшими, поражающими отделы желудочно-кишечного тракта человека с клинической картиной интоксикации, болями в животе, жидким стулом и рвотой. К ним относятся **дизентерия, брюшной тиф, паратифы А и Б, сальмонеллезы, холера, гастроэнтерит, пищевые токсикоинфекции, вирусный гепатит А, вирусные диареи.**

Заражение людей ОКИ происходит при попадании возбудителя в организм человека через рот, а именно, при употреблении в пищу инфицированных возбудителями инфекции продуктов питания, употреблении воды из неизвестных источников и не подвергавшейся обеззараживанию, при не соблюдении правил личной гигиены.

Для кишечных инфекций характерны пути:

- 1. Контактно – бытовой** - с возможностью передачи через грязные руки и предметы, обихода, что объясняется устойчивостью вируса во внешней среде;
- 2. Водный** – при употреблении инфицированной микробами и вирусами воды;
- 3. Пищевой** – при употреблении в пищу инфицированных продуктов, а также продуктов с истёкшим сроком годности, скоропортящихся продуктов, хранящихся длительное время не в холодильнике.

Инкубационный период (от момента заражения до появления симптомов) варьирует от нескольких часов при пищевой токсикоинфекции до нескольких дней при сальмонеллёзе и дизентерии.

Основные клинические проявления, на которые необходимо обратить внимание: общая вялость, слабость, плохой аппетит. Чуть позже наступает рвота, диарея, боли в животе, возможна высокая температура, озноб. Иногда отмечается бессимптомное течение болезни, которое сопровождается выделением патогенных и условно-

патогенных возбудителей - это состояние бактерионосительства (вирусоносительства). При кишечных инфекциях вирусной этиологии наряду с поражением кишечника могут отмечаться изменения со стороны верхних дыхательных путей: неба, дужек, язычка (по типу острой респираторной инфекции).

Основная опасность заключается в быстром обезвоживании организма. С рвотой и жидкими испражнениями теряется очень много влаги, нарушение водного обмена приводит к коллапсу работы сердечно-сосудистой системы, нарушению работы почек.

Практически все возбудители кишечных инфекций чрезвычайно живучи. Они способны подолгу существовать в почве, воде, и даже на различных предметах: ложках, тарелках, дверных ручках, мебели, игрушках. Кишечные микробы не боятся холода, однако предпочитают жить там, где тепло и влажно. Особенно быстро они размножаются в молочных продуктах, мясном фарше, студне, киселе, а так же в воде.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) по своей распространенности уступают только острым респираторным (простудным) заболеваниям.

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями увеличивается в летнее - осенний период в связи с повышенным употреблением овощей и фруктов, хотя заболевания дизентерией регистрируются в течении всего года. Это связано с тем, что в жару мы пьем больше жидкости, а значит, желудочный сок, убивающий вредные микробы, разбавляется. Кроме того, летом мы чаще пьем некипяченую воду. Нужно учесть, что способствует распространению этих инфекций мухи, которые могут переносить на значительное расстояние возбудителей дизентерии, брюшного тифа, паратифа. В холодное время года часто встречаются кишечные инфекции, вызываемые преимущественно вирусами – то, что называется «кишечный грипп» или ОРЗ с кишечным синдромом.

Как предупредить кишечные заболевания

Соблюдайте чистоту:

- мойте руки перед приготовлением пищи и перед едой;
- мойте руки после пользования туалетом;
- для разделки разных видов продуктов используйте отдельные кухонные приборы и принадлежности (ножи и разделочные доски);
- тщательно мойте все поверхности и кухонные принадлежности, используемые для приготовления пищи;
- содержите кухню в идеальной чистоте, предохраняйте кухню и продукты от насекомых, грызунов и других животных;
- своевременно удаляйте пищевые отходы.

Соблюдайте правила хранения и приготовления продуктов:

- тщательно прожаривайте (проваривайте) продукты, особенно мясо, птицу, яйца и морские продукты;
- храните продукты в закрытой посуде, для предотвращения контакта между сырыми и готовыми продуктами;
- замороженное мясо, рыба и птица должны тщательно оттаиваться перед кулинарной обработкой;
- охлаждайте без задержки все приготовленные и скоропортящиеся пищевые продукты (желательно ниже 5° С);
- тщательно подогревайте приготовленную заранее пищу;
- держите готовые и вторые блюда на мармите или горячей плите не более 2-3 часов с момента изготовления, когда приготовленная пища охлаждается до комнатной температуры, микробы в ней начинают размножаться и чем дольше она остается в таком состоянии, тем больше риск получить пищевое отравление;
- не храните пищу долго, даже в холодильнике;
- пищу для детей лучше вообще не подвергать хранению;
- храните пищу защищенной от насекомых, грызунов и других животных.

Используйте безопасную воду и продукты:

- не приобретайте и не употребляйте продукты с истекшим сроком годности;
- не покупайте продукты в местах несанкционированной торговли;
- нельзя покупать разрезанные арбузы и дыни, а также с подгнившим бочком;
- выбирайте продукты, подвергнутые термической обработке, например, пастеризованное молоко;
- перед употреблением фрукты и овощи следует тщательно мыть и ошпаривать кипятком;
- не следует пить воду из открытых водоемов, неблагоустроенных колодцев и использовать ее для мытья рук и посуды;
- употребляйте для питья только кипяченую или бутилированную воду.

При возникновении симптомов острой кишечной инфекции (повышение температуры тела, рвота, расстройство стула, боль в животе) необходимо немедленно обратиться за медицинской помощью!

Не заниматься самолечением, так как это может ухудшить состояние!

ПРОФИЛАКТИКА КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Что такое кишечные инфекции?

Острые кишечные инфекции (ОКИ) – это большая группа инфекционных заболеваний человека, вызываемых патогенными и условно-патогенными бактериями, вирусами и простейшими. К основным кишечным инфекциям относятся: дизентерия, сальмонеллез, холера, энтеровирусная и ротавирусная инфекция, пищевая токсикоинфекция, вызванная стафилококком и др. По частоте распространения среди всех болезней человека они уступают лишь ОРВИ. Более 60% всех случаев заболеваний кишечными инфекциями приходится на детский возраст.

Каковы причины возникновения кишечных инфекций?

Источником возбудителя острой кишечной инфекции может быть больной человек или бактерионоситель, а также животные, насекомые (мухи). Возбудители кишечных инфекций могут находиться на грязных руках, невымытых овощах и фруктах, в некипяченой воде. Благоприятной средой для размножения микробов являются молочные продукты, изделия из вареного мяса, паштеты и т.д.



Как проявляется заболевание?

Возбудители кишечных инфекций вызывают:

1. Поражение желудочно-кишечного тракта (боли в животе, понос, тошнота, рвота).
2. Интоксикацию (повышение температуры тела, головная боль, слабость).



Клиническая картина зависит от вида возбудителя, количества попавших патогенных агентов и состояния иммунной системы человека. В тяжелых случаях развивается обезвоживание организма (сухость кожи и слизистых оболочек, жажда).

При возникновении симптомов острой кишечной инфекции необходимо немедленно обратиться за медицинской помощью!

Каковы основные меры профилактики?

1. Тщательно мойте овощи и фрукты, употребляемые в пищу в сыром виде (желательно щеткой с мылом с последующим ополаскиванием кипятком).
2. Мойте руки с мылом перед приготовлением еды и после каждого перерыва в процессе готовки (и **обязательно** – после разделки сырых рыбы, мяса или птицы), а так же перед приемом пищи, после прогулок, игр с животными.
3. Подвергайте продукты термической обработке. Сырые птица, мясо и молоко часто обсеменены патогенными микроорганизмами. В процессе варки (жарки) возбудители уничтожаются. **Обратите внимание!** Замороженное мясо, рыба и птица должны тщательно оттаиваться перед кулинарной обработкой.
4. Избегайте контакта между сырыми и готовыми пищевыми продуктами (в том числе не используйте одну и ту же доску и нож для разделывания сырых и готовых мясных, рыбных продуктов и овощей).
5. Храните все скоропортящиеся продукты и готовую пищу в холодильнике – холод замедляет размножение попавших в продукты микробов.
6. Содержите кухню в чистоте.
7. Защищайте от мух продукты питания.



... несложных
... жидкой
... несложных
... поможет избежать
заболевания острой кишечной
инфекцией и сохранит Ваше здо-
ровье и здоровье Ваших близких!
БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!

МБЛПУ ЗОТ «Центр медицинской профилактики»
Управление Роспотребнадзора по Томской области

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ (ОКИ)

Кишечная инфекция — это заболевание, вызванное болезнетворными вирусами или бактериями (дизентерийной палочкой, сальмонеллой, стафилококком, палочкой брюшного тифа, вибрионом холеры), которое поражает слизистую желудочно-кишечного тракта. Проникая в человеческий организм, возбудители кишечных инфекций начинают активно размножаться. В результате процесс пищеварения нарушается, а слизистая кишечника воспаляется.

Источники заражения ОКИ:

- некачественные продукты питания и питьевая вода;
- несоблюдение правил личной гигиены: грязные руки, грязные игрушки, контакт с фекалиями (особенно во время прогулок);
- нарушения условий хранения и приготовления пищи;
- насекомые-переносчики;
- контакт с зараженной землей или песком;
- контакт с больным человеком.



Симптомы проявления ОКИ:

- понос;
- рвота;
- тошнота;
- повышенное газообразование;
- боли в животе;
- повышение температуры тела;
- отсутствие аппетита;
- общая слабость и недомогание.



Понос — самый верный признак кишечной инфекции в отличие от всех остальных.

Если ребенок начинает поносить и (или) рвать, он стопроцентно болен, и родителю следует незамедлительно начать принимать меры. Самая большая ошибка родителей — стремление прекратить, казалось бы, нежелательные проявления болезни. Но в первые часы этого делать категорически нельзя, потому как рвота и понос — это защитная реакция организма, который пытается самоочиститься от токсинов. Остановка очистки приведет к еще большей интоксикации. Более того, если вы точно знаете, что ребенок что-то не то съел и повышение температуры и боль в животе вызваны именно этим, необходимо спровоцировать спасительную рвоту или дефекацию (например, постановкой очистительной клизмы). Важно при этом постоянно восполнять потери жидкости и минеральных солей (калия, натрия, кальция). Обезвоживание и деминерализация очень опасны не только для здоровья, но и для жизни ребенка.

Тема 2.7 Болезни органов кроветворения. Анемии

План

1. Состав крови.

2. Анемии.

Состав крови.

Кровь — жидкая подвижная соединительная ткань внутренней среды организма, которая состоит из жидкой среды — плазмы и взвешенных в ней клеток — форменных элементов. Циркулирует по замкнутой системе сосудов под действием силы ритмически сокращающегося сердца и не сообщается непосредственно с другими тканями тела. В среднем, у мужчин в норме объём крови составляет 5,2 л, у женщин — 3,9 л, тогда как у новорожденных её количество составляет 200—350 мл. У взрослого человека форменные элементы крови составляют около 40—50 %, а плазма — 50—60 %.

Форменные элементы крови представлены *эритроцитами, тромбоцитами и лейкоцитами*:

- Эритроциты (*красные кровяные тельца*) — самые многочисленные из форменных элементов.
- Тромбоциты (*красные пластинки*) представляют собой ограниченные клеточной мембраной фрагменты цитоплазмы гигантских клеток костного мозга (мегакариоцитов). Совместно с белками плазмы крови (например, фибриногеном) они обеспечивают свёртывание крови, вытекающей из повреждённого сосуда, приводя к остановке кровотечения и тем самым защищая организм от кровопотери.
- Лейкоциты (*белые клетки крови*) являются частью иммунной системы организма. Они способны к выходу за пределы кровяного русла в ткани. Главная функция лейкоцитов — защита от чужеродных тел и соединений.

Кровь относится к быстро обновляющимся тканям. Физиологическая регенерация форменных элементов крови осуществляется за счёт разрушения старых клеток и образования новых органами кроветворения. Главным из них у человека и других млекопитающих является костный мозг.

Функции крови:

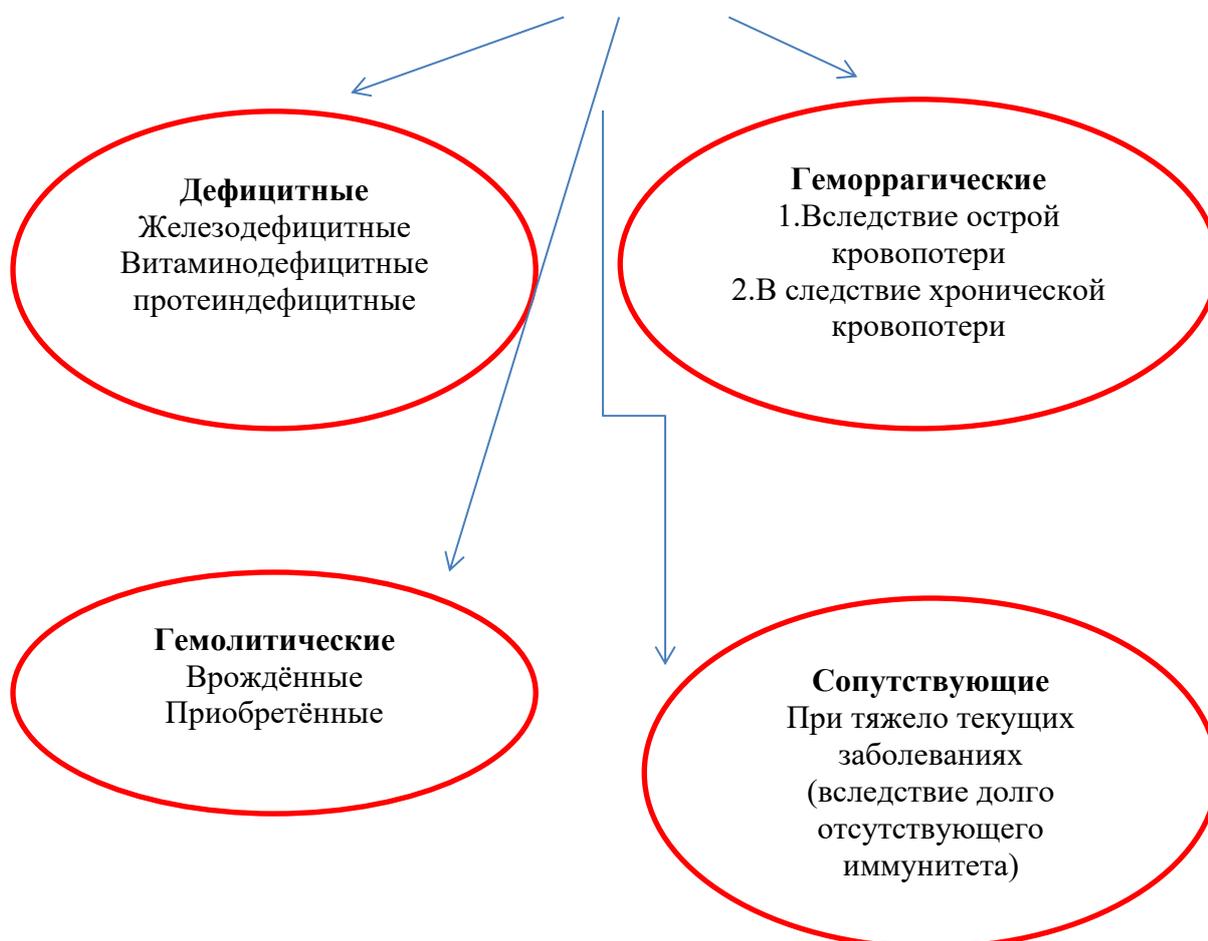
- **Транспортная** — передвижение крови; в ней выделяют ряд подфункций:
 - Дыхательная — перенос кислорода от лёгких к тканям и углекислого газа от тканей к лёгким;
 - Питательная — доставляет питательные вещества к клеткам тканей;

- Экскреторная (выделительная) — транспорт ненужных продуктов обмена веществ к лёгким и почкам для их экскреции (выведения) из организма;
- Терморегулирующая — регулирует температуру тела.
- Регуляторная — связывает между собой различные органы и системы, перенося сигнальные вещества (гормоны), которые в них образуются.
- **Защитная** — обеспечение клеточной и гуморальной защиты от чужеродных агентов;
- **Гомеостатическая** — поддержание гомеостаза (постоянства внутренней среды организма) — кислотно-основного равновесия, водно-электролитного баланса и т. д.
- **Механическая** — придание тургорного напряжения органам за счет прилива к ним крови.

2. Анемия – это патологическое состояние организма, при котором уменьшается число эритроцитов в единице объёма крови.

Анемия является частым заболеванием крови у детей, особенно раннего возраста. В этом периоде рост ребёнка наиболее интенсивный и формула крови не успевает за постоянно растущими потребностями организма, поэтому может происходить снижение количества эритроцитов и уровня гемоглобина.

Классификация анемий



Этиология: Дефицит продуктов в организме, необходимых для построения молекулы гемоглобина. Играет роль голодание, дефицит железа, дефицит белка, и витаминов.

Предрасполагающие факторы:

Вегетарианская пища, лишённая животного белка, частые заболевания ребёнка, рахит, гипотрофия. Это всё приводит к нарушению обмена веществ.

Клинические проявления или симптомы:

Анемии лёгкой формы – самочувствие ребёнка удовлетворительное, наблюдается ухудшение аппетита, вялость, побледнение покровов тела и незначительный дефицит массы тела.

Анемии средней тяжести – характеризуется уже выраженным нарушением состояния: вялость, значительная апатия, адинамия, плаксивость и резкое снижение аппетита. Кожа при осмотре сухая, могут появляться изменения со стороны волос (становятся тонкими и редкими).

Тяжёлая форма анемии – развивается постепенно, медленно. Ведущий симптом – нарастание бледности кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Присутствуют так же сухость и шершавость кожи, хрупкость ногтей, тонкие и ломкие волосы, трещины в уголках рта. Конечность на ощупь холодные, имеет место гипотония мышц. Одновременно выявляется резкое снижение аппетита или его извращение (больные едят глину, землю, известь, мел). Снижение массы тела.

Лечение: Должно начинаться с устранения причины, вызвавшей анемию.

1. Назначение препаратов железа (ферумлек, фероплекс, сорбифер).
2. Одновременно производят витаминотерапию (аскорбиновая кислота, витамины группы В, фолиевая кислота).
3. В пищевой рацион включают продукты богатые железом:
 - А) животного происхождения (печень, телятина, говядина)
 - Б) растительного происхождения (гречка, свекла и все овощи и фрукты красного цвета).

Профилактика исходит их этиологии.

Тема 2.8 Кожные заболевания детского возраста. Аллергические реакции.

План

1. Кожные болезни, распространённые в детском возрасте.
2. Аллергические реакции

Кожные болезни, распространённые в детском возрасте.

Все дети, как и взрослые болеют кожными заболеваниями, но так как у детей кожа нежная и ранимая, и сопротивляемость организма к разного рода негативным влияниям, в том числе к микробам, ещё не значительна, то болезни кожи у детей протекают тяжелее, а возникают значительно легче.

Заболевания кожи могут возникнуть в результате воздействия на неё механических, химических и термических факторов.

Любое поражение кожи может осложниться гнойничковыми, грибковыми и другими инфекциями.

Большая подвижность детей, склонность их к игре на природе, к играм с домашними животными нередко приводят к повреждению кожных покровов, в результате чего микробы легко проникают под кожу, вызывая воспалительный процесс.

Необходимо, так же не забывать, что большинство гнойничковых, грибковых и вирусных заболеваний являются заразными и могут легко передаваться ребёнку от больных людей и животных.

Всё это свидетельствует лишь о том, что в одинаковой среде общения взрослому человеку ничего практически не грозит, ребёнок в это время может быть подвержен заболеванию.

Потница и опрелость это не заразные заболевания кожи, возникающие чаще при плохом уходе за ребёнком.

Этиология и клиника: потница – раздражение кожи, вызванное скоплением пота под эпидермисом, возникает при чрезмерном укутывании и редком купании. При потнице в местах выхода потовых желёз: на груди, на спине, в подмышечных впадинках и даже в области лица появляется красноватая, мелкоточечная сыпь. Если к сыпи присоединится гнойная инфекция, то могут образоваться мелкие гнойнички, которые увеличиваясь в размерах и распространяясь по телу у ослабленных детей, могут вызвать заражение крови – сепсис.

Лечение: заживляющая мазь (линимент синтомицина), частое купание в противовоспалительных отварах трав, присыпка, смена нательного белья.

Профилактика: частое купание, не перегревать одеждой, в летнее время принимать воздушные ванны.

б) Опрелость – покраснение, слущивание кожи, появление трещин в её складках, развиться может так же при редком купании, не смене мокрых трусиков.

Чаще всего опрелость появляется в паховой области, в зоне памперсов, в подмышечных впадинках.

Лечение: Купать ребёнка при наличии опрелости необходимо в кипячёной воде или в слабом растворе марганцовокислого калия. После купания кожу вытирать промокающими движениями, мягким полотенцем, а трещинки смазать стерильным маслом.

Профилактика: Обслуживающий персонал детского учреждения должен ежедневно внимательно осматривать тело ребёнка, обращать внимание на появление даже небольших покраснений, которые могут в дальнейшем перерасти в опрелость.

