ФГБ ПОУ «КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
МИНЗДРАВА РОССИИ

———

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

учебной дисциплины

ОП.02 ЗДОРОВЫЙ ЧЕЛОВЕК И ЕГО ОКРУЖЕНИЕ

специальность

34.02.02 МЕДИЦИНСКИЙ МАССАЖ

(для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению)

Квалификация - медицинская сестра по массажу /

медицинский брат по массажу

2023

Организация – разработчик: федеральное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Кисловодский медицинский колледж» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Разработчик: Чемеринская Лоана Асхатовна, преподаватель высшей квалификационной категории, ФГБ ПОУ «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России

ТЕМА 1.1.
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. ПОТРЕБНОСТИ ЧЕЛОВЕКА В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ. РОСТ И РАЗВИТИЕ

Теоретическое занятие № 1
«Понятие «здоровье», «здоровый образ жизни», «качество жизни». Роль фельдшера в сохранении и укреплении здоровья»

Т 1.1.1 Роль сестринского персонала в сохранении и укреплении здоровья, в организации медицинской профилактики.

Здоровье является одним из важнейших условий нормального функционирования человека, его активной жизнедеятельности, в то же время это одна из самых важных жизненных ценностей.

Сохранение, поддержание и укрепление здоровья в настоящее время приобретает особое значение, поскольку экономическое развитие страны, рост благосостояния людей невозможны без высокого уровня здоровья как отдельного человека, так и всего населения в целом.

Для повышения уровня здоровья каждого гражданина в отдельности и населения в целом требуется целый комплекс мер в организации системы здравоохранения.

С целью улучшения состояния здоровья населения России разработан и реализуется приоритетный национальный проект «Здоровье», в центре внимания, которого находится первичное звено здравоохранения, его усиление.

В числе прочего в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» предусмотрено развитие профилактики и диспансеризации, что должно привести к улучшению демографической ситуации в стране и повышению уровня здоровья населения.

С 2009 года в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации по стране открыты и продолжают создаваться новые Центры здоровья, основной, целью которых является формирование у населения здорового образа жизни.

Таким образом, в современном здравоохранении России большое внимание уделяется **профилактическому направлению**, в реализации которого значительная роль принадлежит **фельдшерам и медицинским сестрам**, поэтому знание особенностей сохранения здоровья на разных этапах жизни человека является необходимым для сестринского персонала.

При этом каждый человек несет ответственность за свое здоровье и благополучие, а также за здоровье и благополучие своих близких.

Специалисту среднего медицинского звена необходимо:

- умение правильно оценивать состояние здорового человека в разные возрастные периоды,
- определять существующие факторы риска,
- консультировать пациента и его окружение, обучать их поддержанию здоровья, принципам здорового образа жизни.

Знания и умения, приобретенные при изучении данной дисциплины, являются *необходимым условием эффективной работы сестринского персонала любых специальностей* — участковых медицинских сестер, медсестер общей практики (семейных), акушерок, медицинских сестер стационаров, хосписов, фельдшеров, - поскольку в процессе своей профессиональной деятельности они должны проводить антропометрические измерения, оценку психического, физического, полового развития, обучать наблюдению за своим здоровьем, принципам здорового образа жизни, организовывать и проводить патронажи, диспансерные осмотры, профилактические мероприятия и др. Эти знания и умения позволят сформировать профессиональные компетенции по профилактической деятельности сестринского персонала.

Изучение данной дисциплины позволяет получить знания по сохранению здоровья, проблемам медицины и здорового образа жизни, позволяет помочь себе и своим близким, стремящимся приобрести практические навыки по уходу за ребенком в разные периоды детства, оказывать реальную помощь и поддержку людям, переживающим особые периоды жизни (беременность, роды, климакс), а также пожилым людям и их окружению.

Т 1.1.2 Понятия: «здоровье», «образ жизни», «качество жизни».

В соответствии с определением ВОЗ «**здоровье** является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических недостатков».

Однако в настоящее время понятие «здоровье» приобретает более широкий смысл, что связано с возможностями самого человека в достижении более высокого уровня благополучия, повышения качества жизни.

Качество жизни определяется как *соответствие желаний и потребностей человека его возможностям.*

Для здорового человека важными параметрами качества жизни являются:

- сохранение социального статуса;
- сохранение семейного статуса;
- сексуальная активность;
- соответствие запросов финансовым возможностям;
- удовлетворение от увлечений и отдыха.

Для человека с нарушенным здоровьем, помимо перечисленных параметров, большое значение имеет и возможность самообслуживания, самоухода.

Критериями качества жизни (ВОЗ, 1995) являются:

- физические (сила, энергия, сон, отдых и др.);
- психологические (мышление, изучение, запоминание, положительные эмоции, самооценка, внешний вид, печальные переживания);
- уровень независимости (повседневная деятельность, работоспособность);
- жизнь в обществе (личные взаимоотношения, общественная ценность человека, сексуальная активность);

- окружающая среда (безопасность, быт, материальное благополучие, доступность информации, возможность обучения, досуг; экология — населенность, загрязнение среды обитания и т.д.);
- духовность (чувство ответственности за других, религия, личные убеждения и установки).

Образ жизни — это сознательно совершаемые человеком действия, составляющие привычный уклад его повседневного поведения.

В своей повседневной жизни человеку приходится выполнять значительную часть обязанностей и действий, направленных на решение целого ряда задач:

- Обеспечение жизнедеятельности, для чего необходимо дышать, питаться, спать, поддерживать температуру своего тела и пр.
- Выполнение профессиональных обязанностей требует соблюдения целого ряда условий в организации работы (учебы), отдыха, в повышении квалификации, в физической и психологической реабилитации и т.п.
- Поддержание социально-культурного статуса, множественных межличностных контактов, духовное развитие и др.
- Выполнение своих семейно-бытовых функций по обеспечению жизни семьи и воспитанию детей.
- Забота о своем здоровье, в том числе необходимая двигательная активность, выполнение гигиенических требований, отказ от вредных привычек и пр.

Понятие "образ жизни" включает различные категории деятельности, активности людей:

- характер активности (интеллектуальная и физическая активность);
- сферы активности (трудовая и внетрудовая активность);
- виды или формы активности (производственная, социальная, культурная, образовательная, медицинская активность, деятельность в быту).

В понятие «образ жизни» включается также, во-первых, формирование позитивного поведения, во-вторых, преодоление факторов риска здоровью.

Т 1.1.3 Понятие о группах здоровья.

Группа здоровья – это оценочная категория и условный показатель физического и психического состояния детей и подростков до 17 лет включительно. От группы здоровья зависит, будет ли ребенок ограничен в спортивной или социальной деятельности.

Группа здоровья присваивается на медицинском освидетельствовании по результатам анализов и осмотров врачей.

В Российской Федерации существует система раннего выявления нуждающихся в терапии детей и дальнейшей организации их жизнедеятельности. В частности, ежегодные медицинские осмотры обучающихся позволяют разбить их на медицинские группы в соответствии с четырьмя критериями:

- наличие или отсутствие хронических заболеваний;

- характер функционирования основных функциональных систем организма;
- степень сопротивляемости неблагоприятным воздействиям;
- уровень физического развития и степень его гармоничности.

Группы здоровья.

В соответствии с указанными критериями выделяют следующие группы здоровья:

1-я группа – здоровые, нормально развивающиеся, без функциональных отклонений. Сюда относятся школьники без хронических заболеваний, не болевшие или редко болевшие за период наблюдения и имеющие нормальное, соответствующее возрасту физическое и нервно-психическое развитие.

2-я группа – здоровые, при наличии функциональных или небольших морфологических отклонений. Это не страдающие хроническими заболеваниями, но имеющие некоторые функциональные и морфологические отклонения, а также часто (четыре и более раз в году) или длительно (более 25 дней по одному заболеванию) болеющие школьники.

3-я группа – больные в компенсированном состоянии имеющие хронические заболевания или врожденную патологию в состоянии компенсации с редкими и нетяжело протекающими обострениями хронического заболевания без выраженного нарушения общего состояния и самочувствия.

4-я группа – больные в субкомпенсированном состоянии: имеющие хронические заболевания или врожденную патологию в состоянии субкомпенсации с нарушениями общего состояния и самочувствия после обострения, с затяжным характером реконвалесценции после острых заболеваний.

5-я группа – больные в декомпенсированном состоянии: с тяжелыми хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации и со значительно сниженными функциональными возможностями; как правило, они не посещают образовательные учреждения общего профиля, а обучаются либо в специализированных школах, либо на дому и наблюдаются по индивидуальным схемам.

Комплексную оценку состояния здоровья и распределение по группам здоровья дает врач-педиатр.

Дети и подростки, отнесенные к разным группам, требуют дифференцированного подхода в организации занятий физкультурой или лечебной физкультурой.

Так, для детей первой группы здоровья учебная, трудовая и спортивная деятельность организуется без каких-либо ограничений в соответствии с государственными программами по физическому воспитанию для соответствующей возрастной категории.

Дети второй группы здоровья как группа риска нуждаются в повышенном внимании со стороны врачей. С ними необходимо проводить специальные мероприятия по закаливанию, занятия лечебной физкультурой, диетотерапию; для них требуется организовать рациональный режим жизнедеятельности в соответствии с состоянием их здоровья.

Дети с третьей, четвертой и пятой группами здоровья должны находиться под постоянным наблюдением врачей, их двигательный режим ограничен определенными противопоказаниями (но должен быть обязательной частью образа жизни), и для них удлиняется продолжительность отдыха и сна.

После распределения по группам здоровья детей, признанных годными к обучению в общеобразовательной школе, разбивают по медицинским группам, принадлежность к каждой из которых определяет и тот режим занятий физической культурой, который наиболее соответствует их состоянию здоровья. Правильное распределение детей по медицинским группам для занятий физкультурой является важной частью работы врача-педиатра и учителя физкультуры.

Т 1.1.4 Критерии здоровья.

Система комплексной оценки состояния здоровья основывается на 4-х **базовых критериях**:

- наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний (с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса)
- уровень функционального состояния основных систем организма
- степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям
- уровень достигнутого развития и степень его гармоничности

Т 1.1.5 Факторы, влияющие на здоровье.

На *уровень и состояние здоровья человека оказывают влияние множество* ***факторов*****:**

- биологические, психологические свойства человека (наследственность, конституциональные особенности и др.);
- природные условия (климат, флора, фауна и т.д.);
- состояние экологии (степень загрязнения или чистоты окружающей среды);
- социально-экономические, политические условия, действующие в той или иной стране;
- уровень развития здравоохранения, степень подготовленности и квалификации медицинских кадров и др.

Т 1.1.6 Факторы риска болезни.

Помимо непосредственных факторов и условий, определяющих здоровье, выделяют и группу ***факторов риска*** **здоровью**, то есть факторов, создающих фон для развития заболевания, иначе говоря, они способствуют возникновению и развитию болезни.

Факторы риска по своей природе могут быть:

- первичными, действующими изначально и способствующими нарушению здоровья;

- вторичными, служащими провоцирующими для развития заболеваний;

Кроме того, выделяют ***главные факторы риска***:

- курение;
- злоупотребление алкоголем;
- нерациональное питание;
- гиподинамию;
- психоэмоциональный стресс.

К ***числу вторичных факторов риска*** относят:

- диабет;
- артериальную гипертензию;
- гиперлипидемию, гиперхолестеринемию;
- ревматизм;
- аллергию;
- иммунодефицит и др.

Помимо отдельных факторов риска, выделяют и ***группы риска,*** то есть группы населения, в большей мере, чем основная его часть, подверженные развитию различных патологических процессов. Это:

- дети;
- лица пожилого и старческого возраста;
- беременные;
- одинокие;
- люди, работающие во вредных условиях и т.д.

Выделение таких групп, определение факторов риска помогает в работе медицинского персонала, позволяя разрабатывать мероприятия, способствующие сохранению и укреплению здоровья лиц, входящих в ту или иную группу риска.

Существенное влияние на здоровье оказывает и **образ жизни** конкретного человека.

Т 1.1.7 Центр здоровья.

Основная цель деятельности **Центров здоровья** - сохранение здоровья, повышение уровня знаний, информированности и практических навыков по ведению ЗОЖ у населения.

Задачей центров является формирование здорового образа жизни у населения, которое будет способствовать воспитанию личной ответственности за своё здоровье и здоровье своих детей.

Роль Центров здоровья:

- информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;
- групповая и индивидуальная популяризация ЗОЖ, профилактика возникновения и развития факторов риска различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия и др.) и формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих детей и близких;
- формирование у населения принципов "ответственного родительства";

- обучение граждан, в т. ч. детей, гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, в частности помощь в отказе от потребления алкоголя и табака;
- обучение граждан эффективным методам профилактики заболеваний с учетом возрастных особенностей;
- динамическое наблюдение за пациентами группы риска развития неинфекционных заболеваний;
- оценка функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, прогноз состояния здоровья;
- консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;
- разработка индивидуальной программы по ведению ЗОЖ, в т. ч. с учетом физиологических особенностей детского возраста;
- осуществление мониторинга реализации мероприятий по формированию ЗОЖ, факторов риска развития заболеваний.

Т 1.1.8 Школа здоровья

Школа здоровья – это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленных на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышения качества заболевания.

Школа здоровья – организационная форма группового консультирования, гигиенического обучения и воспитания, являющаяся комплексной медицинской профилактической услугой.

Школа здоровья **создается** на базе амбулаторно-поликлинического отделения (учреждения), в том числе кабинета (отделения) медицинской профилактики, центра здоровья, дневного стационара или специализированного (терапевтического, кардиологического, эндокринологического, пульмонологического) отделения стационара учреждения здравоохранения, санатория-профилактория, санатория.

Занятия в Школе имеют право проводить медицинские работники, в т.ч. врач, фельдшер, инструктор по гигиеническому воспитанию, медицинская сестра, имеющие документ о прохождении цикла тематического усовершенствования, дающего право на обучение пациентов. Периодичность обучения на цикле тематического усовершенствования – не реже 1 раза в 5 лет. Ответственность за подготовку специалистов для проведения Школ несет руководитель ЛПУ.

Рекомендуемая численность пациентов в группе – 10–12 человек. Пациенты направляются на занятия в Школе лечащим врачом, врачом центра здоровья или специалистами любого профиля.

Анализ деятельности и контроль качества обучения пациентов в Школе осуществляется руководителем Школы.

Теоретическое занятие № 2
«Рост и развитие. Потребности человека в разные возрастные периоды»

Т 1.1.9 Понятия: «универсальные потребности человека», «возраст», «возрастные периоды», «хронологический возраст», «биологический возраст» и «юридический возраст».

Потребность — это осознанный психологический или физиологический дефицит чего-либо, отраженный в восприятии человека, который он испытывает на протяжении всей своей жизни.

Потребность – рождена чувством нехватки чего-либо. Психологи говорят, что человек испытывает потребность, когда он ощущает физиологически или психически недостаток чего-либо.

Под **возрастом** принято понимать:

1) период времени от рождения организма до настоящего или любого иного момента;

2) биологическую эволюцию организма, то есть характеристику его жизни, отражающую момент рождения, рост, развитие, созревание и старение.

При развитии человека выделяют несколько разновидностей возраста, связанных, но не всегда совпадающих с паспортным возрастом.

Различают:

- хронологический (паспортный, календарный);
- биологический (анатомо-физиологический) возраст;
- социальный возраст;
- психологический возраст;
- юридический возраст

Хронологический возраст — это период от рождения до момента его исчисления, т.е. разность между датой исследования и датой рождения. Исчисляется по количеству прожитых дней, месяцев или лет. Хронологический возраст имеет четкие границы во времени — час, день, месяц, год. При этом биологические особенности данного конкретного организма не учитываются.

Биологический возраст — совокупность признаков, характеризующих биологическое состояние организма, уровень его жизнеспособности и общего здоровья. Биологический возраст определяется степенью морфологического и физического развития организма (совокупностью обменных, анатомических, функциональных, регуляторных, психологических особенностей, приспособительными возможностями организма). Является истинной степенью старения организма.

Биологический возраст может не соответствовать хронологическому. При некоторых патологических состояниях биологический возраст опережает календарный, при некоторых - отстает от него (например, при инфантилизме).

Расхождение сроков хронологического и биологического возраста зависит от:

- конституциональных и расовых особенностей организма;
- состояния здоровья человека;
- региональных отличий, связанных с климатическими условиями;
- режима и характера питания и т. д.

Социальный возраст - это соответствие овладения социальных ролей и функций, достижение определённого социального статуса общепринятым нормам, характерным для данного возраста.

Психологический возраст - это уровень умственного и личностного развития человека на определённом возрастном этапе психического развития, обозначает определённую ступень онтогенетического развития.

Психологический возраст – это физический возраст, которому соответствует человек по уровню своего психического развития и поведения, определённый уровень развития психики, который включает:

- умственный возраст (определение IQ на определённом возрастном этапе);
- социальная зрелость (уровень освоения человеком социальных ролей);
- эмоциональная зрелость (проявление эмоций, уравновешенность, личная зрелость)

Юридический возраст - возраст наступления конкретных прав и обязанностей гражданина, утверждённый законом. В него входят:

- возраст совершеннолетия (18 лет);
- возраст наступления уголовной ответственности (16 лет), а по ряду тяжких и особо тяжких преступлений - с 14лет;
- брачный возраст (в РФ с 18 лет);
- призывной возраст (с 18 - 27 лет);
- трудоспособный возраст (мужчины с 16 - 65 лет, женщины 16 – 60 лет);
- пенсионный возраст (мужчины с 65 лет, женщины с 60 лет).

Возрастные периоды — это те или иные сроки, временные промежутки, которые необходимы для завершения определенного этапа морфологического и функционального развития отдельных тканей, органов, систем организма и всего организма в целом.

Выделение возрастных периодов носит достаточно условный характер, а представление о возрастных периодах относительно. Но для практических целей такое деление необходимо.

Т 1.1.10 Основные потребности человека в разные возрастные периоды.

В настоящее время **основной считается классификация, предложенная американским психологом А. Маслоу.** Он выделяет пять групп потребностей:

1. физиологические,
2. безопасности,
3. причастности (к коллективу, обществу),
4. признания,

5. самореализации (самовыражения).

Эти группы составляют иерархическую структуру, т.е. предполагается, что потребности удовлетворяются последовательно в том порядке, в котором они перечислены. Такую схему обычно изображают в виде пирамиды или лестницы потребностей.

В учебниках по общей экономической теории ***принято деление потребностей на:***

первичные (в пище, одежде, жилье, продолжении рода) и

вторичные (в общении, знании, развитии).

Обычно отмечается условность такой группировки даже для отдельного человека в различные периоды его жизни.

Иерархия основных жизненно-важных потребностей по А. Маслоу

Первую ступень пирамиды А. Маслоу представляют низшие физиологические потребности, без которых *невозможна жизнь в биологическом смысле слова*. Если человек не будет удовлетворять эти потребности, то он просто умрет, как любое живое существо на Земле. Это **потребности в выживании**. К ним относятся потребности:

1. ДЫШАТЬ
2. ЕСТЬ
3. ПИТЬ
4. ВЫДЕЛЯТЬ

Человек на протяжении всей своей жизни растет, развивается, постоянно контактирует с окружающей его средой. В связи с этим у него возникают такие жизненно-важные потребности, *удовлетворять которые ему необходимо для гармоничного роста и развития в этой среде*. Это ***потребности, обеспечивающие человеку собственную*** **безопасность:** ***защита от природных стихий, болезней, социальных явлений, жизненных неудач, стрессов.*** Они составляют **вторую ступень** пирамиды Маслоу. Это потребности:

5. СПАТЬ, ОТДЫХАТЬ
6. БЫТЬ ЧИСТЫМ
7. ОДЕВАТЬСЯ, РАЗДЕВАТЬСЯ
8. ПОДДЕРЖИВАТЬ ТЕМПЕРАТУРУ
9. ПОДДЕРЖИВАТЬ СОСТОЯНИЕ, или БЫТЬ ЗДОРОВЫМ
10. ИЗБЕГАТЬ ОПАСНОСТИ
11. ДВИГАТЬСЯ

Обе эти ступени составляют фундамент (основание, опору) ***пирамиды*** Маслоу.

К третьей ступени пирамиды А. Маслоу относятся **потребности в принадлежности.** Человеку на протяжении всей жизни *необходимо иметь опору, принадлежать к обществу, быть принятым и понятым этим обществом*. Ему необходимо иметь информацию об окружающей его среде.

Этого он достигает, удовлетворяя свою потребность:

12. ОБЩАТЬСЯ

Жизнь в обществе привела к возникновению **потребностей в достижении успеха**: в работе, жизни, семье, стремлении к гармонии, красоте, порядку. Эти потребности составляют **4-ю ступень** пирамиды Маслоу и представлены потребностью:

13. ИМЕТЬ ЖИЗНННЕНЫЕ ЦЕННОСТИ.

И, наконец, вершину пирамиды, **5-ю ступень**, составляют потребности в **служении**, обеспечивающие самореализацию человека и развитие его как личности. Это потребность:

14. УЧИТЬСЯ, РАБОТАТЬ И ИГРАТЬ.

Если посмотреть на пирамиду Маслоу в целом, мы увидим, что пока человек не удовлетворит потребности, составляющие нижние ее ступени, он не сможет удовлетворить высшие психосоциальные потребности.

Все эти потребности необходимо удовлетворять человеку постоянно в процессе своей жизни для достижения физического, социального и творческого благополучия.

Потребности человека должны быть разумными. Что это значит? Вполне естественно и оправданно желание людей полноценно питаться, иметь хорошее, удобное жилье, приобретать удобную и красивую одежду, повышать свой культурный и образовательный уровень. Разумные потребности не противоречат нравственным нормам общества и помогают человеку развивать свои наилучшие, подлинно человеческие качества: стремление трудиться и приносить пользу людям, стремление к творчеству, к красоте.

У человека могут формироваться и ***лжепотребности***. Например, курение, употребление алкоголя, наркотиков может сформировать у людей сильнейшие виды зависимости – никотиновой, алкогольной, наркотической, которые наносят неисправимый ущерб здоровью.

Если проанализировать жизнь каждого из нас, то мы увидим, что, несмотря на то, что потребности у каждого человека и у всех людей одинаковы, способ их удовлетворения у всех разный.

Способ удовлетворения потребностей

Способ удовлетворения потребностей называется образом жизни, поэтому у каждого человека свой образ жизни. Образ жизни зависит от:

1) возраста человека;

2) социокультурного окружения человека;

3) экологии;

4) знаний, умений, желания и здоровья человека.

Рассмотрим подробно каждый пункт.

1) Человек в своем развитии проходит несколько периодов от младенчества до старости, и в каждый период способ удовлетворения потребностей у него будет разный. Например, потребность ЕСТЬ ребенок грудного возраста удовлетворяет, употребляя в пищу молоко матери через определенные интервалы времени, а у человека в зрелом возрасте периодичность приема пищи и качественный состав пищи будут совершенно другими.

2) Под социокультурным окружением понимают общество, в котором живет человек (семья, коллектив на работе, в школе и т.д.), с его традициями, законами, культурой. Это общество обучает человека образу жизни, оно оказывает на образ жизни огромное влияние, которое может быть, как отрицательным, так и положительным.

Например, в одной школе занятиям спортом уделяют большое внимание, а в другой к этому относятся формально. Поэтому у учеников этих школ сформируется соответствующее отношение к спорту.

Другой пример: на многих предприятиях ведется активная борьба с курением и алкоголем, а на других предприятиях на это не обращают никакого внимания, и человек, попадая в то или иное общество, приобретает опыт удовлетворения основных жизненноважных потребностей, присущий данному обществу.

3) Экологическая обстановка, окружающая человека, также оказывает влияние на способ удовлетворения его потребностей, т.е. на его образ жизни.

Например, потребность ДЫШАТЬ: один человек живет в сельской местности и дышит чистым воздухом, а другой - в крупном промышленном городе, где во вдыхаемом воздухе находится много вредных для здоровья веществ.

Способ удовлетворения потребности ДЫШАТЬ у этих людей будет разный в силу экологической ситуации.

4) ***Сам человек тоже оказывает огромное влияние на свой образ жизни***.

Только имея знания, умения, желания, человек будет вести здоровый образ жизни. Здоровый образ жизни - это эталон, придерживаясь которого человек достигает гармонии с окружающей средой.

В окружающей человека среде есть много **факторов, отрицательно влияющих на его образ жизни**. Эти факторы называют факторами риска. Различают ***две группы факторов риска***.

l-я группа - генетические факторы риска: пол, возраст, наследственность. Их устранить невозможно, они всегда присутствуют в жизни человека.

2-я группа - выборочные факторы риска, их можно устранить, они могут быть, а могут отсутствовать в жизни человека. К ней относятся факторы риска: гиподинамия, избыточный вес или нерациональное питание, стресс, вредные привычки, неблагоприятная экологическая обстановка.

Факторы риска не только отрицательно влияют на удовлетворение потребностей, но могут даже привести к нарушению удовлетворения потребностей.

Например, многие городские жители имеют *фактор риска - гиподинамия.* Это связано с частым использованием транспорта, малой долей физического труда и так далее. *Этот фактор риска отрицательно влияет на удовлетворение потребности двигаться*. Но один человек старается больше ходить пешком, физически работает на своей даче, делает по утрам зарядку, катается на велосипеде, ходит на лыжах. Другой все свое свободное время проводит у телевизора, активно пользуется транспортом. У обоих есть фактор риска - гиподинамия. Но первый приспособился (адаптировался) к условиям жизни с

факторами риска, и они оказывают на него меньшее отрицательное влияние, чем на второго.

Поэтому, ***если невозможно устранить факторы риска, то необходимо максимально адаптироваться (приспособиться) к жизни*** в окружающей среде с факторами риска.

Способность к адаптации будет выше, если человек будет:

а) знать о факторах риска, их влиянии на здоровье;

б) иметь желание и волю к адаптации.

Выводы:

1. Способ удовлетворения основных жизненно-важных потребностей человека зависит его социокультурного окружения, возраста и окружающей его среды и состояния здоровья человека.

2. Чем лучше человек адаптирован - к условиям жизни с факторами риска, тем ближе он к здоровью и дальше от болезни.

3. На образ жизни и социокультурное окружение человека можно активно влиять, с целью приблизить его к здоровью, и значительная роль в этом принадлежит медсестре.

Для этого медсестре необходимо:

1. Оценить образ жизни пациента - способ удовлетворения 14-ти основных потребностей;

2. Оценить социокультурное окружение пациента, его влияние на удовлетворение потребностей, определить факторы риска для этого пациента, степень адаптации к условиям жизни с факторами риска;

3. Определить необходимость коррекции образа жизни с целью достижения здоровья;

4. Мотивировать, убедить пациента в необходимости здорового образа жизни;

5. Оказать помощь пациенту в его действиях, направленных на поддержание здоровья или выздоровление (или спокойную смерть), которые он выполнил бы сам, будь у него достаточно сил, воли, знаний.

Помощь эта может быть:

а) непосредственная помощь медсестры в удовлетворении нарушенной потребности: например, у пациента перелом верхней конечности, медсестра будет кормить пациента, осуществлять личную гигиену и так далее;

б) восстановление удовлетворения нарушенной потребности: в нашем примере, восстановление движения в верхних конечностях, используя ЛФК, массаж, простейшие методы физиотерапии;

в) обучение пациента и его окружения в условиях измененного стереотипа навыкам повседневной жизни дома, например, обучение пациента с переломом нижней конечности хождению на костылях.

г) создание условий для спокойной смерти, если все возможности исчерпаны.

Т 1.1.11 Понятия: «рост» и «развитие».

С понятиями «период жизни», «возрастной период», «биологический возраст» тесно связаны такие понятия, как «рост» и «развитие». На каждом этапе возрастной биографии имеются специфические черты, отражающие стадии роста и степень развития организма.

Рост и развитие человека — это *непрерывный процесс, происходящий на протяжении всей его жизни, при котором простые количественные изменения ведут к коренным качественным сдвигам.* Процессы роста и развития взаимосвязаны и взаимообусловлены.

Рост — это **количественные *изменения***, связанные с увеличением числа и/или размеров клеток, размеров и массы органов, тканей, всего организма в целом, накопление определенного объема информации, умений, опыта и т.д.

Развитие подразумевает **качественные *изменения*** — морфологическая дифференцировка тканей и органов, их функциональное совершенствование, появление новых знаний, умений, навыков или их исчезновение, угасание со временем, то есть развитие может идти по двум линиям — восходящей (прогресс) и нисходящей (регресс).

Кроме того, различают ***две формы развития***:

- эволюционную
- революционную (скачкообразную).

Развитие человека *продолжается в течение всей его жизни*, начиная от момента образования зиготы и заканчивая смертью;

рост же (увеличение длины и нарастание массы тела) *заканчивается в конце юношеского возраста*, хотя происходит клеточный и тканевой рост (например, рост ногтей и волос продолжается в течение некоторого времени после биологической смерти организма).

Т 1.1.12 Факторы, оказывающие воздействие на рост и развитие.

Факторы физического развития:

- *наследственные* (длина и масса тела родителей, бабушек, дедушек);
- биологические (здоровье индивидуума, его психологическое, эмоциональное состояние, состояние здоровья его родителей);
- *климатические и экологические;*
- *социально-экономические* (материальное положение семьи, бытовые условия, уровень общей культуры и образования родителей, уровень развития здравоохранения и медицинской культуры, профессиональные вредности);
- *образ жизни* (режим и стиль питания, двигательная активность, вредные привычки, взаимоотношения индивидуума с окружением);
- *половые* (так, половое созревание у девочек и мальчиков начинается в разные сроки, основные антропометрические, функциональные показатели у мужчин остаются более высокими, чем у женщин).

Эти и другие факторы могут воздействовать на физическое развитие как положительно, так и отрицательно.

Например, как *чрезмерная* ***физи****ческая нагрузка*, так и ее недостаток могут тормозить рост человека, а адекватная физическая активность способствует линейному росту человека.

Некоторые факторы оказывают *разнонаправленное действие* на рост и развитие. Так, жаркий климат, как один из факторов, влияющих на физическое развитие, тормозит рост, но ускоряет созревание, то есть развитие, человека.

Степень влияния тех или иных факторов зависит от силы и длительности их воздействия. Так, умеренный и кратковременный дефицит питания не приводит к существенной задержке физического развития, и наоборот выраженная недостаточность основных компонентов питания может привести к заметной задержке развития и даже нарушениям здоровья (в частности, дефицит белка, белковое голодание в детском возрасте вызывает болезнь обмена веществ).

Развитие человека во многом определяется его **окружением**, к которому можно отнести:

- ближайшее окружение (семья — дети, родители, братья, сестры, бабушки, дедушки; друзья);
- профессиональное окружение (коллеги по работе, одноклассники);
- бытовое окружение (соседи, знакомые; люди, имеющие с индивидом общие интересы);
- социальная группа, к которой принадлежит данный индивид (по уровню образования, доходов, бытовым условиям);
- общество в целом.

К окружению человека можно отнести и медицинских работников, контактирующих с ним от рождения до конца жизни и оказывающих большое влияние на его развитие.

Т 1.1.13 Основные закономерности роста и развития человека.

Процессы роста и развития имеют ряд ***закономерностей,*** к которым можно отнести:

- генетическую предопределенность;
- стадийность;
- определенные морфофункциональные изменения, характерные для каждого периода жизни человека.

Одной из основных закономерностей соотношения роста и развития является их несовпадение во времени *(гетерохронность)* или пространстве, то есть они не происходят одномоментно: вначале наблюдаются количественные изменения, приводящие затем к качественным. Этим объясняются скачки роста в отдельные возрастные периоды, несоответствие сроков физического и психосоциального развития (особенно выраженное в подростковом периоде), снижение отдельных функций организма в определенные периоды жизни.

Примером гетерохронности может служить несовпадение во времени достижение оптимального уровня развития сенсорных функций, интеллектуальных и творческих способностей, а также социального развития.

Так, *сенсорное развитие* достигает стадии зрелости к 18—25 годам, *творческие способности* могут достигнуть своего оптимального уровня в среднем к 35 годам, *личностная зрелость* — к 50-60 годам.

Такое различие создает благоприятные условия для индивидуального возрастного развития человека на всем протяжении его жизни.

В период роста в первую очередь и быстрее всего развиваются те функции, которые наиболее важны для развития других функций; ***в период старения*** это обеспечивает сохранение и дальнейшее развитие одних функций за счет угасания и ослабления других.

Т 1.1.14 Характеристика роста и развития в разные возрастные периоды.

Степень и скорость изменений, происходящих с человеком, неодинакова в различные периоды его жизни: ***чем моложе организм, тем интенсивнее идут процессы положительного развития, с возрастом они значительно замедляются.***

Так, наиболее существенны **темпы роста** ***в раннем детском возрасте***, когда происходит значительное увеличение основных морфологических показателей (длина тела к концу первого года жизни увеличивается на 47—50%, на втором году — на 13-15%, на третьем — на 9—10% по отношению к предыдущему; в дальнейшем темпы нарастания длины тела неуклонно снижаются).

В детском возрасте рост и развитие происходят по восходящей линии, в виде прогресса; в зрелом возрасте эти процессы несколько стабилизируются, а в пожилом и старческом — переходят в регресс, то есть развитие идет по нисходящей линии.

К числу особенностей развития человека можно отнести и ***непрерывность*** — все параметры организма на протяжении жизни находятся в развитии или изменении, в то время как рост отдельных органов и систем человека не бесконечен и имеет определенные пределы, а также ***постепенность*** *и* ***необратимость***, поскольку пропустить какой-либо период жизни, стадию развития невозможно, так же как нельзя вернуться к особенностям строения, которые были характерны на предыдущих стадиях развития.

Для развития характерным является и ***цикличность,*** связанная с различными темпами развития в разные периоды времени (сезонная, суточная цикличность). Так, увеличение длины тела происходит в основном в летние месяцы, а нарастание массы тела - осенью и зимой; наибольшая интенсивность увеличения длины тела приходится на ночные часы, когда возрастает активность секреции соматотропного гормона.

Развитие человека, как существа биосоциального, **происходит в различных сферах: физической, социальной, психоэмоциональной и связанной с ней познавательной.**

Физическая сфера, **или** ***физическое развитие,*** включает в себя совокупность морфологических и функциональных свойств организма, соответствующих хронологическому и биологическому возрасту.

В детском возрасте физическое развитие представляет собой процесс роста — увеличение длины, массы, отдельных частей тела, органов и систем организма — и биологического созревания и становления зрелого организма. Физическое развитие, достигнув определенного уровня, стабилизируется.

Наиболее просто физическое развитие ***можно оценить***, используя **антропометрические показатели**, к которым относятся:

- длина (рост),
- масса тела,
- окружности головы и груди.

Для более точной оценки физического развития пользуются ***центильными таблицами****** (Центильные таблицы позволяют сравнивать индивидуальные антропометрические данные со стандартными, которые получают при массовых обследованиях. Дентальные таблицы формируются, исходя из антропометрических данных 100 человек (100%) одного возраста и пола), а так же различными коэффициентами и индексами.

Физическое развитие, включающее помимо роста и массы тела ряд ***физиометрических показателей*** (мышечная сила, жизненная емкость легких — ЖЕЛ и др.), служит одним из критериев работоспособности, запаса жизненных сил, поэтому оценка физического развития широко используется не только в педиатрии, но и при профессиональном отборе, в спортивной, школьной медицине.

Т 1.1.15 Особенности сбора информации в разные возрастные периоды человека.

Сестринское обследование – это выявление нарушений потребностей пациента. Оно заключается в сборе информации о состоянии его здоровья, личности больного, образе жизни и отражении полученных данных в карте сестринского процесса (сестринской истории болезни). Насколько умело медсестра сможет расположить пациента к необходимому разговору, настолько полноценна будет полученная информация. Оценка состояния пациента – это непрерывный систематический процесс, требующий навыков наблюдения и общения. Цель оценки – определение конкретных потребностей человека в сестринском уходе.

Сестринское обследование является независимым и не может подменяться врачебным, так как перед ними стоят разные задачи. Врач проводит обследование, ставит медицинский диагноз, выявляет причины нарушения функций органов и систем с целью дальнейшего лечения. Задача медицинской сестры – обоснование мотивации индивидуального ухода.

Существует пять источников информации о пациенте:

1. Сам пациент.
2. Немедицинское окружение пациента: родственники, знакомые, сослуживцы, соседи по палате.

3. Медицинское окружение: врачи, медсестры, бригады скорой медицинской помощи.

4. Медицинская документация: амбулаторная карта, история болезни, выписки об обследовании, анализы.

5. Специальная медицинская литература: справочники по уходу, стандарты сестринской деятельности, атлас манипуляционной техники, перечень сестринских диагнозов, журнал «Сестринское дело».

Существует два вида информации о пациенте: субъективная и объективная, а также дополнительное обследование

Субъективные данные – это ощущения самого пациента относительно проблем здоровья. Как правило, это информация собирается путём опроса. Медицинская сестра проводит опрос во время беседы.

Цели проведения беседы:

- установление доверительных отношений с пациентом;
- ознакомление пациента с лечением;
- выработка адекватного отношения пациента к его состояниям беспокойства и тревоги;
- определение ожиданий пациента от системы оказания медицинской помощи;
- получение информации, требующей углублённого изучения.

Вначале необходимо представиться пациенту, назвать своё имя, положение, сообщить цель беседы. Затем выяснить у пациента, как к нему обращаться. Это поможет ему чувствовать себя комфортно. Во время беседы собираются анкетные данные – ф.и.о., возраст, пол, место жительства, род занятий, а также обозначаются причины обращения в лечебное учреждение.

Проводя обследование пациента, надо выяснить:

- состояние его здоровья с учётом каждой из 14 фундаментальных потребностей по В. Хендерсон;
- что пациент считает нормальным для себя в связи с каждой указанной потребностью;
- какая помощь нужна пациенту для удовлетворения каждой потребности;
- как и в какой степени нынешнее состояние здоровья мешает ему осуществлять самоуход;
- какие потенциальные трудности или проблемы можно предвидеть в связи с изменением его здоровья; предыдущие заболевания и проблемы.

При субъективном обследовании выясняются:

- данные из анамнеза болезни (Anamnesis morbi): начало заболевания, его течение, с чем оно связано, что пациент предпринимал самостоятельно, куда обращался за помощь, какая помощь была оказана;
- данные из анамнеза жизни (Anamnesis vitae): перенесённые ранее заболевания, инфекционные заболевания, туберкулёз, венерические заболевания,

травмы, операции, лечебные процедуры, переливание крови, реакцию пациента на проведённое в прошлом лечение и качество оказанной сестринской помощи;

- факторы риска: курение, алкоголь, ожирение, стрессовые ситуации, и т.д.;
- аллергоанамнез: на лекарственные вещества, продукты питания, бытовые химические вещества и др.;
- какие основные потребности пациент может удовлетворять сам, а при удовлетворении каких нуждается в помощи;
- есть ли нарушения зрения, слуха, памяти, сна;
- кто или что является поддержкой для пациента;
- как он сам оценивает своё состояние, как относится к процедурам.

Объективные данные о состоянии пациента медсестра получает в результате осмотра пациента, наблюдения за ним и обследования.

Практическое занятие № 1.
«Понятие «здоровье», «здоровый образ жизни», «качество жизни». Роль фельдшера в сохранении и укреплении здоровья»

См. Теоретическое занятие № 1 «Понятие «здоровье», «здоровый образ жизни», «качество жизни». Роль фельдшера в сохранении и укреплении здоровья»

Практическое занятие № 2.
«Рост и развитие. Потребности человека в разные возрастные периоды»

Процесс жизнедеятельности человека тесно связан с понятиями «**потребность», «удовлетворение потребностей**».

На всех этапах жизненного пути человек постоянно сталкивается с потребностью в пище, воде, поступлении кислорода, с потребностью выделения продуктов жизнедеятельности, с потребностью в одежде, жилище и т.д. Без удовлетворения этих и других биологических потребностей организма человека невозможно нормальное протекание жизненных процессов.

Биологические потребности организма определяются его природной сущностью, они заложены в организме людей самой природой. Однако человек является не только биологическим объектом, но и существом социальным, общественным. В связи с этим возникают многие потребности, связанные с его жизнью в обществе, контактами с другими людьми (потребность в общении, в информации, образовании, охране здоровья и т.д.). Возникновение устойчивых общественных связей, формирование социальных групп, становление государства и общества приводят к появлению общественных потребностей (потребность в охране территории государства, поддержании общественного порядка, сохранении национальной культуры и др.).

Потребность - это осознаваемый психологический или физиологический дефицит чего – либо, отражаемый в восприятии человека, состоянии нужды

организма, индивида, личности в чём-то, необходимом для нормального существования.

Все многообразие потребностей можно разделить на несколько групп, видов, уровней.

Биологические потребности:

а) связанные с поддержанием гомеостаза (потребность в питании, дыхании, выделении и т.д.);

б) связанные с движением и отдыхом;

в) связанные с поддержанием здоровья;

г) интеллектуальные и психоэмоциональные;

д) сексуальные.

По времени возникновения потребностей можно выделить:

а) постоянные;

б) периодические.

В зависимости от сроков возникновения потребностей выделяют:

а) текущие;

б) перспективные;

в) краткосрочные;

г) долгосрочные.

По степени важности:

а) актуальные (возникающие в данный момент времени);

б) потенциальные.

По степени необходимости различают:

а) первостепенные (значительные, доминирующие)

б) второстепенные (побочные, не основные) потребности.

Все биологические потребности пересекаются между собой, находятся во взаимосвязи, степень их удовлетворения в значительной мере определяется биологической природой человека, состоянием его здоровья, фазой развития организма, а также социальным положением и образом жизни.

Социальные потребности:

а) личные (индивидуальные);

б) семейные;

в) коллективные (групповые);

г) общественные (государственные).

Степень удовлетворения социальных потребностей зависит от уровня развития общества, производительности труда, уровня жизни, тесно связана с образом жизни.

Классификация потребностей по А. Маслоу.

Классификация американского психолога А. Маслоу, созданная в 1943 году, наиболее удобна для применения в практике сестринского дела. Согласно этой теории у человека с рождения последовательно появляются и сопровождают личностное взросление несколько классов потребностей. По степени усложнения А. Маслоу определил пять иерархических уровней потребностей человека: физиологические потребности, потребности самосохранения, социальные

потребности, потребности в уважении, потребности в самоутверждении и самореализации

Маслоу расположил все жизненно важные потребности в порядке первоочерёдности их удовлетворения в виде пирамиды, нижние уровни которой составляют врождённые физиологические потребности, а вершину - психосоциальные - высшие потребности.

По теории Маслоу:

- Одни потребности для человека более важны, чем другие;
- Потребности высшего уровня не удовлетворяются, пока не удовлетворены потребности низших уровней;
- Для того, чтобы чувствовать себя комфортно и быть счастливым, должны быть удовлетворены потребности всех уровней.

В практике сестринского дела успешно используется упрощённая, адаптированная «пирамида» потребностей, состоящая из 5 уровней, на которых распределены 14 основных (фундаментальных) жизненно – важных потребностей:

1уровень - «Выживание» - к нему относятся потребности, без которых не возможна жизнь человека как биологического объекта.

2уровень - «Безопасность» - человек должен быть уверен, что ему обеспечена безопасность, и что он не причинит вреда окружающим.

3уровень - «Принадлежность» - с рождения человек принадлежит к какой – то общности: семье, народности, нации, культуре и т.д., человек нуждается в любви и понимании.

4 уровень - «Достижение успеха» или «Уважение и самоуважение» - человек живёт среди людей и не может быть равнодушен к оценке своей деятельности со стороны окружающих, человеку также необходимо самоуважение. Каждый человек из этого многообразия окружающего мира выбирает то, на что направляется его активность (в соответствии со своими наклонностями и способностями), стремится сделать как можно лучше, чтобы получить удовлетворение от своей работы и одобрение окружающих (иметь жизненные ценности).

5 уровень - «Самовыражение» или «Служение» - полное раскрытие своих способностей, развитие собственной ценности, осуществляется в любимой работе, приносящей не только удовлетворение, но и радость, в увлечениях (хобби), в творческой деятельности. В идеале работа человека должна быть его хобби - это гарантия долгой, счастливой жизни.

Краткая характеристика основных потребностей человека.

К таким потребностям относятся:

1) ***Потребность дышать*** - процесс дыхания, т.е. поддержание поступления необходимого количества кислорода в кровь, ткани, выводит углекислый газ. Обеспечивает постоянный газообмен между организмом и окружающей средой

2) ***Потребность пить*** - процесс поступления необходимого количества жидкости, без воды жизнь не возможна т. к. все химические процессы в клетках

протекают только в водных растворах. В норме человек должен употреблять 1, 5 - 2 литра воды в сутки.

3) ***Потребность есть*** - питание, т.е. процесс поступления достаточного количества соответствующей по составу пищи, обеспечивает доставку в организм питательных веществ (белки, жиры, углеводы, минеральные вещества, витамины), которые служат источником энергии в организме и пластическим материалом, из которого строятся ткани и органы.

4) ***Потребность выделять*** - выделение продуктов жизнедеятельности организма, выведение конечных продуктов обмена веществ, токсичных для организма.

5) ***Потребности спать и отдыхать*** - сохранение и поддержание необходимого баланса между активной деятельностью и периодами восстановления, между трудом и отдыхом, при неудовлетворении потребности - наступает истощение нервной системы и нарушается деятельность всех органов и систем.

6) ***Потребность двигаться*** - поддержание баланса между самостоятельным функционированием и необходимыми социальными контактами при сохранении индивидуальности, самостоятельности как личности, обеспечивает самостоятельное удовлетворение всех потребностей.

7) ***Потребность быть здоровым*** - обеспечивает комфортное состояние и независимость пациента в удовлетворении всех жизненно - важных потребностей.

8) ***Потребность быть чистым*** - обеспечивает нормальное функционирование кожи и слизистых, которые участвуют в терморегуляции, выводят из организма шлаки, выполняют защитную и дыхательную функции. Поддержание частоты тела способствует психологическому комфорту человека.

9) ***Потребность одеваться, раздеваться*** - обеспечивает защиту от влияния вредных факторов внешней среды и поддержание постоянства внутренней среды, даёт человеку ощущение комфорта и морального удовлетворения.

10) ***Потребность в поддержании температуры тела*** - обеспечивает, как и предыдущая потребность постоянство внутренней среды, оптимальную температуру, при которой протекают биохимические реакции в клетках.

Пути поддержания нормальной температуры:

- Терморегуляция;
- Одежда по сезону;
- Создание микроклимата в помещении.

11) ***Потребность в безопасности*** - сохранение безопасной среды обитания, предвидение и предотвращение возможных опасностей для жизни, оптимальной жизнедеятельности и хорошего самочувствия, обеспечивает необходимость избегать влияние вредных факторов внешней среды, физических, психосоциальных, духовных, всего, что может нарушить комфортное состояние человека.

12) ***Потребность общаться*** - обеспечение нормального развития человека в соответствии с его генетическими и индивидуальными способностями, рационального взаимодействия в рамках различных социальных групп, стимулирование нормального образа жизни. Даёт человеку всю информацию о мире, даёт ему возможность быть принятым и понятым, быть любимым.

13) ***Потребность иметь жизненные ценности*** - обеспечивает необходимость выбирать сферы деятельности в соответствии со склонностями и способностями каждого человека и стремление добиться успеха, признания в этой деятельности.

14) ***Потребность работать, учиться, играть*** - через удовлетворения этих потребностей происходит самореализация человека.

В настоящее время в России принята модель сестринского дела В. Хендерсон в модификации С.А. Мухиной - И.И. Тарновской, в которой рассматриваются **десять фундаментальных потребностей человека**.

К ним относят:

1) нормальное дыхание;
2) адекватное питание и питье;
3) физиологические отправления;
4) движение;
5) сон;
6) одежду (способность одеваться, раздеваться, выбирать соответствующую одежду) и личную гигиену;
7) поддержание нормальной температуры тела;
8) поддержание безопасности при взаимодействии с окружающей средой;
9) общение;
10) труд и отдых.

В большей степени такое выделение потребностей ориентировано на работу с людьми, имеющими те или иные отклонения в состоянии здоровья, и в меньшей — на удовлетворение социальных, когнитивных, эмоциональных потребностей. При этом деятельность медицинской сестры направлена на восстановление и укрепление здоровья человека, достижение им независимости при удовлетворении потребностей.

Возрастные периоды

Возрастные периоды — это те или иные сроки, временные промежутки, которые необходимы для завершения определенного этапа морфологического и функционального развития отдельных тканей, органов, систем организма и всего организма в целом.

Выделение возрастных периодов носит достаточно условный характер, а представление о возрастных периодах относительно. Но для практических целей такое деление необходимо.

Критерии, *по которым определяются те или иные этапы жизни, те или иные возрастные периоды человека, их продолжительность, зависят от ряда* ***факторов***. Это:

- биологические особенности организма,
- социальные факторы (условия среды обитания, уровень жизни),
- уровень научных знаний и состояние здравоохранения.

На протяжении жизненного цикла человека — от зачатия до смерти — **выделяют три основных периода:**

1. ***период роста и развития***, продолжающийся до возраста морфологической, половой, психологической зрелости;

2. ***период относительной стабильности***, зрелости функциональных систем организма;

3. ***период угасания, ослабления*** и деструкции функциональных систем во время старения организма, который наступает после прекращения репродуктивной функции.

Границы между теми или иными возрастными периодами не всегда можно четко установить, особенно у взрослого человека.

Деление на возрастные периоды наиболее детально разработано для детства, и оно отражает, прежде всего, этапы созревания нервной системы, внутренних органов, жевательного аппарата, становление высшей нервной деятельности. Это объясняется тем, что именно в детстве качественно новые изменения протекают динамичнее, быстрее.

Для периода детства характерен непрерывный процесс роста и развития, когда органы и функциональные системы ребенка изменяются в соответствии с известными возрастными границами.

Периоду детского возраста предшествует период внутриутробного развития, в котором можно выделить *стадии* (или периоды) эмбрионального (первые 2 лунных месяца) и плацентарного (с 3-го по 10-й лунный месяц) развития.

Таким образом**, в детском возрасте выделяют:**

А. Внутриутробный этап:

1) стадия эмбрионального развития (первые 2 лунных месяца);
2) стадия плацентарного развития (с 3-го по 10-й лунный месяц).

Б. Внеутробный этап:

1) период новорожденности (до 4 недель);
2) период грудного возраста (с 4 недель до 12 месяцев);
3) преддошкольный, или старший ясельный, период (от 1 года до 3 лет);
4) дошкольный период (с 3 до 6—7 лет);
5) младший школьный период (с 6—7 до 11—12 лет);
6) старший школьный, или подростковый, период (с 12 до 16-18 лет).

Такое детальное и точное разграничение невозможно осуществить ни в какой другой возрастной период.

Тем не менее, в жизни взрослого человека также можно выделить определенные этапы, или возрастные периоды.

В настоящее время выделяют следующие **периоды в жизни взрослого человека:**

1)*юношеский возраст* (от 16 до 20 лет у женщин, от 17 до 21 года у мужчин);

2)*зрелый возраст* (от 20 до 55 лет у женщин, от 21 до 60 лет у мужчин). Он, в свою очередь, подразделяется на:

а) молодой возраст — до 45 лет;
б) средний возраст — 45—60 лет.