Гнойничковые заболевания кожи в детском возрасте.

Как мы уже отметили, кожа детей легко загрязняется, в особенности во время игры на воздухе. Пыль, грязь и содержащиеся в них микробы – стафилококки и стрептококки – внедряются в кожные бороздки, углубления и неровности. Грязная кожа зудит и ребёнок расчёсывает её. Далее появляются царапины, ссадины, через которые гноеродные микробы проникают внутрь.

Ещё необходимо знать, что чем слабее ребёнок, чем меньше его сопротивляемость (иммунитет) организма, тем более подвержена его кожа воздействию микробов.

Важно знать, что попадание капли гноя из гнойничка больного на кожу здорового ребёнка, вызывает аналогичное заболевание у последнего.

Фурункул – воспаление волосяного мешочка и окружающей его ткани. За 3-5 дней достигает размеров лесного ореха, а может и больше.

Кожа в области фурункула краснеет и истончается. После вскрытия в центре имеется омертвевшая ткань и язва (в виде стержня), после заживления остаётся рубец.

Лечение фурункула возможно только на ранней стадии! Накладывают повязку с ихтиоловой мазью, возможно назначение физиотерапевтических процедур. Если фурункул созревший – только оперативное лечение. При удачном течении лечения фурункула на ранней стадии рубец может не образоваться.

Карбункул – нагноение нескольких волосяных мешочков, находящихся рядом. При этом воспаляются большие участки подкожно-жировой ткани, расположенной по близости. Присоединяется общее недомогание, головная боль и увеличивается температура всего тела.

Заболевание может тянуться больше месяца. Особенно опасно, когда карбункул образуется на голове, так как гнойный процесс может проникнуть в оболочки мозга.

Лечение карбункула только оперативное!

При наличии карбункула, во избежание распространения инфекции неповреждённую кожу вокруг карбункула, необходимо ежедневно протирать спиртом пополам с водой, коротко стричь ногти, подногтевые пространства смазывать 5% настойкой йода.

Всё это предохраняет здоровые части тела от заражения гнойничковой инфекцией. Так же при гнойничковых заболеваниях следует исключить из рациона ребёнка аллергенную пищу (шоколад, мёд, любые конфеты и копчёности).

Чесотка – болезнь, возникающая вследствие проникновения под верхний слой кожи рук, ног, а иногда и туловища – чесоточного клеща. Чесоточный клещ принадлежит к семейству членистоногих. Заражение происходит при тесном контакте с больным. Разновидности клеща встречаются у собак и кошек, которые в свою очередь могут быть источниками заражения.

Самка клеща под верхним слоем кожи проделывает извилистые ходы и в течение своей жизни (6-8 недель) откладывает до 50 яиц, которые созревают в 4-5 дней. Вылупившиеся из яиц личинки клеща пробуравливают кожу и выходят на её поверхность. При этом укусы личинок вызывают зуд и расчёсы, при которых нередко в кожу попадает вторичная инфекция, чаще всего – гнойная. Излюбленными местами чесоточного клеща являются кисти рук, промежутки между пальцами, на сгибах локтей, в паху, внизу живота. При выявлении таких больных их немедленно изолируют от окружающих.

Лечение: Нательное и постельное бельё кипятится ежедневно, а одеяла и подушки – проветриваются на 10-12 день после вылечивания, либо обрабатываются химически (в основном в учреждениях). Лечение назначает врач инфекционист в виде мазей. Больной, во время использования лечебной мази не принимает ни душ, ни ванну. Переболевшие дети допускаются в коллектив только после полного излечения.

Педикулёз. Не очень прилично звучащее слово «вшивость» в переводе на медицинский язык и есть педикулёз, что в свою очередь, тоже не слишком ласкает слух (pediculus – по латыни и есть «вошь»).

Вши – это особый отряд кровососущих насекомых. Наиболее известны три вида вшей – лобковая, головная и платяная.

Вши передаются от человека к человеку бытовым путём через загрязнённые вещи.

Попадая на кожу, вши сосут кровь и лимфу, чем и питаются. В местах укусов появляется зуд. Тщательное и длительное расчёсывание укусов приводит к инфицированию бактериями и к гнойничковой сыпи.

Самки вшей ежедневно откладывают от 5 до 15 яиц, которые называются *гнидами*, они приклеиваются к волосам или к белью, а через 15-17 дней появляются молодые вши.

Вшивость – болезнь социальная, отражает состояние общества в целом и напрямую связана с соблюдением правил личной гигиены: вовремя мыться – умываться, мыть голову, менять нательное и постельное белье.

Вши опасны не только зудом, они являются переносчиками ряда заболеваний, таких как (сыпной и возвратный тиф, волынская лихорадка).

Суть работы с педикулезом – осмотры, особенно в детских коллективах. Установление факта педикулеза требует незамедлительного лечения. Возможно повторное заражение.

Лечение педикулеза: Изолировать больного! Бензилбензоат 20% и 10% для детей, взболтать эмульсию и ватным диском нанести на волосы, слегка втирая в кожу, затем замотать косынкой и через 30 минут ополоснуть шампунем и вычесать частым гребнем всех гнид. Ниттифор – р-р во флаконе. Не разбавляя так же втереть и через 40 минут ополоснуть с шампунем. Пара плюс – аэрозоль; Спрей пакс – аэрозоль; Нок – крем-шампунь. Все средства легко доступны и продаются в аптеках. Перметрин – 40 минут действия обработки. Малатион – 2-4 ч обработки.

Аллергические реакции у детей. Проблема аллергических заболеваний в детском возрасте – одна из ведущих проблем современной педиатрии. Термин «аллергия» введен в медицинскую практику венским педиатром К. Пирке в 1902 году.

Организм человека реагирует на воздействие физических, химических, микробных и др. вредных факторов (аллергенов), защитными процессами, которые объединяются в одно понятие – «воспаление».

Процесс приобретения организмом повышенной чувствительности к тому или иному аллергену называется сенсibilизацией.

Развитие аллергической реакции в значительной мере определяется наследственными особенностями организма. Однако наследуется не аллергическое заболевание, как таковое, а только предрасположенность к нему.

Наследственная предрасположенность к аллергии поливалентна, т.е. она может проявляться не только к тем же аллергическим заболеваниям, но и к другим.

Аллергические реакции делятся на две большие группы: 1) Аллергические реакции замедленного типа и 2) Немедленного типа.

Эксудативный диатез относится к аллергической реакции замедленного типа, анафилактический шок, отек Квинке, лекарственная аллергия – к немедленному типу.

А нафилактический шок – тяжелая аллергическая реакция, наступающая **внезапно**, при введении в организм ребенка какого-либо лекарственного препарата.

Клиника:

Потеря сознания (коллапс) с нарушением дыхания , вплоть до остановки его. Судороги. Зрачки расширяются. В тяжелых случаях, если своевременно не принять мер для выведения из шокового состояния, может быть летальный исход через 5-10 минут.

Лечение: До прихода врача! Уложить ребенка на бок (чтобы не захлебнулся рвотными массами). Тепло укутать. Вызвать скорую.

Отёк КВИНКЕ – возникает в результате медикаментозного лечения, либо в результате воздействия физических факторов (холод, солнце), при приеме пищевых продуктов, химических и растительных веществ, при укусах насекомых.

Клиника: пузырьковая, зудящая сыпь , от мелкой сыпи до волдырей. Отек кожи, отек гортани, может привести, к удушью (асфиксии).Чаще всего отек ограничивается кожей лица: веки, губы.

Лечение: немедленно вызвать врача + «скорую помощь». Исключить аллерген. Уложить ребенка в постель. Сделать очистительную клизму. Обильное питье (для мочегонного эффекта).

Вопросы самоконтроля:

1. Чем фурункул отличается от карбункула?
2. Какие бывают аллергические реакции организма?
3. Охарактеризуйте педикулёз.
4. Что такое отёк Квинке?

Раздел 3 Детские инфекционные болезни

Тема 3.1 Понятие инфекции, болезни. Иммуниет.

План

1. Иммуниет.
2. Понятие инфекции и инфекционных болезней.

Иммуниет

Иммуниет это невосприимчивость организма к инфекционным агентам, способ защиты организма от живых тел и веществ, несущих на себе признаки генетически чужеродной информации.

Красный костный мозг, селезенка и тимус (или вилочковая железа) – **центральные органы иммунной системы.**

Лимфатические узлы и лимфоидная ткань в других органах (например, в миндалинах, в аппендиксе) – это **периферические органы иммунной системы.**

Запомните: миндалины и аппендикс – НЕ ненужные органы, а очень даже важные органы в организме человека.

Основная задача органов иммунной системы человека – выработка различных клеток.

Какие бывают клетки иммунной системы?

Т-лимфоциты. Делятся на различные клетки – Т-киллеры (убивают микроорганизмы), Т-хелперы (помогают распознавать и убивать микробов) и другие виды.

В-лимфоциты. Главная их задача – выработка антител. Это вещества, которые связываются с белками микроорганизмов (антигены, то есть инородные гены), инактивируют их и выводятся из организма человека, тем самым «убивая» инфекцию внутри человека.

Нейтрофилы. Эти клетки пожирают инородную клетку, разрушают ее, при этом также разрушаясь. В итоге появляется гнойное отделяемое. Характерный пример работы нейтрофилов – воспаленная рана на коже с гнойным отделяемым.

Макрофаги. Эти клетки также пожирают микробов, но сами не разрушаются, а уничтожают их в себе, либо передают на распознавание Т-хелперам.

Эозинофилы. Вырабатывают вещества, которые разрушают паразитов в организме человека. Характерное проявление работы эозинофилов – аллергическая реакция на гельминтов (на глисты).

Другая классификация видов – по степени специфичности:

- **неспецифический** (или врожденный) – например, работа нейтрофилов в любой реакции воспаления с образованием гнойного отделяемого,

- **специфический** (приобретенный), например, выработка антител к вирусу папилломы человека, или к вирусу гриппа.

Еще одна классификация – виды иммунитета, связанные с медицинской деятельностью человека:

- **естественный** – появившийся в результате болезни человека, например, иммунитет после ветрянки;

- **искусственный** – появившийся в результате прививок, то есть введения ослабленного микроорганизма в организм человека, в ответ на это в организме вырабатывается иммунитет.

В целом же надо знать, что *хороший иммунитет* – это состояние полной невосприимчивости к различным инородным агентам. Внешне это проявляется отсутствием инфекционных заболеваний, здоровьем человека. Внутренне это проявляется полной работоспособностью всех звеньев клеточного и гуморального звена.

Слабый иммунитет – это состояние восприимчивости к инфекционным заболеваниям. Проявляется слабой реакцией того или иного звена, выпадением отдельных звеньев, неработоспособностью тех или иных клеток. Причин его снижения может быть довольно много. Следовательно, и лечить его надо, устраняя все возможные причины.



Инфекционные заболевания - это заболевания, которые вызываются и поддерживаются присутствием в организме живого повреждающего чужеродного агента - возбудителя. Он вступает в сложное биологическое взаимодействие с организмом человека, что приводит к инфекционному процессу, затем - инфекционной болезни.

Инфекционный процесс представляет собой взаимодействие возбудителя и организма человека в определенных условиях внешней среды, на воздействие возбудителя организм отвечает защитными реакциями. Понятие “инфекция” означает состояние зараженности организма и проявляется в виде болезни или носительства. Как правило, каждое инфекционное заболевание имеет своего возбудителя.

Встречаются исключения, когда у одной болезни может быть несколько возбудителей, например сепсис. И наоборот, один возбудитель - стрептококк вызывает разные болезни - ангину, скарлатину, рожу.

По локализации возбудителя в организме человека, путям передачи и способам его выделения во внешнюю среду выделяют 5 групп инфекционных болезней:

Кишечные инфекции (фекально-оральный путь передачи). Возбудитель локализуется в кишечнике и выделяется во внешнюю среду с испражнениями, они способны вызвать заболевание здорового человека в том случае, если попали в его организм через рот вместе с пищевыми продуктами, водой, либо занесены грязными руками. Иначе говоря, для кишечных инфекций характерен фекально-оральный механизм передачи.

Инфекции дыхательных путей (воздушно-капельный - аэрозольный путь распространения). Заражение здорового человека происходит при попадании инфицированных частиц слизи в дыхательные пути.

Кровяные инфекции трансмиссивные (передача возбудителя через переносчиков - комары, блохи, клещи и др.). Возбудители проникают в ток крови при укусе блохами, комарами, вшами, москитами, клещами с последующей локализацией возбудителей в крови.

Кровяные инфекции не трансмиссивные (заражение при инъекциях, переливании крови, плазмы и т.п.).

Инфекции наружных покровов (контактный путь распространения, заражение через кожу или слизистые оболочки).

По характеру источников инфекционные заболевания подразделяются на две основные группы: **антропонозы**, при которых источником инфекции является человек, и **зоонозы**, когда источником инфекции служат животные.

Главное отличие инфекционных болезней от остальных заключается в том, что больной выделяет во внешнюю среду возбудителей, т. е. является источником заражения и распространения инфекции. Выделение возбудителя в окружающую среду происходит по-разному: с выдыхаемым воздухом при кашле и насморке, с мочой, с фекалиями и т. д. Зависит это от местонахождения очага инфекции в организме.

Инфекционные заболевания всегда сопровождаются общими реакциями организма: повышением температуры тела, лихорадкой, токсическим поражением нервной системы и др.

Инфекционные болезни очень динамичны – симптомы заболевания могут быстро сменять друг друга. Например, сыпь на коже быстро появляется и быстро

исчезает, расстройства стула сохраняются только в течение нескольких часов, признаки обезвоживания также нарастают довольно быстро и т. д. Из-за частой смены симптомов могут возникать сложности в диагностике.

Еще одна особенность инфекционных болезней состоит в том, что отсутствие жалоб часто опережает полное восстановление всех нарушенных болезнью функций. Очень часто в периоде выздоровления сохраняются существенные изменения отдельных органов и систем: сердца после перенесенной дифтерии или ангины, толстой кишки при дизентерии, печени при вирусных гепатитах, почек при геморрагической лихорадке и др.

При встрече с возбудителями инфекционных болезней люди не всегда заболевают. Это может быть связано с врожденной или приобретенной устойчивостью ряда людей к болезнетворным микробам. Важным в предохранении от инфекционных заболеваний является постоянное соблюдение мер профилактики.

В человеческом организме на пути проникновения болезнетворных микробов стоят защитные барьеры организма: сухая чистая здоровая кожа, соляная кислота и ферменты желудка, в крови лейкоциты (белые кровяные тельца), которые захватывают и уничтожают болезнетворных микробов. В здоровом организме защитные силы более эффективны.

Основными возбудителями инфекционных болезней являются: простейшие, бактерии, спирохеты, риккетсии, хламидии, микоплазмы, вирусы и др. Большинство инфекционных заболеваний вызываются бактериями и вирусами.

В передаче возбудителей участвуют несколько основных факторов: воздух, вода, пищевые продукты, почва, предметы обихода, живые переносчики. Воздух служит фактором передачи так называемой капельной инфекции, т.е. участвует в механизме передачи возбудителей инфекций дыхательных путей. В воздух возбудители попадают с каплями слизи в огромных количествах при чиханье, кашле и разговоре. Во взвешенном состоянии они находятся в течение нескольких часов и могут переноситься с током воздуха в другие помещения и оседать на окружающих предметах. После высыхания капель слизи и мокроты возбудители попадают в пыль и проникают с вдыхаемым воздухом в организм здорового человека. Таким образом, распространяются туберкулез, сибирская язва, туляремия.

Не менее важным фактором передачи возбудителей является вода. В воду возбудители попадают различными путями: при спуске в водоемы сточных вод канализации, с талыми и дождевыми водами, при неправильном устройстве и содержании колодцев, водопое скота, попадании в воду трупов грызунов. Передача инфекции происходит при

питье зараженной воды, при использовании ее в хозяйственных нуждах, купании. Через воду распространяются холера, лептоспирозы, вирусный гепатит А, туляремия.

Передача возбудителей через пищевые продукты имеет большое значение, т.к. в них возбудитель не только сохраняется, но и размножается. В пищевые продукты возбудители попадают через грязные руки больного или носителя инфекции, через мух, грызунов, через мясо, молоко и другие продукты от больного животного, при неправильной перевозке, хранении и приготовлении пищевых продуктов. Через молоко и молочные продукты передается бруцеллез, брюшной тиф, дизентерия, туберкулез. Мясо, мясные продукты и рыба играют роль в возникновении пищевых токсикоинфекций, ботулизма. Через овощи и фрукты, хлебобулочные продукты чаще передаются кишечные болезни.

В почву возбудители попадают с выделениями человека и животных, с различными отбросами. Почва является местом обитания и размножения паразитов, созревания яиц некоторых гельминтов. Непосредственно через почву происходит заражение при столбняке, газовой гангрене. Из почвы возбудители попадают на пищевые продукты, в воду и различные объекты в окружении человека.

Живые переносчики возбудителей чаще всего являются биологическими хозяевами возбудителей и реже механическими переносчиками. Живые переносчики, активно перемещаясь, способствуют быстрейшему и наиболее благоприятному для возбудителя переносу его через внешнюю среду.

Инфекционные заболевания — это заболевания, которые возникают в результате проникновения в организм человека патогенных (болезнетворных) микроорганизмов.

Правда, иногда, простого проникновения в организм патогенного микроорганизма недостаточно, чтобы развилась инфекционная болезнь. Организм человека должен быть восприимчивым к данной инфекции и должен отвечать на внедрение микроба особой реакцией, определяющей клиническую картину болезни и все другие ее проявления. А для того, чтобы патогенный микроб вызвал инфекционное заболевание, он должен обладать вирулентностью (*ядовитостью*; лат. *virus* — *яд*), то есть способностью преодолевать сопротивляемость организма и проявлять токсическое действие. Патогенный микроорганизм вступает в сложное биологическое взаимодействие с организмом человека, что приводит к инфекционному процессу, затем — *инфекционной болезни*.

В человеческом организме на пути проникновения болезнетворных микробов на страже всегда стоят защитные барьеры организма: здоровая кожа, соляная кислота и

ферменты желудка, лейкоциты крови (белые кровяные шарики крови), которые захватывают и уничтожают болезнетворных микробов.

Как же действуют патогенные микроорганизмы? Одни патогенные агенты вызывают отравление организма выделяемыми ими в процессе жизнедеятельности экзотоксинами (например, столбняк, дифтерия), а другие просто высвобождают токсины (эндотоксины) при разрушении своих же тел (например, холера, брюшной тиф).

Передача инфекционного агента может осуществляться посредством прямых контактов (горизонтальная передача возбудителя), а также через плаценту от матери к плоду (вертикальная передача возбудителя).

Как правило, каждая инфекционная болезнь имеет своего специфического возбудителя, но, иногда встречаются и исключения, когда у одной болезни может быть несколько возбудителей (сепсис). И, наоборот, когда один возбудитель (стрептококк) вызывает разные болезни (например, ангина, скарлатина, рожа). Ежегодно открываются новые возбудители инфекционных болезней.

Инфекционные болезни характеризуются:

1. этиологией (патогенный микроб или его токсины);
2. заразительностью, нередко — склонностью к широкому эпидемическому распространению;
3. цикличностью течения;
4. формированием иммунитета;

В части случаев они отличаются возможным развитием микробоносительства или хронических форм болезни.

Кроме патогенных микроорганизмов, существуют и такие микроорганизмы, которые обнаруживаются как в окружающей среде, так и в составе нормальной микрофлоры человека. Их называют *условно-патогенными микроорганизмами (УПМ)*. УПМ обычно безвредные для здорового человека. Но у пациентов с иммунодефицитом УПМ могут вызывать эндогенные или экзогенные инфекции после проникновения в органы и ткани, где их существование обычно исключено. Разновидностью эндогенной инфекции является аутоинфекции, возникающие в результате распространения из одного очага организма-хозяина в другой.

Многие возбудители инфекционных заболеваний видны под обычным микроскопом, а иногда их можно увидеть только при увеличении в тысячи раз, через электронный микроскоп.

В развитии инфекционной болезни различают несколько периодов — это

инкубационный период, начальный период, разгар болезни и выздоровления. Каждый период имеет свои характерные признаки.

Одной из особенностей инфекционных заболеваний является наличие *инкубационного периода*.

Инкубационный период — время от момента заражения и до первых клинических проявлений болезни. Разные инфекционные болезни имеют различную длительность этого периода от нескольких часов до месяцев, и даже лет. Для некоторых болезней длительность инкубационного периода строго определена.

Начальный период — это время с момента появления первых признаков болезни до ее разгара. В этом периоде нет характерных признаков, присущих для конкретного заболевания, преобладают общие симптомы болезни.

Период разгара болезни — появление характерных для данной болезни признаки, многие признаки могут достигать своей максимальной выраженности.

Период выздоровления начинается с момента уменьшения выраженности проявлений инфекционного заболевания, длительность которого зависит от многих факторов: тяжести перенесенного заболевания, сопутствующих заболеваний, особенностей организма и др.

Иногда после перенесенного инфекционного заболевания наблюдаются остаточные явления, возникающие, как правило, в период разгара, но сохраняющиеся на протяжении многих месяцев, лет и даже всей жизни.

Классификация инфекционных заболеваний

Сегодня наиболее широко используется классификация инфекционных заболеваний Л.

В. Громашевского:

- кишечные (холера, дизентерия, сальмонеллёз, эшерихиоз);
- дыхательных путей (грипп, аденовирусная инфекция, коклюш, корь, ветряная оспа);
- «кровяные» (малярия, ВИЧ-инфекция);
- наружных покровов (сибирская язва, столбняк);
- с различными механизмами передачи (энтеровирусная инфекция).

При встрече с возбудителями инфекционных болезней люди не всегда заболевают. Это может быть связано с врожденной или приобретенной устойчивостью ряда людей к болезнетворным микробам. Важным в предохранении от инфекционных заболеваний является постоянное соблюдение профилактических мер предупреждения заражения.

К профилактическим мерам относятся:

- повышение сопротивляемости организма гигиеной и физкультурой;

- проведение профилактических прививок;
- карантинные мероприятия;
- излечение источника инфекции.

Карантин — это комплекс мероприятий по прекращению распространения инфекции, сюда включается изоляция ранее заболевших, дезинфекция места жительства, выявление контактирующих с больными и т. п.

Инфекции не признают географических преград и государственных границ. Эпидемия, разразившаяся в любой точке земного шара, представляет угрозу и для жителей других стран. Активная иммунизация дает возможность резко снизить заболеваемость инфекциями и полностью искоренить некоторые из них. В последнем случае вакцинация становится уже ненужной, как это произошло с натуральной оспой.

Вопросы самоконтроля:

1. Что такое иммунитет?
2. Какие виды иммунитета вы запомнили?
3. Дайте определение болезни, какие стадии заболевания организма вы запомнили.
4. Классификация инфекционных заболеваний.

Тема 3.2 Вакцинация в детском возрасте. Календарь прививок

План

1. Вакцинация в детском возрасте
2. Календарь прививок

Вакцинация в детском возрасте.

В современном обществе в последнее десятилетие между родителями развернулись прения в отношении прививок для детей, разделившие их на три больших группировки. Назовем их сторонниками вакцинации, антивакцинаторами и сомневающимися, за которых и идет борьба между первыми двумя «группировками». Между тем, вся эта околomedическая смута значительно усложнила работу санитарных врачей по предотвращению заболеваний эпидемического характера. Каждая группа родителей приводит свои, порой невероятные доводы. Прежде, чем мы перейдем к непосредственному рассмотрению ключевых вопросов вакцинации, имеет смысл вначале остановиться на ее истоках, истории появления и развития как метода защиты от смертельно опасных заболеваний.

Исторические вехи развития вакцинации:

Первые письменные свидетельства о вакцинации относятся к народной древнеиндийской медицине VIII века. Было замечено, что если произвести контакт

прививаемого с жидкостью из пузырьков (пустул) больного легкой формы оспы (вирус *Variola minor*), вызывающей незначительную смертность, то после этого у привитого вызывался иммунитет и к тяжелой форме оспы (вирус *Variola major*), при которой смертность варьировалась в диапазоне 20–90%. Конечно о разновидностях вируса оспы тогда ничего не знали, и ошибки прививания заканчивались зачастую летальным исходом;

X век – сохранившиеся записи об этом же способе защиты от эпидемий из китайских рукописей. Ар-Рази и Авиценна пишут классические труды об оспе и борьбе с ней при помощи вакцинации, а точнее вариоляции – именно так называется подобная методика прививания. На уровне народной медицины в то же время прививание применялось у народностей Сибири и Урала, Африки и Скандинавии;

XVIII век – методика вариоляции доходит до Европы.

Начало XIX века – британский хирург и аптекарь Эдвард Дженнер задумался над тем, как усовершенствовать методику уже широко распространенной вариоляции, вызывавшей, тем не менее, 1-процентную смертность. В народе давно знали, что крупный рогатый скот также болеет оспой, которая однако была не опасна ни для животных, ни для человека – она вызывала лишь непродолжительное недомогание. Доярки часто заражались ей во время доения от вымени коров, на котором выступали оспенные пузырьки. Дженнер решил, что коровья оспа также может служить материалом для прививки. Он нашел заразившуюся доярку с оспенными пузырьками на руке и восьмилетнего мальчика-«добровольца», которому и втер в царапину содержимое ее пустул. Незначительное болезненное состояние прошло у «добровольца» спустя неделю, но теперь необходимо было проверить, выработался ли у мальчика иммунитет к натуральной опасной оспе: через 6 недель мальчику привили человеческую оспу, но он не заболел, затем спустя месяцы – еще одну: защитный эффект был налицо. На 5-й год после первого прививания была проведена третья вакцинация, окончательно подтвердившая успех Дженнера;

Конец XIX века – французский микробиолог, иммунолог и химик Луи Пастер вплотную подошел к методике создания вакцин для любых инфекционных заболеваний, которая отличалась от предыдущей тем, что не предполагала поиска двух штаммов родственных микроорганизмов – опасного и безопасного, как это было ранее в случае с оспой. Он научился ослаблять активность и болезнетворность любых опасных микроорганизмов и создал первые вакцины от сибирской язвы, бешенства, холеры и прививки против других заболеваний. Собственно, Пастер назвал вакцины вакцинами, позаимствовав из латыни слово *vassa*, что означает «корова», а *vaccinum* –

«коровий» – в честь открытия Дженнером вариоляции на основе коровьей оспы (чумы крупного рогатого скота).

XX век – активное развитие микробиологии, создание и усовершенствование вакцин. Полная победа над оспой, последний случай которой был зафиксирован в 1978 году в лабораторных условиях. Ассамблея Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) официально объявила о полной победе над оспой. В СССР прививки против натуральной оспы продолжались до 1982 года.

Что такое вакцинация?

Во многом ответ содержится в вышеизложенной истории развития ее методов, но приведем ее определение:

Вакцинация (vaccination), она же – прививка (inoculation) – это искусственная иммунизация, производимая посредством введения в организм человека антигенов микроорганизмов в виде специально приготовленного материала с целью повышения его резистентности (устойчивости) к инфекционным заболеваниям.

После введения антигенного материала происходит стимуляция выработки собственных антител к определенным возбудителям болезней.

Вакцинация может проводиться как с профилактической (вакцинопрофилактика), так и с лечебной (вакцинотерапия) целями.

Вакцины, изготовленные из живых ослабленных патогенных микроорганизмов более эффективны (примерно на 10–15%), чем произведенные на основе инактивированных (убитых) бактерий и вирусов – они вызывают значительно более длительный и напряженный иммунитет, при этом у современных вакцин обеих типов реактогенность (переносимость) почти одинаковая, но все же с небольшим перевесом в сторону «убитых» вакцин, почему их и применяют у детей дошкольного возраста.

Вакцинация представляет собой безопасный и эффективный метод защиты детей от серьёзных инфекционных заболеваний, которые могут привести к тяжёлым осложнениям, а в некоторых случаях даже к смерти ребёнка.

Частые вопросы о вакцинации и иммунизации.

➤ Почему нужно вакцинировать ребёнка в таком раннем возрасте?

Вакцинация начинается с первого дня жизни ребёнка, так как инфекционные заболевания, против которых делаются прививки, могут поразить ребёнка в очень раннем возрасте. Некоторые заболевания, такие как вирусный гепатит Б, полиомиелит, коклюш, корь являются наиболее распространёнными и опасными именно для самых маленьких детей.

➤ **Что случится, если дети не получат вакцины в указанном возрасте?**

Необходимо, чтобы дети были вакцинированы как можно ближе к возрасту, указанному в календаре иммунизации. По медицинским показаниям дети иногда могут «запаздывать» с иммунизацией. В таком случае врач определяет индивидуальную схему иммунизации ребёнка.

➤ **Можно ли ввести ребёнку несколько вакцин сразу?** Не существует доказанной опасности введения нескольких вакцин одновременно. Введение нескольких вакцин означает лучшую защиту для ребёнка от большего количества заболеваний. Врач обязательно знает совместимость нескольких вакцин и не назначит не совместимые.

➤ **Не лучше ли вылечить ребёнка, если он заболевает, чем вакцинировать?**

Некоторые заболевания (полиомиелит, корь, дифтерия, коклюш) представляют собой группу заболеваний повышенного риска, которые могут привести к инвалидности или к смерти ребёнка. Стресс, которому подвергается ребёнок при вакцинации намного меньше, чем стресс, которому он может быть подвергнут во время сложного и продолжительного лечения.

Лучше предотвратить болезнь, нежели лечить её.

➤ **Нужно ли готовить ребёнка к вакцинации?** Здоровый ребёнок не нуждается в специальной подготовке к вакцинации. В случае если ребёнок страдает какими-либо заболеваниями (аллергия), рекомендации относительно подготовки ребёнка даются врачом, у которого ребёнок находится на учёте.

➤ **Иммунизация снижает природный иммунитет?** Нет. Иммунизация не снижает природный иммунитет. Вакцинация стимулирует иммунную систему вырабатывать антитела против возбудителей инфекционных заболеваний, и является самым безопасным и эффективным методом защиты детей от крайне тяжёлых заболеваний.

Календарь прививок.

Как проводится вакцинация? Вакцинация детям может проводиться несколькими путями и техниками прививания:

Внутримышечно – это самый распространенный, эффективный, а потому предпочтительный способ введения вакцины. При нем происходит быстрое рассасывание вакцины, высокая скорость выработки иммунитета и значительная

интенсивность последнего, при этом риск аллергических реакций стремится к нулю, поскольку мышцы удалены от поверхности кожи и имеют хорошее кровоснабжение – вакцина быстро разносится по кровотоку, сообщая большому количеству иммунных клеток организма информацию об угрозе. Место и техника введения: детям до 2-х лет – в среднюю треть переднебоковой поверхности бедра перпендикулярно (под 90°) к кожному покрову; детям от 2-х лет – в дельтовидную мышцу – утолщение в верхней части плеча – сбоку и горизонтально к поверхности кожи. Так как большинство вакцин имеют длину иглы не более 1,5 см., то в ягодичную область проводить уколы не следует – получится вместо внутримышечной подкожная инъекция;

Перорально, то есть посредством проглатывания, традиционно вводятся вакцины от энтеровирусных инфекций, классическим примером которой служит оральная «живая» полиомиелитная вакцина (ОПВ). Место и техника введения: необходимое количество капель закапывается в рот, либо на маленький кусочек сахара-рафинада или крекера, чтобы нивелировать неприятный вкус вакцины.

Внутрикожно и наочно, вводятся несколько видов вакцин, среди них: противотуберкулезная БЦЖ. Другие прививки этим способом не делаются.

Подкожно вводится достаточно большое количество как «живых», так и инактивированных вакцин, однако желательнее этот способ использовать только для «живых» прививок от кори, паротита, краснухи, желтой лихорадки и других инфекционных заболеваний. Хотя такой путь прививания достаточно прост, он имеет небольшие недостатки, которые заключаются в пониженной скорости и интенсивности выработки иммунитета из-за «депонирования» вакцины, особенно инактивированной, но показан людям со сниженной скоростью свертывания крови. Подкожно нельзя прививать против вирусного гепатита В и бешенства.

Что такое ревакцинация?

Ревакцинация, как следует из самого названия (приставка *re* в любом латинском слове означает «повтор»), – это очередное прививание для повышения устойчивости организма к тому же самому заболеванию (заболеваниям), повторной выработки полного системного иммунитета к возбудителям инфекции и повышения его интенсивности.

Календарь иммунизации населения

Возраст проведения иммунизации	Инфекции, предотвращаемые посредством иммунизации						
	Вирусный гепатит В (гепатина)	Туберкулез (БЦЖ)	Полиомиелит (ОПВ)	Инфекция (ХИБ)	Дифтерия Столбняк Коклюш (АКДС)	Дифтерия Столбняк (АДС)	Корь Паротит Краснуха (КПК)
24 часа	Геп -0						
3-7 день		БЦЖ-1					
3 месяца	Геп -1		Опв-1	ХИБ -1	АКДС-1		
4,5 месяца	Геп -2		Опв-2	ХИБ -2	АКДС-2		
6 месяцев	Геп -3		Опв-3	ХИБ -3	АКДС-3		
12 месяцев							КПК-1
22-24 месяца			Опв-4		АКДС-4		
6-7 лет		БЦЖ-2	Опв-5			АДС	КПК-2
14-15 лет		БЦЖ-3	Опв-6			АДС-М	КПК-3
Взрослый возраст: 20, 25, 30, 35, 40, 50,60						АДС-М	

Поствакцинальные реакции:

- Лёгкое покраснение, отёк или боль в области инъекции вакцины, беспокойство ребёнка, продолжительный плач, потеря аппетита;
- Увеличение в размере региональных лимфатических узлов при вакцинации БЦЖ;
- Кожная сыпь на 7-14 день после иммунизации против кори
- Воспалением слюнных желез через 14-28 дней после иммунизации против эпидемического паротита (свинки).
- Увеличение общей температуры тела до 38,5 С.

О всех возможных аллергических реакциях медицинский работник обязан предупредить взрослого, приведшего ребёнка на прививку. Поэтому необходимо не покидать медицинское учреждение после прививки ещё 30 минут.

Вопросы самоконтроля:

- 1.Для чего нужно прививаться?
- 2.Какие возможны реакции после прививок?
- 3.Можно ли вводить ребёнку несколько вакцин сразу?
- 4.Иммунизация нарушает природный иммунитет?

Тема. 3.3 Дезинфекция, методы и приёмы. Дезинсекция, дератизация

План

1. Основные виды дезинфекции
2. Дезинсекция
3. Дератизация

Основные виды дезинфекции:

Дезинфекция – обеззараживание, устранение инфекционных агентов с любых поверхностей.

Различают виды дезинфекции:

очаговая (текущая и заключительная); профилактическая.

Очаговая дезинфекция предназначена для проведения в центре эпидемии. Ее целью является предупреждение заражения лиц, которые находятся в контакте с больными, и предупреждение выноса инфекционного возбудителя за пределы эпидемического очага. В зависимости от имеющихся условий для проведения обработки очаговая дезинфекция делится на:

Текущую — проводят непрерывно у постели больного, в лечебных учреждениях или изоляторах медицинских пунктов на протяжении всего заразного периода. Заключается в многократном, систематическом обеззараживании белья, посуды, окружающей обстановки, выделений больного или уничтожении возбудителей, которые попали иным путем в окружающую среду.

Заключительную — проводят однократно после переезда больного в иное место жительства, перевода в другое место лечения, после его выздоровления или летального исхода. Этот вид дезинфекции проводится в очагах таких инфекций, возбудители которых в окружающей среде очень устойчивы (холера, чума, тифы, сибирская язва, чесотка, гепатит А, менингококковая инфекция и др.). Основной задачей заключительной дезинфекции является достижение полного обеззараживания всех объектов внутри очага путем грамотных и своевременных мероприятий.

Профилактическая дезинфекция служит для предотвращения появления инфекции в местах, где она на данный момент не выявлена, но вероятность ее появления довольно высока. Такую процедуру целесообразно регулярно проводить в помещениях с большой проходной способностью, местах общего пользования, детских и лечебно — профилактических учреждениях. Целью профилактической дезинфекции квартиры является уничтожение или снижение обсемененности объектов во избежание появления инфекции, ее дальнейшего распространения. Обработка квартир и помещений.

Существуют способы дезинфекции:

1. Механический — мытье рук, влажная уборка и с помощью пылесоса, очищение воздуха установками, встряхивание постельного, нательного белья, одежды за пределами жилого помещения и т.п.;

2 Физический - воздействие пара, сухого жара, ультрафиолетового облучения, ошпаривание, кипячение, пастеризация, проглаживание утюгом, обжиг, прокаливание.

3. Химический — дезинфекция с помощью специальных дезинфицирующих средств методом: погружения объекта в рабочий раствор; протирания; орошения; распыления;

4. Биологический - заключается в антагонистическом действии биологической природы между разными микроорганизмами. Используется на биологических станциях;

5. Комбинированный — сочетание нескольких методов дезинфекции. Методы дезинфекции выбираются в зависимости от поставленной цели. Механический способ не уничтожает бактерии, а временно сокращает их количество, физический — уничтожает при условии соблюдения температурного и временного режима, химический — самый эффективный метод, позволяющий разрушать токсины и уничтожать бактерии, вирусы и споры в самых труднодоступных местах при помощи дезинфицирующих средств.

Дезинсекция.

Дезинсекция – уничтожение насекомых, переносчиков инфекционных болезней. Дезинсекция производится по эпидемическим показаниям и в быту.

Бытовая дезинсекция – плановое постоянное уничтожение насекомых (мух тараканов, клопов, вшей), посыпание хлорной известью отходов пищевых продуктов.

Дезинсекция по эпидемическим показаниям – одномоментная обработка белья, одежды, постельных принадлежностей с одномоментным мытьём в бане всех из инфекционного очага.

Способы дезинсекции: засетчивание окон и форточек, липкие ловушки в местах общего пользования (магазины, туалеты), всевозможные химические вещества от гелей и мелков до ловушек для тараканов. Раптор в виде жидкости и пластинок от кровососущих и летающих насекомых. А так же аэрозоли и дихлофосы.

Дератизация.

Дератизация – освобождение от грызунов, являющихся резервуаром и переносчиками инфекций.

Наиболее опасными в эпидемиологическом плане являются домовая и полевая мыши, серая и чёрная крысы.

В борьбе с грызунами проводятся профилактические и истребительные мероприятия.

Профилактические – заключаются в правильном хранении пищи, соблюдении технических условий складов и баз продуктов.

Истребительные методы:

Биологический метод это естественные враги грызунов – кошки, собаки-крысыловки, ласки.

Механический метод – ловушки, всевозможные капканы и мышеловки.

Химический метод заключается в применении дыхательных и кишечных ядов.

Яды должны храниться в плотной, исправной таре, снабжённой этикеткой, где ясно указано название яда. Даже по истечении яда эту посуду нельзя употреблять для других хозяйственных надобностей.

Важно знать, что при подсыпании ядо-химикатов в места скопления грызунов необходимо пользоваться перчатками. Почему?

Вопросы самоконтроля:

1. Дезинфекция, для чего она нужна?
2. Опишите способы дезинфекции.
3. Что такое дезинсекция и способы её?
4. Что такое дератизация и способы её?

Тема 3.4 Детские инфекционные заболевания. Туберкулёз

План

1. Что такое туберкулёз
2. Симптомы туберкулёза
3. Профилактические мероприятия

Что такое туберкулёз

Туберкулёз – инфекционное заболевание, которое характеризуется длительным течением. Туберкулез – инфекционное заболевание бактериальной этиологии. Болезнь имеет не только медицинский, но и социальный аспект: наиболее чувствительны к возбудителю туберкулеза люди с низким уровнем иммунитета, несбалансированным рационом питания, проживающие в условиях несоблюдения санитарно-гигиенических норм, плохих социально-бытовых условий.

На развитие болезни влияет уровень качества жизни человека. Высокая частота летальных исходов (до 3 миллионов человек в год) и распространенность заболевания обусловлены не только социальными причинами, но и длительным периодом скрытого течения болезни, когда симптомы туберкулеза не проявляются.

Данное время является наиболее благоприятным для терапии, и для определения вероятности инфицирования используют оценку реакции организма на пробу Манту.

Возбудитель туберкулёза – микробактерия (МБТ) – бацилла Коха.

Бацилла Коха достаточно устойчива во внешней среде и длительно сохраняется в пыли. Разрушается под действием высокой температуры, солнечного света и дезинфицирующих растворов (в основном хлорсодержащих).

Механизм передачи: воздушно-капельный, но возможна передача инфекции контактным, пищевым (часто через сырое коровье молоко) путём, не исключён трансплацентарный путь передачи.

Бактерия проникает в тело через дыхательные пути, далее мигрирует в слизистую бронхов, альвеолы и с током крови разносится по организму.

Для человеческого тела палочка Коха – чужеродный микроорганизм. В норме при ее появлении и размножении в организме иммунные клетки атакуют возбудителя заболевания, не допуская стадии активного размножения.

Развитие болезни вероятно в двух случаях: если иммунная система подавлена, есть нарушения выработки антител, состояния иммунодефицитов, защитные силы организма ослаблены иными заболеваниями, недостаточно сформированы в силу возрастного фактора или социально-бытовых условий; или если контакт с возбудителем длительный, постоянный, бациллоноситель находится на стадии открытой формы заболевания и не получает необходимого лечения (при недиагностированном туберкулезе у члена семьи, при содержании в закрытых учреждениях и т. п.).

Среди факторов, снижающих специфический иммунитет и способствующих развитию заболевания при контакте с инфекционным агентом, выделяют следующие:

- табакокурение как фактор развития заболеваний бронхолегочной системы, ослабляющий местный иммунитет;
- неумеренный прием алкогольных напитков;
- все виды наркоманий;
- предрасположенность к болезням дыхательной системы из-за наличия аномалий строения, частых заболеваний в анамнезе, наличия хронических воспалительных процессов в органах дыхания;
- хронические заболевания и очаги воспаления в других органах и тканях;
- сахарный диабет, эндокринные заболевания;
- несбалансированное питание, недостаточность витаминов питательных веществ;

- невротические нарушения, депрессивные состояния, низкая стрессоустойчивость;
- период беременности;
- неблагоприятные социально-бытовые условия.