На границе зрелого и пожилого возраста ввиду важности происходящих в организме процессов выделяют особый возрастной промежуток — *климактерический период* (от 45 до 60 лет у женщин, от 50 до 60 лет у мужчин);

3) *пожилой возраст* (от 55 до 75 лет у женщин, от 60 до 75 лет у мужчин);

4) *старческий возраст* (от 75 до 90 лет);

5) *позднестарческий, или макробиотический* (после 90 лет; таких людей называют долгожителями).

В этапах жизни человека можно выделить несколько наиболее важных, **критических периодов**, так называемых «**горячих точек**» возрастной биографии, которые характеризуются более значительными физиологическими, психологическими и морфологическими изменениями, требующими повышенного внимания как со стороны медицинского персонала, так и самого человека, и его ближайшего окружения.

К таким периодам относятся:

- период новорожденности,
- период полового созревания (пубертатный),
- климактерический
- период пожилого и старческого возраста.

Такие критические периоды есть и в зрелом возрасте и связаны они как с физиологическими, так и в большей степени с психологическими и социальными особенностями того или иного периода жизни. Это третья «горячая точка» возрастной биографии человека (первая — период новорожденности, вторая — пубертатный возраст), приходящаяся на период от 20 до 25 лет (с возможными колебаниями в зависимости от этнических, культурных особенностей тех или иных групп в пределах четырех лет). Этот период в целом совпадает и для мужчин, и для женщин. Следующие «горячие точки» жизненных этапов мужчины и женщины по возрасту не совпадают. Для женщин это возраст около 30 лет, для мужчин — около 40.

В каждом возрастном периоде имеются свои характерные особенности, касающиеся как всех органов и систем (табл.), так и психической и интеллектуальной сфер.

Возрастные особенности здорового человека

Параметры	Период роста	Зрелый возраст	Пожилой и старческий возраст
Кожа	Розовая, эластичная, гладкая	Розовая, эластичность снижается, появляются морщины	Бледная, возможен желтоватый оттенок, морщины резко выражены, дряблая, тургор снижен, эластичность теряется, появляются пигментные пятна
Слизистые	Розовые, блестящие	Розовые	Бледно-розовые, возможен цианотичный оттенок
Оволосение	Только на голове, волосы мягкие, тонкие	Появляется в подмышечных впадинах и на лобке; у мужчин — на конечностях и теле; на голове появляются седые волосы	Волосы редкие, ломкие, истонченные, часто поседение, облысение
Зубы	Рост молочных зубов, их замена на постоянные	Полный набор постоянных зубов	Выпадение зубов, уменьшение размеров челюстей
Развитие скелета	Рост костей, формирование скелета	Скелет сформирован полностью	Остеопороз, остеохондроз, возможны деформации (кифоз), кости хрупкие
Пропорции тела	Относительно короткие конечности	Пропорциональные,в соответствии с	Уменьшение размеров тела, роста и массы,

	и большая голова	типом конституции	изменение формы частей тела
Дыхание	Зависит от возраста: чем младше ребёнок, тем чаще и поверхностнее	Частота дыхания — 16-18 в 1 минуту, ритмичное	Несколько чаще и поверхностнее, чем в зрелом возрасте, возможна аритмия дыхания
Сердцебиение	От 160 ударов в 1 минуту у новорождённых до 60—75 — в подростковом и юношеском возрасте, выраженная дыхательная аритмия у детей младшего возраста	60—75 ударов в 1 минуту, пульс ритмичный, хорошего наполнения и напряжения	40—60 ударов в 1 минуту, часто развиваются аритмии, пульс малый, пустой
Параметры	**Период роста**	**Зрелый возраст**	**Пожилой и старческий возраст**
Система анализаторов	Дальнозоркость в периоде новорожденное™ сменяется нормальным зрением, слух острый; постоянное развитие вкусовых ощущений	Острота зрения 1,0 с расстояния 5 метров, шепотная речь — 6 метров; вкусовое восприятие — индивидуально	Снижение зрения и слуха, развитие старческой дальнозоркости и тугоухости; снижение вкусового восприятия
Движения	Некоординированные в раннем периоде, более точные — в последующих	Точные, координированные в полном объеме, плавные	Ограничение подвижности суставов, походка медленная, неуверенная, движения теряют плавность
Адаптационные возможности	Невысокие в раннем периоде, повышаются в процессе роста	Достаточно высокие, устойчивые	Снижаются в процессе старения
Психическая деятельность	Зависит от стадии развития: лабильная, ранимая в критические периоды, стабильная в периоды равновесия	Стабильная, в большой степени зависит от типа высшей нервной деятельности	Лабильная, с преобладанием процессов торможения, психическая активность снижается
Способность к самостоятельному удовлетворению потребностей	Полная зависимость от окружающих в раннем возрасте, ограниченная — в дошкольном, полная самостоятельность — в старших возрастных периодах	Полная возможность самостоятельного удовлетворения потребностей	Ограниченная, во многом зависит от состояния здоровья
Половая функция	Неразвита в ранних периодах, появление полового влечения в подростковом периоде	Гиперсексуальность в подростковом и юношеском периоде, индивидуальная стабильная в последующем	Сексуальная активность, потенция, эякуляторные возможности снижаются; медленнее наступает половое возбуждение, уменьшается увлажнение влагалища

Основные проявления биологического возраста при старении - *нарушения важнейших жизненных функций и сужение диапазона адаптации, возникновение болезней и увеличение вероятности смерти или снижение продолжительности предстоящей жизни.* Каждое из них отражает течение биологического времени и связанное с ним увеличение биологического возраста.

Критерии определения биологического возраста

- зрелость (оценивается на основе развития вторичных половых признаков);
- скелетная зрелость (оценивается по срокам и степени окостенения скелета);
- зубная зрелость (оценивается по сроками прорезывания молочных и постоянных зубов);
- наследственность;
- конституция человека;
- зрелость интеллекта (уровень развитие как личности).

Существует большое количество предложенных разными исследователями **тестов** - в зависимости от целей исследования. В качестве критериев **биологического возраста** могут быть использованы и различные морфологические, в меньшей степени психологические показатели, отражающие общую и профессиональную работоспособность, здоровье и возможности

адаптации. Большое значение придается изучению возрастных изменений на молекулярном уровне.

Сокращенный метод определения биологического возраста для взрослых лиц:

- кардиопульмональная система (систолическое артериальное давление, жизненная емкость легких, артериальное парциальное давление кислорода);
- органы чувств, психика (зрение, слух, способность к переключению внимания);
- двигательный аппарат (эластическая способность сухожилий);
- состояние зубов (количество здоровых зубов).

Темпы старения, как и развития, в определенной степени зависят и от конституции человека.

При определении «возрастных норм» и биологического возраста человека следует учитывать пол, индивидуальные и конституциональные особенности, а также принадлежность к определенной эколого-популяционной группе, влияние социальных факторов и другие обстоятельства.

Управление биологическим возрастом человека

Все составляющие здорового образа жизни влияют на биологический возраст. Уменьшение его, стабилизация или замедление — это замедление старения. Важно знать вклад отдельных факторов в этот процесс. Наиболее решающим, по-видимому, является психологический фактор — желание тратить на это силы, время и средства. Не просто заставлять себя регулярно и скрупулёзно выполнять все необходимые тесты.

ТЕМА 2.1.
ВНУТРИУТРОБНЫЙ ПЕРИОД. ДОНОШЕННЫЙ НОВОРОЖДЕННЫЙ.

Теоретическое занятие № 3.
«Внутриутробный период. Закономерности роста и развития человека во внутриутробном периоде»

Т 2.1.1 Внутриутробный период: закономерности роста и развития человека во внутриутробном периоде.

Внутриутробный период продолжается от момента зачатия до рождения и состоит из двух фаз:

1. **эмбриональной** (первые 2 месяца)
2. **фетальной** (3-9 месяц) в этой стадии развития осуществляются интенсивные процессы созревания всех тканей, увеличение длины и массы тела.

У человека внутриутробный период длится в среднем 280 дней, или 10 лунных месяцев (~ 9 календарных).

К концу первых суток после оплодотворения начинается **первый период** развития зародыша - ***дробление***.

Процесс дробления происходит в яйцеводе и заканчивается через **3-4 суток,** по мере продвижения зародыша, которое обеспечивается перистальтическими сокращениями мышц стенки яйцевода и колебанием ресничек. Питание зародыша осуществляется благодаря запасам желтка в яйцеклетке.

В результате процесса дробления образуется многоклеточный шаровидный зародыш с полостью внутри, который через пять суток попадает в матку. Около двух суток он остается в ее полости, яйцеклетка движется к месту прикрепления - ***имплантации***

На 7-е сутки после оплодотворения зародыш начинает внедряться в слизистую оболочку благодаря выделению ферментов, разрушающих ее, и постепенно погружается в нее (процесс продолжается 48 часов).

Наружный слой зародыша начинает вырабатывать гормон - **хориальный гоиадотропин.** Именно он сигнализирует организму матери: наступила беременность, нужно перестраиваться!

Одновременно на 7-е сутки начинается ***процесс гаструляции (образование зародышевых листков), а также образование зародышевых оболочек,*** обеспечивающих необходимые условия для развития.

На 14-15-е сутки устанавливается непосредственный контакт между ворсинками формирующихся оболочек зародыша и сосудами матери, в результате чего питание и снабжение зародыша кислородом начинает осуществляться непосредственно из крови матери. ***Начинается образование пуповины и плаценты*** - детского места (3-я неделя).

21-й день - уже ***сформировалось и стало биться сердце. Формируется головной и спинной мозг.***

На 4-ой неделе ***формируются глазные впадины***, появляются зачатки ручек и ножек. Начинаются ***закладка и развитие внутренних органов***: кишечника, печени, почек, мочевыводящих путей. ***Совершенствуются, развиваются сердце и мозг.***

К 35-му дню начинают формироваться ***нос и верхняя губа***. Если в это время нормальное развитие плода нарушено, зачатки могут не срастись, как положено, и ребенок родится с **«заячьей губой»**

На 6-ой неделе ***продолжают расти ручки и ножки, только пальчиков на них пока нет.*** Образовался важнейший орган иммунной системы - ***вилочковая железа*** *(тимус)*. Она имеет размеры большие, чем все эндокринные железы, вместе взятые.

На 7-ой неделе ***совершенствуется строение сердечка***: формируются перегородки, крупные сосуды, сердце становится четырехкамерным. В ***печени*** уже появились желчные протоки, бурными темпами идет развитие эндокринных желез. ***Растет, развивается мозг***. ***Оформились ушные раковины, на конечностях появились пальчики. Эмбрион уже двигается***, но пока слишком мал, чтобы мать эти движения почувствовав.

На 8-ой неделе ***интенсивный процесс развития внешних и внутренних органов, особенно половых***. До 8 недель пол по внешнему виду определить было невозможно.

К концу 8-й недели завершается зародышевый период развития: все основные структуры и системы органов дифференцированы (рост к концу второго месяца - 3 см).

С 9-й недели начинается плодный период.

Одна из оболочек - водная - выделяет околоплодные воды, в которых и развивается плод. ***Формируются твердое небо, рот***. ***Продолжают развиваться внутренние органы, особенно интенсивно печень***, что очень важно, ибо до 20-й недели именно печень - основной кроветворный орган ребенка. Идет активный рост мышц на ручках и ножках, связочного аппарата.

На 10-ой неделе *завершилось развитие глаз,* но они еще закрыты крохотными веками. Нос, уши, губы доведены природой до человеческого "стандарта". Самое главное -***завершилось формирование рта и всего кишечного тракта:*** удлиняется, закручивается в петли кишечник, "оформляется" прямая кишка. ***Уже возможен акт глотания у плода***. ***Сформированы оба полушария головного мозга, начинает развиваться мозжечок.***

На 11-ой неделе *продолжается окостенение скелета. Начинает формироваться голосообразующий аппарат*. Но голосовые связки пока не в состоянии вибрировать: слишком нежны. ***Формируются лимфоузлы***.

К концу 12-й недели *заканчивается образование плаценты, сердце плода бьется с частотой 130-150 ударов в минуту*.

К концу третьего месяца внутриутробной жизни ребенок двигает ручками и ножками, сжимает кулачки, поворачивает головку, открывает рот, глотает, даже пробует сосать свой собственный пальчик. Внутриутробное развитие у человека продолжается 38-40 недель.

С 20-й до 28-й недели вместо печеночного кроветворения устанавливается костномозговое.

С 22 недельного возраста плод считается жизнеспособным, но морфологическое и функциональное развитие его не закончено.

Т 2.1.2 Факторы, влияющие на здоровье плода (см. Практическое занятие № 3)

Т 2.1.3 Значение дородовых патронажей, их цели и сроки.

Общей целью патронажа беременных является обеспечение благоприятных условий для протекания беременности, последующих родов и рождения здорового ребенка.

Дородовые патронажи - это метод активного динамического наблюдения, направлены на выявление и устранения влияния факторов риска по определённой схеме.

Патронаж - регулярное оказание лечебно – профилактической помощи на дому.

1 (первичный) дородовый патронаж - проводится участковой медсестрой детской поликлиники после постановки на учёт в ЖК.

Цель: выявление факторов риска беременной и определение групп риска, составление индивидуального плана наблюдения за беременной, информирование

женщины о влиянии питания, образа жизни, создание положительного эмоционального настроя.

2 (вторичный) дородовый патронаж проводится перед оформлением декретного отпуска (30 – 32 нед.) или на 30 – 38 неделе беременности.

Цель: оценка состояния беременной, результат выполнения данных ей рекомендаций, прогноз отклонений в поздних сроках беременности, подготовка семьи к рождению ребёнка (информация о первых признаках родовой деятельности, подготовка комнаты для ребёнка, мебели, белья, предметах ухода, обучение правилам подготовки молочных желёз к кормлению).

При первом посещении необходимо выяснить:

- социальный анамнез, основными параметрами которого являются:

а) полнота семьи;

б) возраст родителей;

в) образование и профессия родителей, условия труда беременной и отца будущего ребенка;

г) взаимоотношения в семье, ее психологический микроклимат и отношение к будущему ребенку;

д) наличие или отсутствие в семье вредных привычек, девиантных форм поведения;

е) жилищно-бытовые условия;

ж) материальная обеспеченность семьи;

- состояние здоровья окружения беременной.

Данные социального анамнеза позволяют выделить социально неблагополучные семьи и разработать мероприятия по преодолению негативных последствий выявленных факторов риска.

При первом посещении беременной на дому следует:

- дать советы по улучшению гигиенической обстановки дома, учитывая конкретные условия;
- провести беседу о необходимости соблюдения режима труда и отдыха;
- разъяснить принципы адекватного и рационального питания беременной;
- разъяснить права беременной в области охраны ее здоровья, трудовых отношений.

Акушерка (медицинская сестра) женской консультации проводит и повторные патронажные посещения.

При повторных посещениях акушерка (медицинская сестра):

- измеряет артериальное давление у беременной женщины;
- выслушивает сердцебиение плода;
- определяет положение плода;
- дает советы по питанию, режиму дня, подбору одежды и обуви;
- дает рекомендации по ношению бандажа;

- обучает беременную подготовке молочных желез к кормлению ребенка;
- мотивирует беременную и окружение к грудному вскармливанию ребенка;
- мотивирует беременную к отказу от курения и употребления алкоголя;
- мотивирует окружение к освобождению беременной от тяжелого физического труда по дому и домашнему хозяйству (сад, огород, домашние животные);
- мотивирует к созданию необходимых условий для новорожденного ребенка;
- дает рекомендации о приданом для ребенка;
- объясняет, когда следует обратиться в родильный дом.

Повторные посещения проводятся также в случае:

- неявки беременной по каким-либо причинам в женскую консультацию;
- пропусков занятий по физиопсихопрофилактической подготовке к родам.

Участковая медицинская сестра детской поликлиники посещает беременную на дому после получения извещения из женской консультации. Патронажные посещения участковой медицинской сестрой детской поликлиники проводятся дважды: сразу после получения извещения из женской консультации и на 32-й неделе беременности.

Во время первого дородового патронажа медицинская сестра:

- осуществляет сбор данных социального анамнеза;
- оценивает санитарно-гигиенические условия и дает рекомендации по их коррекции (при необходимости);
- дает рекомендации по питанию беременной;
- дает рекомендации о предметах, необходимых для ухода за новорожденным ребенком;
- мотивирует беременную и окружение к грудному вскармливанию ребенка.

При повторном дородовом патронаже медицинская сестра:

- уточняет данные социального анамнеза;
- контролирует санитарно-гигиенические условия;
- контролирует режим дня и дает рекомендации по его коррекции (в случае необходимости);
- проводит беседу об особенностях поведения и развития новорожденного;
- дает рекомендации по профилактике пограничных состояний.

Теоретическое занятие № 4.
«Период новорожденности. Анатомо-физиологические особенности и признаки доношенного новорожденного ребенка. Первичный патронаж к новорожденному. Организация ухода»

Т 2.1.4 Период новорожденности (неонатальный), его характеристика.

Период новорожденности, или неонатальный период (лат. neonatus - новорожденный).

Этот период ***начинается от первого вдоха ребенка и продолжается до конца 4-й недели жизни (28 дней).***

Длительность этого периода определяется временем адаптации новорожденного к внеутробным условиям.

Начинается легочное дыхание, включаются малый и большой круг кровообращения, запустевают пупочные сосуды, закрывается артериальный (боталлов) проток, устанавливается самостоятельная, но крайне несовершенная терморегуляция.

Этот период характеризуется ***незрелостью всех органов и систем тканей, особенно ЦНС.***

Внешне ребенок беспомощен, свисает голова, не держится спина, он все время делает беспорядочные движения руками и ногами. При этом верхние и нижние конечности находятся в состоянии гипертонуса, что указывает на преобладание в этом периоде подкорковой и спинальной регуляции. Из-за недифференцированности коры большого мозга ребенок рождается только с безусловными рефлексами (сосательный, глотательный, хоботковый и др.) и почти постоянно находится в состоянии сна.

Такие процессы, ***как дыхание, кровообращение, выделение, совершаются с максимальной интенсивностью*** (число дыханий 40 в 1 мин, пульс до 160 в 1 мин).

У новорожденного ***быстро нарастает масса тела***. За первый месяц жизни он прибавляет в весе около 800 г. Активность пластических процессов и быстрая прибавка массы тела обеспечиваются большим функциональным напряжением желудочно-кишечного тракта (при условии низкой ферментативной активности), а главное - характером питания.

Наиболее физиологической пищей для этого возраста является грудное молоко. ***Иммунная система созревает постепенно***. Естественное вскармливание, асептика и антисептика предупреждают инфекционные заболевания ребенка с физиологически сниженной иммунной защитой.

У новорожденного наблюдается также ***недостаточность нейроэндокринной и почечной регуляции обмена воды***, что определяет непостоянство осмотического давления плазмы и склонность к обезвоживанию.

В период новорожденности все основные функции организма находятся в состоянии неустойчивого равновесия, и даже незначительные изменения условий окружающей среды могут быть причиной тяжелых нарушений важнейших жизненных процессов.

Все это требует тщательного специального ухода за новорожденным, особых гигиенических условий его содержания, правильной организации вскармливания.

В периоде новорожденности могут наблюдаться особые состояния пограничные между физиологией и патологией (эритема новорождённых (от нескольких часов до 1-2 дней), физиологическая желтуха (от 3-4 дней до 7-10 дней), физиологическая мастопатия, физиологическая потеря массы тела (до 10%), половые кризы). Эти состояния бывают кратковременными, никогда в дальнейшем не повторяются.

Т 2.1.5 Анатомо-физиологические особенности доношенного новорожденного ребенка.

Голова **новорожденного** относительно большая. Она составляет 1/4 от общей длины тела, тогда как у взрослых - 1/8. Лицевая часть черепа относительно мала. Окружность головы 32-34 см и превышает на 2-4 см окружность груди. Некоторые швы - сагиттальный и др., открыты, большой родничок - также, а малый - открыт у 25% новорожденных. У большинства новорожденных головка покрыта волосами. Шея у новорожденных короткая.

Большой родничок имеет форму ромба шириной около 20 мм.

Конечности **новорожденного** относительно коротки - 1 /3 от общей длины тела; разница в длине верхних и нижних конечностей почти отсутствует. Конечности располагаются близко к туловищу и согнуты в локтевых и коленных суставах.

Вес и **рост** средние показатели веса и роста новорожденного следующие: 3250-3450 г для мальчиков и 3150-3400 г для девочек. Рост колеблется от 50 до 52 см для мальчиков и от

49 до 51 см для девочек и 50-53 см (в среднем 52 см) для мальчиков и 49-51 см (в среднем 51 см) для девочек

Температура тела у новорожденных с несовершенством терморегуляции колеблется в значительных границах. Измеренная per rectum, сразу после рождения, она составляет 37,7 - 38,2.

Температура тела новорожденного в первые 2-6 ч становится ниже 37°. У здоровых доношенных детей понижение температуры не превышает 1-2°. После этой начальной гипотермии остается известная термолабильность - колебание от 0,5 до 1 в сутки, что может продолжаться 1-3 недели.

Кожа **новорожденного** гладкая, эластичная, богата водой. Поверхностно расположенная капиллярная сеть придает ей красноватый цвет.

Кожа новорожденных покрыта нежным пушком (lanugo), особенно у недоношенных. Поверхностный роговой слой слабо развит, шелушится и замещается подлежащими клетками основного слоя.

Дерма содержит слабо развитую соединительную ткань и скудное количество мышечных волокон.

Жировые железы хорошо развиты, потовые - слабо. Восстановительная способность кожи хорошая. Защитная функция кожи не достаточно развита, поэтому она часто является входными воротами для инфекции.

Подкожная жировая ткань хорошо развита. Она накапливается за последние два месяца беременности и быстро увеличивается впервые 5-6 месяцев после рождения.

Кожные придатки волосы на голове иногда довольно длинные, иногда едва заметны. Ресницы, а также волосы в ноздрях и в наружном слуховом канале располагаются перпендикулярно, а остальные наклонены к поверхности тела. Каждый волос связан с волосяным фолликулом. Ежедневный рост волос составляет 0,2-0,3 мм.

Мышечная система. У новорожденных она не достаточно хорошо развита. Слабо развиты мышцы конечностей. После рождения, прежде всего, развиваются мышцы шеи и значительно позднее мышцы тела и конечностей. После рождения в течение короткого периода мышцы вялые. Сразу после этого наступает гипертония мускулатуры.

Костная система. При рождении костная система новорожденного содержит мало плотных веществ и много воды. Кости мягкие, эластичные с множеством кровеносных сосудов. Большая их часть по строению близка к хрящевой ткани. Костные пластинки расположены беспорядочно

Грудная клетка состоит из хрящевой ткани и представляет собой усеченный конус или имеет бочкообразную форму. Ребра гибкие, прикрепляются перпендикулярно к грудной кости. Межреберные пространства узкие, межреберные мышцы слабо развиты. Размеры легких относительно большие - плевральная полость почти отсутствует. Диафрагма располагается высоко - на уровне VIII грудного позвонка справа и на уровне IX слева. Она представляет собой тонкую пластинку - мышечную по периферии и сухожильную в середине. Тип дыхания - костно-диафрагмальный. Иногда наблюдается слабо выраженное инспираторное западение в эпигастральной области.

Нос новорожденного мал, с мягкими хрящами и узкими ходами. Слизистая носа нежная, сильно гиперемированная и отечная, что затрудняет дыхание. Носовые ходы узкие - диаметр их 2-3 мм. Слезно-носовой канал широкий.

Евстахиева труба короткая и широкая, располагается в горизонтальном направлении. При воспалении носа, глотки и др. инфекция легко распространяется из носоглотки к среднему уху.

Глотка, гортань, трахея и бронхи узкие с мягкими хрящами. Высокое расположение гортани, приблизительно на уровне II шейного позвонка, и соответствующий наклон ротовой полости обеспечивают беспрепятственное прохождение пищи, минуя вход дыхательного горла, что позволяет ребенку свободно дышать во время кормления. Частота дыхательных движений очень непостоянна - 40-50 дыханий в мин. Учащенное дыхание обеспечивает потребность в кислороде.

Сердечно - сосудистая система.

Переустройство кровообращения тесно связано с началом дыхания. Обыкновенно с появлением дыхания сопротивление в сосудах легких падает, закрываются ductus Botalli и foramen ovale.

Сердце новорожденного относительно больших размеров. Сердце расположено высоко и почти горизонтально. Сердечный удар определяется в

четвертом межреберье на 0,5-1 см кнаружи от сосковой линии. Объем сердца около 18-20 мл. Стенки обоих желудочков одинаковой толщины - 5 мм. Просвет аорты и легочных артерий относительно широк. Резервная сила сердца велика.

Относительная ширина кровеносных сосудов значительно облегчает работу сердца. Стенки сосудов тонкие, с небольшим содержанием мышечных и эластических волокон. Капиллярная сеть хорошо развита. Капилляры короткие и стенки их легко проницаемы.

Сердечная деятельность ускорена. Частота пульса от 120 до 140 ударов в мин. После первоначальной тахикардии (действие симпатического нерва) и гипоксии в некоторых случаях 2-3 дня наблюдается брадикардия. Постоянная тахикардия у новорожденных и грудных детей связана со сравнительно малым ударным объемом, который к концу первого года постепенно увеличивается в три раза.

Кровяное давление - 6,0 кПа (45 мм рт. ст.). В последующие дни достигает 8,0-10,7 кПа (60-80 мм мм рт. ст.). Низкое кровяное давление объясняется широким просветом кровеносных сосудов. Разница между артериальным и венозным давлением невелика. Измерение артериального давления в первые дни, недели и даже месяцы жизни новорожденного считается технически трудно выполнимым (необходимо неподвижное состояние ребенка и пр).