Клинические формы:

1. Тубинфицирование – возбудитель в организме человека уже находится, но клинических проявлений нет.

2. Локальные формы:

- а) Туберкулёз органов дыхания (самая распространённая форма)
- б) Туберкулёз костей и суставов
- в) Туберкулёз других органов и систем (мозговых оболочек, ЦНС, половых органов, кожи, слизистой оболочки глаз).

Клинические признаки:

1. Раздражимость вследствие интоксикации
2. Колебания суточной температуры тела в пределах 4-5 С (такая температура называется субфебрильной)
3. Высокая температура лучше переносится больным, чем субфебрильная (при других инфекциях обычно наоборот)
4. Повышенная потливость
5. Самый важный симптом – длительный, устойчивый кашель в последующем присоединяется кровохаркание.

Симптомы внелегочных форм болезни.

Палочка Коха способна поражать не только ткани легких, но и размножаться и вызывать воспалительные процессы в иных органах. При такой локализации говорят о внелегочном типе заболевания. Неспецифический вид туберкулезного поражения внутренних органов и систем диагностируется, как правило, методом исключения иных заболеваний и патологий. Клиническая картина зависит от выраженности процесса и локализации пораженного бактерией органа или ткани.

- При локализации воспалительного процесса в головном мозге заболевание проявляется в нарастании температуры тела, нарушениях в работе нервной системы, режиме сна, повышенной раздражительностью, невротических реакциях, увеличении затылочных и шейных мышц. Характерен болевой синдром в области спины при разгибании ног, наклоне головы в сторону груди. Заболевание прогрессирует медленно, в группе риска – дети дошкольного

возраста, пациенты, страдающие сахарным диабетом, ВИЧ-инфицированные люди.

- Туберкулезное поражение органов пищеварительной системы выражается в периодических нарушениях дефекации, ощущении вздутия живота, болями в области кишечника, признаками геморрагического кровотечения (включения крови в кале), повышением температуры тела до 40°C.
- Туберкулезное поражение костной и суставной ткани проявляется болевыми ощущениями в пораженных областях, ограничением подвижности суставов. Из-за схожести симптоматики с иными заболеваниями опорно-двигательного аппарата сложно поддается диагностированию.
- Поражение туберкулезной бактерией органов мочеполовой системы определяется, как правило, в почках и/или органах малого таза. Клиническая картина складывается из болевых приступов в области нижней части спины, гипертермии тела, частыми, болезненными, малопродуктивными позывами на мочеиспускание, включением крови в моче.
- Туберкулезное поражение кожных покровов выражается в виде распространенных по всей коже высыпаний, сливающихся и образующих плотные на ощупь узелковые образования.

Возможны и иные симптомы при поражении различных органов. Патогенный организм, проникая в кровоток, может распространяться по всему организму и выбирать мишенью практически любой орган, ткань или систему. Клинические признаки заболевания в таком случае сложно дифференцировать от схожих воспалительных процессов иной этиологии. Прогноз лечения внелегочных форм зависит от времени диагностики, локализации патологического процесса, его стадии, степени поражения органа, общего состояния здоровья пациента.

Основным методом специфической диагностики туберкулеза является постановка пробы Манту. Проба Манту проводится пациентам с 1-го года жизни, после иммунизации в род.доме вакциной БЦЖ (строго через год).

Проба проводится в/к, туберкулином до образования лимонной корочки – папулки.

Оценка пробы Манту проводится через 72 часа с момента постановки.

Отрицательный результат – на месте введения только след от укола (или вообще нет ничего).

Сомнительный результат – гиперемия любых размеров или папула до 6 мм в диаметре.

Положительная проба – папула более 6 мм

Реакция – папула 17мм и более.

Лечение: Прогноз на выздоровление при данном заболевании составляется на основе стадии болезни, области поражения, общего состояния здоровья пациента. Диагностика на ранних стадиях позволяет назначать эффективный курс терапии, способствующий полному исцелению больного. Лечение базирующееся на приеме антибактериальных препаратов, противотуберкулезных средств, иммуномодуляторов, иммуностимуляторов, пробиотиков и витаминотерапии. Обязательной частью курса лечения является диетическое питание и лечебная физкультура.

Лечение больного в активной стадии проводится в туберкулезном диспансере для снижения вероятности инфицирования окружающих. Длительность пребывания зависит от вида и стадии развития процесса и может составлять от нескольких месяцев до года или более. Самостоятельное прекращение лечения чаще всего приводит к рецидиву или прогрессу болезни, развитию тяжелых осложнений, летальному исходу

Должно быть как можно ранним, комплексным, длительным, непрерывным и препятствовать образованию лекарственно-устойчивых форм бациллы Коха.

В условиях современной терапии у подавляющего большинства больных туберкулезом (95%) прогноз выздоровления – благоприятный. Туберкулез в наше время лечится!

Профилактика: Постановка Манту ежегодно с 1-го года жизни ребёнку. Иммунизация вакциной БЦЖ в родильных домах на 4-й день жизни. Питание обогащённое витаминами, пища богатая кальцием.

Вопросы самоконтроля:

1. Чем вызывается туберкулез?
2. Какие виды инфицирования бациллой Коха вы запомнили?
3. Что является фактором риска?
4. Перечислите основные симптомы туберкулеза легочной формы.
5. Что является профилактикой туберкулеза
6. Какими основными способами можно заразиться?
7. Что такое проба Манту?

Тема 3.5 Детские инфекционные заболевания. Ветряная оспа, эпидемический паротит

План

1. Ветряная оспа
2. Эпидемический паротит

Ветряная оспа – высококонтагиозное инфекционное заболевание, характерно появлением на коже и слизистых оболочках сыпи в виде пузырьков с прозрачным содержимым.

Этиология: Возбудитель заболевания – вирус ветряной оспы (способен распространяться с током воздуха на значительные расстояния). Вирус очень летуч и легко распространяется в соседние помещения, через коридоры и лестничные площадки в другие квартиры, по вентиляционной системе, с нижнего этажа на верхний.

Ветряная оспа относится к числу наиболее распространённых заболеваний в детском возрасте.

Механизм передачи: воздушно-капельный.

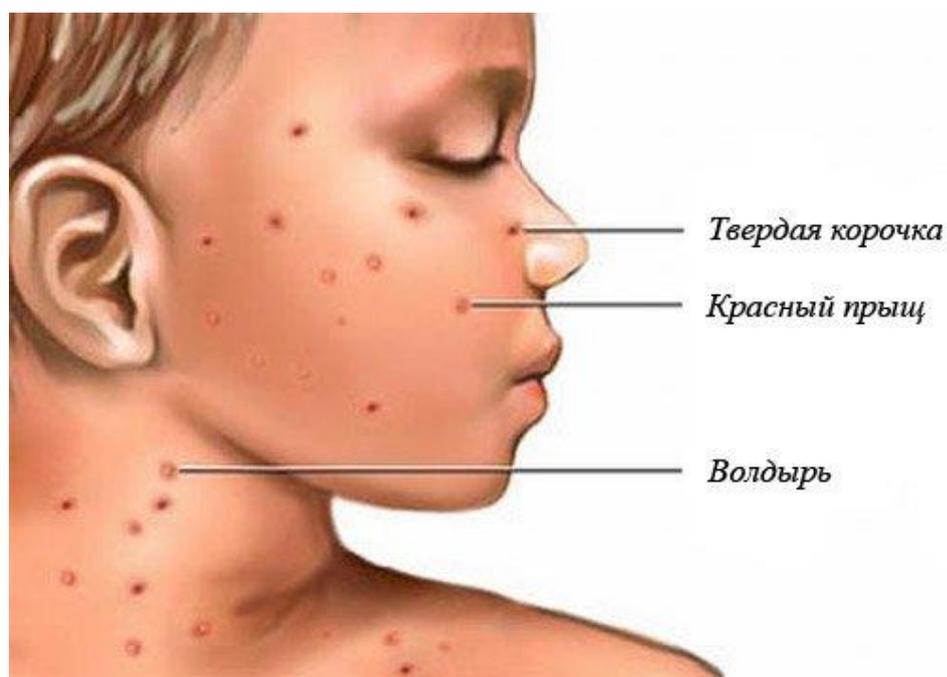
Инкубационный период: составляет от 11 до 21 дня.

Клиника:

1. Везикулярная сыпь, сильно зудящая;
2. Повышение температуры тела до 39С;
3. Сыпь локализуется везде: на волосистой части головы, лице, туловище, конечностях, на всех слизистых оболочках(сыпь отсутствует на ладонях и подошвах).
4. Сыпь в своём развитии проходит несколько стадий (пятно - папула – везикула – корочка).
5. На коже одновременно имеются элементы сыпи на разных стадиях своего развития.

Лечение: смазывание пузырьков 1% раствором брильянтовой зелени или другим антисептиком. Противовирусные препараты (ацикловир, виролекс, циклоферон) Антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил).

Медиками клиницистами доказано, что иммунитет, возникающий после данного заболевания долгосрочен, а не пожизненный, т.е. через 15-20 лет возможно повторное инфицирование ветряной оспой (но такие случаи редки, например: при сильно сниженном иммунитете).



Эпидемический паротит (свинка) – инфекционное заболевание с поражением железистых органов (слюнные железы, поджелудочная железа и яички).

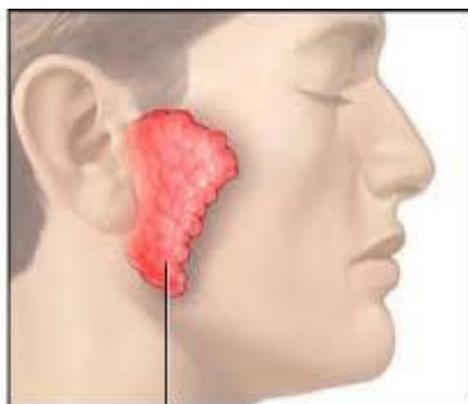
Механизм передачи: воздушно-капельный

Инкубационный период: составляет от 11 до 23 дней.

Клиника: припухлость области околоушной слюнной железы (постепенно появляется сначала с одной стороны, через 1-2 дня присоединяется процесс в противоположной железе). Большой отёк и покраснение в области шеи. Из-за отёка боль при жевании и глотании.

Лечение: сухое тепло на область поражённой железы. Симптоматическое лечение обязательно в инфекционной больнице.

Профилактика: Наиболее эффективный метод – вакцино- профилактика против паротитной инфекции.



Околоушные железы, опухающие при эпидемическом паротите

Тема 3.6 Детские инфекционные заболевания. Корь, краснуха, дифтерия.

План

1. Корь
2. Краснуха
3. Дифтерия

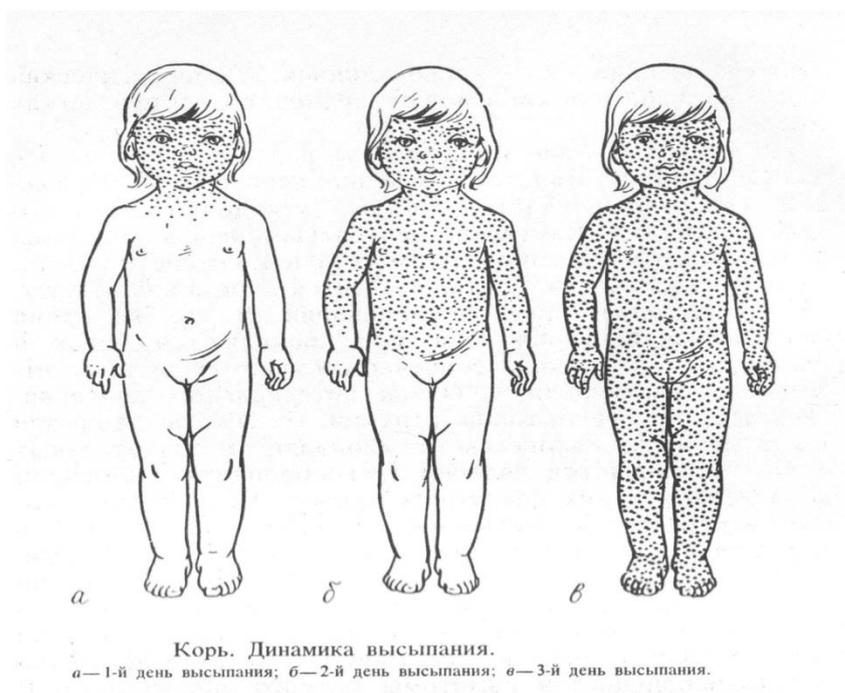
Корь – острое инфекционное заболевание (вирус кори очень летуч) по типу вируса ветряной оспы.

Механизм передачи: воздушно-капельный

Инкубационный период: составляет от 7 до 17 дней может доходить и до 21 дня.

Клиника:

1. Выраженные катаральные явления (сухой, частый, лающий кашель, нос течёт, гиперемия слизистых оболочек), всё это длится 3-4 дня.
2. Конъюнктивит со светобоязнью.
3. Пятна Бельского – Филатова – Коплика (за 1-2 дня появляются до сыпи на слизистой оболочке щёк, напротив малых коренных зубов, в виде мелких беловатых точек, окружённых венчиком гиперемии). Эти пятна не снимаются ни тампоном, ни шпателем.
4. Пятнисто-папулёзная сыпь – появляющаяся поэтапно в 3 дня:
 - 1-й день – пятна на лице и шее (с чёткой границей между зонами);
 - 2-й день – пятна на туловище (ребёнок одет как-бы в бодик);
 - 3-й день – пятнами покрываются и конечности.



После сыпи присоединяется высокая температура.

Корь опасна тем, что обязательно присоединяется вторичная инфекция (бронхиты, пневмонии, энцефалиты, менингиты).

Лечение:

1. Противокоревой иммуноглобулин.
2. Местное лечение катаральных проявлений.
3. Широкое применение антибиотиков.

После перенесённого заболевания вырабатывается прочный иммунитет.

Профилактика:

1. Иммунизация живой коревой вакциной или КПК (комплексная вакцина против кори, краснухи, паротита). В возрасте 1 года и ревакцинация в 7 лет.
2. Закаливание, правильный режим питания, повышение иммунитета.

Краснуха – острое инфекционное заболевание, практически безвредное для детей, характеризующееся кореподобной сыпью. Сыпь очень схожа с коревой по характеру, но не высыпает поэтапно, а проявляется сразу на всех участках тела.

Механизм передачи: воздушно-капельный, трансплацентарный.

Особую опасность краснуха представляет для беременных женщин так как вирус обладает повреждающим действием на плод (инфицирование плода ведёт к его уродствам (мальформации) или гибели на любом сроке беременности).

Инкубационный период: - 18-23 дня.

Клиника:

1. Увеличение и болезненность затылочных и заднешейных лимфатических узлов.
2. Слабо выраженные катаральные явления.
3. Сыпь, появляется в течение первых суток заболевания.

Осложнений обычно не наблюдается.

Лечение:

Устранение симптоматики. После заболевания вырабатывается пожизненный иммунитет.

Профилактика: активная иммунизация детей и молодых женщин до 30 лет (введение вакцины категорически запрещено для женщин за 3 месяца до наступления беременности).

Дифтерия – острое инфекционное заболевание, вызываемое бациллой Леффлера. Возбудитель дифтерии обладает значительной устойчивостью во внешней среде.

Механизм передачи – воздушно-капельный, иногда возможна передача возбудителя и контактным путём.

Инкубационный период: 2-10 дней.

Клиника:

1. Фибринозная плёнка беловато-серого цвета, плотно спаяна с подлежащей тканью (плёнка очень плотная, не растирается между предметными стёклами).
2. Незначительная местная гиперемия и боль в горле.
3. Наиболее часто у детей поражается зев (развивается дефтерийный круп).

Основным методом специфической диагностики является мазок из зева и носа (независимо от локализации фибринозной плёнки).

Результат мазка обычно готов через 72 часа.

Лечение: зависит от своевременного введения противодифтерийной сыворотки (ПДС), так как она способна действовать только на токсин, циркулирующий в крови, больше ни кто.

Одновременно с сывороткой назначают антибиотики (пенициллин, эритромицин).

Профилактика:

1. Проведение вакцино-профилактики по схеме детского прививочного календаря.
2. Личная гигиена.
3. Повышение иммунитета.

Скарлатина – острое инфекционное заболевание, которое вызывается стрептококком группы А (он вызывает аллергическую настроенность организма в течение всей болезни, что способствует возникновению поздних осложнений: ревматизм, гломерулонефрит).

Дети в возрасте 2-7 лет наиболее восприимчивы к скарлатине.

Механизм передачи: воздушно-капельный, возможен и контактный.

Инкубационный период: 2-7 дней

Клиника:

Скарлатина всегда начинается внезапно: мать может указать не только день, но и час начала заболевания.

Характерно: 1. Внезапное повышение температуры тела до 38-40С, рвота, головная боль, слабость.

2. Ангина по типу «Пылающий зев»

3. Мелкоточечная сыпь: на гиперемизированном фоне – по бокам тела, внизу живота, в местах естественных складочек. Всё тело красное, кроме носогубного треугольника (треугольник Филатова).

4. Белый налёт на языке, который на 2-3 день сменяет «*Малиновый язык*».

5. С 5-7 дня заболевания наступает пластинчатое шелушение кожи, наиболее всего шелушатся ладошки и подошвы ребёнка.

Лечение:

1. Антибактериальная терапия (антибиотики).
2. Антигистаминные препараты.
3. Симптоматическое лечение (местное лечение ангины, орошение зева).

Профилактика: 1. Личная гигиена. 2. Частое проветривание всех помещений.
3. Повышение иммунитета.

Вопросы самоконтроля:

1. Как диагностировать дифтерию?
2. С чем можно спутать скарлатину?
3. Назовите профилактические мероприятия при кори.
4. Назовите особенность коревой сыпи.
5. Профилактика дифтерии.

Тема 3.7 Особенности детского травматизма и его профилактика

План

1. Классификация детского травматизма.
2. Основные причины травматизма.
3. Наиболее распространённые виды травм.

Классификация детского травматизма.

Детский травматизм всегда был актуальной проблемой общества. Многие миллионы детей по всему миру, из-за последствий травм, оказываются на больничной койке или в отделениях неотложной помощи, и порой на всю жизнь остаются инвалидами.

Выделяют следующие виды детского травматизма:

- бытовой,
- уличный,
- спортивный,
- автодорожный и прочий.

Бытовые и уличные травмы составляют основу детского травматизма до 80%. Причины этих травм весьма разнообразны: падение на ровном месте и с высоты, ранения острыми предметами, ожоги, удары о предметы и предметами и др. Но все эти травмы дети получают, находясь под «контролем», «опекой» родителей.

Причины травм – отсутствие или недостаточный надзор родителей за детьми во время их игр и активного отдыха. Соответственно профилактикой этого вида травматизма является непрерывный надзор родителя за действиями ребенка.

К бытовому травматизму относят повреждения, полученные во время пребывания детей в квартире, коридоре, на лестничной площадке, во дворе дома и т. п.

Бытовая травма чаще всего наблюдается у детей ясельного и дошкольного возраста и снижается в школьном возрасте. У грудных детей около трети всех повреждений составляют ожоги и около 20 % — переломы. Предупреждение несчастных случаев в быту зависит от взрослых, ухаживающих за ребенком. Правильная организация ухода, благоприятные условия окружающей обстановки являются важнейшими факторами предупреждения бытовой травмы.

За детьми ясельного возраста требуется усиленное наблюдение. Систематическая санитарно-просветительная работа среди родителей и работников детских яслей, ознакомление их с причинами травм и мерами профилактики могут в значительной степени снизить количество травм. Если травма произошла в детском учреждении, она должна быть предметом разбора и обсуждения.

Бытовые травмы у детей дошкольного возраста возникают в основном при падении, ударе о разные предметы. Количество ожогов уменьшается в связи с увеличением жизненного опыта ребенка. Ожоги в этом возрасте возникают в основном из-за плохого надзора и небрежности взрослых. Предупреждение травм в этой возрастной группе зависит от соблюдения взрослыми элементарных правил безопасности в быту (правильное хранение спичек, ядовитых жидкостей, осторожное обращение с электроприборами, сосудами с горячей жидкостью во время стирки и т. п.). У детей школьного возраста наряду с бытовой травмой начинает возрастать частота уличной травмы.

Уличный нетранспортный травматизм обусловлен в основном несоблюдением детьми правил поведения на улице. С целью предупреждения этого вида травматизма необходимо правильно организовать досуг детей, шире использовать в школе комнаты продленного дня, детские комнаты и площадки при домоуправлениях с привлечением общественников, детские отделения при клубах, домах пионеров и др.

Уличная транспортная травма является самой тяжелой и в связи с увеличением интенсивности движения на дорогах городов и поселков не имеет тенденции к снижению. Травма, как правило, сопровождается сочетанными и множественными повреждениями, что может принести к инвалидности или даже гибели ребенка. Основными причинами детского транспортного травматизма являются: безнадзорность детей, незнание и несоблюдение детьми правил уличного движения, иногда несоблюдение правил движения водителями транспорта, игра на проезжей части улицы и др. В целях предупреждения этих самых тяжелых повреждений необходимо проводить специальные занятия по изучению правил уличного движения среди детей дошкольного и школьного возраста, шире организовывать детские автодромы при

парках, проводить разъяснительную работу среди родителей, учителей, воспитателей детских садов.

Спортивные травмы имеют меньший удельный вес среди детского травматизма – от 7 до 10%. Их причины для всех возрастных групп одни и те же: организация занятий без учета физической и технической подготовленности юных спортсменов, неудовлетворительная материальная база мест тренировок, нарушение правил врачебного контроля, плохая дисциплина во время тренировок и др.

Профилактика: соблюдение техники безопасности на спортивных занятиях, тренировках, повышение ответственности тренера.

Автодорожные травмы: Травмы, причиненные детям транспортными средствами, имеют незначительный удельный вес до 1,5%, однако, они отличаются наибольшей тяжестью, почти все требуют госпитализации и являются основной причиной инвалидности с детства.

Причины: не соблюдение ПДД (правил дорожного движения) как со стороны водителей, так и пешеходов, оставление без надзора ребенка находящегося на дороге или рядом с ней.

Профилактика: строгое соблюдение правил ПДД всеми участниками движения с раннего возраста.

Травмой (повреждением) называется результат внезапного воздействия на организм ребенка какого-либо фактора внешней среды, нарушающего анатомическую целостность тканей и протекающие в них физиологические процессы.

Причины травм многообразны. К примеру, механический фактор может представлять собой давление, разрыв, растяжение и др. Электротравма возникает вследствие контакта тканей с электрическим током, а ожоги – в результате взаимодействия с открытым огнем или жидкостями высоких температур. Отдельно стоит отметить химические ожоги, получение которых возможно при контакте с агрессивными химическими веществами.

Степень тяжести травмы зависит от скорости и продолжительности внешнего воздействия. Многие травмы требуют неотложной врачебной помощи, а прогноз для пациентов зависит от своевременности начатого лечения.

Повреждения, повторяющиеся среди детей различных возрастных групп в аналогичных условиях, входят в понятие **детского травматизма**.

Что такое травматизм? Травматизм – термин, подразумевающий степень распространенности различных видов травм среди отдельных групп людей, пребывающих примерно в одинаковых условиях, как в быту, так и на работе.

По статистике, среди мужского населения травмы чаще всего случаются в период 20-49 лет, а среди женского – в промежутке между 30 и 59 годами. При этом в любом возрасте мужчины более подвержены травматизму, нежели женщины. Травмы являются третьей по распространенности причиной смертности и первичной инвалидности. Согласно обобщенным данным, примерно 6% населения за год подвергаются разным повреждениям.

Основные причины травматизма

Согласно традиции травмы классифицируют по такому фактору, как непреднамеренность.

Основными причинами непреднамеренных травм являются ДТП, отравления, утопления, падения и ожоги. Клинически это могут быть: ушибы, раны, ожоги, переломы костей, вывихи в суставах, отморожения, а так же электротравмы.

Причиной преднамеренной травмы всегда является насилие. Насилие определяется как преднамеренное применение физической силы или власти (или угроза их применения) в отношении самого себя или другого человека либо группы людей, что приводит к физической или психологической травме, смерти или отклонениям в развитии.

Насилие можно подразделить на следующие категории:

- Направленное на самого себя (самоубийство или самоповреждение);
- Межличностное (совершаемое детьми сверстниками, более старшего возраста, взрослыми знакомыми и незнакомыми людьми);
- Коллективное (войны или деятельность бандитских группировок).

Семь основных причин травматизма в детском возрасте:

1. ***Беспечность взрослых*** – поведение человека, который предвидит, что может быть несчастье, но ошибочно считает, что оно не произойдет. В присутствии взрослых происходит 98% всех автотравм. В 80% случаев ребенок получает травму дома, причём в 45% случаев это происходит в присутствии родственников.
2. ***Халатность взрослых*** – невыполнение или ненадлежащее выполнение должностным лицом своих обязанностей.
3. ***Недисциплинированность детей*** – дети подвергаются риску из-за своего непослушания.

4. **Несчастные случаи** – происшествия, вызванные факторами, находящимися вне человеческого контроля, или непредвиденные, в которых никто не виноват (например: удар молнии).
5. **Убийства** - чаще всего страдают дети до одного года
6. **Самоубийства** – в основном страдают подростки.
7. **Прочие причины.**

Классификация детского травматизма по типовым ситуациям:

1. **Травмы детей грудного возраста.** Чаще всего это падения с любой высоты (диван, пеленальный столик, коляска и др.) из-за невнимательности взрослых;
2. **Зимний травматизм** (игры в снежки, катание на горках и др.). Задача взрослых научить детей не целиться в голову, лицо, соблюдать безопасность при катании с горок, на льду.
3. **Ожоги.** Эта группа типовых ситуаций включает в себя ожоги различного характера – открытое пламя, кипяток, водяной пар, горячая вода из-под крана, раскалённые предметы, взрывы пороха, использование пиротехники.
4. **ДТП.**
5. **Укусы животных.** Укусы собак, основная причина нападения на детей состоит в том, что дети ассоциируют животное со своим приятелем и доверчиво начинают играть с ним. Играя, дети начинают дёргать и таскать собаку, при этом собака вынуждена защищаться и отвечает агрессией. Кошачья царапина может стать причиной некоторых инфекционных заболеваний ребёнка.
6. **Инородные тела в дыхательных путях** или в пищеварительном тракте и других естественных отверстиях. Среди причин можно отметить разговоры во время еды, смех с запрокидыванием головы и пищей во рту. У детей в дыхательные пути чаще всего попадают различные предметы мелкого характера: детали от мозаики, бусины, фишки, монеты, пуговицы, жвачка и др.
7. **Водяной травматизм.** Источник несчастных случаев – естественные водоёмы. Травмы чаще всего происходят из-за неумения плавать, баловства на воде, мест не пригодных для купания, не соблюдения правил безопасности.

8. Отравления ядами. Отравления уксусной кислотой, всевозможными растворителями, химическими ядами для травли вредителей (насекомых, грызунов).

9. Жестокость взрослых - когда ребёнок получает физическую или психологическую травму от родителей, родственников. С нарушением прав ребёнка борются во всех странах мира, в том числе и в нашей стране. Применяются особые меры защиты благополучия детей, вплоть до лишения родительских прав и уголовной ответственности.

Наиболее распространённые виды травм.

Различные виды травм имеют свои особенности возникновения, клиническую картину и прогноз для пациента.

Выделяют разные типы ЧМТ:

- закрытые травмы головы, включающие ушибы, сотрясения, сдавления, а также повреждения черепа при условии сохранения целостности окружающих его мягких тканей;
- открытые – травмы, при которых переломы костей черепа сопровождаются нарушением целостности мягких тканей, различным по интенсивности кровотечением или ликвореей (истечением цереброспинальной жидкости). Стоит отметить, что открытые травмы мозга подразделяются на проникающие (сопровождающиеся повреждением твердой оболочки) и непроникающие (соответственно, без нее).

По типу полученных повреждений у пациента может быть диагностирована: изолированная ЧМТ – травма, не сопровождающаяся другими внечерепными повреждениями; сочетанная черепно-мозговая травма, при которой также отмечаются повреждения внутренних органов и костей скелета; комбинированная ЧМТ – повреждения, возникающие на фоне воздействия на организм не только механических, но и одного или нескольких немеханических факторов. Специалистами выделяется три стадии ЧМТ по степени ее тяжести. Так, у пациентов может диагностироваться легкая, средняя и тяжелая стадия черепно-мозговой травмы.

Определение и лечение травм мозга

Основными действиями при диагностике ЧМТ можно назвать опрос пострадавшего, сбор анамнеза, осмотр и оценка его состояния. Если человек потерял сознание, нужно, чтобы врачи получили сведения о происшествии от очевидцев и работников бригады «скорой помощи», прибывшей на место.

Травма глаза

Довольно уязвимым для различных повреждений является основной орган зрительной системы. Казалось бы, незначительные травмы глаза могут приводить к ухудшению или полной потере зрения. Наиболее подвержены травмам роговица, стекловидное тело или хрусталик. Среди основных причин травм глаза отмечают проникающие (сопровождающиеся нарушением целостности оболочек органа) и непроникающие ранения, а также тупые повреждения, воздействие высоких и низких температур, различных химических веществ. По статистике, примерно в 90% случаев повреждения основного органа зрительной системы представляют собой микротравмы и тупые травмы. Рассмотрим подробнее основные виды травмы глаза: Проникающие травмы представляют собой повреждения, при которых инородное тело может нарушать целостность различных отделов основного зрительного органа. Частицы инородных тел могут оставаться в глазу, вызывая резкую боль и обильное слезотечение, светобоязнь и резкое снижение остроты зрения. При проникающем ранении на глазном яблоке пострадавшего можно увидеть саму рану и кровавое пятно вокруг нее. Такое повреждение глаза может привести к разрушению глазного яблока и хрусталика, а также к частичной или полной слепоте. Непроникающие травмы, как правило, являются следствием ушибов и так называемых тупых ударов. Тупая травма – результат повреждения глазного яблока различными предметами.

К основным причинам, приводящим к повреждению основного органа зрения, относят: мелкие предметы, например, песок, соринки, мошки и др.; различные химические вещества, в частности, бытовая химия, строительные составы, косметика и т.д.; самые разнообразные острые предметы, к примеру, металлическая стружка на производстве или при выполнении бытовых ремонтных работ; тупые удары, возникающие при попадании в глаз, к примеру, камня или снежка, при ударах кулаком или падении с высоты; термическое воздействие, подразумевающее контакт глаза с горячими жидкостями, предметами и пр.

Любое повреждение основного органа зрительной системы требует незамедлительного обращения к врачу.

Травмы позвоночника. Причины травм позвоночника как правило сильные механические воздействия в результате падения с высоты, ДТП, ударов, обрушивания на человека тяжелых предметов и др. Травмирующие факторы в таких ситуациях в большинстве своем определяют и вид получаемого повреждения. Например, травмы позвоночника пассажиров, пребывающих в автомобилях, попавших в ДТП, чаще всего представляют собой повреждения шейного отдела – так называемые, хлыстовые травмы. Причиной их возникновения является резкое сгибание шеи вперед и такое же

резкое откидывание головы назад, что характерно для внезапного торможения транспорта. По статистике, хлыстовые травмы намного чаще (примерно в 2.5 раза) случаются у представительниц женского пола, у которых слабо развита шейная мускулатура. Также повреждения шейного отдела позвоночника нередко отмечаются у ныряльщиков, которые не придерживаются основных правил погружения в воду. Для людей, пострадавших в результате падения с высоты, характерным является сочетанный перелом позвоночника с поражением нижнего грудного или тазового отдела, а также пяточных костей. На спинальные повреждения приходится приблизительно 1% от всех видов травм. Такого плана повреждения включают поражения позвоночника и спинного мозга. Выделяют также неосложненные и осложненные травмы. Неосложненные представляют собой повреждения, при которых нарушение целостности спинного мозга и его корешков отсутствуют. Симптомы повреждения позвоночника Выделяют закрытые и открытые травмы позвоночника. Первые распространены в большей мере. При закрытых повреждениях целостность кожи и мягких тканей, которые покрывают позвонки, не нарушается. Также выделяют стабильные и, соответственно, нестабильные травматические повреждения. К первым относятся ушибы, разрывы спинных связок, не сопровождающиеся смещением.

Травмы нижних конечностей.

Причины травм ног многообразны. Это могут быть как сильные удары, так и падения, ДТП, чрезмерные физические нагрузки и др. К ним относятся: Ушибы или повреждения, полученные в результате сдавливания. Ушибы могут являться причиной трещин и даже переломов костей, повреждения суставов. На месте ушибов, как правило, возникает гематома. Возможно также образование отека.

Вывихи. Основными симптомами вывиха является резкая боль, ограничение подвижности сустава и принятие им неестественного положения.

Растяжение или же полный разрыв связок – травма ноги, подразумевающая повреждение связочного аппарата голеностопного или коленного суставов, а также повреждение менисков.

Такие травмы возникают, как правило, при чрезмерных нагрузках на связки. В месте повреждения при таком виде травмы образуется гематома и появляется отек, а также отмечается резкая неутрачиваемая боль.

Переломы – травмы нижних конечностей, которые могут быть закрытыми и открытыми, сопровождаться осложнениями или протекать без них. Причинами таких повреждений могут быть чрезмерные нагрузки на ноги, ДТП, падения и др. Признаками переломов являются боль, быстрое образование отека, гематома в области

пораженного участка, его деформация, характерный хруст при движении, ограниченность движения. Открытый перелом – травма, при которой без специальных диагностических методов можно увидеть поврежденную кость.

Вопросы самоконтроля:

1. Какие виды травм вы запомнили?
4. Назовите особенности детского травматизма.
5. Профилактика детского травматизма.

Тема 3.8 Кровотечения, первая помощь

План

1. Понятие о ране.
2. Классификация ран.
3. Алгоритм оказания помощи при ранении.
4. Кровотечения, виды кровотечений.
5. Основные правила снятия одежды при ранении.

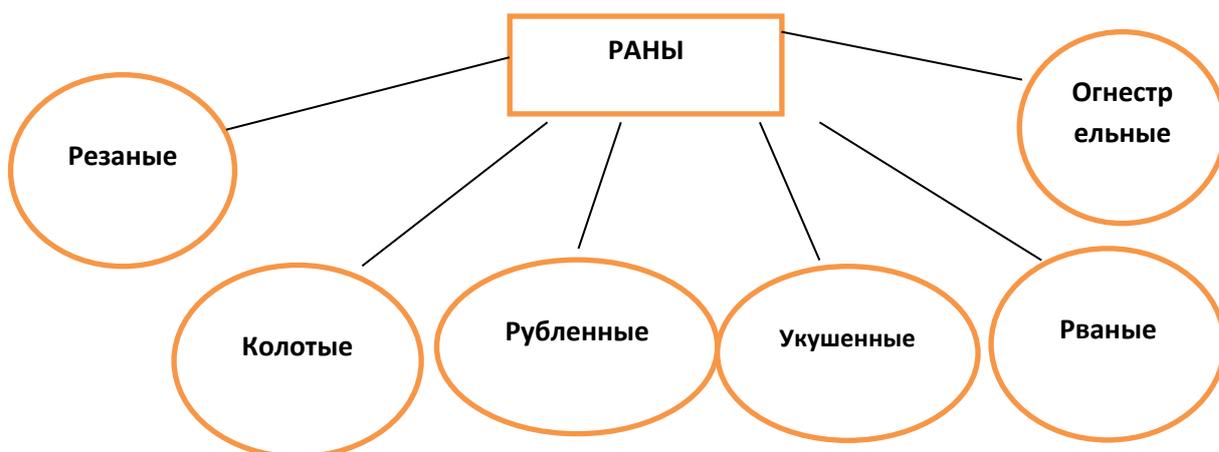
Понятие о ране.

Для начала давайте дадим определение «травмы» и «раны».

Травма- повреждение тканей организма человека с нарушением их целостности и функций, вызванное механическим или иным воздействием.

Рана – представляет нарушение целостности кожи, вызванное механическим воздействием.

Раны, в зависимости от характера, вида ранящего предмета делятся на:



Неглубокие раны с повреждением только поверхностных слоёв кожи называются – **царапинами**.

В момент ранения в рану могут попасть частицы одежды, осколки ранящего предмета, ядовитые вещества.

Любое ранение сопровождается кровотечением и связано с болью.

Кроме того, ранение сопровождается ограничением или нарушением функций органов и тканей, капиллярным или смешанным кровотечением.

При оказании первой помощи всегда необходимо в первую очередь останавливать кровотечение. Далее освободить место ранения от одежды или обуви и обработать антисептическим раствором.

При обработке ран необходимо соблюдать основной закон асептики:

«Всё, что приходит в соприкосновение с раной, должно быть стерильно!»

Классификация ран

Колотые раны – наносятся колющим предметом или оружием (шило, игла, штык).

Анатомической особенностью этих ран является значительная глубина при небольшом повреждении покровов тела.

При колотых ранах всегда имеется опасность повреждения жизненно-важных структур, расположенных в глубине тканей или в полостях.

Внешний вид колотых ран и выделения из них не всегда обеспечивают достаточно данных для постановки диагноза.

Так, при колотой ране живота возможно ранение кишечника или печени, но выделение кишечного содержимого или крови из раны обычно обнаружить не удаётся.

Колотые раны опасны тем, что из-за малого количества симптомов могут быть пропущены повреждения глуболежащих тканей и органов.

Опасны колотые раны также тем, что с ранищим оружием в глубину организма вносятся микроорганизмы, а раневое отделяемое не находя выхода наружу, служит для них хорошей питательной средой, что создаёт особо благоприятные условия для развития гнойных осложнений.

Резаные раны – наносят острым предметом. Они характеризуются не большим количеством разрушенных клеток.

Зияние раны позволяет произвести осмотр повреждённых тканей и создаёт хорошие условия для оттока отделяемого.

При резаной ране имеются все условия для заживления, поэтому, обрабатывая любые свежие раны, их хирурги стремятся превратить в резаные раны (при зашивании).

Рубленые раны – наносят тяжёлым, острым предметом (топор). Для таких ран характерны глубокое повреждение тканей, широкое зияние, ушиб, что способствует снижению сопротивляемости и регенерации тканей.

Ушибленные раны – являются следствием воздействия тупого предмета. Они характеризуются большим количеством размятых, ушибленных, пропитанных кровью тканей с нарушением их жизнеспособности.

Ушибленные кровеносные сосуды нередко подвергаются усиленному образованию тромбов, что создаёт благоприятные условия для развития инфекции.

Укушенные раны – характеризуются не столько обширными и глубокими повреждениями, сколько тяжёлой инфицированностью вирулентной флорой рта животного или человека. Течение этих ран чаще, чем других, осложняется развитием острой инфекции. Так же укушенные раны могут быть заражены вирусом бешенства.

Отравленные раны – это такие раны, в которые попадает яд. Такие раны образуются при укусе змеи, скорпиона – проникают отравляющие вещества со слюной рептилии.

Огнестрельные раны – отличаются от всех остальных характером ранящего оружия (пуля, осколок). При повреждении тканей образуется зона полного некроза и молекулярного сотрясения тканей. Такие раны сопровождаются высокой степенью инфицированности. Подразделяются на слепые, сквозные, касательные.

Алгоритм оказания первой помощи при ранении.



Правовые аспекты оказания первой помощи.

1. Передвижение пострадавшего должно осуществляться лишь в том случае, если его жизни угрожает опасность.
2. До оказания первой помощи убедитесь в наличие дыхания и пульса, обеспечьте проходимость дыхания.
3. Вызовите «скорую помощь».
4. До её прибытия продолжайте оказывать первую помощь, если пострадавший находится в критическом состоянии.

Кровотечения, виды кровотечений.

Кровотечение – истечение крови из кровеносных сосудов при нарушении целостности их стенки.

По происхождению кровотечения бывают **травматическими** - вызванные повреждением сосудов и **нетравматические** – связанные с их нарушением, каким-либо патологическим процессом или повышенной проницаемостью сосудистой стенки.

Травматическое кровотечение делится на первичное, кровь истекает при непосредственной травме, и вторичное кровотечение, кровь истекает спустя некоторое время после её остановки.

Наружным кровотечением называется истечение крови из раны или естественных отверстий (нос, рот).

Кровь может истекать в полый орган. Когда кровь скапливается в полостях тела, (в плевральной, брюшной, сердечной), кровотечение называется – **внутренним**.

Иногда наружное кровотечение может сочетаться с внутренним кровотечением.

В зависимости от повреждённого сосуда различают:

1. Артериальные кровотечения
2. Венозные кровотечения
3. Капиллярные кровотечения
4. Паренхиматозные кровотечения

Артериальное кровотечение – кровь изливается пульсирующей струёй **алого цвета**.

Артериальное кровотечение возникает при ранении самых крупных сосудов человеческого организма – артерий. Артериальное кровотечение часто приводит к развитию острого малокровия. Истечение 1-го литра крови становится опасным для жизни пострадавшего, более 1-го литра может привести к летальному исходу.

Кровотечение из самого крупного сосуда – аорты, может вызвать смерть от потери крови в течение 3-5 минут.

Венозное кровотечение характеризуется непрерывным вытеканием равномерной струи крови **тёмно-красного цвета**. Его особенность – оно может останавливаться самостоятельно. При ранении вен конечностей, (верхних или нижних) если нет под рукой перевязочного материала, пока мы его ищем, пострадавшему можно поднять руку или ногу вверх. При таком положении кровь перестанет истекать. Закон сообщающихся сосудов (физика).

Опасно ранение крупных вен шеи из-за возникновения воздушной эмболии сосудов сердца, мозга. В момент вдоха в просвет вены может поступить кислород – мгновенная смерть. В венах должен находиться углекислый газ, а не кислород, так как вены из органов выносят отработанный материал при газообмене (анатомия человека).

Капиллярное кровотечение равномерное просачивание небольшого количества крови с повреждённой кожи или органов. Кровь истекает медленно, накапливаясь каплями. Капиллярное кровотечение останавливается самостоятельно, благодаря протромбину, находящемуся в формуле крови (анатомия).

Паренхиматозное кровотечение – кровотечение из любого органа (печень, селезёнка, лёгкие, почки). Оно обычно бывает смешанным. Кровь истекает обильно, непрерывно. На интенсивность кровотечения влияет калибр повреждённого сосуда.