Лимфатические узлы сравнительно большие. Лимфатические узлы являются естественным барьером для инфекций. Для исследования доступны шейные, подмышечные, локтевые лимфатические узлы.

Органы пищеварения. Развитие пищеварительной системы у новорожденного не закончено. В первые дни и месяцы ребенок не может жевать пищу. Наблюдается частичная дискоординация двигательной и тонической функции желудочно-кишечного тракта.

Сосание является сложным рефлекторным актом. Центр его располагается в продолговатом мозге. Во время сосания ребенок захватывает сосок и окружающую его ткань губами, а нижняя челюсть и язык отпускаются книзу. Раздражение при захватывании соска сопровождается сокращением его мускулатуры, сосок удлиняется и становится тверже. Движения языка, челюстей, губ и др. создают закрытую полость с отрицательным давлением, молоко высасывается из каналов грудной железы и поступает в рот. На одно глотательное движение падает 3-4 сосательных. Часто во время сосания ребенок глотает и воздух - аэрофагия. Дефекты в развитии соска или полости рта, неправильное приложение ребенка к груди создают условия для неполноценного кормления.

Желудок Вместимость желудка составляет около 20 мл в первый день, 60 мл к концу первой недели, 70-80 мл на второй неделе, 90-100 мл на третьей неделе и около 120 мл к концу первого месяца. Желудочная секреция начинается с момента поступления пищи в рот или прямо в желудок. Позднее вырабатывается условный рефлекс.

Кишечник. Пища всасывается в тонком кишечнике, а вода - преимущественно в толстом. Через несколько часов после рождения в пищеварительный тракт поступают микробы. При нормальных условиях желудок и двенадцатиперстная кишка не содержат микробов, в тонком кишечнике

количество их незначительно, а в толстом - обильное. Бактериальная флора зависит от вида пищи. При естественном вскармливании бактериальную флору кишечника составляют Bact. bifidus, B. acidophilus и др. При переходе к смешанному кормлению появляется и Bact. coli и др.

Печень новорожденного относительно больших размеров, вес ее составляет 4,4% от общего веса новорожденного (у взрослых - 2,4%). Печень богата кровеносными сосудами, бедна соединительной тканью, доли отчетливо не разграничены. Функция печени связана с пищеварением, кровообращением, с углеводным и белковым обменом. Гликогенообразующая функция печени хорошо выражена. Недостаточна ее защитная функция - задерживание и нейтрализация микробов и токсинов.

Мочеполовая система.

У новорожденного они располагаются сравнительно низко - верхний полюс на уровне XI ребра, нижний - на уровне V поясничного позвонка. Величина почек относительно большая. Концентрационная способность почек у новорожденных мала. Клубочковая фильтрация несовершенна.

Мочевой пузырь у новорожденных располагается высоко. При максимальном наполнении его верхняя граница может достигать пупка. Вместимость мочевого пузыря - 50-80 мл.

Мочеиспускательный канал имеет хорошо развитые эпителиальные складки и железы. Длина его у мальчиков 5-6 см, а ширина - 0,5 см. Кавернозная часть мочеиспускательного канала слабо развита. У девочек длина мочеиспускательного канала - 2-2,5 см, а ширина -0,60 см.

В первые дни новорожденный мочится по 4-5 раз в сутки, после первой недели мочеиспускание учащается до 15-25 раз. Здоровые новорожденные выделяют около 50-70 мл мочи на кг веса со слабо кислой реакцией.

Половые органы. Наружные половые органы у новорожденного хорошо оформлены. Яички у мальчиков спустились в мошонку.

У девочек большие и малые половые губы относительно большие и покрывают клитор.

Нервная система. В момент рождения нервная система, особенно ЦНС, не достигла своего полного развития. Причем филогенетически более старые отделы ее (спинной мозг и др.) развиты значительно лучше, чем молодые (головной мозг и др.).

Движения у новорожденного некоординированы, различают импульсивные, рефлекторные, инстинктивные и произвольные движения. К импульсивным относятся движения плода.

Первый крик и первое дыхание - рефлекторные движения. Таковы и чихание, икота и пр. Инстинктивные движения совершаются без участия или при слабом участии коры головного мозга.

Органы чувств Восприятие вкусовых ощущений хорошо развито. Сладкое оказывает успокаивающее действие и сопровождается облизыванием губ и глотательными движениями. Соленое и особенно кислое, и горькое вызывают беспокойство, гримасы и усиленное слюновыделение.

Слух у новорожденного развит еще в первые дни жизни. На сильные звуковые раздражители ребенок реагирует вздрагиванием, сокращением мышц, преимущественно лицевых, изменениями частоты и глубины дыхания.

Осязание хорошо развито. Ребенок моментально реагирует на прикосновение к коже и слизистым. Чувствительность различных областей кожи не одинакова. Она сильнее выражена на лице, руках и ногах и слабее на спине. Изменения температуры новорожденный воспринимает с момента рождения. На прикосновение к коже холодными предметами реагирует плачем с глубокими вдохами (используют при оживляющих процедурах). При раздражениях холодом реакция особенно выражена в области груди и живота. Теплая ванна приятна новорожденным.

Зрение развивается постепенно. У новорожденного оно сводится к ощущению света. Зрачки реагируют на свет, иногда несколько медленнее. Резкий свет вызывает смыкание век и описанный выше глазной рефлекс.

Т 2.1.6 Признаки доношенности новорожденного ребенка.

***Новорожденный, родившийся в сроке 38—42 недели, с массой тела 2501 грамм и более и длиной тела 46 см и более, считается* доношенным**.

Кроме основных, существуют и другие признаки доношенности, которые характеризуют степень зрелости новорожденного, то есть его способность к самостоятельному внеутробному существованию.

I. Внешние (анатомические) признаки:

- голос громкий, требовательный;
- кожа розовая, чистая, бархатистая;
- подкожно-жировой слой развит хорошо, выражен равномерно;
- открыт только большой родничок (в 15% случаев открыт и малый родничок);
- ушные раковины сформированы;
- пупочное кольцо расположено посередине живота;
- ногтевые пластинки полностью покрывают ногтевые фаланги пальцев;
- лануго расположено только на головке, на плечиках и между лопатками;
- половая щель у девочек закрыта и клитор не виден, так как большие половые губы прикрывают малые;
- оба яичка у мальчиков опущены в мошонку.

II. Функциональные признаки:

- движения конечностей активны, хаотичны, конечности согнуты в суставах;
- тонус мышц повышен с преобладанием тонуса сгибателей;
- температура тела относительно устойчива и колеблется в пределах не более 0,5—0,6°С в сутки;

- дыхание относительно стабильное, 40—60 в минуту, апноэ отсутствуют;
- сердцебиение относительно ритмичное, стабильное, 120—140 в минуту;
- рефлексы живые, симметричные, вызываются специфические рефлексы новорожденных.

Т 2.1.7 Оценка общего состояния по шкале Апгар (см. Практическое занятие № 4)

Т 2.1.8 Организация ухода за новорожденным ребенком.

Уход за новорожденным

1. Свободное пеленание, смена пелёнок перед каждым кормлением.
2. Туалет пупочной ранки 1 раз в день до её заживления (7 – 10 день), используют растворы - 3%перекиси водорода, 70% спирт, 5% перманганат калия (отпадение пуповинного остатка происходит на 2 – 3 день).
3. Гигиеническая ванна: начинают после заживления пупочной ранки с температурой воды 37 - 37, 5 °С, ежедневно, не более 5 – 7 мин.
4. Подмывание тёплой проточной водой, каждый раз после акта дефекации. Девочек подмывают только спереди назад.
5. Голову моют с мылом 1 раз в неделю.
6. Ежедневный утренний туалет новорожденного: умывание лица, осмотр полости рта на стоматит, обработка глаз, носовых ходов, слуховых проходов, естественных складок с целью профилактики опрелостей (для глаз и складок используют ватные шарики, для носа и ушей ватные жгутики).
7. Уход за ногтями - стригут по мере отрастания, не реже 1 раза в неделю, на руках - округло, на ногах прямолинейно. Ножницы с закруглёнными кончиками предварительно обрабатывают 70% спиртом.
8. Прогулки летом - с первого дня после выписки, зимой при температуре 10гр с 5 – 10 минут до 2 часов 2 – 3 раза в день.
9. Выкладывание на животик, воздушные ванны при температуре двадцать четыре градуса пред каждым кормлением.

Первый патронаж детской участковой медсестры в первые три дня после выписки, потом в течении месяца один раз в неделю.

Т 2.1.9 Первое прикладывание к груди (см. Практическое занятие № 4)

Т 2.1.10 Значение асептики и антисептики в организации ухода, первичный туалет новорожденного (см. Практическое занятие № 4)

Т 2.1.11 Адаптация детей к условиям внеутробной жизни.

Адаптация к условиям внеутробного существования проявляется в развитии **переходных физиологических (пограничных) состояний новорожденных.**

В первую неделю жизни - ранний период новорожденное - у ребенка могут возникать пограничные, или переходные физиологические состояния как следствие адаптации к внеутробным условиям существования. К таким состояниям относятся *физиологический катар (эритема) кожи, физиологическая желтуха, физиологическая потеря массы тела, мочекислый инфаркт, половой криз.*

Т 2.1.12 Пограничные состояния новорожденного ребенка.

Эритема, или физиологический катар кожи, происходит в результате раздражения кожи в новых для ребенка условиях внешней среды. В первые часы после рождения кожа становится ярко гиперемированной, иногда с синюшным оттенком. Длится такое покраснение от нескольких часов до 2-3 дней, затем сменяется шелушением кожи, наиболее выраженным на ладонях и стопах.

Физиологическая желтуха наблюдается у 60-70% новорожденных. На 2-3 день жизни (не ранее вторых суток) появляется желтушное окрашивание кожи и слизистых оболочек. Причинами физиологической желтухи является усиленный распад эритроцитов, которых во внутриутробном периоде для обеспечения нормальной жизнедеятельности плода требуется значительно больше, чем это необходимо для внеутробного существования, и незрелость ферментативной системы печени, не способной переработать распавшиеся клетки и выделить из организма большое количество билирубина. К 7-10, иногда к 12 дню жизни желтушное окрашивание кожи исчезает. В течение всего периода физиологической желтухи цвет мочи и стула не меняется, так как они не содержат желчных пигментов.

Физиологическая потеря массы тела. В первые дни жизни теряет до 3-10% от массы тела, зафиксированной при рождении. Это происходит вследствие потери воды с мочой, испражнениями (отхождение мекония), срыгивания заглоченных во время родов околоплодных вод, выделения воды через кожу, легкие, недоедания в первые дни жизни. Максимальная потеря массы наблюдается на 3-4 день жизни, а восстановление ее у большинства новорожденных происходит к 10- му дню жизни, иногда - уже к концу 1-й недели. Лишь в редких случаях масса тела восстанавливается через 14-15 дней.

Мочекислый инфаркт представляет собой отложение мочевой кислоты в просвете канальцев почек, обусловлен повышенным образованием мочевой кислоты вследствие усиленного распада большого количества клеток (преимущественно лейкоцитов) и уменьшенным мочевыделением в первые три дня жизни, появляется на 3-4 день после рождения и исчезает в течение 7-10 дней. Проявляется в помутнении мочи, имеющей желто- коричневый цвет, окрашивании пеленок и появлении осадка в виде песка.

Половые кризы проявляются нагрубанием грудных желез, наблюдаемых как у части новорожденных девочек, так и у некоторых новорожденных мальчиков, и появлением у некоторых девочек умеренных слизистых или кровянистых выделений из половых путей. Эти явления объясняются поступлением половых гормонов матери через плаценту в кровь плода во внутриутробном периоде.

Нагрубание грудных желез может быть одно- или, чаще, двусторонним, незначительным или более выраженным, появляется обычно на 3-4 день жизни, достигает максимального развития к 8-10 дню после рождения и прекращается по мере выведения поступивших гормонов матери из организма новорожденного. Набухшие грудные железы ни в коем случае не следует трогать руками и пытаться выдавливать из них образующийся секрет. Физиологическое нагрубание грудных желез не требует каких-либо специальных вмешательств, однако можно рекомендовать применение сухого компресса.

Т 2.1.13 Основные потребности новорожденного и способы их удовлетворения (см. Практическое занятие № 4)

Т 2.1.14 Возможные проблемы и пути их решения (см. Практическое занятие № 4)

Т 2.1.15 Понятие о первичном патронаже к новорожденному. Сроки и цели.

После получения сведений из родильного дома о выписке новорожденного в первые день-два (при рождении в семье первого ребенка желательно в первый же день) осуществляется ***первичный патронаж новорожденного,*** который проводится совместно врачом и медицинской сестрой.

Целью первичного патронажа новорожденного является оценка состояния новорожденного и оказание практической помощи матери и окружению ребенка в новой для них деятельности.

Во время первичного патронажа медицинская сестра:

- уточняет данные социального анамнеза;
- проводит антропометрические измерения (окружности головы, грудной клетки, длины, массы тела) и производит оценку полученных данных;
- оценивает состояние пупочной ранки;
- оценивает и дает рекомендации по:

а) соблюдению санитарно-гигиенических условий;
б) режиму новорожденного;
в) физическому воспитанию и закаливанию;
г) мерам воспитательного воздействия;
д) профилактике прогрессирования пограничных состояний;
е) организации уголка ребенка, температурному режиму в комнате;

- обучает мерам по сохранению грудного вскармливания;
- обучает мать и окружение ребенка приемам ухода за ним (утреннему и текущему туалету, купанию, пеленанию, укладыванию в кроватку).

Медицинская сестра должна посещать новорожденного ребенка ежедневно до заживления пупочной ранки, затем патронажи осуществляются 1 раз в неделю на протяжении первого месяца жизни

Практическое занятие № 3.

«Внутриутробный период. Факторы, влияющие на эмбриональное развитие и здоровье плода»

Т 2.1.2 Факторы, влияющие на здоровье плода.

Факторы, влияющие на плод во время беременности. К ним относят:

1. Желанность беременности, отношение к ней самой женщины и членов семьи.
2. Социальные, жилищно-бытовые и материальные условия.
3. Вредные привычки беременной и членов семьи.
4. Профессиональные вредности у беременной и у отца ребенка.
5. Применение лекарственных средств
6. Стрессовые воздействия.
7. Физические нагрузки.
8. Питание беременной.
9. Экологические обстоятельства.
10. Режим дня беременной (прогулки, сон, отдых).
11. Наследственность со стороны родителей будущего ребенка и членов их семьи.
12. Состояние здоровья женщины до и во время беременности.
13. Наличие очагов хронической инфекций
14. У беременной; контакты с инфицированными больными и острые инфекционные заболевания беременной.
15. Уровень ответственности за здоровье ребенка беременной и членов ее семьи.
16. Постоянный динамический врачебный контроль.

Известно несколько сотен **тератогенных факторов**, однако практическое значение у человека имеют всего лишь несколько:

- Эндокринные заболевания матери (сахарный диабет);
- Физические воздействия (температурные или ионизирующие);
- Химические вещества, к которым относятся некоторые медикаменты (ретиноиды, вальпроевая кислота, талидомид и др.) и алкоголь, табакокурение;
- Биологические факторы (инфекции — токсоплазмоз, краснуха, СПИД, вен. заболевания, сифилис и др.)

Материнское курение - риск для обоих, матери и ребенка.

Курение (независимо от количества сигарет) во время беременности ***увеличивает риск ее неблагоприятного завершения почти в 2 раза!***

После выкуренной женщиной сигареты наступает спазм кровеносных сосудов плаценты и плод находится в состоянии кислородного голодания несколько минут.

Все токсичные компоненты табачного дыма легко проникают через плаценту, и *в связи с недостатком доставляемого количества кислорода происходит задержка внутриутробного развития плода.* ***Причем концентрация***

всех токсических компонентов в организме плода гораздо выше, чем в крови матери.

Осложнения беременности и родов, самопроизвольные аборты, трубная беременность, преждевременные роды происходят значительно чаще у курящих женщин.

Курящие женщины рискуют родить чрезмерно возбудимого ребенка с симптомами гиперактивности и дефицита внимания.

Для этих детей уже в раннем возрасте характерны импульсивность и повышенная раздражительность, даже уровень интеллектуального развития у них ниже среднего. Малыши, рожденные курящими мамами, более восприимчивы к болезням дыхательных путей, к респираторным заболеваниям, на треть чаще, чем все остальные, рискуют заполучить диабет или ожирение.

Употребление алкоголя во время беременности значительно ***повышает риск рождения недоношенных детей, а в наиболее тяжелых случаях - развитию фетального алкогольного синдрома.***

Попадая в кровь плода, алкоголь, прежде всего, поражает его мозг, печень, сосудистую систему и железы внутренней секреции. Концентрация алкоголя в крови плода достигает 80-100% от содержания его в крови матери.

У плода еще не развиты те системы, которые обезвреживают алкоголь в организме взрослого человека, поэтому *его повреждающее воздействие на плод будет гораздо сильнее и длительнее.*

В результате неизбежно возникают множественные уродства плода, совместимые или несовместимые с его жизнью. Прежде всего страдает мозг ребенка, те его структуры, которые определяют умственную деятельность.

Дети с алкогольным синдромом - совокупностью врожденных патологических признаков у плода - отстают в умственном и физическом развитии. Рождение детей с уродствами, эпилепсией, умственной отсталостью часто связывают и с алкоголизмом отца: у мужчин постепенно под влиянием частых приемов алкоголя происходит перерождение внутренних органов, наступают необратимые изменения в печени, сосудах сердца, половых железах. Дети у них рождаются ослабленными, часто и долго болеют, отстают в физическом и умственном развитии.

Если **отравление наркотиками** впервые 3 месяца беременности ***приводит к разнообразным аномалиям скелетно-мышечной системы, почек, сердца и других органов ребенка, то в более поздние сроки наблюдается задержка роста плода***.

У 30-50% матерей-наркоманок младенцы имеют низкую массу тела. У плода, при употреблении наркотиков матерью, может сформироваться физическая, зависимость от наркотических веществ.

В этом случае ребенок рождается с синдромом абстиненции, который возникает из-за прекращения регулярного поступления наркотиков в его организм после рождения. Ребенок возбужден, пронзительно кричит, часто зевает, чихает. У него повышена температура, изменен по сравнению с нормой мышечный тонус.

Из-за длительной внутриутробной гипоксии дети у матерей-наркоманок рождаются с нарушениями дыхания, расстройствами деятельности центральной нервной системы, разнообразными пороками развития.

СПИД и беременность

Во время беременности мать может передать вирус (ВИЧ) из своего кровотока через плаценту плоду. Однако, если мембрана плаценты воспалена или повреждена, она уже не так-эффективно защищает от проникновения вирусов. В этом случае ВИЧ-инфекция может передаться от матери плоду.

Беременность и венерические болезни

Практически ***все половые инфекции могут привести к преждевременному прерыванию беременности, внутриутробному заражению плода и инфицированию новорожденного при родах.***

Важной особенностью является и то, что многочисленные препараты, применяемые для лечения половых инфекций противопоказаны в течение беременности.

Сифилис ***передается от матери к плоду***. Микроорганизмы, вызывающие сифилис, поражают плод, быстро проникая почти во все его ткани и органы, разрушая почки, печень, кровеносные сосуды, легкие.

Если ребенок выживет, то над ним будет постоянно висеть угроза заболеть острой пневмонией или потерять зрение. ***Если женщина вылечится до четвертого месяца беременности, то ребенок может избежать этой болезни.***

Солнечное излучение - негативное воздействие: в I триместре, во время эмбрионального периода внутриутробного развития, зародыш наиболее чувствителен к тератогенным факторам. А солнечная радиация — один из них. ***Особенно плохо влияет перегрев и излучение на центральную нервную систему плода. И в совокупности с другими причинами солнечное воздействие может стать причиной тяжелых пороков развития плода***.

Полный отказ от солнечных ванн и загара может привести к дефициту витамина D в организме. А тотальный недостаток этого важнейшего элемента, в свою очередь, опасен для некоторых людей повышенной ломкостью костей, психическими, сердечно - сосудистыми и другими заболеваниями.

Поэтому будущая мама не должна полностью отказываться от солнца. Для беременных компромиссным вариантом пребывания на солнце является использование специальных солнцезащитных и ухаживающих кремов, разрешенных к применению во время беременности, а также качественные солнцезащитные очки.

Радиоактивное излучение и его опасность

При попадание радиоактивных веществ внутрь организма поражающее действие оказывают в основном альфа-источники, а затем и бетта-источники.

Крайне чувствителен к действию радиации мозг плода, особенно если мать подвергается облучению между восьмой и пятнадцатой неделями беременности.

В этот период у плода формируется кора головного мозга, и существует большой риск того, что в результате облучения матери (например, рентгеновскими лучами) родится умственно отсталый ребенок.

Практическое занятие № 4. «Период новорожденности. Признаки доношенного новорожденного. Правила кормления грудью, уход за новорожденным. Оценка по шкале Апгар. Вакцинация»

Т 2.1.6 Признаки доношенности новорожденного ребенка.

Новорожденный, родившийся в сроке 38—42 недели, с массой тела 2501 грамм и более и длиной тела 46 см и более, считается **доношенным**.

Кроме основных, существуют и другие признаки доношенности, которые характеризуют степень зрелости новорожденного, то есть его способность к самостоятельному внеутробному существованию.

I. Внешние (анатомические) признаки:

- голос громкий, требовательный;
- кожа розовая, чистая, бархатистая;
- подкожно-жировой слой развит хорошо, выражен равномерно;
- открыт только большой родничок (в 15% случаев открыт и малый родничок);
- ушные раковины сформированы;
- пупочное кольцо расположено посередине живота;
- ногтевые пластинки полностью покрывают ногтевые фаланги пальцев;
- лануго расположено только на головке, на плечиках и между лопатками;
- половая щель у девочек закрыта и клитор не виден, так как большие половые губы прикрывают малые;
- оба яичка у мальчиков опущены в мошонку.

II. Функциональные признаки:

- движения конечностей активны, хаотичны, конечности согнуты в суставах;
- тонус мышц повышен с преобладанием тонуса сгибателей;
- температура тела относительно устойчива и колеблется в пределах не более 0,5—0,6°С в сутки;
- дыхание относительно стабильное, 40—60 в минуту, апноэ отсутствуют;
- сердцебиение относительно ритмичное, стабильное, 120—140 в минуту;

- рефлексы живые, симметричные, вызываются специфические рефлексы новорожденных.

Т 2.1.7 Оценка общего состояния по шкале Апгар.

При рождении всегда производится оценка состояния здоровья новорожденного по шкале Апгар.

В первую минуту жизни определяется ***5 важнейших признаков***: частота и ритм сердцебиений, характер дыхания, мышечный тонус, рефлекторная возбудимость, окраска кожных покровов.

Каждый признак оценивается двумя возможными баллами, полученные значения складываются. Оценка состояния производится по сумме баллов. 1 -3 балла свидетельствуют о тяжелом состоянии.

Здоровые дети оцениваются в 8 - 10 баллов. Через 5 мин оценка по шкале Апгар повторяется.

Т 2.1.8 Организация ухода за новорожденным ребенком.

Для **ухода за новорожденным ребенком** необходимо заранее приготовить:

- кроватку;
- ванночку для купания;
- кувшин;
- градусники для измерения температуры тела, воздуха и воды;
- мягкую рукавичку из натуральных материалов для мытья ребенка;
- детское мыло;
- грелку;
- резиновые баллончики (большой - для очистительной клизмы, маленький - для очистки носовых ходов от слизи);
- газоотводную трубку;
- 3-5 бутылочек с делениями;
- стеклянную банку с крышкой для хранения стерильной ваты;
- ножницы для стрижки ногтей;
- детский крем, стерильное вазелиновое масло или специальное детское масло, при их отсутствии можно использовать прокипяченное, процеженное и охлажденное растительное масло;
- марганцовокислый калий в кристаллах, 1% спиртовой раствор бриллиантового зеленого;
- комплект белья, который должен включать:

а) 4-6 детских простыней;
б) 3 конверта;
в) 3 пододеяльника;
г) 1 байковое и 1 шерстяное одеяло (в зависимости от климатических условий количество и качество одеял может быть другим);
д) 20 тонких пеленок;
е) 10 фланелевых пеленок;

ж) 25-30 подгузников из марли или мягкой хлопчатобумажной ткани (или одноразовые в необходимом количестве);

з) 10-12 распашонок (6-8 хлопчатобумажных и 4-6 фланелевых);

и) 2-3 чепчика (1-2 хлопчатобумажных и 1 фланелевый).

Уход за новорожденным

10. Свободное пеленание, смена пелёнок перед каждым кормлением.

11. Туалет пупочной ранки 1 раз в день до её заживления (7 – 10 день), используют растворы - 3%перекиси водорода, 70% спирт, 5% перманганат калия (отпадение пуповинного остатка происходит на 2 – 3 день).

12. Гигиеническая ванна: начинают после заживления пупочной ранки с температурой воды 37 - 37, 5 гр С, ежедневно, не более 5 – 7 мин.

13. Подмывание тёплой проточной водой, каждый раз после акта дефекации. Девочек подмывают только спереди назад.

14. Голову моют с мылом 1 раз в неделю.

15. Ежедневный утренний туалет новорожденного: умывание лица, осмотр полости рта на стоматит, обработка глаз, носовых ходов, слуховых проходов, естественных складок с целью профилактики опрелостей (для глаз и складок используют ватные шарики, для носа и ушей ватные жгутики).

16. Уход за ногтями - стригут по мере отрастания, не реже 1 раза в неделю, на руках - округло, на ногах прямолинейно. Ножницы с закруглёнными кончиками предварительно обрабатывают 70% спиртом.

17. Прогулки летом - с первого дня после выписки, зимой при температуре 10гр с 5 – 10 минут до 2 часов 2 – 3 раза в день.

18. Выкладывание на животик, воздушные ванны при температуре двадцать четыре градуса пред каждым кормлением.

Первый патронаж детской участковой медсестры в первые три дня после выписки, потом в течении месяца один раз в неделю.

Т 2.1.9 Первое прикладывание к груди.

Первое прикладывание к груди проводится сразу после рождения ребенка в течение первых 30 минут с помощью и под контролем акушерки, при отсутствии противопоказаний (приказ МЗ РФ № 372).

Значение первого прикладывания к груди:

1. Обеспечение раннего контакта матери и ребенка.
2. Облегчение процессов адаптации у новорожденного.
3. Предупреждение гипогалактии у матери.

Положение матери при кормлении в дальнейшем может быть разным. Необходимо, чтобы ребенок правильно взял грудь: не только сосок, но и ареолу - околососковый кружок, при этом щечки его останутся выпуклыми. При неправильном прикладывании щечки втянуты, ребенок беспокоен и периодически бросает грудь (в соске нет молока).

Преимущества раннего прикладывания к груди:

- Происходит «созревание» молочной железы,

- Уменьшаются случаи мастита и рака молочной железы,
- Ускоряется послеродовое сокращение матки,
- Возникает особая эмоциональная связь между матерью и ребёнком (импринтинг), молозиво (грудное молоко в первые 2 – 3 дня после родов) содержит большое количество белка. Витаминов и минеральных солей, что отвечает потребностям ребёнка в первые дни жизни, когда он может высосать только 10 – 20 мл за одно кормление (объём желудка 30 – 35 мл),
- В молозиве повышенное количество иммуноглобулинов, они защищают малыша от инфекции,
- Стимулирует деятельность кишечника - подготавливает его к усвоению зрелого молока.

Подготовка сосков к кормлению грудью

- Начинать подготовку с первых месяцев беременности
- Ежедневно обмывать молочные железы водой комнатной температуры
- После обмывания молочных желез растирать соски жёстким полотенцем
- Ежедневно делать массаж молочной железы через чистую ткань
- Подшить кусочки холщёвой ткани во внутреннюю сторону бюстгалтера для постоянного раздражения сосков (что вызывает их огрубение и предохраняет в дальнейшем от трещин сосков).
- Если соски плоские или втянутые - вытягивать их.

Обучение поддержке грудного вскармливания.

Всемирная Организации Здравоохранения (ВОЗ) рекомендует ряд правил успешного грудного вскармливания

Грудное молоко - лучшая пища для ребенка в его первые 6 месяцев жизни, и никаких заменителей для него нет.

Рекомендации:

1. **Раннее прикладывание к груди** - в течение первого часа после рождения!
2. **Исключение кормления новорожденного из бутылочки** или другим способом до того, как мать приложит его к груди. Это необходимо, чтобы у ребенка не сформировалась установка на любое иное кормление, кроме грудного.
3. **Совместное содержание матери и ребенка** в роддоме в одной палате.
5. **Правильное положение ребенка у груди** позволяет матери избежать многих проблем и осложнений с грудью.
6. **Кормление по требованию ребенка.** Необходимо прикладывать малыша к груди по любому поводу, предоставить ему возможность сосать грудь, когда он хочет и сколько хочет.
7. **Продолжительность кормления регулирует ребенок:** не отрывайте ребенка от груди раньше, чем он сам отпустит сосок!

8. **Ночные кормления** ребенка обеспечивают устойчивую лактацию и предохранят женщину от следующей беременности до 6 месяцев - в 96% случаев. Кроме того, именно ночные кормления наиболее полноценны и питательны.

9. **Отсутствие допаивания** и введения любых инородных жидкостей и продуктов. Если ребенок хочет пить, его следует чаще прикладывать к груди.

10.**Полный отказ от соски, пустышки** и бутылочного кормления. При необходимости введения прикорма следует давать его только из чашки, ложки или пипетки.

11.**Перекладывание ребенка ко второй груди лишь тогда, когда** он высосет первую грудь. Если мама поторопиться предложить малышу вторую грудь, он не дополучит "позднего молока", богатого жирами. В результате у малыша могут возникнуть проблемы с пищеварением: лактозная недостаточность, пенистый стул. Продолжительное сосание одной груди обеспечит полноценную работу кишечника.

12.**Исключение мытья сосков** перед кормлением и после него. Частое мытье груди приводит к удалению защитного слоя жиров ареолы и соска, что приводит к образованию трещин.

13.**Отказ от контрольных взвешиваний** ребенка, проводимых чаще 1 раза в неделю. Эта процедура не дает объективной информации о полноценности питания младенца. Она только нервирует мать, приводит к снижению лактации и необоснованному введению докорма.

14.**Исключение дополнительного сцеживания молока.** При правильно организованном грудном вскармливании молока вырабатывается ровно столько, сколько нужно ребенку, поэтому необходимости в сцеживании после каждого кормления не возникает. Сцеживание необходимо в случае вынужденного разлучения матери с ребенком, выхода матери на работу и т.д.

15.**Только грудное вскармливание до 6 месяцев** - ребенок не нуждается в дополнительном питании и введении прикорма. По некоторым исследованиям на исключительном грудном вскармливании без ущерба для здоровья ребенок может находиться до 1 года.

16.**Поддержка матерей, кормивших детей грудью до 1-2 лет.** Общение с женщинами, имеющими положительный опыт грудного вскармливания, помогает молодой матери обрести уверенность в своих силах и получить практические советы, помогающие наладить кормление грудью. Поэтому молодым матерям рекомендуется обращаться в материнские группы поддержки грудного вскармливания как можно раньше.

17.**Обучение уходу за ребенком и технике грудного вскармливания** необходимы современной маме, чтобы она смогла без лишних хлопот с удобством для себя и малыша растить его до 1 года. Наладить уход за новорожденным и обучить технике грудного вскармливания матери помогут консультанты по грудному вскармливанию. Чем скорее мама научится материнству, тем меньше разочарований и неприятных минут перенесет она вместе с малышом.

18. **Грудное вскармливание до исполнения ребенку 1,5-2 лет.** Кормление до года не является физиологическим сроком прекращения лактации, поэтому при отлучении от груди страдают и мать, и ребенок.

Плюсы естественного вскармливания

1. Обеспечивает ***противоинфекционный иммунитет***, содержит большое количество иммуноглобулина, неспецифических веществ (лактоферин, лизоцин, бифидус фактор, интерферон, антибиотик лактофелицин, противостафилококковый фактор)

2. Не вызывает аллергию

3. ***Является полноценным питанием***, все вещества легкоусвояемые и в нужном количестве.

4. ***Стерильное, теплое, не требует дополнительной обработки.***

5. ***Для мамы: происходит выброс большого количества окситоцина***, что способствует остановке кровотечения, а также снижает риск развития рака молочной железы, матки, яичника, невротических реакций.

Т 2.1.10 Значение асептики и антисептики в организации ухода, первичный туалет новорожденного.

Период новорожденности является весьма опасным с точки зрения возможного инфицирования ребенка через пупочную ранку, а также кожу, вследствие ее легкой ранимости. Поэтому необходимо строго следить за состоянием и чистотой предметов, окружающих ребенка, предметов его обихода (соски, бутылочки, белье), необходимо ограничить контакты со взрослыми, не входящими в его ближайшее окружение (гости, родственники), не следует целовать ребенка в лицо и руки.

Первый туалет новорожденного:

- Отсасывание слизи из верхних дыхательных путей, сначала из ротовой полости, затем из носовых ходов электроотсосом или резиновой грушей после рождения головки,
- Профилактика гонобленнореи - проводят путём 3-х кратного закапывания с интервалом 10 минут - 20% раствора сульфацил –натрия (альбуцида) или 2% раствор нитрата серебра по 1 – 2 капли закапывают в каждый глаз, а девочкам ещё на слизистую половых губ, обработка и перевязка пуповины (после прекращения её пульсации),
- Туалет кожных покровов стерильным растительным маслом,
- Антропометрия - измерение массы, роста, окружности головы, окружности грудной клетки (масса доношенного новорожденного в среднем 3000 - 3500кг, рост 50 - 55 см, окружность головы 32 – 34 см, окружность груди 32 – 33 см.).

В родзале доношенный новорождённый находится 2 часа, потом его переводят в детское отделение. Температура в палате новорожденных должна быть 22 – 25 градусов.

Т 2.1.13 Основные потребности новорожденного и способы их удовлетворения.

Потребности новорожденного - элементарные органические потребности. Удовлетворение этих потребностей - необходимое условие для нормального развития. *Если по какой-либо причине органические потребности не могут быть удовлетворены или удовлетворяются ненормально, развитие новорожденного отклоняется от нормы.*

Неполноценное питание, плохие гигиенические условия не удовлетворяют потребности ребенка, и в некоторых случаях жизнь ребенка может оказаться под угрозой.

1. Здоровый новорожденный ребенок **спит** большую часть дня.

2. Кожа здорового малыша сразу после рождения розовеет, у него недостаточно развиты железы потовые, поэтому кожа немного суховата и при плохом уходе могут образоваться опрелости.

3. В короткие периоды бодрствования, которые постепенно становятся все продолжительнее, здоровый ребенок энергично **двигает ручками и ножками, временами громко кричит с гримасами плача на лице.**

4. Способность **регулировать температуру** (поддерживать температуру тела) у новорожденного также **еще не развита**. Он легко переохлаждается и перегревается, при этом наблюдаются беспокойство, обезвоживание и повышение температуры тела. В нормальном состоянии ладони и стопы ребенка должны быть прохладными, и не нужно их согревать, увеличивая температуру в комнате или тепло, укутывая малыша.

5. Новорожденный выделяет **кал** несколько раз в сутки, а мочу - до нескольких десятков раз. Первородный кал (меконий) - темный и липкий, на 3-4-е сутки кал становится зеленоватым и более жидким, стул более частым - до 10 раз в сутки. На второй неделе жизни число опорожнений кишечника уменьшается до 3-5 в сутки, а выделяемый кал уже желтый и кашицеобразный.

6. Период после рождения характеризуется **наличием безусловных рефлексов,** которые свидетельствуют о несовершенстве нервной системы новорожденного и исчезают в первые месяцы жизни. Безусловные рефлексы - врожденная, непосредственная реакция на раздражитель, протекающая без участия коры головного мозга.

Для новорожденных характерны рефлексы:

1. сосательный рефлекс;

2. рефлекс ползания (в положении на животе, если к подошвам приставить ладонь, ребенок будет отталкиваться от нее обеими ножками);

3. защитный (обнимающее движение руками при резкой перемене положения тела или резком шуме);

4. хватательный рефлекс (безотчетное сжимание пальцев вокруг предмета, касающегося ладони);

5. «подошвенный» (при легком надавливании на подошву у корня пальцев пальцы рефлекторно сгибаются, а если провести пальцем вдоль наружного края стопы -разгибаются).

6. Отсутствие характерных рефлексов или их сохранение после 3-4 месяцев жизни -явление, свидетельствующее о нарушении развития нервной системы.

7. Органы чувств довольно хорошо развиты у новорожденного.

8. После рождения ребенок уже **видит** очертания предметов, находящихся на расстоянии 25-30 см от его глаз.

9. Ребенок начинает **слышать** задолго до рождения.

10.С первых дней жизни в процессе ухода за ребенком **проявляются его индивидуальные особенности.**

Реакция детей на неприятные раздражители, такие как голод, горький или кислый вкус, мокрые пеленки, холод или перегревание, может быть различной. Неодинаковым бывает и аппетит.

Новорожденные по-разному, но, как правило, быстро и легко **успокаиваются**, если раздражители приятны, например, теплая ванна, сладкое питание, прикладывание к груди. Ребенку нужно помочь пойти трудный период новорожденное™, удовлетворяя все его потребности: регулярно кормить, поддерживать оптимальную температуру окружающей среды, регулярно проветривать помещение, создавать спокойную доброжелательную атмосферу в доме.

Ребенку необходим тесный контакт с мамой, особенно во время кормления, ее ласковый голос и нежные прикосновения при пеленании.

Т 2.1.14 Возможные проблемы и пути их решения.

I. Затруднения при кормлении грудью со стороны матери

Делятся на две группы:

а) проблемы с молочными железами:

- неправильная форма сосков (плоские, малые, втянутые, инфантильные, крупные отечные);
- трещины, раздражения сосков;
- застой молока, закупорка молочных протоков;
- мастит;

б) проблемы с количеством молока:

- гипогалактия;
- галакторея;
- слишком большое количество молока, поступающего быстро;
- затруднения выделения молока из молочной железы.

Помочь молодой маме разрешить эти проблемы - одна из задач медицинской сестры.

Неправильная форма сосков- необходимо приложить максимум усилий к тому, чтобы изменить форму сосков (это можно делать еще во время беременности) или приспособить ребенка к сосанию. Перед кормлением ребенка

маме можно порекомендовать сцедить небольшое количество молока, что позволит сделать грудь более мягкой, и ребенку будет легче сосать.

Трещины соска - обычно появляются в первую неделю после родов, они могут привести к развитию мастита, поэтому очень важно своевременно заметить их появление и устранить причину их возникновения.

К развитию трещин сосков могут привести:

- неправильная техника кормления грудью,
- травмирование сосков при кормлении,
- неправильный уход за грудью,
- аномалии соска.

Профилактика

- правильное прикладывание ребенка к груди,
- соблюдению техники кормления,
- правила ухода за сосками (не рекомендуется использование антисептиков, грубого мыла для мытья сосков),
- при небольших размерах повреждения и неинтенсивной болезненности необходимо чаще кормить грудью, чтобы предотвратить травмирование соска жадно сосущим голодным ребенком,
- смена положения при кормлении, чтобы менялось давление на разные участки соска,
- после кормления извлекать сосок под защитой пальца,
- смазывать сосок молоком.

В случае сильной болезненности сосков при кормлении можно использовать накладки в течение 1 - 2 дней либо кормить ребенка сцеженным молоком.

Застой молока - проявляется болезненностью груди вследствие увеличения количества молока. Бороться с этими явлениями следует обеспечением правильного и неограниченного сосания, сцеживанием оставшегося молока в молочной железе.

Мастит - это экзогенное инфицирование трещины соска.

К его развитию способствуют:

- неправильный уход за молочной железой,
- застой молока,
- нарушение правил личной гигиены,

Профилактика мастита:

- тщательный уход за молочной железой,
- своевременное лечение трещин соска,
- правильное прикладывание ребенка к груди.

Гипогалактия - может наблюдаться в первые 10 дней после родов (ранняя форма гипогалактии) или спустя 10 дней и более (поздняя форма).

Выделяют первичную и вторичную гипогалактию.

Первичная гипогалактия, причиной которой являются нейроэндокринные нарушения, встречается редко.

Вторичная гипогалактия встречается довольно часто.

Причины развития:

- вследствие отсутствия желания и настроя на грудное вскармливание,
- позднее прикладывания к груди,
- нарушения техники кормления (беспорядочное кормление, прикладывание без обхвата около сосковой области и т.д.),
- недостаточности кормления (редкое, недостаточно полное),
- снижения сосательной активности ребенка,
- неправильный образ жизни женщины (неправильное питание, переутомления, новая беременность, появления менструаций).

Рекомендации, способствующие полноценной лактации:

- соблюдение правильного режима жизни кормящей матери,
- адекватное питание,
- обеспечивающее потребности материнского организма и восстановление энергетических и пластических расходов, связанных с образованием молока,
- полноценный отдых с достаточным сном,
- полное опорожнение молочных желез,
- частое, регулярное и правильное кормление ребенка грудью,
- профилактика и своевременное лечение трещин сосков и мастита.

Галакторея - это самопроизвольное истечение молока, встречается в двух формах:

- молоко самопроизвольно выделяется, когда ребенок сосет другую грудь;
- молоко вытекает самопроизвольно из обеих молочных желез и вне кормления.

Это состояние рассматривается как проявление невроза, поэтому основными методами профилактики и лечения галактореи являются:

- правильная организация режима дня,
- беседы с кормящей матерью,
- меры по защите кожи от раздражения постоянно вытекающим молоком (применять специальные прокладки, повязки, своевременно их менять).

Слишком большое количество молока, поступающего быстро - может приводить к тому, что ребенок при кормлении будет захлебываться. Поэтому перед кормлением необходимо немного сцедить грудь, а затем кормить ребенка.

Затруднения выделения молока из молочной железы - возникают, когда молоко вырабатывается, но блокируется его поступление. В этом случае ребенок практически не получает молоко, несмотря на правильное прикладывание и сосание, становится беспокойным, отталкивает грудь.

Причины затруднения выделения молока:

- переутомление матери, ее болезнь, беспокойство,
- психологическая неуверенность в достаточном количестве молока.
- Меры по разрешению сложившейся ситуации:
- объяснение причин такого явления,

- обучение матери приемам рефлекторного поступления молока (массаж груди круговыми движениями, поглаживание груди по направлению к соску),
- наклоны вперед, чтобы молоко могло спуститься под действием силы тяжести),
- помощь в создании спокойной обстановки.

II. Затруднения для вскармливания грудью со стороны ребенка:

- наличие врожденных аномалий развития (незаращение губы и твердого неба);
- заболевания ребенка (насморк, молочница).

Слабососущие «ленивые» сосуны - чаще являются недоношенные дети, дети получившими травму во время родов - в таких случаях новорожденных кормят сцеженным молоком с ложечки. Ленивых сосунов кормят непродолжительное время, не дают им засыпать во время кормления, стимулируют сосательный рефлекс.

При уходе за новорожденным необходимо обеспечивать безопасную среду, учитывая его анатомо-физиологические особенности. Так, в целях профилактики аспирации и асфиксии, ребенка не следует сразу после кормления класть в кроватку, его необходимо в течение 5—10 мин держать вертикально до отхождения заглоченного при кормлении воздуха.

При этом нужно осторожно придерживать рукой и ладонью головку и спинку новорожденного, так как его шейные мышцы очень слабы. После того как воздух отошел, новорожденного ребенка можно положить в кроватку, но обязательно на бок. Ночью кормить ребенка необходимо в положении сидя, чтобы случайно не заснуть во время кормления и не перекрыть грудью дыхательные пути ребенка.

Ознакомление с правилами вакцинации новорожденного против гепатита В, туберкулеза и проведения неонатального скрининга.

В России, как и в большинстве стран мира, существует национальный календарь профилактических прививок, в соответствии с которым проводится профилактическая иммунизация детей. В первые 24 часа жизни новорожденному проводится первая вакцинация против гепатита В, а перед выпиской из роддома – вакцинация против туберкулеза.

Действует ***скрининг-программа*** для защиты новорожденных от инвалидизации и ранней гибели по пяти заболеваниям:

- фенилкетонурии;
- врожденному гипотиреозу;
- муковисцидозу;
- галактоземии; .
- адреногенитальному синдрому.

Она заключается в том, что у 100% детей, родившихся в России, берется кровь на анализ по названным заболеваниям. Анализ про водится в условиях

медико-генетической консультации. В случае положительного результата ребенку назначают, например:

- при фенилкетонурии - специальную диету (до 5-6 лет);
- при врожденном гипотиреозе - гормоны щитовидной железы (пожизненно).

В результате развиваются полноценные во всех отношениях дети (т. е. 100% результат лечения). В противном случае у детей развивается тяжелая и необратимая умственная отсталость.

Составление планов патронажей новорожденных.

Медицинская сестра должна посещать новорожденного ребенка ежедневно до заживления пупочной ранки, затем патронажи осуществляются 1 раз в неделю на протяжении первого месяца жизни

Схема первого патронажа к новорожденному

I. Паспортная часть:

1. Ф.И.О. ребенка
2. Дата рождения
3. Место рождения
4. Ф.И.О. матери
5. Возраст
6. Место работы, профессия
7. Ф.И.О. отца, возраст
8. Место его работы, должность
9. Домашний адрес
10. Дата патронажа
11. Возраст ребенка (в днях)

II. Субъективное обследование:

1. От какой по счету беременности родился ребенок
2. Как протекала беременность (отеки, тошнота, рвота, повышение АД, прибавка в весе)
3. От каких по счету родов ребенок
4. Как протекали роды (быстрые, стремительные, слабость родовых сил, акушерские пособия, раннее отхождение околоплодных вод)
5. Масса тела при рождении, длина, окружность головы, окружность груди
6. Когда приложен к груди (на какие сутки, через сколько часов)
7. На какие сутки отпал остаток пуповины
8. Сделана ли вакцинация БЦЖ в роддоме (на какие сутки)
9. На какие сутки выписан домой
10. На каком вскармливании находится ребенок
11. Через сколько часов кормится
12. Продолжительность одного кормления
13. Соблюдается ли ночной перерыв
14. Получает ли воду между кормлениями
15. Где находится кроватка

16. Есть ли все необходимое для ухода за новорожденным

17. В каком состоянии его белье

III. Осмотр ребенка:

1. Активность, рефлексы новорожденного

2. Состояние кожных покровов и слизистых оболочек (цвет, эластичность, влажность)

3. Характеристика подкожного жирового слоя и мышечной ткани

4. Состояние костной системы (роднички, швы, позвоночник)

5. Состояние пупочной ранки

6. Осмотр и пальпация живота

7. Стул (цвет, консистенция, сколько раз в день, гомогенность, примеси: слизи, зелени, белых комочков)

8. Мочеиспускание (частота, цвет, болезненность, окрашивание пеленок)

IV. Заключение:

1. Вид вскармливания, степень лактации

2. Группы риска

3. Группа здоровья

V. Рекомендации:

1. По организации вскармливания

2. По уходу за ребенком.

В дальнейшем патронаж новорожденного (до 28 дней жизни) осуществляется только участковой медсестрой один раз в неделю, врача вызывают по мере необходимости. Со второго месяца жизни проводится диспансерное наблюдение грудного ребенка в детской поликлинике.

ТЕМА 2.2.
НЕДОНОШЕННЫЙ НОВОРОЖДЕННЫЙ

Теоретическое занятие № 5.
«Причины недонашивания беременности. Степени недоношенности. Критерии готовности к выписке из роддома»

Т 2.2.1 Понятие о недоношенном ребенке.

По определению ВОЗ, недоношенный ребенок - это ребенок, родившийся живым, в сроки до 37 недели внутриутробного развития, с массой тела менее 2500 г и длиной менее 45 см.

Жизнеспособным считают новорожденного с массой тела при рождении более 500 г. сделавшего хотя бы один вдох.

Т 2.2.2 Причины недонашивания беременности.

Существуют следующие факторы риска рождения недоношенного ребенка:

1. Со стороны матери:

- возраст беременной (первородящие в возрасте до 18 лет и старше 30 лет);

• тяжелые соматические и инфекционные заболевания, перенесенные во время беременности;

• генетическая предрасположенность, аномалии развития репродуктивной системы, отягощенный акушерский анамнез (частые предшествующие прерывания беременности или оперативное вмешательство, патология беременности, привычные выкидыши, мортворождения и пр.);

• психические и физические травмы;

• бесконтрольный прием медикаментов.

2. Со стороны плода:

• хромосомные аберрации, пороки развития;

• иммунологический конфликт:

• внутриутробное инфицирование.

3. Социально-экономические факторы:

• профессиональные вредности;

• вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания);

• низкий социальный статус (недостаточный уровень образования, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, плохое питание);

• нежелательная беременность;

• уклонения от медицинского наблюдения.

Т 2.2.3 Анатомо-физиологические особенности органов и систем недоношенного новорожденного.

Со стороны центральной нервной системы:

• снижение или отсутствие сосательных, глотательных и других физиологических рефлексов (Моро, Бауэра, Робинсона и пр.);

• не координированные движения конечностей, косоглазие, нистагм (горизонтальное плавающее движение глазных яблок), гипотония мыши, адинамия;

• **нарушение процессов теплорегуляции** (вследствие незначительного поступления энергии с пищей, тонкого подкожно жирового слоя с низким содержанием бурой жировой ткани, относительно большой поверхности тела по сравнению с массой), отсутствием способности поддержания нормальной температуры тела, что проявляется в гипотермии (выраженная гипотермия -температура тела 35,9-32°С, при тяжелой - ниже 32°С, переохлаждение может вызывать отек подкожной жировой клетчатки - склерему).

• **со стороны периферических анализаторов**: нарушение зрения и слуха (при глубокой степени недоношенности).

• **со стороны органов дыхания**: неравномерное дыхание по ритму и глубине (патологическое дыхание), частота дыхания варьирует от 40 до 90 в минуту, склонность к апноэ, отсутствует или слабо выражен кашлевой рефлекс. В альвеолах сурфактант отсутствует или содержание его

недостаточно, что обусловливает развитие ателектазов и дыхательных расстройств.

- **со стороны, сердечно-сосудистой системы**: снижение скорости кровотока (синюшное окрашивание стоп и кистей), синдромом «арлекина» (в положении ребенка на боку кожа нижней половины тела становится красно-розового цвета, а верхней — белого). Артериальное давление низкое, пульс лабильный.
- **со стороны иммунной системы**: функциональная незрелость Т-лимфоцитов, уменьшение их количества, снижение способности к синтезу иммуноглобулинов (высокий риск возникновения инфекций).
- **со стороны органов пищеварения**: низкая активность секреторной функции пищеварительных ферментов (липазы, амилазы, лактазы и др.) и усвоения пищи, малая емкость желудка, не позволяющая удерживать одномоментно необходимый объем пищи, повышенная склонность к срыгиванию из-за недостаточного развития сфинктера, монотонный характер перистальтики кишечника (отсутствие усиления в ответ на прием пищи).
- **со стороны печени**: незрелость ферментных систем, что обусловливает уменьшение синтеза белка, протромбина (геморрагический синдром, нарушение билирубинового обмена, накопление непрямого билирубина в крови и мозговой ткани (билирубиновая энцефалопатия).
- **со стороны почек**: пониженная способность к концентрированию мочи, почти полная реабсорбция натрия и недостаточная реабсорбция воды, несовершенство поддержания КОС. Суточный диурез к концу первой недели составляет 60- 140 мл, частота мочеиспусканий 8-15 раз в сутки.