Основные правила снятия одежды при ранении.

1. Начинать снимать одежду необходимо со стороны, противоположной раненой.
2. Одежду, прилипшую к ране, обрезают вокруг раны.
3. При сильном кровотечении, одежда или обувь быстро разрезается для освобождения места ранения.
4. Обувь разрезают по шву задника и осторожно снимают её, начиная с пятки.
5. Полностью раздевать пострадавшего не стоит, необходимо освободить лишь место ранения, для удобства оказания первой помощи.

Вопросы самоконтроля:

1. Травма это.....?
2. Рана это.....?
3. Резаная рана характеризуется.....
4. Огнестрельные раны делятся на.....
5. Кровотечения бывают.....
6. Покажите и расскажите об основных правилах снятия одежды на пострадавшем при ранении.

7. Чем отличается артериальное кровотечение от венозного?
8. Чем можно остановить венозное кровотечение?

Тема 3.9 Оказание доврачебной помощи при несчастных случаях

План

1. Общие правила оказания первой помощи.
2. Причины неотложных состояний
3. Первая помощь (инородного тела в дыхательных путях)
4. Искусственное дыхание и массаж сердца.

Общие правила оказания первой помощи

Несчастные случаи и внезапные заболевания чаще всего происходят в условиях, когда рядом нет ни врачей, ни лекарств, ни бинтов.

То, что сделано или не сделано до прибытия «скорой помощи», часто определяет исход лечения.

Главные правила оказания первой помощи необходимо усвоить каждому.

- **Сохраняйте спокойствие.** Если вы поддаетесь панике, пострадавший не получит помощи. От ваших действий при оказании первой помощи может зависеть здоровье и даже жизнь пострадавшего.
- **Разберитесь, что произошло.** Есть ли реальная опасность для пострадавшего, для вас, для других людей?
Что и в какой последовательности делать?
Убедитесь, что ни вам, ни пострадавшему не угрожает прямая опасность (от огня, движущегося транспорта, угарного газа и т.д.)
- **Оцените состояние пострадавшего.** Нет ли вероятности травмы позвоночника, можно ли пострадавшего передвигать. Если пострадавший потерял сознание, проверьте, есть ли у него дыхание и пульс.
- **Не навреди.** Это главная медицинская заповедь. Ошибки при оказании первой медицинской помощи могут стать роковыми.
- **Выбирайте из двух зол меньшее.** Это можно считать второй медицинской заповедью, которая вступает в силу, когда речь идет о непосредственной опасности для жизни.
Бывают ситуации, когда, например, забота о стерильности перевязочных материалов отступает на задний план.
- **Помогайте человеку.** Успокойте пострадавшего, разговаривайте с ним, объясняйте, что вы будете делать. Хороший спасатель видит перед собой не перелом голени, а человека, которому больно и страшно.

Причины неотложных состояний.

Поражение молнией.

Происходит обычно во время грозы на открытом месте или попытке спрятаться под деревьями.

Поражающими факторами молнии является – электрический ток, световая и звуковая энергия.

Напряжение разряда молнии при этом составляет десятки миллионов вольт. Температура канала молнии достигает десятков тысяч градусов по Цельсию.

Поражение молнией сопровождается потерей сознания на время от нескольких минут до нескольких суток.

Неотложную помощь пострадавшему осуществляют путем восстановления дыхания и сердечной деятельности. (наружный массаж сердца и ИВА).

Инородное тело в дыхательных путях.

Попадает изо рта при неосторожном вдохе, кашле, смехе, особенно если у человека есть плохая привычка держать во рту всякую мелочь (гвозди, иголки, пуговицы и т.д.).

При внедрении инородного тела в гортань (самое узкое место дыхательного горла) возникают: приступообразный кашель, удушье, лицо синеет, голос становится хриплым, через некоторое время начинается воспалительный отек поврежденной гортани, который очень опасен.

Иногда застрявший в дыхательных путях кусок еды или игрушка бывает причиной смерти.

Первая помощь (инородного тела в дыхательных путях).

Вызовите «скорую помощь», следите за состоянием пострадавшего. Если вы видите, что он не может ни вдохнуть, ни откашляться самостоятельно, необходимо начать оказание первой помощи как можно быстрее.

Гибель клеток мозга начинается через 5-7 минут после прекращения дыхания.

- Подойдите к пострадавшему сзади и основанием ладони 3-4 раза ударьте его по спине на уровне верхнего края лопаток. Если это не помогло, то:
- Стоя сзади, обхватите его руками поперек верхней части живота под ребрами, одну руку сожмите в кулак, ладонью другой руки обхватите кулак и 3-4 раза резко прижмите пострадавшего к себе и вверх, выдавливая из него воздух, производя отрывистые толчки спереди назад и снизу вверх.

Если при этом пострадавший в сознании, попросите его наклониться и пытаться кашлять одновременно с надавливаниями на живот.

- Если пострадавший потерял сознание, те же приемы выполняют на полу. Как только инородное тело вышло из дыхательных путей, его немедленно извлекают изо рта. И приступают к искусственному дыханию.

Искусственное дыхание и массаж сердца могут понадобиться в двух случаях:

- если на одном из этапов неотложной помощи инородное тело выскочило, но к этому моменту дыхание (или сердцебиение) у пострадавшего остановились и если все предпринятые не помогли.

Неотложная помощь ребенку.

Следите, чтобы мелкие предметы не попадали в руки малышам!

Помните, что в любом «киндер сюрпризе» есть листочек с надписью на 20 языках:

«Детям младше 3-х лет не давать!»

Если ребенок ни с того ни с сего начал задыхаться и вы подозреваете, что он чем-то подавился, не теряйте времени.

- Если ребенок маленький и его легко поднять, возьмите его за ножки, переверните вниз головой. Удерживая за ноги одной рукой, прислоните его передней частью туловища к себе. Постучите по спинке свободной рукой.
- Если ребенок постарше и потяжелее и в одной руке вам его не удержать, поставьте левую ногу на стул, положите ребенка животом на свою левую руку и бедро левой (согнутой) ноги так, чтобы он лежал вниз головой. Зажмите его ноги под подмышкой, правой рукой постучите по спине.

Искусственное дыхание и массаж сердца.

Первая помощь включает простейшие меры по оживлению организма. Это Доврачебная реанимация.

Возможность оживлять организм основана на том, что смерть никогда не наступает сразу, ей предшествует переходное состояние или так называемая терминальная стадия.

Кроме того происходящие при умирании в организме изменения никогда не приобретают необратимый характер.

При своевременном выполнении комплекса реанимационных мероприятий они могут быть полностью устранены.

Терминальное состояние включает агонию и клиническую смерть.

Агония характеризуется затемнением сознания, резким нарушением сердечной деятельности и падением АД. При этом отсутствует пульс, нарушается дыхание (оно становится неритмичным, поверхностным, судорожным), кожа холодеет и приобретает бледный или синюшный оттенок.

Вслед за агонией наступает **клиническая смерть**, т.е. состояние, при котором отсутствуют основные признаки жизни (сердцебиение и дыхание), но еще не успели развиться необратимые изменения организма, характерные для биологической смерти.

Продолжительность клинической смерти 5-8 минут.

Это время необходимо использовать для оживления, т.к. после наступления биологической смерти оно становится невозможным.

Определить момент остановки дыхания и сердечной деятельности помогает характерная безжизненная поза тела (положение пострадавшего не свойственно живому спящему человеку). Дыхательные движения грудной клетки отсутствуют, зрачки широкие, пульс не прощупывается.

При прикладывании уха к грудной клетке пострадавшего – не прослушивается сердцебиение.

- Начинайте спасение немедленно, как только заподозрите, что наступила клиническая смерть или началась агония.
- Не прекращайте реанимацию до устойчивого восстановления частоты пульса и дыхания или до прибытия врачей.

В процессе реанимации можно проверить наличие глазных рефлексов.

Мигательный рефлекс: осторожно потрогайте пальцем роговицу глаза. Если пострадавший жив, то он моргнет глазом.

Реакция зрачка на свет: в темноте посветите в глаз фонариком или зажигалкой на 5 секунд прикройте глаз рукой и быстро уберите ее. Если человек жив, зрачок о света сузится.

Искусственное дыхание начинают с восстановления проходимости дыхательных путей.

- 1) Для этого больного укладывают на спину на ровную жесткую поверхность (пол, земля), освобождают от стесняющей одежды, встают на колени сбоку от его головы.
- 2) Голову максимально запрокидывают назад (пострадавшему), а нижнюю челюсть выдвигают вперед, чтобы зубы этой челюсти располагались впереди верхних зубов.
- 3) Под шею можно подложить валик, свернутый из одежды, чтобы голова легче запрокинулась назад. При запрокинутой назад голове воздух проходит через

гортань без сопротивления, при прижатом к груди подбородке – дыхательные пути перекрываются.

- 4) После этого пальцем, обернутым носовым платком (бинтом), круговыми движениями обследуют полость рта и освобождают ее от инородных тел (песок, рвотные массы, куски пищи и др.). Делается это быстро, но по возможности осторожно, чтобы не причинить дополнительной травмы.

Нельзя начинать искусственное дыхание не освободив дыхательные пути.

- 5) Для проведения искусственного дыхания способом «рот в рот» пострадавшему ладонь одной руки подводят под шею и приподнимают ее. Первым и вторым пальцем другой руки зажимают ноздри носа, что препятствует выходу вдвухаемого в рот воздуха. Рот пострадавшего обычно открывается самостоятельно. Иногда приходится что-либо вставлять между челюстями, чтобы рот не закрылся.
- 6) Затем делают глубокий вдох и плотно прикладывают свой рот ко рту пострадавшего, через марлю или платок производят энергичное вдвухание воздуха в его рот.
- 7) После вдоха оказывающий помощь отрывает свой рот от рта пострадавшего и освобождает его нос, чтобы воздух мог выйти из легких.
- 8) Грудная клетка пострадавшего, раздувшаяся после вдвухания воздуха, спадает (опускается) и происходит пассивный выдох.
- 9) Вдвухание воздуха делают ритмично с обычной частотой дыхания (12-15 в 1 минуту). Обязательно надо следить за тем, выходит ли воздух из грудной клетки.
- 10) Через 5-6 вдохов нужно сделать небольшую паузу и посмотреть не восстановилось ли у пострадавшего собственное дыхание.
- 11) Если у него появились дыхательные движения, то делают еще несколько вдвуханий, стараясь попадать в ритм собственного дыхания пострадавшего. Если все благополучно, то искусственное дыхание прекращают, а больного госпитализируют.
- 12) При выполнении искусственного дыхания «рот в нос» одной рукой держат запрокинутую назад голову пострадавшего, а другой прижимают нижнюю челюсть. Дыхание «изо рта в нос» применяется при травмах рта, переломах и судорогах челюсти.

Маленьким детям вдувают воздух и в рот и в нос, но объем вдуваемого воздуха должен быть меньше, чтобы не повредить легкие, а вдувания более частыми – около 20 вдохов в минуту.

При работающем сердце искусственное дыхание продолжают до полного восстановления собственного дыхания у пострадавшего.

Массаж сердца.

К остановке дыхания нередко присоединяется остановка сердца, поэтому следует незамедлительно приступить к восстановлению кровообращения с помощью непрямого (наружного) массажа сердца.

Для этого спасатель осуществляет ряд ритмичных движений-толчков в нижнюю треть грудины.

В результате этого происходит сжатие сердца между грудиной и позвоночным столбом и кровь из полости сердца изгоняется в сосудистое русло.

Во время паузы грудная клетка расправляется и кровь вновь заполняет камеры сердца.

Если перед вами взрослый:

Найдите место на груди на 1/3 расстояния между ее нижним концом, к которому сходятся нижние ребра, и ямкой между ключицами.

С высоты 20-30 см резко ударьте по этому месту кулаком.

Иногда достаточно, чтобы работа сердца возобновилась. (с детьми проделывать это нельзя). Также при переломе костей грудной клетки это делать нельзя.

Техника массажа сердца.

- 1) Положите основание ладони левой на ту же точку на груди (1/3). Пальцы при этом лежат поперек грудины.
- 2) Вторую ладонь расположите сверху под прямым углом, пальцы направлены вдоль грудины, к голове пострадавшего.
- 3) Выпрямите пальцы обеих рук, чтобы они не касались грудной клетки пострадавшего.
- 4) Опираясь на грудь пострадавшего прямыми руками, 60 раз в минуту с усилием соответствующим весу около 50 кг, надавливают на грудь пострадавшего. (на грудину, а не на ребра!)
- 5) Руки держат вертикально, чтобы давить вниз, а не наискось. Грудная клетка у взрослого должна прогибаться на 5-6см. Старайтесь не допустить перелома ребер (чаще всего у детей и пожилых людей).

- 6) Маленьким детям (до года) на грудину дают указательным и средним пальцами одной руки или большими пальцами обеих рук 90-120 раз в минуту. Грудная клетка должна прогибаться на 1,5-2 см.
- 7) При необходимости выполнять и искусственное дыхание, и массаж сердца одновременно – это выполняют два человека.
- 8) На 5 сердечных толчков приходится 1 вдувание воздуха. При этом за минуту нужно сделать не меньше 60 толчков, тогда получается необходимо 12 дыхательных движений.

При таком ритме в кровь поступает достаточное кол-во кислорода для поддержания жизни.

Каждые 2-3 минуты нужно делать остановку и прощупывать пульс на общей сонной артерии и проверять глазные рефлексы.

Если пульс прощупывается, значит сердце возобновило сокращения и массаж сердца можно прекратить. Однако искусственное дыхание следует продолжать до восстановления устойчивого самостоятельного дыхания. Или пока не придет «скорая помощь».

Порозовевшие кожа и губы пострадавшего, суженные зрачки указывают на восстановление кровоснабжения головного мозга.

Вопросы для контроля:

- 1) Назовите общие правила оказания первой помощи.
- 2) Каковы причины неотложных состояний?
- 3) Расскажите, как осуществляется искусственное дыхание.
- 4) Какие особенности у детей?
- 5) Как провести непрямой массаж сердца?

Тема 3.10 Особенности ухода за больными детьми

План

1. Уход за больными детьми.
2. Распорядок дня больного ребенка

Уход за больными детьми

Детский организм растет и постоянно изменяется. Этим объясняется его восприимчивость к любым движениям внешней среды. Особенно заметно это проявляется, когда ребенок заболевает.

В связи с особенностями строения подкожной клетчатки ребенок значительно труднее переносит переохлаждение. Детским организмом тяжелее переносятся

кровопотери. Кроме того, ребенок обладает слабым иммунитетом, поскольку приобретенный иммунитет еще не окончательно сформировался.

Заболевший ребенок становится очень восприимчив к качеству и количеству пищи, к чистоте окружающего его пространства, к отношению со стороны взрослых.

На основе всех приведенных выше факторов можно выделить ряд обязательных требований, которые необходимо выполнять при уходе за больным ребенком.

Прежде всего нужно строго соблюдать санитарно-гигиенические нормы: проветривать помещение, в котором находится больной ребенок, проводить дезинфекцию посуды и мебели; контролировать соблюдение ребенком правил гигиены; менять ему личное и постельное белье.

Необходимо регулярно измерять температуру тела и пульс больного ребенка: температуру измеряют после сна, пульс – в спокойном состоянии на бедренной или височной артерии.

Уход за больным ребенком имеет ряд особенностей. Огромное значение имеет режим дня, соответствующий возрасту и состоянию больного ребенка.

Вечером необходимо исключить все моменты, возбуждающие нервную систему ребенка. Режим питания зависит от возраста ребенка и характера заболевания: кормить следует в одно и то же время, небольшими порциями, неторопливо; давать больше жидкости (если нет противопоказаний), витамины; нельзя кормить насильно. Дети должны получать общие гигиенические или лечебные ванны. Тяжелобольным утром и на ночь следует протирать лицо, шею, складки кожи ватным тампоном, смоченным в теплой кипяченой воде. Грудных детей подмывают несколько раз в день, после чего тщательно просушивают тело ребенка мягкой пеленкой, складки кожи смазывают прокипяченным растительным или вазелиновым маслом. Белье и одежда должны быть из мягкой ткани приятной расцветки и тщательно подобраны по размеру и возрасту. Важное значение имеет воспитательная работа. Для детей школьного возраста с разрешения лечащего врача организуют занятия по школьной программе.

Таблетки маленьким детям следует размельчать и смешивать с сахарным сиропом. Если ребенок не открывает рот, можно слегка сжать его нос двумя пальцами, при этом ребенок открывает рот для вдоха, и ему вливают лекарство. Тяжелобольного ослабленного ребенка нужно чаще брать на руки, чтобы не возникали застойные явления в легких. В случае рвоты ребенка надо быстро посадить или уложить на бок; по окончании рвоты — прополоскать ему рот и дать выпить несколько глотков холодной воды.

Проветривание комнаты больного ребенка

Проветривание комнаты больного ребенка должно быть регулярным. В комнате всегда должен быть всегда чистый и свежий воздух. Даже здоровый человек не может долго находиться в душном помещении. Испарения же больного человека очень опасны, поэтому постоянное проветривание просто необходимо. Частота проветривания зависит от площади комнаты, от сезона года, от температуры внешней среды, от отопления помещения, от тяжести заболевания и характера болезни. Но комната, в любом случае, должна проветриваться регулярно. Мы уже говорили о том, какие требования предъявляются к комнате больного ребенка. В этой статье мы поговорим о рекомендациях по проветриванию.

Рекомендации по проветриванию.

1. В холодное время года форточку необходимо открывать не реже 4-х раз в сутки на 20-30 минут. В это время больного надо тепло укрыть и если ребенок маленький, не забыть о головном уборе или укутать в теплый шарф или косынку. Сверху положить дополнительное одеяло или плед.
2. Проветривать комнату надо сразу после сна, перед приемом пищи и обязательно перед сном.
3. Летом окна или форточки могут быть открыты все время (если окна не выходят на автостраду). Но надо следить, чтобы в квартире не было сквозняка.
4. Если вы готовите на кухне, не забывайте закрывать двери. Никаких посторонних запахов в комнате больного быть не должно.
5. Температура в комнате должна быть 20-22 градуса. Желательно, чтобы в комнате был термометр, за показателями которого надо следить. Обратите внимание на нос и руки ребенка, потрогайте их. Они не должны быть холодными (если только у больного не озноб, который свидетельствует о повышении температуры).
6. Многие родители считают, что если у ребенка повышенная температура, в комнате должно быть очень тепло, чтобы он «не простудился». Это ложное мнение. При высокой температуре окружающей среды микробы активнее размножаются, да и в душном помещении больному находится тяжелее. Если у больного лихорадка, он лучше себя чувствует при температуре 16-18 градусов.
7. Если ребенок ослаблен, с пониженным обменом веществ, с субнормальной температурой (ниже 36 градусов) во избежание переохлаждения желательно поддерживать температуру в комнате не ниже 20-22 градусов.

8. Надо прислушиваться к просьбам больного ребенка, но при некоторых заболеваниях даже в холодной комнате пациенты жалуются на «чувство жара» и просят создать приток холодного воздуха. В этом случае надо быть осторожным и уметь отличить субъективные жалобы от объективного состояния больного. Можно применить местные манипуляции – приложить пузырь со льдом ко лбу, сменить одежду.
9. Во время жаркой погоды можно пользоваться пульверизатором, распыляя воздух вокруг больного. Старайтесь, чтобы вода не попала в лицо ребенка.
10. Если в комнате кондиционер, старайтесь включать его в крайнем случае. Следите, чтобы холодный воздух не попадал на ребенка.
11. Горшки и судна должны быть тщательно вымыты и дезинфицированы.
12. После каждой дефекации, после клизмы комнату необходимо проветрить.
13. Нельзя вместо проветривания для уничтожения запаха пользоваться ароматизаторами и дезодорантами. Они не уничтожают микробы. Недаром говорят, что единственная польза от так называемых ароматизаторов состоит в том, что от них болит голова, и люди невольно открывают окна.

Всё о кровати больного ребенка

Если больному врач рекомендует постельный режим, то ребенок будет проводить в кровати длительное время. А иногда с кроватью связана вся жизнь больного человека. Поэтому ребенок должен в постели чувствовать себя комфортно. Но кровать должна быть удобна не только для самого пациента, но и для ухаживающего персонала. Длительное время ухаживать за пациентом – большая нагрузка не только моральная, но и физическая.

К кровати должны предъявляться определенные требования:

1. Кровать не должна находиться рядом с окном (необходимо избегать сквозняков), но в то же время хорошо было бы, если бы пациент имел возможность смотреть в окно (в том случае, если он длительно находится в постели)
2. Больной должен чувствовать себя защищенным, поэтому желательно, чтобы он видел входящих в комнату.
3. Кровать больного (особенно кроватку малыша) желательно поставить не вдоль стены и не в углу, а изголовьем к стене в середине комнаты.
4. Для того чтобы было удобно проводить процедуры и манипуляции, надо, чтобы доступ к кровати был открыт со всех сторон. В таком случае вы легко сможете переворачивать пациента, менять ему постельное белье, мыть его.