В силу сочетания всех этих факторов недоношенный ребенок требует создания максимально благоприятных условий для выхаживания.

Т 2.2.4 Признаки недоношенности.

Внешний вид недоношенного ребенка отличается от доношенного непропорциональным телосложением: значительным преобладанием мозгового черепа относительно лицевого, большим туловищем, короткими шеей и ногами.

Основные признаки недоношенного ребенка:

- кожа красного цвета, тонкая, морщинистая, обильно покрыта пушком (лануго), подкожно-жировой слой не выражен, мышечный тонус снижен;
- кости черепа мягкие, податливые, подвижные, иногда заходят друг за друга, швы не закрыты, открыты большой, малый и боковые роднички;
- ушные раковины мягкие, бесформенные, тесно прижаты к голове;
- ареолы и соски грудных желез недоразвиты или отсутствуют;
- ногти на пальцах рук и ног тонкие, не достигают краев ногтевого ложа;

- подошвенные складки короткие, неглубокие, редкие или отсутствуют; живот распластанный «лягушачий», пупочное кольцо расположено в нижней трети живота;
- у девочек - большие половые губы не прикрывают малые, половая щель зияет, клитор увеличен;
- у мальчиков - яички не опущены в мошонку, находятся в паховых каналах или в брюшной полости.

Функциональные признаки недоношенности.

Для недоношенного ребёнка характерна незрелость всех органов и систем, степень выраженности которой зависит от срока беременности.

Неврологические признаки: мышечная гипотония, снижение физиологических рефлексов и двигательной активности, нарушении терморегуляции, слабый крик ребёнка.

Дети периодически беспокойны, отмечается непостоянный тремор подбородка и конечностей.

Дыхание характеризуется лабильностью, меньшей глубиной и более поверхностным характером дыхательных движений, неравномерностью глубины, удлинением отдельных выдохов и вдохов, появлением респираторных пауз.

У здоровых недоношенных во время сна или покоя возможно дыхание типа: Биота (правильные чередования периодов апноэ с периодом дыхательных движений при мерно одинаковой глубины), Чейн-Стокса (периодическое дыхание с паузами и постепенным увеличением, з затем снижением амплитуды дыхательных движений), для глубоко недоношенных характерны судорожные дыхательные движения.

Частота дыхания подвержена значительным колебаниям и составляет 36-82 в 1 мин, причём она изменяется со степенью недоношенности: большая частота дыхания наблюдается у детей с меньшей массой тела, частота сердечных сокращений в периоде новорожденности с пределах 140-160 уд." ров в мин;

При длительной остановке дыхания может развиться асфиксия.

Артериальное давление не превышает 60-70мм.рт.т. Слюноотделение снижено. Объем желудочного сока почти в 3 раза меньше чем у доношенных сверстников. Терморегуляция у недоношенного ребёнка несовершенна, дети быстро охлаждаются и перегреваются.

Рефлексы сосания и глотания слаборазвиты, нередко наблюдается нарушение координации этих процессов.

Имеется наклонность к срыгиванию, рвоте, метеоризму, запорам.

Отсутствие кашлевого рефлекса способствует аспирации пищи.

Из-за несовершенства иммунитета дети склонны к инфекционным заболеваниям. Повышенная проницаемость и ломкость сосудов способствует возникновению нарушений мозгового кровообращения и кровоизлияний.

Пуповинный остаток отпадает позже, чем у доношенных (на 5-7 день жизни), пупочная ранка заживает к 12-15 дню, при массе менее 1000г – на 1-2 недели позже.

Функциональная незрелость всех систем имеет определяющее значение для периода адаптации недоношенного ребенка к внешним условиям.

Т 2.2.5 Степени недоношенности.

Степень зрелости *недоношенных детей зависит от срока гестации и массы тела при рождении.*

Выделяют четыре степени недоношенности (в зависимости от гестационного возраста и массы тела при рождении ребенка):

Степень недоношенности	1	2	3	4
Гестационный возраст	37-35 нед.	34-32 нед.	31-29нед.	28-22нед.
Масса тела	2500-2000г	2000-1500г	1500-1000г	Менее 1000г

Гестационный возраст - это возраст ребёнка от зачатия до рождения. Он является самым важным показателем оценки степени зрелости новорожденного и его способности адаптироваться к условиям внешней среды.

Чем меньше гестационный возраст, тем более значительно выражены признаки недоношенности.

Т 2.2.6 Основные потребности недоношенного новорожденного и способы их удовлетворения.

Для периода новорожденности характерны следующие основные потребности: есть, спать, пить, выделять, двигаться, общаться, быть в безопасности, быть чистым, быть здоровым, поддерживать постоянную температуру тела.

Удовлетворение перечисленных потребностей реализуется в процессе сестринского ухода за новорожденным.

- Первичные мероприятия: отсасывание слизи изо рта и носа сразу после рождения головки малыша, профилактика гонобленнореи, двухмоментная обработка пуповины.
- Антропометрия новорожденного.
- Оформление 2 «браслеток» (надевают на ручки) и «медальона» (надевают поверх пелёнок из клеёнки по следующей схеме: №, ФИО матери, дата рождения, пол ребёнка, время рождения, масса тела, рост ребёнка, окружность головы, окружность грудной клетки.
- Туалет кожи новорожденного стерильным растительным маслом с целью удаления первородной смазки
- Пеленание ребёнка с «браслетками» и «медальоном».

Т 2.2.7 Особенности адаптации недоношенного новорожденного к условиям внеутробной жизни.

Первый месяц жизни оказывается наиболее сложным периодом **адаптации**, особенно для глубоко недоношенного ребенка. Первоначальная масса тела у него уменьшается на 10-12% (у доношенного на 5 - 7%); восстановление происходит медленно: у недоношенных III-IV степени нередко масса тела достигает первоначальных цифр лишь к концу 1-го месяца жизни и более интенсивно начинает увеличиваться со 2-го месяца.

Первые 2 - 3 года жизни недоношенные дети по показателям массы тела и роста отстают от сверстников, родившихся доношенными. В дальнейшем у детей, рожденных преждевременно, чаще наблюдаются астения и инфантильность, но ряд детей имеет показатели физического развития, соответствующие доношенным сверстникам.

Дети со II-III степенью недоношенности начинают фиксировать взор, удерживать голову, переворачиваться, самостоятельно вставать и ходить, произносить первые слова на 1 - 3 мес позже своих доношенных сверстников и догоняют их в течение 2-го года жизни (дети с 1 степенью недоношенности — к концу 1-го года).

Т 2.2.8 Особенности течения пограничных состояний у недоношенных детей.

Своеобразно у недоношенных детей развиваются пограничные физиологические состояния: более выражены и длительны физиологическая эритема, убыль первоначальной массы тела, желтуха. Незначительная по выраженности желтуха может сопровождаться билирубиновой энцефалопатией.

Т 2.2.10 Вскармливание недоношенных.

Одним из важнейших условий полноценного развития недоношенных детей является обеспечение его рациональным вскармливанием, адекватным состоянию.

Женское молоко является оптимальной пищей для недоношенного ребенка. Появление молока у мамы часто запаздывает, а потребность недоношенного ребенка в белковой пище велика, при отсутствии противопоказаний со стороны младенца нужно на короткое время, но постоянно прикладывать его к груди для стимуляции лактации. Необходимо приложить все усилия для максимального сохранения грудного вскармливания.

Основными принципами вскармливания недоношенных детей являются **осторожность и постепенность**.

Выбор способа кормления зависит от гестационного возраста ребенка. Важно следить за тем, чтобы ребенок во время кормления не переутомлялся, не срыгивал и не аспирировал пищу.

Способы кормления:

1. Недоношенных детей с большим сроком гестации, при выраженности сосательного, глотательного рефлекса и удовлетворительном состоянии, можно начать кормить **через 3-4 часа после рождения** (прикладывать к груди или кормить из бутылочки), для профилактики переутомления целесообразно применять накладки на соски матери, а при кормлении из бутылочки - использовать мягкие соски с отверстием, адекватным сосательным усилиям ребенка.

2. При выраженности глотательного рефлекса и отсутствии сосательного, ребенка **можно кормить из ложечки.**

3. При отсутствии грудного молока у матери, **можно применить специализированные адаптированные смеси** (Хумана-О, Фрисопре, Энфалак, Ненатал, Алпрем, Детолакт ММ, Новолакт и др.) в течение первых 2-3-х месяцев.

4. **Детей с малой массой тела и гестационным возрастом менее 32 недель кормят через назо- или орогастральный зонд** (предпочтительнее последний, так как введение зонда через нос вызывает затруднение дыхания).

Во избежание развития инфицирования и пролежней не рекомендуется оставлять постоянный зонд на время свыше 2-х дней. Введение молока необходимо осуществлять капельно, через специальные шприцевые перфъюзоры (автоматические дозаторы «Линеомат» и Др.), при их отсутствии можно использовать стерильные шприцы и капельницы.

5. **Глубоко недоношенным детям с дыхательными расстройствами,** нарушением кровообращения, угнетением центральной нервной системы назначается парентеральное питание.

В первый день- жизни они получают 10% раствор глюкозы, со 2-го дня переходят на 5% раствор глюкозы с добавлением аминокислот, электролитов, калия, витаминов, микроэлементов, жировых эмульсий.

Возможные **проблемы ребенка при энтеральном** способе кормления: срыгивание, рвота, вздутие живота. Если при мониторинге за недоношенным ребенком отмечаются данные явления, то это служит показанием к отмене принятого способа питания.

Т 2.2.11 Критерии готовности к выписке из роддома недоношенного ребенка.

- масса не менее 1800 г.;
- скорректированный возраст 34 и более недель;
- способность поддержать температуру тела в открытой кроватке;
- усвоение полного объема ЭП;
- стабильная прибавка веса – не менее20 г/день;
- стабильность функций ССС;
- отсутствие эпизодов апноэ в течение 4-8 дней до выписки;
- нормальное состояние пупочной раны;
- нет симптомов заболеваний, пороков развития.

Практическое занятие № 5.
«Основные проблемы недоношенного новорожденного. Уход за недоношенным ребенком. Правила проведения вакцинации»

Т 2.2.6 Основные потребности недоношенного новорожденного и способы их удовлетворения.

Для периода новорожденности характерны следующие основные потребности: есть, спать, пить, выделять, двигаться, общаться, быть в безопасности, быть чистым, быть здоровым, поддерживать постоянную температуру тела.

Удовлетворение перечисленных потребностей реализуется в процессе сестринского ухода за новорожденным.

- Первичные мероприятия: отсасывание слизи изо рта и носа сразу после рождения головки малыша, профилактика гонобленнореи, двухмоментная обработка пуповины.
- Антропометрия новорожденного.
- Оформление 2 «браслеток» (надевают на ручки) и «медальона» (надевают поверх пелёнок из клеёнки по следующей схеме: №, ФИО матери, дата рождения, пол ребёнка, время рождения, масса тела, рост ребёнка, окружность головы, окружность грудной клетки.
- Туалет кожи новорожденного стерильным растительным маслом с целью удаления первородной смазки
- Пеленание ребёнка с «браслетками» и «медальоном».

Т 2.2.9 Особенности ухода за недоношенным ребенком.

Проблемы недоношенного ребенка:

1. Нарушение потребности в еде вследствие отсутствия сосательного и глотательного рефлексов
2. Нарушение терморегуляции
3. Высокий риск развития инфекционных заболеваний из-за плохой сопротивляемости организма недоношенного
4. Срыгивание, метеоризм, неустойчивый стул из-за низкой ферментативной активности
5. Дефицит знаний у родственников ребенка об особенностях ухода и питания недоношенного

При выхаживании недоношенных необходимо создать комфортные микроклиматические условия. Температура в палате должна составлять 24-26 С, влажность – 60%.

В зависимости от степени недоношенности ребенка и способности его организма поддерживать постоянную температуру тела возможно выхаживание в кроватке с подогревом **«беби-терм» или в кувезе.**

В кувезах поддерживается температура от 36С до 32С, влажность воздуха в первые сутки составляет до 90%, затем -60-55%, концентрация увлажненного кислорода – около 30%.

При выхаживании недоношенного в кувезе все манипуляции как гигиенического, так лечебного характера производятся, не вынимая ребенка из кувеза, тщательно контролируется соблюдение параметров температуры, влажности и оксигенации.

Ребенок находится в кувезе не более 7-10 дней (чем малыш становится старше, тем тяжелее ему будет привыкнуть и адаптироваться к условиям окружающей обстановки), затем обогревается в кроватке «беби-терм» и только потом в обычной кроватке в палате с температурой воздуха 24-26С.

Каждые 3-4 дня ребенку меняют кувез, т.к. высокая температура и влажность способствуют быстрому размножению микробов, находящихся в воздухе и повышают риск инфицирования недоношенного.

В помещение, где находится недоношенный ребенок необходимо тщательно соблюдать санитарно-эпидемиологический режим. В целях профилактики развития ретинопатий, особенно у глубоко недоношенных детей, рекомендуется в первые дни жизни затенять помещение, где находится ребенок или надевать ему защитные очки.

Система выхаживания недоношенного ребенка начинается с **первых часов его жизни и состоит из трех этапов.**

1 этап. Интенсивная терапия в роддоме.

Цель: сохранение жизни новорожденного

2 этап. Наблюдение и лечение в специализированном отделении недоношенных *детей детской больницы*

Цель: удовлетворение основных жизненно важных потребностей недоношенных детей.

Пребывание на I этапе составляет от 5-6 до 7-8 дней, на II - от 1 недели до 1,5 месяцев.

3 этап. Динамическое наблюдение в условиях детской поликлиники.

Цель: Разработать индивидуальную реабилитационную программу, направленную на обеспечение жизненных потребностей недоношенного ребенка, для достижения им уровня развития своих доношенных сверстников.

1 этап. **Интенсивная терапия в роддоме**

В родильном зале условия исключающие переохлаждение ребенка.

1.Сразу после извлечения головки акушерка отсасывает слизь из верхних дыхательных путей (профилактика асфиксии)

2. Головку и тело ребенка бережно вытирают пеленками. Мягкое поглаживание головы, туловища, конечностей является одним из методов тактильной стимуляции дыхания.

3.При наличии гипоксия в вену пуповины вводят смесь, включающую 10% раствор глюкозы, раствор кокарбоксилазы, 5% раствор аскорбиновой кислоты, 10% раствор глюконата кальция.

4.Проводят перевязку пуповины (лигатура) и первичную обработку новорожденного.

После первичной обработки и перевязки пуповины не доношенные дети с массой тела **более 2000 грамм**, завернутые в пеленки и конверт из байкового одеяла, **помещаются в кроватки**, при температуре окружающего воздуха 24-26**°С, так как** они в состоянии сами поддерживать нормальный температурный баланс.

Недоношенные дети с массой тела более 1500 г могут эффективно выхаживаться в специальных кроватках «Беби-терм» с обогревом и дополнительной оксигенацией (температурный режим в палате вначале поддерживается в пределах 26-28°С, затем постепенно снижается до 25° по показаниям подается теплый, увлажненный кислород, концентрация в пределах 30%).

Недоношенных детей с массой тела при рождении 1500 г и ниже, а также детей, находящихся в тяжелом состоянии, помещают **в кувез**.

Особенности выхаживания недоношенных детей в кувезах:

Кувез- это аппарат, внутри которого автоматически поддерживается температура (от 36°С до 32°С), влажность и уровень концентрации кислорода (оксигенация).

Оптимальный температурный режим - это такой режим, при котором у ребенка удается поддерживать ректальную температуру в пределах 36,6-37,1°С.

Влажность воздуха в кувезе в первые сутки должна составлять 80-90%, а в последующие - 50-60%). Уровень оксигенации подбирается индивидуально.

Необходимо обеспечить ребенку такую оптимальную концентрацию кислорода, при которой исчезают признаки гипоксемии (цианоз кожных покровов и слизистых оболочек, снижение двигательной активности, брадипноэ с апноэ).

Предосторожность! *Не рекомендуется поддерживать концентрацию кислорода в кувезе более 38%> из-за возможного токсического воздействия* ***его*** *на центральную нервную систему, легкие и сетчатку глаз.*

Смена кувеза и его дезинфекция проводится каждые 2-5 дней (повышенная температура и влажность создают благоприятные условия для быстрого размножения патогенных микроорганизмов).

Длительное пребывание недоношенного ребенка в кувезе нежелательно. В зависимости от состояния ребенка оно может составлять от нескольких часов до 7-10 дней.

Перевод ребенка с I этапа на II этап выхаживания **осуществляется:**

- в специализированной машине

- в кувезе;
- в сопровождении фельдшера (медсестры);
- через 2 часа после последнего кормления;
- с подачей 0_2 в кувез или из подушки (баллона);
- без тряски.

II этап. Наблюдение и лечение в специализированном отделении **для недоношенных детей**

Особое значение при выхаживании недоношенных детей и создание комфортных микроклиматических условий (дополнительного согревания и оксигенации).

Ребенка в отделении для выхаживания маловесных детей ***переводят из кувеза в кроватку с обогревом только в том случае***, если это не приводит к изменению его состояния (Температуры тела, окраски кожных покровов и двигательной активности и др.).

Если ребенок в кроватке плохо «удерживает» температуру тела, то применяется дополнительное согревание. Для этого используют резиновые грелки (от одной до трех с температурой воды 60°, размещая две по бокам и одну в *ногах, на расстоянии ширины* ладони тела *ребенка). Контроль* температуры проводится спиртовым термометром, который помещается под одеяло. Смена грелок проводится через каждые два часа, поочередно.

Как только ребенок начинает самостоятельно «удерживать» температуру тела в пределах 36,5-37°С, постепенно уменьшают количество грелок.

В результате неумелого согревания может произойти перегревание или переохлаждение ребенка.

Признаки перегревания:

- повышение температуры до 39- 40°С,
- беспокойство ребенка,
- увеличение влажность кожи,
- кожные покровы ярко-розового цвета,
- тахикардия,
- тахипноэ.

Неотложная помощь ребенку при перегревании:

Убрать грелки, вынуть ребенка из кроватки, освободить от пеленок, провести ванну с температурой воды 37°С, продолжительность - 5-7 минут, напоить кипяченой водой (из расчета 10 мл на кг массы на каждый градус повышения температуры).

При переохлаждении: температура снижена ниже 35,9°С, выражено общее беспокойство ребенка, кожные покровы бледные, с синюшным оттенком, холодные на ощупь, брадикардия, брадипноэ.

Неотложная помощь при переохлаждении:

Вынуть ребенка из кроватки, провести горячую ванну с температурой воды 38-39°С продолжительность - 5-7 минут, после чего ребенка тщательно обсушить теплой пеленкой и запеленать в подогретое белье, уложить в кроватку и обложить с трех сторон грелками (температуру воздуха в помещении довести до 25-26°С).

Каждые два часа проводить термометрию тела.

Обучение методам ухода за недоношенным ребенком.

Температурный режим комнаты, где находится ребенок, необходимо в начале поддерживать в пределах 24-26°С, постепенно снижать до 22-20°С.

Техника проведения гигиенической ванны:

Температура воздуха в помещении, где проводится купание ребенка, должна быть не ниже 25°С.

Гигиенические ванны проводят ежедневно, вначале продолжительность ванны составляет 5-7 минут (температура воды 38,0-38,5°С, затем ее постепенно снижают, со второго месяца жизни до 37,0-36,0°С, к концу 2-го полугодия до 34,0-32,0°С).

Лечебные ванны при раздраженной коже проводятся с настоями из трав: череды, шалфея, ромашки, зверобоя и др. (2-3 столовых ложки заливают 1 литром кипящей воды, настаивают в течение 15-20 минут, процеживают и добавляют в ванну с кипяченой водой). Белье для обсушивания и пеленания ребенка должно быть гигроскопичным и предварительно подогретым.

Большую роль для предупреждения перегревания и переохлаждения играет **одежда недоношенного ребенка**. Белье должно быть из мягких, тонких натуральных гигроскопичных тканей, без грубых швов, рубцов и пуговиц. Одежда должна быть многослойной, а пеленание - свободным.

Тренирующие методы закаливания (снижение температуры воды, контрастные обливания после купания, воздушные ванны) начинают применять в зависимости от степени зрелости, индивидуальных особенностей и состояния здоровья ребенка.

Выкладывание на живот проводят с первого дня пребывания ребенка дома. Вкладывать рекомендуют на жесткую поверхность 3-4 раза в день перед кормлением.

Воздушные ванны начинают проводить с 1,5-3 месяцев по 1-3 минуты 3-4 раза в день, постепенно увеличивая время до 10 - 15 минут в сочетании с поглаживающим массажем. С 4-х месяцев начинают активнее вводить другие элементы закаливания: контрастные обливания после купания, увеличивают продолжительность воздушных ванн.

Поглаживающий массаж начинают с 1-1,5 месяцев, с 2- 3-х месяцев постепенно вводят другие приемы - растирание, разминание, пассивные движения рук и ног. Во втором полугодии массаж и гимнастика проводятся по тем же комплексам, что и доношенным детям. Для улучшения психомоторного развития ежедневно проводят "массаж и гимнастику кистей рук, а с 8-9 месяцев, для стимуляции развития речевых центров и координации мелких движений, ребенку

предлагаются игры с мелкими предметами (перебирание нитей бус, косточек на счетах, складывание пирамидок и др.).

Обучение проведению навыков ухода за недоношенным ребенком (расчет разовой и суточной дозы пищи, способы кормления, режим кормления, способы согревания, борьба с ателектазами, пользование кувезом, кормление через зонд).

1. Число кормлений в зависимости от степени недоношенности и общего функционального состояния составляет 8-10 раз в сутки (потребность в росте и соответственно еде огромна, а объем желудка очень мал).

Если у недоношенного ребенка есть и глотательный и сосательный рефлекс, он может быть приложен к груди, но обычно в силу функциональной слабости несколько раз ребенок сам высасывает молоко из груди, а на несколько кормлений получает сцеженное материнское молоко из бутылочки. Дети со слабым сосательным рефлексом кормятся материнским молоком с ложечки, а при отсутствии и сосательного, и глотательного рефлекса получают молоко через зонд 7-8 раз в сутки.

Количество пищи на одно кормление в первый день жизни обычно составляет 5-10 мл молока, во второй -10-15 мл, третий -15-20 мл.

Формула Ромелля: (10+n) x m: 100, где n-число дней жизни, m-масса ребенка в граммах - используется для расчета суточного количества пищи в первые 10 дней жизни.

2. Согревание применяется строго по назначению врача. **Дополнительное согревание** недоношенного можно обеспечить несколькими способами: **кувез, кроватки с подогревом, открытые реанимационные системы, метод «кенгуру».**

Существуют различные **средства согревания** недоношенного:

1. Грелки - температура воды 40 - 45 градусов. Для согревания ребенка используют 3 грелки, которые укладываются поверх одеяла, одна грелка - к ногам ребенка, две – вдоль туловища с обеих сторон. Температура под одеялом не должна превышать 26-300С. Противопоказано при наличии острых воспалительных процессов в организме, новообразований различного характера, кровотечений. Категорически нельзя прикладывать грелки к груди и животу ребенка во избежание остановки дыхания.

2. Термозащитная пленка - Показано укрывать ребенка строго от подмышечных впадин до стоп на время, предписанное врачем.

3. Термоматрац - Эти устройства обладают компактностью и мобильностью, что дает возможность использовать их как в родильном зале, так и в обычной кроватке дома, а также при транспортировке ребенка.

4. Согревающее одеяло

5. Вязанные шерстяные шапочки, носочки, одеяльца и т.д. Могут использоваться и в кувезе. Помимо сохранения тепла они за счет колючести раздражают нервные окончания малыша и «напоминают», что необходимо дышать.

3. **Лечение ателектазов** проводится в отделении интенсивной терапии. Показан кувезный режим. Основа терапии – вентиляция легких (вспомогательная или искусственная) с положительным давлением на вдохе для механического расправления легочной ткани. Стимуляторы синтеза сурфактанта особенно показаны недоношенным детям, возможно также эндотрахеальное введение препаратов. Проводится инфузионная терапия, осуществляется коррекция метаболического ацидоза, связанного с дыхательной недостаточностью. Для расширения бронхов применяются метилксантины. По показаниям используются препараты для лечения сердечной недостаточности.

4. **Кувез** (от фр. Couveuse «наседка», «инкубатор») - приспособление с автоматической подачей кислорода и с поддержанием оптимальной температуры, в который помещают недоношенного или заболевшего новорождённого. В кувезе, по сути, создаются все те условия, в которых он находился в утробе матери. Постепенно с стабилизацией состояния меняются и условия в кувезе; со временем недоношенный новорожденный сможет обходиться без кувеза, привыкая к условиям окружающей среды.

Виды кувезов:

1. Стандартный кувез для доношенных детей, нуждающихся в интенсивной терапии, и недоношенных детей с массой тела выше 1000-1500 г. Обеспечивает оптимальную температуру и влажность воздуха.

2. Кувез для интенсивного выхаживания глубоко недоношенного ребенка с экстремально низкой массой тела (менее 1000 г). Они более оснащенные и удобные как для ребенка, так и для персонала

3. Современный кувез-трансформер нового поколения. Он может за несколько секунд превращаться из кувеза в открытую реанимационную систему. Это дает возможность проводить ребенку сложные медицинские манипуляции и даже хирургические операции, не перемещая его никуда со своего «гнездышка».

В кувезе поддерживается индивидуальная для каждого малыша температура.

Для глубоко недоношенных детей в первую неделю жизни необходимо обеспечить влажность 85%, затем она снижается до 50%.

Положение тела в кувезе ребенок часто принимает сам, в иных случаях используются специальные «гнезда», куда ребенок выклыдывается в позе эмбриона. Используется специальный матрас, мягкий, предотвращающий пролежни.

Еще один плюс современных кувезов — встроенные весы, которые помогают узнать, как малыш прибавляет в весе и при этом лишний раз не беспокоить его.

Недоношенные малыши очень чувствительны к свету, поэтому кувез накрывают пеленкой. Шум так же не благоприятно сказывается на организме недоношенного, поэтому шум через стенку кувеза не проходит, а сами кувезы работают с минимальными звуками.

Иммунная система недоношенного малыша несовершенна. Он практически беззащитен не только перед опасными вирусами и бактериями, но и перед

условно-патогенной флорой, которая у здоровых доношенных детей не вызывает инфекционно-воспалительных заболеваний.

Поэтому при нахождении ребенка в кувезе соблюдаются строгие правила дезинфекции. Кувез устроен так, что в нем нет щелей, острых углов и неровных поверхностей. Это облегчает его обработку.

Для каждого маленького пациента смена кувеза осуществляется не реже, чем раз в три дня. В кувезах используются фильтры, защищающие малыша от патогенной флоры. Эти фильтры должны своевременно меняться и обрабатываться.

5. Существует два типа **зондового кормления**:

Если установка зонда нужна для разового введения питания, то такое кормление носит название **прерывистого**. Обычно его используют в первые сутки после рождения.

При высокой степени недоношенности малыша требуется долговременное кормление, молоко течет в желудок медленно. Этот вид называют постоянным.

Алгоритм действий

Такой вид кормления предполагает наличие навыков и соблюдение определенных условий. Прежде всего, нужно помнить о стерильности. Манипуляции проводит медсестра или врач. Стерильный зонд можно оставить на 3 дня, затем его нужно заменить.

Подготовительный этап

1. перед кормлением персонал должен вымыть руки и надеть перчатки;
2. младенца умывают;
3. рассчитывают длину зонда (от переносицы до мечевидного отростка грудины);
4. ставят флакон с молоком в воду, подогретую до 40-45° (контролируют термометром), чтобы создать оптимальную температуру;
5. укладывают ребенка на столик, приподняв голову, фиксируют положение валиком или пеленкой.

После подготовительного этапа придерживаются следующего алгоритма:

1. На грудь ребенка кладут стерильную салфетку, чтобы предупредить контакт с нестерильным бельем ребенка.
2. Вскрывают упаковку одноразового зонда.
3. Еще раз делают замеры глубины введения зонда от мочки уха до кончика носа и от кончика носа до мечевидного отростка.
4. Присоединяют к зонду стерильный шприц и проверяют его проходимость, снимают шприц, закрывают заглушку зонда — это обеспечивает эффективность процедуры, а также является профилактикой метеоризма).
5. Правой рукой берут зонд (расстояние 7-8 см от слепого конца).
6. Смачивают его в молоке (влажный зонд вводится легче).
7. Вставляют зонд через нос (нижний носовой ход) или в рот (средняя линия языка). Важно следить за состоянием ребенка: отсутствие одышки, цианоза.

8. Открывают зондовую заглушку, присоединяют шприц и отсасывают содержимое желудка (мутноватая жидкость). Это делается для профилактики рвоты и срыгивания.

9. Отсоединяют шприц от зонда, закрывают заглушку, выливают содержимое в лоток.

10. Набирают в шприц молоко, присоединяют к зонду, медленно вводят молоко. Такая скорость нужна для предотвращения резкого усиления перистальтики желудка.

11. Зажимают зонд двумя пальцами на расстоянии пару см, быстро его извлекают.

12. После этого процедуру завершают: кладут ребенка на правый бок с приподнятой головой, использованные инструменты помещают в дезраствор, снимают перчатки, моют и сушат руки для обеспечения инфекционной безопасности.

При четком следовании рекомендациям зондирование не опасно для ребенка. **Интервал между кормлениями составляет 3-4 ч.**

Правила проведения вакцинации недоношенных.

В соответствии с национальным календарем прививок прививки недоношенным детям делают в первые 12-24 часа после рождения. Вакцинация включает в себя три инъекции вакцины: в первые сутки в роддоме, в 1 месяц и через 6 месяцев после введения первой инъекции. Ревакцинация проводится через 5 лет. Недоношенность не является противопоказанием для прививки от гепатита.

ТЕМА 2.3.
ПЕРИОД ГРУДНОГО ВОЗРАСТА. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕБЁНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА. НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЁНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Теоретическое занятие № 6. «Период грудного возраста. Развитие ребенка первого года жизни. Массаж, закаливание, физическое воспитание. Организация безопасной среды»

Т 2.3.2 Анатомо-физиологические особенности, рост и развитие ребенка грудного возраста.

Включает детей от 28дней до 1 года.

Основной особенностью *грудного периода являются высокие темпы физического и нервно-психического развития на основе ускоренных процессов обмена веществ.*

Анатомо-физиологические особенности

Нервная система интенсивно развивается, характерно активное образование новых условных рефлексов и их закрепление. Однако под влиянием любых патологических воздействий (болезнь, стресс и т.д.) навыки могут легко утрачиваться

У грудных детей сохраняется склонность к быстрой генерализации любой инфекции и к токсическим повреждениям головного мозга.

Дыхательная система совершенствуется, формируются новые альвеолы развиваются их функции.

ЧДД составляет: к 6-ти месяцам - 35-40 в минуту, к 12 месяцам - 30-35 в мин. Тип дыхания - смешанный,

Характер дыхания: поверхностное, частое, аритмичное.

Рёбра в связи с прямохождением, несколько изгибаются и располагаются более косо, чем у новорожденных; диафрагма опускается книзу.

Сердечно - сосудистая система увеличивается в размерах, совершенствуется, укрепляется миокард и эндокард.

Вес сердца -50г.

ЧСС-120-125 в минуту.

АДтах-80 мм РТ. Ст.

Пищеварительная система увеличивается в размерах, совершенствуется функционально. Улучшается иннервация кардиального сфинктера и *во 2-м полугодии жизни срыгиваний обычно не наблюдается*. Повышается активность пищеварительных ферментов.

В возрасте 5-ти месяцев ребёнку можно вводить первый прикорм.

У детей грудного возраста легко развиваются: диспепсия, гипотрофия, гастрит, энтероколит и т. д.

Мочевыделительная система развивается, образуются новые нефроны, совершенствуются основные функции почек. Однако почки остаются незрелыми и уязвимыми по отношению к инфекциям и к нарушению водно-солевого обмена.

Объём одной порции мочи в среднем составляет:

До 6 мес. - 30 мл,

От 6-ти до 12 мес. - 60 мл.

Частота мочеиспусканий: До 6-ти мес. 15-20 раз в сутки, С 6 до 12 мес. - 10-15 раз в сутки.

Суточный объём мочи в год составляет в среднем 600 мл.

Рефлекс на произвольное мочеиспускание начинают формировать с 3-х месяцев. С 6-ти мес, когда ребёнок начинает сидеть самостоятельно, его высаживают *на горшок.*

Интенсивно развивается ***костно-мышечная система***

В 2 месяца ребенок хорошо удерживает голову,

в 3 месяца - хорошо поворачивается со спины на живот,

в ***5,5 -6 месяцев*** -хорошо поворачивается с живота на спину,

в 6 месяцев - сидит, если его посадили,

в ***7,5 месяцев***, (когда ребенок научится хорошо ползать) - сядет сам,

в ***9 месяцев*** - хорошо стоит,

в 10 месяцев - прохаживается по манежу, держась рукой,

к 12 месяцам - самостоятельно ходит.

Развитию статических функций способствуют различные комплексы упражнений для детей;|от 1-го до 3 месяцев; от 3 до 6 месяцев; от 6 до 9 месяцев; от 9 до 12 месяцев.

Формируются изгибы позвоночника:

к 2-м месяцам, когда ребёнок начинает держать голову, ***появляется шейный лордоз*** (изгиб кпереди в сагиттальной плоскости);

к 6 месяцам, когда ребёнок начинает сидеть, появляется ***грудной кифоз*** (изгиб кзади в сагиттальной плоскости);

к 12 месяцам, когда ребёнок начинает самостоятельно ходить, появляется ***поясничный лордоз.***

Т 2.3.3 Анатомо-физиологические особенности нервной системы грудного ребенка.

К моменту рождения ребенка НС наименее развита и дифференцирована. «Дозревает» прижизненно. Облагает большей пластичностью по сравнению с НС взрослого.

Безусловные рефлексы новорожденного:

- стойкие пожизненные автоматизмы (глотательный, мигание глаз)
- физиологические рефлексы новорожденного выявляются только в первые месяцы жизни и затем исчезают (хватания, обхватывания, автоматизма ходьбы, автоматизма ползанья).

Отсутствие этих рефлексов у новорожденного, а также их сохранение после 4 - 5 месяцев жизни свидетельствуют о патологии нервной системы.

Все органы чувств к моменту рождения функционируют.

В 2 - 3 недели вырабатываются первые простые условные рефлексы.

После 3-х месяцев условные рефлексы вырабатываются быстро, легко, прочно и устойчиво; ребенок может быстро приобрести определенные навыки поведения и привычки надолго или навсегда. Таким образом формируется первая сигнальная система.

С 6-7 месяцев до 1,5-2 лет у малыша формируется вторая сигнальная система, т.е. речь.

Т 2.3.5 Основные универсальные потребности ребенка периода младенчества и способы их удовлетворения.

ПОТРЕБНОСТИ	СПОСОБЫ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ
ДЫХАНИЕ	Организация гипоаллергенного быта, поддержание оптимальной температуры, влажности, концентрации кислорода в воздухе помещения, прогулки, дыхательные упражнения
ПИТАНИЕ И ПИТЬЕ	Организация рационального вскармливания в зависимости от возраста и АФО ребенка, вида вскармливания
СОН	Организация режима дня, создание оптимальных условий для засыпания и сна
ДВИЖЕНИЕ	Проведение комплексов массажа и гимнастики, развивающих игр для формирования двигательных навыков
ОБЩЕНИЕ	Рациональный выбор игрушек и развивающих занятий в зависимости от возраста и развития ребенка
БЕЗОПАСНОСТЬ	Проведение закаливающих процедур, организация гипоаллергенной

	диеты и гипоаллергенного быта, рациональный выбор мебели, предметов ухода, игрушек в зависимости от возраста и АФО ребенка, профилактика травматизма
ГИГИЕНА И СМЕНА ОДЕЖДЫ	Гигиенический уход за ребенком, воспитание гигиенических навыков, рациональный выбор одежды в зависимости от возраста, развития, времени года
ВЫДЕЛЕНИЕ	Воспитание гигиенических навыков, обучение умению пользоваться горшком

Т 2.3.6 Возможные проблемы.

Главная цель сестринского процесса при уходе за ребенком грудного возраста – это достижение возможно полного состояния здоровья ребенка.

Здоровый ребенок – это ребенок, не имеющий заболеваний, гармонично развитый и жизненные потребности которого удовлетворены в полной мере.

При достижении вышеназванной цели медицинская сестра должна быть готова к решению ряда проблем, таких как:

- неспособность самостоятельно удовлетворять жизненные потребности из-за возраста и анатомо-физиологических особенностей;
- дефицит знаний мамы об уходе за ребенком и способах удовлетворения потребностей;
- повышенная тревожность родителей за ребенка, неуверенность в своих силах;
- высокий риск дисгармоничного развития из-за дефектов ухода, связанных с дефицитом знаний и отсутствием навыков;
- высокий риск диспепсических расстройств из-за анатомо-физиологических особенностей системы пищеварения;
- высокий риск инфекционных заболеваний из-за анатомо-физиологических особенностей иммунной системы;
- высокий риск заболеваний, связанных с нарушением обмена веществ в организме ребенка из-за высокой интенсивности обменных процессов в грудном возрасте.

Планирование сестринских вмешательств для решения проблем и методы их реализации будут изучены на практических занятиях.

Т 2.3.7 Факторы, создающие опасную окружающую среду.

По мере развития моторных навыков малыш пользуется все большей свободой. Но ребенок **не имеет предшествующего опыта** и, значит, **не знает, что опасно, а что нет**. Это сочетание факторов создает условия для повышенного травматизма детей, особенно от 6 до 12 мес. Предотвратить беду может только постоянный **контроль за малышом** (с него нельзя «спускать глаз») и выполнение **ряда правил безопасности**.

1. Убрать из комнаты ребенка ковры, из-за которых он может упасть.

2. Убрать салфетки с секретеров, шкафов, тумбочек и стоящие на них тяжелые предметы (вазы, статуэтки и др.).

3. Все розетки закрыть специальными пластмассовыми заглушками, а электроприборы убрать за пределы досягаемости ребенка.

4. Исключить из игр ребенка и постоянного обихода мелкие предметы (шарики, гвоздики, болты и т. д.).

5. Спрятать под ключ все острые, режущие и колющие предметы (иглы, ножницы, спицы, ножи и т. д.).

6. Поместить в одно место под замок все лекарственные препараты (например, в шкатулку).

7. Спрятать предметы бытовой химии под замок (моющие средства, дезодоранты, инсектициды и т.д.).

8. Огородить выходы на лестницы (если в доме более одного этажа).

9. Окна в комнате ребенка должны быть закрыты, а если их открывают при проветривании, ребенка на это время выносят в другое помещение.

10.Сделать невозможным доступ ребенка на кухню и в санитарные комнаты.

11.Поместить в закрывающийся на ключ бар все алкогольные налитки, упаковки с сигаретами и спичками.

Помните! 90% травм детей до 3 лет происходит из-за халатности и беспечности взрослых!

Перечисленные правила помогут удовлетворить потребность ребенка «избегать опасности».

Т 2.3.8 Значение режима и воспитания для удовлетворения потребностей ребенка.

Режим дня

Основой любого режима дня являются:

- деятельность;
- питание;
- пребывание на свежем воздухе.

Правильно организованный режим дня предоставляет организму необходимые паузы, которые обеспечивают периоды меньшей активности, т. е. отдых в физическом и психоэмоциональном смыслах. Это позволяет обеспечивать бодрое настроение в течение дня и гармоничное развитие личности.

Режим дня строится с учетом: - состояния здоровья; возраста; индивидуальных особенностей ребенка.

При построении режима дня исходят из следующих положений:

1. Обеспечить ребенку глубокий, достаточный по продолжительности сон.

2. Обеспечить регулярность приема пищи.

3. Своевременно чередовать активную деятельность с достаточным отдыхом и максимальным пребыванием на свежем воздухе.

Сон является необходимым для отдыха и восстановления сил ребенка.

1. Полноценный **сон** - залог и условие оптимального использования времени бодрствования для гармоничного развития ребенка:

- новорожденный в течение дня засыпает от 4 до 11 раз;

- младенец 5-10 месяцев днем спит 3 раза;
- 10 – 18 месяцев - 2 раза;
- с 2-х лет - 1 раз;
- в 3 года ребенок должен спать 11-12 часов в сутки, после 4-х лет дневной сон сохраняется не у всех детей;
- в пубертатном возрасте сон должен быть не менее 8 часов в сутки.

2. **Бодрствование:**

- к 3 месяцам ребенок может бодрствовать до 1,5 часов;
- к 1 году - до 3 часов;
- к 3-м годам - до 5,5 – 6 часов.

3. **Прием пищи** должен соответствовать возрасту и индивидуальным потребностям ребенка:

1) до 1 года:

от 1 до 5 мес. - 6 раз в сутки (ночной перерыв 6 часов); с 5 до 12 мес. — 5 раз в сутки (ночной перерыв 8 часов);

2) от 1 года до 3 лет - 4 раза в день;

3) с 3 лет и старше – 3-4 раза в день. Деятельность необходимо организовывать с учетом возраста и индивидуальных особенностей ребенка.

Чередование, последовательность компонентов режима дня в грудном возрасте: пробуждение, кормление, бодрствование, сон до следующего кормления.

Воспитание

Новорожденный ребенок в основном спит. К концу месяца вырабатываются элементарные условные рефлексы: успокаивается, если взять на руки, на ласковую речь. Начинает следить за движущимся предметом, но быстро его теряет. Рефлексы новорожденного не являются основой его психического развития.

Все человеческие формы поведения складываются прижизненно под воздействием взаимодействия с взрослыми.

Ребенка необходимо правильно «воспитывать»:

- много разговаривать с ним ласковым голосом;
- часто брать на руки, прикасаться, гладить спинку, животик;
- не оставлять без внимания его плач;
- адекватно удовлетворять все его жизненно-важные потребности.

При таком «правильном воспитании», у малыша к концу первого месяца появляется осознанная улыбка, адресованная маме (коммуникативная).

Т. о., **начиная со 2-го месяца жизни**, младенец овладевает способностью к общению с взрослыми.

После месяца увеличивается период бодрствования.

Малыш следит за игрушкой глазами, рассматривает игрушку, висящую над ним, сосредоточивает взгляд на лице взрослого, появляется «гуление» в ответ на мелодичную речь.

Игрушки следует подвешивать на расстоянии 50 - 70 см от груди, они должны быть крупные, яркие, простой формы, не многоцветные, т.к. обилие цветов утомляет ребенка.

С 1 - 1,5 месяцев обязательно необходимо ежедневно проводить массаж, сопровождая все свои действия ласковой речью.

К 3 месяцам появляется «комплекс оживления» - радостное поведение младенца при виде взрослого.

Комплекс оживления (КО) включает 4 компонента:

- замирание и зрительное сосредоточение - долгий пристальный взгляд на взрослого;
- улыбка, выражающая радостные эмоции ребенка;
- двигательное оживление - движение головы, вскидывание ручек и ножен, прогибание спины;
- вокализации – вскрики (громкие, отрывистые звуки), гуканье (тихие короткие звуки типа «кх», «гк», и гуление (протяжные звуки, напоминающие пение птиц – «гуу-лллиии и пр.)

КО имеет активную функцию, призывает взрослого к общению, его необходимо поддерживать.

В возрасте 3-4 месяцев ребенок большую часть бодрствования должен проводить в положении на животе, это способствует нормальному психомоторному развитию:

- укрепляет мышцы спины, шеи, рук;
- малыш готовится учиться ползать, а ползание гармонично развивает все группы мышц малыша;
- улучшается обзор находящихся вокруг предметов;
- способствует отхождению газов при метеоризме.

Малыш учится захватывать игрушки в кулачок, подносит их к лицу, тянет в рот. Поэтому игрушки должны быть удобные для захватывания кулачком, подвешивать их надо в кроватке над грудью на уровне вытянутой руки, прикладывать к ладошкам, побуждая захват. Форма и материал должны исключать травмирование ребенка.

Во втором полугодии ребенок начинает понимать речь («ладушки», «до свидания», названия многих предметов, находит их взглядом на вопрос взрослого «где?»). Такое понимание речи называют пассивной речью.

Начинает произносить слоги «ба-ба-та» «ма-ма-да-да». Вокализации такого типа, воспроизводящие звуки речи, называют лепетом.

С ребенком данного возраста следует много разговаривать, называть ему все предметы и действия с ними, комментировать вслух все моменты ухода. Игрушки должны быть более разнообразные, сложные, звучащие, двигающиеся, разборные, из различных материалов (пластмассовые, меховые, резиновые). Их уже не подвешивают, а выкладывают в кроватку, манеж, на пол.

Для развития действий с предметами ребенку необходимо давать различные коробочки, ведра с крышками, кастрюльки, пирамидки, матрешки - все, что можно открывать – закрывать, чем-то заполнять, вкладывать – выкладывать, надо

показать ему возможности манипулирования с этими предметами. Все, что ребенок делает руками – собирает или разбрасывает игрушки, трогает, ощупывает, ломает, опрокидывает предметы, рвет бумагу – развивает его интеллект и творческие задатки.

С 10 месяцев ребенку надо показывать картинки, читать книжки-потешки.

К году появляется активная речь, малыш произносит 8 - 10 -12 упрощенных слов. **Формирование речи обязательно проходит поэтапно:**

- коммуникативная улыбка в 1 - 2 месяца;
- «гуление» в 3 - 4 месяца;
- «лепет» в 6 - 7 месяцев;
- с 7 месяцев - понимание речи взрослого.

И только после этого появляются первые слова. Если ребенок в 2 месяца не улыбается, в 3-4-5 – не «гулит», то вероятность того, что в год он скажет первое слово, почти равна нулю.

При правильном воспитании ребенок к году имеет ряд навыков (сформированное умение, доведенное до автоматизма). Навыки постепенно совершенствуются, перерастают в привычки, т.е., в потребность поступать определенным образом.

При воспитании у малыша положительных навыков и привычек следует придерживаться принципов:

- последовательность, систематичность;
- единство требований;
- сочетание требовательности с уважением к ребенку.

Т 2.3.9 Значение физического воспитания, закаливания, массажа для здоровья и развития ребенка первого года жизни.

Физическое воспитание и организация закаливания на 1-м году жизни - один из важнейших факторов, влияющих на развитие ребенка и его здоровье, и в то же время — это способ удовлетворения потребностей:

- «двигаться»;
- «быть здоровым»;
- «общаться».

Физическое воспитание — это комплекс мер, направленных на укрепление здоровья ребенка, профилактику заболеваний и гармоничное физическое и умственное его развитие.

Из определения ясно, что физическое воспитание решает **2** взаимосвязанные и **взаимозависимые задачи:**

- *охрана и укрепление здоровья;*
- *полноценное развитие личности*.

Решение этих задач осуществляется с помощью следующих мер:

- соблюдение режима дня;
- соблюдение гигиенических норм и правил;
- проведение общих и специальных закаливающих процедур;
- выполнение массажа и адекватных возрасту комплексов гимнастики.

Соблюдение гигиенических норм и правил.

Температура в комнате — необходима для закаливания кожных рецепторов, правильного дыхания и крепкого сна:

- в 1-м полугодии — 20—22°С;
- во 2-м полугодии — 19—20°С.

Снижение температуры в помещении осуществляют:

- проветриванием (сквозным);
- кондиционированием.

Цели проветривания:

- снизить температуру воздуха;
- увеличить концентрацию кислорода;
- снизить концентрацию микробов.

Кратность и длительность проветривания:

- зимой: 4—5 раз в сутки по 10—15 мин.;
- летом: круглосуточно (несквозным, а если сквозным — то каждый час).

Личная гигиена: ежедневная гигиеническая ванна, подмывание, а на 2-м году жизни — пользование мылом, зубной щеткой, полотенцем. Своевременная смена нательного и постельного белья.

Прогулки:

- летом 2—3 раза в день по 2—2,5 часа;
- зимой 2 раза в день по 1—1,5 часа (если безветрие до —10°С, если ветрено — до —5°С)..

Одежда, должна быть удобной, не стеснять движений, соответствовать сезону и должна быть из натуральных тканей.

Обувъ: должна быть кожаной, с твердой пяткой, с фиксацией голеностопного сустава и с каблучком до 1 см.

Закаливание — это тренировка организма, с целью повышения его устойчивости к разнообразным воздействиям внешней среды. Оно необходимо для профилактики заболеваний у ребенка. Основные факторы закаливания: солнце, воздух и вода.

Наиболее мягкий – воздух. Можно рекомендовать воздушные ванны, увеличивающиеся по продолжительности. При этом можно постепенно понижать температуру окружающей среды до 18-20 С.

Не кутать ребенка, проводить обливания водой комнатной температуры, начиная с рук или ног, постепенно увеличивая площадь воздействия.

Можно растирать стопы ребенка кубиками льда, начиная с 1-2 сек воздействия, и постепенно увеличивать время до 1 мин. Можно рекомендовать посещение детского бассейна.

Правила закаливания по Г. Н. Сперанскому

1. Закаливание можно начинать и далее проводить только при полном здоровье ребенка.
2. Необходимо постепенное наращивание интенсивности закаливающих процедур.
3. Закаливание должно осуществляться систематически.
4. Закаливание необходимо проводить с учетом индивидуальных особенностей и возраста ребенка.
5. Начинать процедуры закаливания можно в любое время года, но лучше - в теплое.
6. Закаливание должно осуществляться только при положительных эмоциональных реакциях ребенка.
7. Если закаливание прерывается по причине болезни, то начинать его снова надо с первоначальных уровня интенсивности, но скорость наращивания закаливающих процедур должна быть большей, чем до перерыва.

Перед началом закаливания необходимо уточнить группу здоровья ребенка.

Для I группы - режим включает все виды закаливания и физического воспитания.

Для II группы - применяются только щадящие процедуры: температура воды и воздуха на 2°С выше, чем для I группы;

Для III группы - назначаются специальные процедуры (местные водные и воздушные воздействия умеренного уровня). Конечная температура воздуха и воды на 4- 6°С выше, чем для детей I группы.

I. ***Закаливание воздухом*** начинается с первых дней жизни ребенка во время пеленания и прогулок.

II***. Закаливание водой*** также начинают проводить с раннего возраста. Различают:

1) местные водные процедуры: умывание; местное обтирание; обливание ног;

2) общие водные процедуры: полное обтирание; полное обливание; ванна; душ; купание в открытом водоеме.

Различают ***3 фазы действия холодной*** воды на организм:

I фаза - резкий спазм кожных сосудов (озноб, общее напряжение, кожа бледная и холодная);

II фаза - расширение кожных сосудов или стадия адаптации (снижение напряжения, частоты дыхания и пульса, покраснение кожи, ощущение тепла);

III фаза - парез сосудов с застоем крови (бледность кожи с цианозом, озноб).

При правильном проведении закаливания III фаза отсутствует.

Любая водная процедура заканчивается вытиранием насухо с легким массажем или растиранием до покраснения. Закаливание водой проводится после сна и до еды.