5. Лучшим выбором кровати для пациента длительно находящегося на постельном режиме, является функциональная кровать. В более дешевых вариантах кровать можно регулировать с помощью стопоров вручную. В дорогих и самых современных моделях регулировка происходит с помощью электродвигателей дистанционно или самим пациентам с помощью пульта.

Смена постельного белья

Комфорт пациента невозможен, если он находится в грязной постели. Смена постельного белья должна проводиться не реже 1 раза в неделю, а если ребенок тяжелобольной - по мере необходимости. Обычно смена постели происходит после гигиенической ванны (если позволяет состояние больного). В холодное время года белье должно быть теплым (подогретым) и сухим. На простыне не должно быть рубцов, швов, заплаток. Белье не должно быть шелковым.

Смена постельного белья для больного человека немного отличается от обычной смены белья. Если ребенок может сидеть, то его желательно пересадить на стул и только тогда заняться его постелью. Если ребенок лежачий, лучше во время перестилания постели его переложить на другую кровать или кушетку. В этом случае можно не только заменить всё белье, но и почистить и выправить матрас, поправить на матрасник. Если необходимо, под простыню подкладывают клеенку. Ее укладывают таким образом, чтобы складок не было, она должна быть тщательно расправлена. При смене белья, клеенку тоже встряхивают, проветривают и при необходимости моют. Надевая наволочку необходимо убедиться, что углы подушки заправлены в углы наволочки, а завязки или пуговицы были не на лицевой стороне. Перед тем как положить подушку под голову, ее необходимо взбить. Снимают пододеяльник с одеяла и временно кладут на спинку стула. Нельзя трясти одеяло и простыню в помещении, так как пыль распространится по всей комнате. Это надо делать или на балконе или на улице.

Если ребенку врач прописал строгий постельный режим и ребенка нельзя переложить на другую кровать, и даже нельзя посадить, то смена белья может проводиться следующими способами.

Варианты перестилания постельного белья при строгом постельном режиме.

1. Если ребенок лежачий, но может переворачиваться.
2. Если ребенок лежачий, но не может переворачиваться.

Если кровать функциональная, надо опустить боковые поручни. Ребенка поворачивают на бок лицом как можно ближе к краю кровати. Аккуратно приподнимают голову и убирают подушку. Заранее готовят чистую продольно скатанную валиком простыню и

помещают на спинку кровати. Свободный конец грязной простыни скатывают также продольно валиком, а за ней раскатывают чистую простыню и постепенно вытесняют грязную. Дойдя до середины кровати, ребенка переворачивают на другой бок и он оказывается на чистой простыне. Грязную простыню убирают, а чистую тщательно расправляют и заправляют под матрас, особенно в углах. Помочь ребенку занять удобное положение. Поднять боковые поручни. Этот способ называется продольным.

Опускают боковые поручни, убирают подушку, скатывают валиком грязную простыню, начиная с головного конца. В это же время уже должна быть приготовлена чистая простыня, также скатанная валиком (поперечно). Ее осторожно подводят под голову и раскатывают чистый валик, заменяя старую простыню чистой, постепенно расправляя в направлении к ногам. При этом второй ухаживающий сначала приподнимает голову, потом плечи, спину, таз, ноги больного ребенка. Меняют наволочку и кладут подушку под голову. Поднимают боковые поручни и убеждаются, что ребенку комфортно. Этот способ называется поперечным и его должны осуществлять 2 человека.

При любом способе перестилания постели действия переворачивающего должны быть точными, выверенными, чтобы не причинить пациенту боль и избежать напряжения позвоночника у ухаживающего. Снятое белье надо сразу вынести из комнаты и положить до стирки в закрытую емкость.

После смены белья протереть тумбочку, стол и другие поверхности влажной тряпкой.

Одежда больного ребенка

К одежде больного ребенка предъявляются повышенные требования. Она должна быть мягкой, чистой и хлопчатобумажной, желательно, чтобы она совершенно не содержала синтетических волокон. Хлопчатобумажная ткань хорошо пропускает воздух, кожа ребенка хорошо дышит, ткань легко стирается и впитывает влагу. Если ребенку прописан больничный режим, можно носить удобную пижаму или ночную рубашку с длинными рукавами и подолом ниже колен. Застежек, пуговиц должно быть минимальное количество, и они должны располагаться спереди. Одежда должна быть легкая, но теплая. Если ножки холодные, можно надеть носочки. У грудного ребенка ползунки должны быть из натуральной ткани, они не должны стеснять его движений, должны быть мягкими и удобными.

Нательное белье меняют больным не реже 2 раз в неделю. Но при необходимости (белье испачкалось гноем, рвотой, кровью, мочой, калом) меняется сразу. Грязное белье помещается в бак с крышкой и дезинфицируется. В этом случае кожу ребенка

протирают влажным полотенцем, тем самым очищая кожу. Полотенце можно смочить раствором воды, в которую добавлен уксус. Иногда в день приходится менять белье несколько раз. Лихорадящего больного, как только он вспотел, надо насухо вытереть и переодеть в чистое и теплое белье.

Смена нательного белья у больного ребенка.

Во время смены нательного белья у тяжелобольного ребенка необходимо помнить о возможном переохлаждении, его надо исключить, поэтому полностью раздевать ребенка нельзя. Переодевать надо аккуратно, быстро, но с помощью точных движений (без суеты), так как сам процесс может принести страдания пациенту.

Алгоритм переодевания больного ребенка:

1. Надо слегка приподнять ребенка, захватить край одежды, аккуратно подтянуть ее к голове, собрав одежду от спины к шее.
2. Голову провести через собранную у шеи одежду и освободить руки ребенка от рукавов.
3. Надевают одежду в обратном порядке: сначала надевают ее на голову, затем просят ребенка поднять руки, надевают на руки рукава и расправляют аккуратно вдоль спины, чтобы не было складок.
4. По окончании смены нательного белья, расправляют постель и укрывают ребенка одеялом.

Алгоритм переодевания ребенка с больной рукой

Если у ребенка больная рука, начинают снимать рубашку со здоровой руки, и только потом приступают к больной.

Одевание же производят в обратном порядке: начинают с больной руки, затем через голову опускают рубашку и тщательно расправляют по всей спине, освобождаясь от складок.

Распорядок дня больного ребенка

Когда ребенок заболел, родители часто теряются и не знают, как организовать быт больного. Должен ли он лежать или ему можно вставать? А если можно вставать, то в течение какого времени? Можно ли ему гулять? Надо ли днем спать? Надо ли чистить зубы? Можно ли купаться? Да и вообще нужен ли ребенку распорядок дня? Он же все равно практически все время лежит в кровати. Но режим дня больному ребенку просто необходим! Уход за больным ребенком должен осуществляться по распорядку, установленному совместно с врачом. В нем должна быть оговорена каждая «мелочь» - когда необходимо измерить температуру, когда проветрить комнату, когда выпить морс,

а ведь еще надо принять лекарство в определенное время, выполнить некоторые процедуры, предписанные врачом.

Помните, что для ребенка важна атмосфера в доме. Вызывайте у него эмоции радости. Давайте любимые игрушки, разрешайте спать с ними. Общайтесь с ребенком вполголоса, спокойным доброжелательным тоном. Не кричите на ребенка, тем более на больного ребенка. Больные дети могут быть капризными и раздражительными. Будьте чуткими и внимательными к ним. И тогда распорядок дня будет легко выполним.

Раздел 4 Социальные основы здоровья

Тема 4.1. Основные факторы риска в детском возрасте. Физическая и психологическая готовность ребёнка к детским учреждениям.

План

1. Психологическая готовность ребёнка к детским учреждениям.
2. Физическая готовность ребёнка к школе.
3. Основные факторы риска в детском возрасте.

Психологическая готовность ребёнка к детским учреждениям.

Большинство истоков возможных школьных сложностей и неприятностей нередко скрываются в дошкольном детстве. Родители ребенка до 6 -7 - летнего возраста не так часто обращают внимание на развитие малыша. Не уделяют внимание особенностям его общения с окружающими взрослыми и сверстниками (“со временем пройдет...”), на наличие или отсутствие желания учиться (“втянется, повзрослеет, глядишь, и всё пройдет), не обучают ребенка управлять своими эмоциями, поступками, подчиняться требованиям с первого раза. В результате чего у детей не сформированы важные компоненты школьной готовности.

Хотелось бы остановиться на критериях готовности детей к школе, т.е. рассмотреть, что должно быть свойственно ребенку, чтобы он оказался готовым к школе.

1. Социально-психологическая готовность к школе:

- Наличие учебной мотивации: ребенок хочет идти в школу, понимает важность и необходимость учения, проявляет выраженный интерес к получению знаний.
- Наличие социальной позиции школьника: ребенок должен уметь взаимодействовать со сверстниками, выполнять требования учителя, контролировать свое поведение.

Социальная зрелость определяется, прежде всего, сформированностью потребности ребенка общаться с другими детьми, участвовать в групповом взаимодействии, принимать и подчиняться интересам и обычаям детских групп.

Этот компонент школьной зрелости включает в себя формирование у детей качеств, благодаря которым они могли бы эффективно общаться с другими участниками учебного процесса (одноклассниками и учителями).

В более широком понимании социальная зрелость – это способность ребенка выполнять социальную роль школьника.

В *эмоциональном* плане школьная зрелость характеризуется достижением определенного уровня эмоциональной устойчивости, снижением количества импульсивных реакций, на фоне которых осуществляется процесс обучения, а также умение регулировать свое поведение, возможность достаточно длительное время выполнять не очень привлекательное задание.

2. Интеллектуальная готовность:

- Развитие образного и словесно-логического мышления: способность находить сходство и различия разных предметов при сравнении, умение объединять предметы в группы по общим существенным признакам, умение устанавливать логические связи между предметами и явлениями.
- Развитие произвольного внимания: способность удерживать внимание на выполняемой работе в течение 15-20 минут.
- Умение понять инструкцию и четко следовать ей при выполнении задания.

В *интеллектуальной* сфере характеристиками достижения школьной зрелости являются: наличие у ребенка некоторого круга знаний и представлений о предметах окружающей действительности, развитие познавательных процессов (внимания, памяти, мышления, восприятия, воображения, речи и др.), сформированность предметно-специфических знаний, необходимых для школьного обучения (математические представления, речевая подготовка, пространственно-графическая подготовка).

Можно сказать, что интеллектуальная зрелость отражает функциональное созревание структур головного мозга.

Фактор интеллектуального развития является необходимым, но недостаточным условием успешного перехода ребенка к школьному обучению. Часто в практике встречаются “умненькие” дети, но с большими трудностями в поведении и общении.

3. Психофизиологическая готовность:

- Развитие мелких мышц руки: ребенок уверенно владеет ножницами и карандашом.
- Пространственная ориентация, координация движений: умение правильно определять выше-ниже, больше-меньше, вперед-назад, слева-справа.
- Координация в системе глаз-рука: ребенок может правильно перенести в тетрадь простейший графический образ-узор, зрительно воспринимаемый на расстоянии.

Причинами школьной незрелости могут быть:

- Недостатки в воспитательной среде (необходимы: систематические занятия с ребенком)
- Недостатки соматического развития ребенка. Больные дети менее устойчивы к различным нагрузкам, быстрее устают, утомляются. (Необходима: консультация с врачом и лечение ребенка)
- Невротическое развитие характера. (Необходима: консультация психолога, медицинского психолога с последующей коррекцией поведения)
- Пренатальное или раннее постнатальное повреждение центральной нервной системы. (Необходима: консультация у невропатолога и лечение, а также сотрудничество с педагогом, психологом в сопровождении ребенка в 1 классе особенно).

Не забывайте о том, что дети должны много и с интересом играть.

Не доигравший первоклассник чаще всего к учёбе относится, как к игре: «хочу – делаю, хочу - нет».

2. Физическая готовность ребёнка к школе.

Некоторые родители практически не придают значение данному виду готовности к школьному обучению, уделяя больше внимания развитию умственных способностей ребёнка, т.е. интеллектуальной готовности к обучению в школе.

Однако, *физическая готовность к школьному обучению* не менее важна.

Под физической готовностью понимается общее физическое развитие ребёнка: нормальный вес, рост, объём груди, мышечный тонус, пропорции тела, кожный покров и показатели, соответствующие нормам физического развития мальчиков и девочек 6 -7 – летнего возраста. Состояние зрения, слуха, моторики рук. Состояние нервной системы: степень её возбудимости и уравновешенности, силы и подвижности. Общее состояние здоровья.

Каждый ребёнок перед поступлением в школу *проходит медосмотр* по следующим критериям:

- наличие или отсутствие хронических заболеваний;
- уровень функционального состояния органов и систем;
- степень сопротивляемости организма неблагоприятным условиям;
- уровень достигнутого развития (каждому возрасту соответствуют его анатомо-физиологические особенности);
- степень гармоничности развития ребёнка.

По этим критериям врач определяет для ребёнка соответствующую группу здоровья, которая учитывается при обучении в школе.

(Вспомним группы здоровья).

В частности учителем, который определяет место, на котором будет сидеть ребёнок. Но главное, группа здоровья ребёнка учитывается учителем физической культуры, который распределяет физическую нагрузку для каждого ребёнка.

I группа здоровья – абсолютно здоровые дети по всем критериям.

II группа здоровья – практически здоровые дети, у которых нет хронических заболеваний, но есть некоторые функциональные отклонения – низкий гемоглобин, нарушения остроты зрения, начальные признаки нарушения обмена веществ, плоскостопие и т.д. и сниженную сопротивляемость организма. К этой группе относятся часто болеющие дети (ЧБД). Каких детей относят к часто болеющим детям?

На первом году жизни, если ребёнок переболел 4 и более раз острым заболеванием;

От 1 года до 3 лет, если ребёнок болел в течение года 6 и более раз;

От 3 до 5 лет, если ребёнок болел в течение года 5 и более раз;

От 5 до 6 лет, если ребёнок болел в течение года 4 и более раз;

От 6 до 7 лет, если ребёнок болел в течение года 3 и более раз.

К данной группе здоровья относятся также дети, перенесшие тяжелое соматическое или инфекционное заболевание.

III группа здоровья – дети, страдающие хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, т.е. заболеваниями, которые можно вылечить.

IV группа здоровья – дети, страдающие хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, т.е. заболевания, которые совсем вылечить нельзя, но резервные возможности организма до конца не исчерпаны и функциональные возможности организма постоянно поддерживаются.

V группа здоровья – дети с хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, т.е. возможности организма практически исчерпаны. Заболевания не лечатся. К этой группе здоровья относятся дети инвалиды.

Наше здоровье и здоровье наших детей на 50% зависит от образа жизни. Поэтому, с первых дней жизни ребёнка необходимо заниматься **физическим воспитанием ребёнка**. Соблюдать правильный режим дня, подходящий именно для того возраста, в котором прибывает ребёнок, следить за правильным питанием малыша, обеспечить двигательную активность, самостоятельную двигательную деятельность, закаливающие процедуры, прогулки на свежем воздухе и т.д.

Кроме общего физического состояния здоровья к физической готовности к школе относится также **развитие зрительно-двигательной координации** – это согласованная работа рук и глаз.

В школе ребёнку придётся много писать, списывать и срисовывать с доски или с другого образца. Поэтому пальцы рук должны чётко воспроизводить ту информацию, которую передают глаза. Для этого ещё должна быть хорошо развита мелкая моторика рук. Ребёнок должен уметь правильно держать карандаш и рисовать им с нужным нажимом.

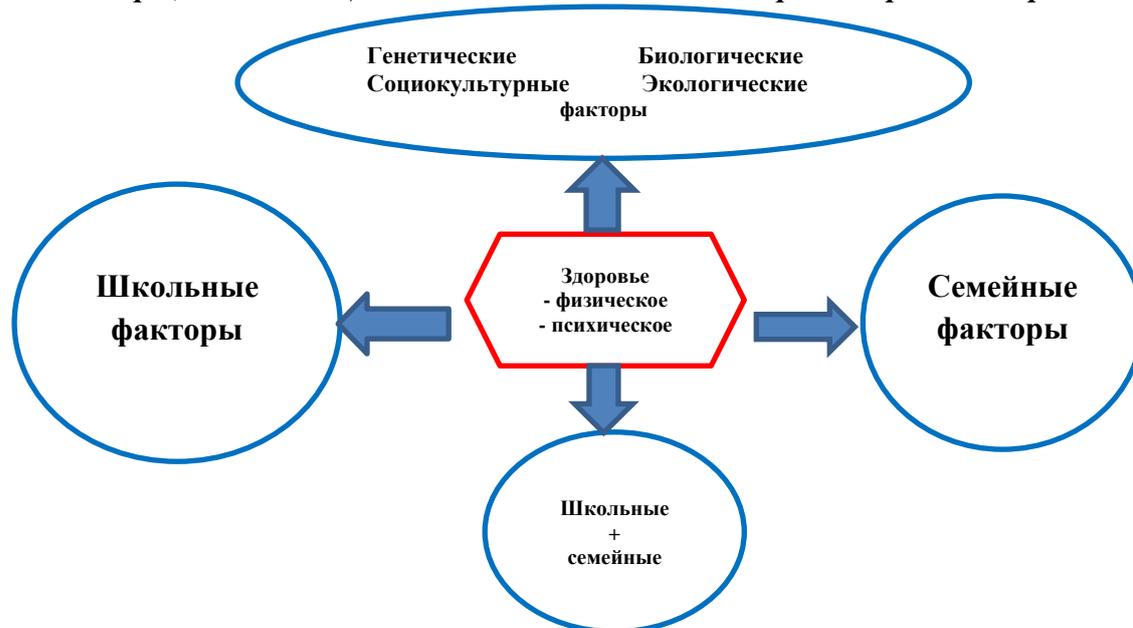
3. Основные факторы риска в детском возрасте.

Удивительно, но ещё два десятилетия назад понятия «детский стресс» не существовало. Однако последние исследования доказали, что дети так же страдают от страхов, избыточных нагрузок, сильного психологического давления, в итоге каждый третий ребёнок испытывает стресс.

Самым сильным стрессом является школьный стресс. Дискомфорт и смена уютной детсадовской группы на строго обставленный класс и необходимость длительное время сидеть смирно, когда природа требует игры, иногда обидные выпады одноклассников негативно влияют на состояние ребёнка.

Всё это может и мелочи по сравнению с учебной нагрузкой, которая обрушивается на учащихся.

Факторы, оказывающие негативное влияние на здоровье и развитие ребёнка



При воздействии всех этих факторов на ребёнка появляются:

- поведенческие расстройства;
- трудности в обучении;
- ухудшение физического здоровья;
- нарушение психического здоровья
- конфликты с педагогами;
- конфликты с родителями.

Многолетние исследования Института возрастной физиологии РАО позволили выявить школьные факторы риска, которые провоцируют стресс, негативно сказываются на росте, развитии и здоровье детей.

В школу приходит около 20% первоклассников, имеющих нарушения психического здоровья пограничного характера, но уже к концу года их число увеличивается до 40%. Свыше 50% школьников испытывают значительные трудности в усвоении школьной программы.

Школьные факторы риска:

Стрессовая педагогическая тактика – система окрика («Опять тебя все ждут!»; «Ну, что за почерк?») То есть несдержанное, грубое, излишне аффективное поведение преподавателя.

Так же физиологам хорошо известен негативный эффект ситуации ограничения временем в процессе любой деятельности. На выполнение любого задания необходимо достаточное количество времени. Испытание «секундомером» приводит к развитию пограничных нарушений психического здоровья.

Интенсификация учебного процесса. Идёт различными путями. Первый, наиболее явный – увеличение количества учебных часов. Фактическая учебная школьная нагрузка особенно в лицеях, гимназиях, классах с углублённым изучением ряда предметов, составляет в начальной школе в среднем 5-6,2 часов в день, в среднем звене 6,2 – 7,5 часов в день, в старшей школе 8 часов. С учётом выполнения домашнего задания на занятие необходимо в неделю 150 часов (всего в неделе 168 часов) вот и остаётся всего 18 часов на прогулку и отдых.

Отмечается высокая зависимость роста отклонений в состоянии здоровья от объёма и интенсивности учебной нагрузки. Возрастает частота нарушения зрения, осанки, органов пищеварения, психоневрологические отклонения.

Функциональная неграмотность педагога. Школе необходимы педагоги, осознающие ответственность за эмоционально-комфортное развитие и здоровье школьника (а не только за знания), педагоги, умеющие отстаивать интересы ребёнка. Недооценка профессиональной значимости у учителя часто наблюдается у молодых специалистов.

Вопросы самоконтроля:

1. Назовите основные методы закаливания.
2. Какие факторы оказывают негативное влияние на здоровье и развитие ребёнка?

Тема 4.2. Адаптация и стресс у детей. Норма и отклонение от нормы. Система самооздоровления и самосовершенствования.

План

1. Степени адаптации.
2. Правила адаптации, чтобы она прошла как можно легче и быстрее.

Степени адаптации.

Степени адаптации ребенка к детскому саду.

Известно, что одни дети привыкают к саду быстро и легко, другие – сложнее.

Всего выделяют три степени адаптации ребенка в детском саду: легкую, среднюю и тяжелую.

Легкая

Более чем у половины малышей привыкание к условиям детского сада происходит легко. Они заходят в группу без истерик, находятся в хорошем настроении, охотно общаются с другими детьми, реагируют на обращение к ним воспитателя.

Поход в садик не вызывает протеста, иногда малыш даже сам просится туда, капризы и приступы плохого настроения кратковременны. В такой ситуации можно говорить о

легкой адаптации. Обычно она длится до 4 недель и протекает на фоне хорошего самочувствия.

Средняя

Если у ребенка адаптация средней степени тяжести, он испытывает беспокойство, приближаясь к группе, но через несколько минут справляется с напряжением и идет играть с детьми. Нередко такие малыши склонны специально нарушать правила поведения в саду, чтобы проверить, что произойдет, и добиться индивидуального внимания.

При адаптации средней степени дети часто болеют респираторными заболеваниями. Причиной тому становится стресс от изменения уклада жизни и нахождение в коллективе, где риск инфицирования заметно увеличивается.

Такая адаптация длится около 1,5 месяцев. Если при учащении ОРВИ обратиться к врачу за консультацией и заняться укреплением иммунитета крохи, привыкание пройдет легче и вскоре все нормализуется.

Тяжелая

Тяжелая адаптация ребенка в детском саду выражается в проблемном поведении, частых, иногда осложненных, простудах, нервных срывах. Малыш не хочет идти на контакт с воспитателем и другими детьми, практически не проявляет интереса к предлагаемым игрушкам, ведет себя тревожно и пугливо. При расставании с мамой возможны продолжительные истерики.

Если этот период длится месяцами, а улучшений нет, родителям нужно обратиться за консультацией к детскому психологу и невропатологу.

Эмоциональное состояние ребенка в период привыкания

Чтобы не сердиться на малыша за плохое поведение и капризы во время адаптации ребенка в детском саду, родителям нужно постараться понять его эмоции. Для крохи, который до этого постоянно был с мамой, начало посещения сада – серьезный стресс.

Особенности адаптации детей в детском саду таковы, что на первых этапах преобладают отрицательные эмоции – страх и гнев. Малыш не хочет заходить в группу, цепляется за родителей, начинает хныкать. Он боится, что про него забудут и не заберут, опасается оставаться с новыми людьми в незнакомой обстановке.

Возможны внезапные вспышки агрессии – ребенок вырывается, не давая себя переодеть, или даже пытается ударить взрослого. Это выражение протеста против разлуки с родителями, которое должно сгладиться по мере привыкания к условиям детского сада.

Если спустя несколько минут после ухода мамы ребенок успокаивается, адаптация проходит нормально. В дальнейшем, малыш еще может периодически хныкать при расставании и за компанию с другими детьми, но постепенно на смену негативу придут положительные эмоции от новых впечатлений, игр, общения. Окончание адаптации ребенка к условиям детского сада можно распознать по хорошему настроению малыша вечером и легкому прощанию с родителями по утрам.

Чаще дети первые несколько дней или недель плачут, не хотят отпускать маму. И в этом нет ничего необычного. Для ребенка начало посещения садика — это стресс. И наша с вами задача — смягчить его настолько, чтобы он прошел незаметно и без неприятных последствий.

14 правил, чтобы адаптация ребенка прошла как можно легче и быстрее.

- ✓ Отдавать ребенка в детский сад лучше в теплое время года, когда дети большую часть времени проводят на прогулке. Так ребенку будет легче адаптироваться, поскольку игры на свежем воздухе, песочница — все очень напоминает привычные условия его повседневной жизни.
- ✓ За неделю-две до начала посещения садика приучить ребенка к режиму, который установлен в саду и ввести в рацион ребенка блюда, которые готовят в саду. Таким образом на 2 стрессовых момента станет меньше. Ребенок должен привыкнуть просыпаться утром (например, в 7:00), спать днем с 13:00, завтракать и обедать примерно в то же время, что и в саду. Тогда ему будет легче привыкать к его условиям.
- ✓ Навыки самообслуживания. Научите малыша одеваться, раздеваться, есть ложкой, отучите от одноразовых подгузников. Конечно, если вам приходится отдавать ребенка в детский сад в очень раннем возрасте, то эти навыки могут быть еще не сформированы на достаточном уровне. Главное, чтобы ребенок хотел и пробовал самостоятельно одеваться или есть, а также умел попросить о помощи. Тогда он будет комфортнее и увереннее чувствовать себя среди сверстников, среди которых найдутся те, что умеют делать это самостоятельно.
- ✓ Сформировать положительную установку на сад. Это очень важный пункт! Никогда не пугайте ребенка садиком. Такие фразы, как: “Успокойся, иначе отведу в сад”, “Вот пойдешь в садик — увидишь!” способны сформировать у ребенка установку на то, что в саду плохо и его следует избегать всеми силами. Не используйте фразы, содержащие негатив для ребенка (“А в саду тебе придется такое есть!”, “Вот пойдешь в садик, а там надо делиться с детьми!”)

Рассказывайте о садике, гуляйте возле него, наблюдайте за детьми на его площадке, комментируя все, что увидели.

- ✓ Не обманывайте ребенка! Говорите так, как есть. Не стоит слишком расхваливать садик, чтобы потом у ребенка не было разочарования. “Да, ты придешь в группу, а там много детей. Сначала ты никого не будешь знать, но воспитательница поможет подружиться, и вам будет весело!” “Да, тебе придется быть в саду без мамы, я тоже буду скучать по тебе, но вечером я обязательно за тобой приду!» — Вот так лучше разговаривать с ребенком.
- ✓ Научите ребенка отпускать маму, играть самостоятельно игрушками. Конечно, не у всех есть такая возможность, но хорошо, если у ребенка есть регулярный опыт того, что мама отлучается на несколько часов, а малыш в это время остается с папой, бабушкой, няней... Дети, которые никогда не расставались с мамой, так же, как и те, у которых был неудачный опыт такого расставания, могут дольше адаптироваться к детскому саду.
- ✓ Навыки общения. Покажите ребенку, как делиться игрушками, как просить игрушку, как обращаться к взрослым. Эти навыки пригодятся ему в группе детского сада буквально с первого же дня. Для подготовки ребенка в детсад посещайте группы раннего развития, хотя бы для того, чтобы ребенок привык к детскому коллективу, к занятиям и необходимости слушать и слышать взрослого. Общайтесь с воспитателями с уважением и доброжелательно. Ребенок очень внимательно следит за вашими эмоциями, реакциями, поведением. Таким образом, он относится к другим людям так, как вы относитесь к ним, он принимает ваше отношение. Поэтому, придя в детский сад впервые, ребенок должен почувствовать и понять, что воспитатель — это “добрая тетя”, потому что мама с ней приветлива, спокойна и доброжелательна.
- ✓ Обязательно прощайтесь, не убегайте, оставляя ребенка. Это касается не только детского сада, но и любых моментов расставания. Ребенку гораздо легче понять, что мама идет и скоро вернется, чем куда мама внезапно делась. В последнем случае дети начинают придумывать, что мама бросила их и больше никогда не вернется. Тогда начинаются слезы, переживания, истерики, нежелание отпускать маму ни на секундочку.
- ✓ Не нарушайте привычки на первых порах, даже плохие (сосание пальца, соски и т.п.) Если ваш малыш сосет соску, палец, имеет еще какую-то привычку, не пытайтесь отучить от нее параллельно с вступлением в детсад. Так вы добавляете еще один стресс вашему ребенку. Подождите, пока ребенок

адаптируется к садику, тогда займитесь привычками. Или еще лучше — отучите от привычки заранее, еще до начала посещения детского сада.

- ✓ Давайте ребенку больше внимания, тепла, ласки. Малышу, который начал ходить в детский сад, уделяйте больше внимания, тепла, ласки, больше обнимайте, демонстрируйте свою любовь, больше времени проводите вместе. Таким образом вы компенсируете ту нехватку мамы в течение дня и еще раз убеждаете, что мама продолжает любить, а не покидает в саду, потому что больше не любит.
- ✓ Если ребенку трудно расставаться с мамой, пусть отводят в детский сад папа, бабушка или еще кто-то. Хотя бы на первых порах. Помните, ребенок чувствует вашу тревогу! Поэтому стояния под дверью группы и прислушивание к тому, что там происходит, хождение вокруг сада и “заглядывания в окна” ни к чему хорошему не приведет. Ребенок, который ощущает мамину тревогу или страх, начинает сам бояться и думать, что в саду с ним может случиться что-то неприятное. Для такого ребенка период адаптации может не заканчиваться очень долго — пока мама не успокоится и не отпустит свои переживания.
- ✓ Принимать чувства ребенка. Исключить нотации, убеждения. Если ребенок плачет в саду, скучает по маме, никогда не запрещайте его чувства, не старайтесь сразу же убедить, что эти чувства напрасны. Просто примите их, покажите, что вы понимаете, что это нормально так чувствовать. Скажите: «Да, я вижу, ты очень скучал/скучала!»

Тема 4.3. Детские страхи. Паталогические состояния детского возраста.

Профилактика развития

План

1. Причины детских страхов
2. Часто встречающиеся детские страхи, с учётом возрастных особенностей

Причины детских страхов

Страх – это эмоциональная реакция психики на воздействие угрожающих факторов.

Страх - наиболее сильная из всех эмоций, являющаяся следствием инстинкта самосохранения.

Специфика детских страхов в том, что реальной угрозы, как правило, не существует. Их возникновение обусловлено детским воображением, окружением ребёнка, взрослыми людьми эмоционально реагирующими, предупреждающими

ребенка об опасности: «Не ходи - упадешь», «Не бери – обожжешься», «Не гладь – укусит». Ребенку еще не ясно, что ему угрожает, но уже чувствует тревогу, у него возникает реакция страха. Так же причиной возникновения страха может стать конкретный случай, который напугал ребенка (укусила собака, застрял в лифте). Такие страхи легче всего поддаются коррекции. Одной из причин, вызывающих страх, может стать необычное изменение знакомого лица: новая шапка, одежда и т.д.

Существует множество причин и предпосылок для развития детских страхов.

Психологи называют основные из них.

Ранее пережитые и травмирующие ситуации, которые ребенок боится пережить вновь. Чаще всего это бывает укус пчелы или собаки, падение с высоты, чье-то агрессивное поведение.

Часто возникающее ненавязчивое напоминание о возможной опасности, которая существует в сознании или памяти ребенка. Чрезмерно эмоциональное предупреждение ребенка об опасности, которая поджидает его в результате производимых им действий. Эта причина актуальна для семей, где на ребенка принято «орать».

Частые и непрекращающиеся строгие запреты, которые буквально окружают и угнетают ребенка.

Ребенок стал свидетелем беседы взрослых о каком-либо отрицательном явлении. Например, обсуждение аварии, несчастного случая, чьей-либо смерти. Конфликт в семье, причиной которого мог стать сам ребенок.

Ссоры и конфликты со сверстниками. Частой причиной также является распространенное запугивание самими родителями своего ребенка различными вымышленными существами, например, «бабайкой», лешим, домовым, ведьмой.

Урбанизация. Жизнь в условиях города - это непрерывная нагрузка и испытание на прочность психики не только взрослого человека, но и детей. Ребёнок может чувствовать себя одиноким, уставшим от постоянного изобилия новой, зачастую ненужной ему информации. Городские дети, как правило, страдают от гиперопеки родителей (**гиперопека** - чрезмерная опека детей, проявляющаяся в стремлении родителей окружить ребенка повышенным вниманием), что так же неблагоприятно сказывается на детской психике, делает ребёнка неуверенным в себя и боязливым.

Нехватка общения с взрослыми людьми. Ничто, ни компьютер, ни игрушки не могут заменить ребёнка живого общения с родителями. Иногда, достаточно просто начать проводить с ребёнком больше времени, не просто находиться рядом, а именно общаться и страхи могут быть нейтрализованы.

Гиподинамия - «малоподвижность». Дети мало бывают на свежем воздухе, мало

двигаются. Много сидят перед компьютером, поздно ложатся спать. Психологи заметили, что те дети, которые не получают необходимую по возрасту физическую нагрузку, чаще сталкиваются с проблемой возникновения страхов. Доминантное поведение матери. Если женщина занимает лидирующую роль в семье, позволяет себе агрессивное поведение по отношению к остальным членам семьи, детские страхи в подобном случае обеспечены.

Ссоры в семье. Ребёнок, в силу возраста, не до конца осознает, что происходит в его семье, однако прекрасно чувствует. Эти тревоги воплощаются в страхах, хотя истинные причины детских страхов так и остаются загадкой для родителей.

Часто встречающиеся детские страхи, с учётом возрастных особенностей:

1. Дети первого года жизни:

1.1. Страх перед новой обстановкой.

1.2. Страх потерять маму.

1.3. Страх перед незнакомыми людьми. Такие страхи малышей естественны и по мере взросления исчезают.

2. Дети раннего возраста (1-3 года).

Появляются новые страхи, виновниками которых могут стать сами родители:

2.1. Страх темноты (родители часто пугают ребенка сказочными и мифическими персонажами)

2.2. Страх остаться одному хотя бы на одну минуту (страх первого года жизни был принят за избалованность и малыш был лишён постоянного тесного контакта с мамой).

2.3. Ночные страхи (обычно являются продолжением страха темноты).

Дети 3-5 лет:

3.1. Панический страх перед одиночеством

3.2. Страх темноты (некоторые родители замечают, что ребенок вдруг начал отказываться заходить в лифт или просит оставить открытой дверь в спальню.)

Психокоррекция обязательна, иначе это может перерасти в клаустрофобию

3.3. Ночной страх. Вызывается сказочными персонажами, которых ребенок воспринимает вполне реальными людьми.

Трехлетние дети испытывают страх, когда не знают, что может произойти. Причина страха может быть явной и скрытой. Некоторые дети ясно дают понять, чего они боятся; у других детей выявить источник страха довольно трудно. Признаком страха может быть привычка сосать большой палец, грызть ногти или крутить волосы. Ребенок ведет себя по-другому, когда играет, ест или готовится ко сну. Страх

может проявляться в чрезмерной болтливости или в чрезмерно храбром поведении.

Дети 5-7 лет.

Страхи становятся гораздо разнообразнее

4.1. Ночные страхи. Ребёнок начинает бояться засыпать, по причине того, что он видит страшные сны. Коррекция ночных страхов 7 лет обязательна.

4.2. Страх перед наказанием. Появляется из недостаточно комфортных отношений между родителями и детьми. Физическое воздействие на ребёнка запрещено и не приносит ничего, кроме вреда

4.3. Разговоры и передачи не соответствующие возрасту. Могут возникнуть страхи перед животными. Гиперопека может усилить этот страх.

4.4. Страх смерти (страх собственной смерти и смерти родителей). Осознать в силу возрастных особенностей ребенок ещё не может, что влечет за собой возникновение страха перед пожарами, ДТП, стихийными бедствиями, и т.д.

5. Дети 7-11 лет (страхи, связанные с новым этапом в жизни)

5.1. Страх перед школой.

5.2. Страх коллектива, вызванный сложной адаптацией.

5.3. Страхи перед получением плохой оценки.

Научно доказан факт, что в 95% к возникновению детских страхов причастны родители. Нельзя допускать, чтобы ребёнок ощущал себя брошенным, ненужным.

Взрослые должны воспитывать и поддерживать в ребенке чувство свободы и бесстрашия. Страхи можно победить, а тревожность преодолеть, если работать с ребенком и родителями. Психологи работают с детскими страхами с помощью рисования, сказок и изготовления игрушек. Со страхами детей можно справиться с помощью игр, рисунков и т.д.

Песочницы. – эффективный вариант коррекции страхов. В песочнице, под руководством педагога малыши проигрывает пугающие их ситуации. Если вы видите, что ребенок боится, он не может понять чего именно, поищите проявления модели страха.

Игнорирование детских страхов способно значительно усугубить ситуацию и привести к возникновению детского невроза, который требует лечения, зачастую в условиях стационара.

Вопросы самоконтроля:

1. Назовите основные причины детских страхов.

2. Какие часто встречающиеся детские страхи, с учётом возрастных особенностей вы запомнили?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сохранение и укрепление здоровья детей, всестороннее и гармоничное их развитие, подготовка к успешному обучению в школе во многом зависят от уровня подготовки будущих педагогов в области дошкольной гигиены и медицинских аспектов здоровья. Данное пособие написано в соответствии с требованиями программы по междисциплинарному курсу «Медико-биологические и социальные основы здоровья». В учебном пособии освещаются важные проблемы здоровья ребёнка, основные заболевания важнейших физиологических систем подрастающего организма, их современная классификация, основные симптомы и способы профилактики.

Рассматриваются медико-гигиенические аспекты здорового образа жизни, формирования мотиваций к здоровому образу жизни, профилактики вредных привычек. Особое внимание уделяется комплексу профилактических мер по нераспространению инфекций в детских коллективах, предупреждению детского травматизма и других неотложных состояний и заболеваний с целью сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения. Профилактическая медицина вообще является наиболее перспективной и результативной для сохранения здоровья подрастающего поколения. Способность предвидеть возможные последствия заболеваний, неосторожных действий, рискованного поведения во многих случаях будет способствовать формированию мотивационного поведения на здоровый образ жизни.

Учебное пособие написано с учетом санитарно - эпидемиологических правил и нормативов для организаций дошкольного образования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основные источники:

1. Бубнов В. Г., Бубнова Н. В. Основы медицинских знаний. Спаси и сохрани: Учеб. пособие для уч-ся 9-11 кл. общеобр. учр. и преподавателей курса «ОБЖ». М.: АСТ-ЛТД,
2. Буянов В. М. Первая медицинская помощь. — М.: Мед. 2011г.
3. Вишневская Е. Л. Основы безопасности жизнедеятельности: Учеб. пособие. — М.: Русское слово, 2010.
4. «Гигиена раннего и дошкольного возраста» В.В. Голубев. 2018г.
5. «Здоровье сберегающая деятельность» Н.В. Лободина, Т.Н. Чурилова.
6. Полный медицинский справочник «Домашний доктор». Составители: Л. И. Круглова, Н.Б. Либман 2016.
4. Энциклопедия выживания и спасения Дэвис Б. / Пер. с англ. — М.: Вече, 2007.
5. Служба экстренной медицинской помощи в условиях крупного города / Под ред. В. М. Рябочкина, Р. А. Камчатнова. — М.: Медикас, 2019.

Дополнительные источники:

- 1.Петров С.В. Первая помощь в экстремальных ситуациях: практическое пособие / С.В.Петров, В.Г.Бубнов. М., 2010.
- 2.Смирнов А.Т. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: тестовый контроль знаний старшеклассников: 10 – 11 кл. / А.Т.Смирнов, М.В.Маслов; под ред. А.Т.Смирнова. М., 2014.
- 3.Смирнов А.Т. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: учеб. для 10 – 11 кл. общеобразоват. учрежд. / А.Т.Смирнов, Б.И.Мишин, П.В.Ижевский; под общ. ред. А.Т.Смирнова. 6 изд. М., 2011.
- 4.Смирнов А.Т., Мишин Б.И., Васнев В.А. Основы безопасности жизнедеятельности. Методические рекомендации М., 2017.

Программное обеспечение и Интернет ресурсы.

- 1.http://biblio.narod.ru/gyrnal/vek/sod_vse_tabl.htm – Сайт «Век образования»
- 2.www.modern.ed.gov.ru – Модернизация российского образования
- 3.<http://www.alledu.ru/about> – Портал «Все образование»
- 4.<http://elibrary.ru/defaultx.asp> – Научная электронная библиотека.

РЕЦЕНЗИЯ

на курс лекций по МДК 01.01 Медико-биологические и социальные основы здоровья, разработанные преподавателем дисциплин профессионального учебного цикла и ОБЖ ГОУ СПО «Бендерский педагогический колледж» Осецимской Л.В.

Рецензируемая работа составлена в соответствии с требованиями и содержит: титульный лист, аннотацию, содержание, введение, основную часть, заключение, список использованной литературы.

Данное пособие разработано с целью оказания методической помощи студентам специальности Дошкольное образование ГОУ СПО «Бендерский педагогический колледж», при изучении МДК 01.01 Медико-биологические и социальные основы здоровья. Основной задачей курса лекций является знакомство с основами здоровья и здорового образа жизни во всех сферах проявления.

Несомненными плюсами рецензируемой работы являются: ее содержательность, логичность, завершенность и полнота, что позволяет студентам овладеть необходимыми навыками и умениями, совершенствующими их компетентность:.

Данное пособие содержательно, логично изложено, имеет значимость и включает достаточное количество визуального материала.

Данное пособие выступает средством обучения и может быть использовано студентами для самостоятельной работы при подготовке к промежуточной аттестации, так как материал систематизирован, грамотно и доступно изложен.

В целом, пособие отвечает требованиям ГОС СПО при подготовке студентов и совершенствует качество подготовки специалиста в области здоровьесбережения.

Таким образом, представленный курс лекций по МДК 01.01 Медико-биологические и социальные основы здоровья, разработанный преподавателем дисциплин профессионального учебного цикла и ОБЖ ГОУ СПО «БПК» Осецимской Л.В. на рецензию, заслуживает высокой оценки и может быть рекомендован к утверждению.

Рецензент:  Магурян Е.Н.,
ГОУ СПО «Бендерский педагогический колледж», преподаватель дисциплин профессионального учебного цикла, первая квалификационная категория

Подпись Е.Н. Магурян заверяю
Ведущий специалист по кадрам



Т.М. Евсева