1) Умывание - проводится ежедневно, со снижением температуры на 1°С каждые 2-3 дня до 15-16°С. Умывают не только лицо, но и шею, верхнюю часть груди, подмышечные впадины.

2) Обтирания (местные и общее) начинаются с 6 месяцев с 4 = 32—33°С. К концу года их снижают до 28°С.

Техника: смоченной и слегка отжатой рукавичкой обтирают руки (от пальчиков до плеча, через 3 дня - грудь, затем спину, живот, ноги и все тело). Длительность 6-8 мин.

3) **Обливание местное** (ног - ступней и голеней) проводят после 1 года. Начальная - 28°С, со снижением до 20-22°С (на 1°С каждые 2-3 дня). Длительность составляет – 20-30 с.

4) **Купание в ванне** - рекомендуется с 14-15 дней жизни при 36°С с постепенным небольшим снижением.

Закаливание солнечными лучами - рекомендуется после предшествующей воздушной ванны в течение 10 - 20 мин. Время солнечных ванн 9-11 ч утра через 1-1,5 часа после легкого завтрака. Длительность: начиная с 1 мин. и увеличивая до 10 мин. на каждой стороне (спина, живот).

Пребывание на солнце – в утренние и вечерние часы в кружевной тени.

Все процедуры по закаливанию проводятся под контролем врача!

Массаж — назначается детям с 1—1,5 месяцев до 1— 1,5 лет параллельно с гимнастикой. В дальнейшем используют игры, а затем — утреннюю гимнастику и спорт (с 7—8 лет).

Результат массажа: расширяются капилляры кожи, улучшается циркуляция крови, трофика тканей и обмен веществ, повышается мышечная сила, улучшается эластичность и подвижность связочного аппарата. Массаж оказывает тонизирующее влияние на нервную систему.

Массаж проводят при температуре воздуха в помещении 20—21°С не ранее, чем через 40—45 мин. после кормления; при положительных эмоциональных реакциях ребенка; чистыми, сухими, теплыми руками. ***Основные приемы массажа:***

— поглаживание;
— растирание;
— разминание;
— вибрация;
— поколачивание.

Гимнастика — это комплекс физических упражнений, направленный на развитие и совершенствование двигательных навыков ребенка.

Результат гимнастики: усиление кровотока, улучшение обмена веществ, усиление иммунологической активности крови и тканей, повышение эмоционального тонуса ребенка.

Гимнастические комплексы усложняются примерно с каждым кварталом.

Практическое занятие № 6.
«Период грудного возраста. Оценка физического и нервно – психического развития детей грудного возраста»

Т 2.3.1 Закономерности физического, нервно-психического и социального развития ребенка.

Комплексная оценка состояния здоровья ребенка грудного возраста включает следующие этапы:

1. Проведение антропометрии.
2. Оценка физического развития по формулам.
3. Оценка физического развития по центильным таблицам.
4. Сбор информации визуально и со слов матери о нервно-психическом развитии (НПР) ребенка.
5. Составление формулы НПР.
6. Оценка НПР, определение группы и степени развития.
7. Оценка состояния здоровья ребенка за прошедший период.
8. Определение группы здоровья.
9. Составление плана мероприятий в соответствии с-группой здоровья.

Факторы, оказывающие влияние на здоровье и развитие младенца:

- наследственность
- характер вскармливания
- гигиенический уход
- закаливание
- физическое развитие
-безопасная окружающая среда

Параметры физического развития ребенка на первом году жизни.

Прибавка **веса** за 1-й мес около 600 гр, за последующие 5 мес в первом полугодии – по 800 гр в месяц. Во втором полугодии по 400 гр в месяц.

Прибавка **роста** – первые 3 мес – по 3 см в месяц, вторые 3 мес – по 2,5 см в месяц, третьи 3 месяца – по 1,5 - 2 см в месяц, последний триместр первого года – по 1 см в месяц.

Нарастание окружности грудной клетки наиболее интенсивно происходит на первом году жизни, особенно в первые 6 месяцев. *У новорожденного окружность грудной клетки составляет 33-35 см. К году окружность грудной клетки увеличивается на 35-20 см*

Важное значение для оценки физического развития ребёнка имеет **своевременное прорезывание молочных зубов**.

Зубы закладываются около 40-го дня эмбриональной жизни. Ребенок рождается, как правило, без зубов. Прорезывание зубов - акт физиологический,

первые зубы прорезываются в возрасте 6 месяцев. Сперва появляются 2 нижних средних резца, к 8 месяцам появляются 2 верхних средних резца, к 10 месяцам появляются 2 верхних боковых резца.

К г о д у прорезываются 2 боковых нижних резца.

Таким образом, в 1 год жизни ребенок должен иметь 8 **зубов - *4/4.***

К 2 годам заканчивается прорезывание остальных 12 молочных зубов. Костная система и мышечно - связочшый аппаратудетей, особенно раннего возраста, отличается физиологичес слабостью и *требует* строгой дозированной физической нагрузки.

Степень физического развития зависит от генетических особенностей и от сложного комплекса социальных условий.

Различают эндогенные и экзогенные причины (факторы), влияющие на массу тела, рост и другие показатели уже после рождения.

Эндогенные причины находятся в зависимости от того влияния, которое оказывают на увеличение роста и массы тела эндокринные железы.

- *В самом раннем периоде это влияние исходит из вилочковой железы,*
- *с конца первого года жизни - из щитовидной железы*
- *с 3-4 лет - из гипофиза*.

Экзогенные факторы - это те условия, в которые ребёнок попадает после рождения.

- *питание* (пластический и энергетический материал).
- *ультрафиолетовые лучи,* в связи с чем нарастание массы тела и роста имеет сезонные колебания.
- *климатические и географические условия*.
- На рост ребёнка влияют *движения*, которые увеличивают рост костей, усиливают обмен веществ. Физическое развитие служит показателем функциональной зрелости организма.

Параметры НПР развития ребенка 1 года жизни.

1 месяц

Следит глазами за движущимся предметом, первые улыбки, держит голову

3 месяца

Зрительное сосредоточение, громко смеется, гулит, первые повороты со спины на живот

4 месяца

Узнает мать и близких, знает их голоса, находит источник звука

Хорошо удерживает игрушки, перекладывает их, придерживает бутылочку или мамину грудь при кормлении

6 месяцев

Хорошо знает свое имя, подолгу играет с игрушками, лепечет, переворачивается с живота на спину, пробует сидеть, ест с ложки, пьет из чашки

8 месяцев

Следит за действиями другого ребенка, подражает, играет разнообразно (стучит, толкает, складывает, вынимает), сам встает, ложится, хорошо ползает, понимает вопрос «где?», повторяет слоги

9-10 месяцев

Приплясывает под музыку, взаимодействует с другими детьми, ходит при поддержке за обе руки, играет в «ладушки», «сороку», рассматривает книжки

12 месяцев

Узнает знакомых по фото, животных в книжке, разнообразно играет, выполняет просьбы, произносит несколько слов, самостоятельно ходит, включается в игры с другими детьми

Т 2.3.4 Правила оценки нервно-психического развития ребенка периода младенчества.

Контроль за развитием детей является важной составляющей частью системы оздоровительно — воспитательной работы с детьми в дошкольном учреждении. Контроль осуществляется с целью определения уровня развития каждого ребенка и возрастной группы в целом, правильной организации медико-воспитательной работы, создания условий для эмоционального комфорта и развития детей.

В результате отслеживания нервно-психического развития возможно определить первоначальные отклонения в развитии ребенка, своевременно скорректировать воспитательную работу, определив для воспитанника индивидуальные психолого-педагогические воздействия.

Схема опирается на изучение объективных закономерностей хода развития ребенка в определенных условиях воспитания.

Оценка нервно-психического развития детей раннего возраста исходит из основных линий его развития, которые представлены определенными показателями в 1 год 3 месяца, 1 год 6 месяцев, 2 года, 2 года 6 месяцев и 3 года (эпикризисные сроки).

Нервно-психическое развитие может оцениваться по ведущим линиям развития, к которым на первом году жизни относятся:

1) зрительные ориентировочные реакции (зрительные анализаторы - Аз);
2) слуховые ориентировочные реакции (Ас);
3) эмоции (Э);
4) движения рук и действия с предметами (Др);
5) движения общие (До);
6) подготовительные этапы развития понимаемой речи (ПР);
7) подготовительные этапы развития активной речи (Ар);
8) навыки и умения в процессах (Н).

Для оценки уровня нервно-психического развития необходимо:

- определить уровень каждого показателяу конкретного ребенка;
- определить, есть ли задержка (опережение) в развитии;
- при имеющейся задержке (опережении) в развитии найти показатель с самым низким (высоким) уровнем развития и по нему определить группу развития;

- определить равномерность задержки (опрежения)по разным линиям развития;
- при равномерной задержке (опережении) определить степень задержки (опережения);
- при неравномерной задержке (опережении) определить степень неравномерности развития.

Основным методом оценки развития детей является наблюдение.

При определении уровня развития используется балловая система (от 1 до 3-х), при суммировании баллов получается количественная оценка, которая соответствует той или иной зоне развития.

Подобная оценка дает возможность осуществлять дифференцированный подход в воспитании детей и вносить своевременную коррекцию в их развитие.

Примечание: Схема экспертной оценки производится на момент исполнения ребенку указанного возраста:

10-15 баллов — Зона полного развития;

6-9 баллов — Зона неполного (недостаточного) развития;

1-5 баллов — Зона недоразвития.

Применение приведенных выше схем дает возможность педагогам отследить особенности развития детей раннего возраста, определить отклонения в развитии ребенка и своевременно скорректировать воспитательную работу.

ТЕМА 2.4.
ОСОБЕННОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА. ПОНЯТИЕ О ВАКЦИНАЦИИ

Теоретическое занятие № 7.
Виды вскармливания грудного ребенка. Особенности введения прикорма. Гипогалактия. Вакцинация ребенка первого года жизни»

Т 2.4.1 Особенности процесса пищеварения у новорожденных и детей периода младенчества.

Особенности пищеварения новорожденных:

- **объем желудка очень маленький** при рождении примерно 7 мл, к десятому дню — до 70 мл, к году — до 250 мл, поэтому в первые дни ребенку хватает молозива, потом постепенно объемы питания увеличивают;
- **кардиальный сфинктер желудка незрелый** - из-за этого происходят срыгивания; с возрастом они уменьшаются и, как правило, после шести месяцев или иногда ближе к году проходят совсем;
- **секреторная функция незрелая**— поэтому в желудке недостаточно кислая среда, а это снижает бактерицидные свойства пищеварения — бактерии выживают, выше риск развития вирусных и бактериальных кишечных инфекций;
- **поджелудочная железа практически не выделяет липазу** — вся липаза содержится в грудном молоке, поэтому у ребенка могут быть проблемы с перевариванием смеси из цельного коровьего молока: организм просто не может расщепить этот жир;

- В идеале младенца в первые минуты надо приложить к груди — тогда его органы смогут **заселиться микроорганизмами**, которые выделяются с молозивом, и нормальной женской микрофлорой. Детей после кесарева сечения прикладывают к груди до момента начала антибиотикотерапии.

Развитие пищеварительной системы у новорожденного не закончено. В первые дни и месяцы ребенок не может жевать пищу. Наблюдается **частичная дискоординация двигательной и тонической функции желудочно-кишечного** тракта.

Пищеварительная система увеличивается в размерах, совершенствуется функционально. Улучшается иннервация кардиального сфинктера и *во 2-м полугодии жизни срыгиваний обычно не наблюдается*. Повышается активность пищеварительных ферментов.

В возрасте 5-ти месяцев ребёнку можно вводить первый прикорм.

У детей грудного возраста легко развиваются: диспепсия, гипотрофия, гастрит, энтероколит и т. д.

Т 2.4.2 Виды вскармливания.

Грудное вскармливание

Самой лучшей пищей для ребенка грудного возраста является грудное молоко матери. Это молоко идеально приспособлено к особенностям пищеварения и обмену веществ ребенка первых месяцев жизни. Оно содержит практически все необходимые для правильного роста и развития ребенка вещества. Для обеспечения достаточной лактации имеют большое значение правильное и регулярное прикладывание ребенка к груди матери, а также полное опорожнение молочной железы. Поэтому после каждого кормления ребенка необходимо сцеживать остатки молока, даже если в груди молока осталось мало. Очень важно для кормящей матери соблюдение определенного режима и правильного питания.

Рацион питания кормящей матери ежедневно должен содержать мяса 180—200 г, молока 500 мл, творога 50 г, сыра 50 г, масла 50 г, 1 яйцо, овощей 500—600 г, фруктов 200 г, хлеба 400—500 г. Следует избегать употребления пряностей, экстрактивных веществ, что может придать неприятный привкус и запах грудному молоку. Употребление спиртных напитков исключается полностью. Кормящая женщина должна соблюдать правильный режим сна и отдыха, выполнять умеренную физическую нагрузку, обязательно бывать на свежем воздухе.

Питание детей до года

В первые 3—4 дня после рождения ребенок из молочной железы матери получает ***молозиво,*** затем переходное молоко, на 2—3-й неделе лактации ***грудное молоко становится зрелым и приобретает относительно постоянный состав.***

Молозиво по составу близко к тканям новорожденного, поэтому легко усваивается организмом; по сравнению со зрелым грудным молоком оно содержит большее количество белков, / в основном представленных альбуминами и глобулинами. Казеиновая фракция в молозиве содержится в меньшем

количестве, но в дальнейшем в зрелом молоке эти соотношения выравниваются, достигая 60:40. В 100 мл зрелого женского молока содержится в среднем 1,2 г белков, что почти в 3 раза меньше, чем в коровьем. Однако белки женского молока обладают высокой биологической ценностью, они богаты незаменимыми аминокислотами, представлены в основном мелкодисперсной фракцией, что облегчает их переваривание и всасывание и не вызывает напряжения в работе желудочно-кишечного тракта ребенка.

В 100 мл женского молока в среднем содержится ***3,5г жира***, в состав которого входят полиненасыщенные жирные кислоты. Жиры женского молока отличаются высокой степенью дисперсности, что облегчает процессы эмульгирования и обеспечивает полноценность их всасывания и усвоения организмом ребенка. Кроме того, высокий уровень утилизации жиров женского молока зависит от наличия в нем собственной липазы. Углеводы женского молока в основном представлены лактозой, которой в 100 мл молока ***содержится 6,5—7*** **г (углеводы).**

Лактоза женского молока состоит главным образом из р-лактозы, которая способствует росту бифидобактерий и препятствует колонизации патогенной флоры кишечника.

Содержание минеральных веществ в женском молоке ниже, чем в коровьем, однако качественный состав и соотношение их более благоприятные.

Содержание кальция в женском молоке в 4 раза, а фосфоров 2 раза ниже, чем в коровьем. Однако кальций и фосфор в женском молоке находятся в хорошо усвояемой форме и в наиболее благоприятных соотношениях (2:1).

В женском молоке по сравнению с коровьим

- в ***2—3 раза больше солей железа***;
- ***в достаточном количестве содержатся микроэлементы: медь, цинк, марганец и др.,***
- ***также имеются витамины С, Е, А и др., содержание которых зависит от времени года, характера питания кормящей женщины, ее индивидуальных циркадных ритмов, состояния организма и т. д.***

В женском молоке присутствуют ферменты, которые в значительной степени облегчают переваривание и усвоение основных пищевых веществ. Женское молоко обладает мощными иммунными свойствами, содержит антитела против ряда заболеваний, иммуноглобулины, клеточные элементы, а также бактериоста-тические вещества, в частности лизоцим и интерферон.

Смешанное и искусственное вскармливание

При недостаточном количестве грудного молока нередко ребенка приходится переводить на смешанное или искусственное вскармливание, для чего используют донорское или коровье молоко, которое соответствующим образом изменяют (адаптируют). Донорское молоко можно употреблять только после пастеризации.

В настоящее время имеется определенный выбор адаптированных смесей нового поколения, максимально приближенных по составу к грудному молоку

Очень полезными продуктами для вскармливания детей раннего возраста являются кисломолочные (ацидофильные) детские смеси. Они приготавливаются из молока путем заквашивания его молочнокислыми микроорганизмами.

В процессе приготовления этих продуктов в них накапливаются молочная кислота и ферменты, которые стимулируют секрецию желудочного сока, нежно створаживают белки молока и тем самым облегчают и улучшают процессы пищеварения. Очень ценным свойством кисломолочных продуктов является их способность уменьшать брожение в **кишечнике,** подавлять и вытеснять патогенную микрофлору.

При смешанном вскармливании **докорм** дают или в виде самостоятельного кормления, или как дополнение ***к кормлению грудью***.

Докорм следует вводить постепенно и давать после кормления грудью. В зависимости от количества молока у матери докорм назначают или ко всем кормлениям грудью, или к нескольким из них. Надо стремиться к регулярному прикладыванию ребенка к груди, что способствует усилению лактации. Когда ребенок привыкнет к новой пище, а также при необходимости докорм можно давать в виде самостоятельного кормления, чередуя с грудным молоком.

Важно сохранить не менее 3 **грудных кормлений, так как при редком прикладывании к груди лактация быстро угасает.**

Очень важно при смешанном вскармливании правильно определить недостающий объем пищи, для чего необходимо учесть количество молока, плучаемого из груди матери.

Для этого ребенка **взвешивают** до и после кормления грудью. Недостаточный объем пищи дополняют введением докорма. Докорм лучше давать с ложечки. Если докорм приходится давать из соски, надо выбирать соску из упругой резины, чтобы она была не очень длинной и чтобы в ней было не одно, а несколько маленьких отверстий. Выбор пищи для докорма прежде всего зависит от возраста ребенка, его состояния и индивидуальных особенностей. Если ребенка приходится докармливать в первые 2 мес жизни, то лучше давать донорское молоко. Если донорского молока нет, то можно использовать адаптированные молочные смеси.

Оценку полноценности питания проводят по многим параметрам, из которых особую важность прежде всего имеют клинико-физиологические данные: вес ребенка до года, рост ребенка, состояние кожных покровов, тургор тканей, характер стула, психомоторное развитие, процессы кроветворения.

Т 2.4.3 Гипогалактия, ее причины и ее профилактика.

Гипогалактия - может наблюдаться в первые 10 дней после родов (ранняя форма гипогалактии) или спустя 10 дней и более (поздняя форма).

Выделяют первичную и вторичную гипогалактию.

Первичная гипогалактия, причиной которой являются нейроэндокринные нарушения, встречается редко.

Вторичная гипогалактия встречается довольно часто.

Причины развития:

- вследствие отсутствия желания и настроя на грудное вскармливание,
- позднее прикладывания к груди,
- нарушения техники кормления (беспорядочное кормление, прикладывание без обхвата около сосковой области и т.д.),
- недостаточности кормления (редкое, недостаточно полное),
- снижения сосательной активности ребенка,
- неправильный образ жизни женщины (неправильное питание, переутомления, новая беременность, появления менструаций).

Рекомендации, способствующие полноценной лактации:

- соблюдение правильного режима жизни кормящей матери,
- адекватное питание,
- обеспечивающее потребности материнского организма и восстановление энергетических и пластических расходов, связанных с образованием молока,
- полноценный отдых с достаточным сном,
- полное опорожнение молочных желез,
- частое, регулярное и правильное кормление ребенка грудью,
- профилактика и своевременное лечение трещин сосков и мастита.

Т 2.4.4 Режимы кормления детей грудного возраста.

Ребенок до года должен получать пищу в строго установленные часы. Режим кормления ребенка устанавливают в зависимости от его возраста и состояния здоровья.

Здорового доношенного новорожденного *впервые прикладывают к груди матери не позднее 6—12 ч после рождения лучше в первые 30 минут*, *кормят 6—7 раз в сутки через каждые 3-3,5 ч (ночной перерыв 6—7 ч)*.

В первые двое суток новорожденный обычно высасывает из груди матери 10—20 мл молока в одно кормление, на 3—5-е сутки -30—50 мл, на 5—7-е сутки — 50—90 мл.

Т. о. в неонатальном периоде ребенку требуется 6—7 кормлений в сутки, от 1 до 4 мес — 6 в сутки, от 4 мес до 1 года — 5 в сутки. Необходимое количество молока при грудном вскармливании ребенок должен высасывать за 15—20 мин.

Т 2.4.5 Сроки и правила введения новых продуктов, прикормов.

Для коррекции витаминного и минерального составов рациона **с 3 месяца** ***ребенку постепенно вводят фруктовые соки***: вначале 0,5—1 чайную ложку (5 мл) в день, затем ежедневно увеличивают это количество и доводят к 2-

месячному возрасту до 20—25 мл. Давать соки следует после еды, применение их перед едой может снизить аппетит, так как они содержат сахар.

С 3,5 месячного возраста можно ввести в рацион ***яблочное пюре*** (тертое яблоко). Его начинают давать с 1/2— 1 чайной ложки, постепенно увеличивая количество пюре до объема фруктовых соков в рационе.

К 10—12 мес. количество яблочного пюре может быть ***увеличено до 100*** г.

В 5,5 мес.в питание ребенка необходимо ***ввести творог*** (из молочной кухни). Начинают давать творог с 1 чайной ложки, постепенно увеличивая JT количество до 20 г в течение месяца, в дальнейшем количество творога увеличивают на 5 г каждый последующий месяц.

В 6,5 мес. можно давать ***яичный желток,*** являющийся источником кальция, фосфора, железа и витаминов А, D, В, РР, а также содержащий легкоусвояемый ценный белок. Сваренный вкрутую желток лучше давать с кашами и овощным пюре.

С 5-месячного возраста вводят первый прикорм в виде овощного пюре (капуста белокочанная, морковь, картофель и т. д.). Начинают давать овощное пюре с 1 чайной ложки и постепенно в течение 10—12 дней его количество доводят до 100—150 г.

С введением прикорм ребенка переводят на 5-кратное кормление. Прикорм должен быть хорошо гомогенизирован и не должен вызывать затруднение при глотании. Постепенно ребенка необходимо переводить на более густую и плотную пищу. Дают овощное пюре в одно из грудных кормлений, лучше среди дня. Не рекомендуется начинать прикорм в жаркие дни и при заболевании ребенка, так как в этих случаях новая пища может плохо перевариваться и вызывать кишечные расстройства. К овощному пюре можно добавлять растительное масло, сливки в количестве 4—5 г и в дальнейшем мясо. Можно использовать и овощное пюре, выпускаемое промышленностью, но предварительно следует убедиться, что ребенок хорошо переносит все основные компоненты, входящие в его состав. Очень полезны и обладают хорошими вкусовыми качествами овощные пюре, приготовленные из нескольких видов овощей: картофель, капуста, морковь, кабачки и др. Консервированные пюре дают так же, как и приготовленные в домашних условиях: начинают с 1—2 чайных ложек и постепенно доводят объем до 100—150 г.

С **5,5—6-месячного каши** сначала 5—8 % консистенции, затем 10 % (5,8 и 10 г крупы или муки на 100 мл воды соответственно).

Предпочтение следует отдавать смешанным кашам, которые готовят из муки различных групп (овсяной, гречневой, рисовой). Каши готовят на цельном молоке или на овощном отваре с добавлением 5 % сахарного сиропа и 3 % сливочного масла.

В возрасте 7 месяцев ребенку вводят ***мясной бульон***, богатый экстрактивными веществами, в количестве 30—50 мл, с сухариком из белого хлеба (2— 3 г) или корочкой черного хлеба.

С 7,5—8 мес ребенку дают хорошо (дважды) провернутый говяжий или свиной ***фарш*** (10—20 г).

В этом же возрасте третье кормление заменяют цельным (коровьим) молоком или кефиром (третий прикорм), которые можно давать с сухариком или печеньем.

Ребенку в 10 месячном возрасте мясной ***фарш можно заменить фрикадельками, а затем паровыми котлетами***. Можно использовать мясные консервы, выпускаемые промышленностью.

В этом же возрасте можно ввести в рацион ребенка ***рыбу нежирных сортов (судак, треска и др.) и курятину.*** Рыбу дают вместо мяса в виде фарша на обед с овощным пюре. При наличии аллергических реакций рыбу и куриный фарш давать не рекомендуется.

К году грудное кормление заканчивают.

К этому времени ребенок получает разнообразную пищу с достаточным количеством пищевых веществ. Не рекомендуется отнимать ребенка от груди в летнее время, во время болезни и при проведении профилактических прививок. ***Отнимать ребенка от груди надо постепенно***: сначала заменяют утреннее грудное кормление кефиром или цельным молоком, через 5—7 дней вечернее кормление заменяют кефиром или цельным молоком.

Правила введения прикорма:

- в возрасте не ранее 6 месяцев
- начинать с однокомпонентных продуктов, постепенно расширяя ассортимент предлагаемых продуктов
- начинать с малых порций, постепенно увеличивая количество
- не давать ребенку сразу два и более новых продуктов
- внимательно следить за реакцией ребенка
- не давать новые продукты, когда ребенок болен и в сильную жару, накануне прививки
- сохранять грудное вскармливание параллельно с введением прикорма
- маме рекомендуется есть те же продукты, которые получает ребенок в виде прикорма (в молоке содержатся ферменты для их переваривания и усвоения)

Т 2.4.6 Формулы для расчета разового и суточного количества пищи для детей первого года жизни.

Ориентировочное количество пищи, необходимое ребенку в первые дни жизни, рассчитывают, исходя из того, какой ***вес ребенка до года, по формуле:***

V=2 % от массы тела при рождении x n,

где V — объем пищи, необходимой ребенку в сутки, и n — день жизни ребенка.

Например, ребенок 5 дней с массой тела при рождении 3500 г должен получать V = 70 г x 5, т. е. V = 350 мл молока в сутки. Следовательно, в каждое кормление (при 7-разовом кормлении) ребенок должен получить 50 мл молока.

Суточное количество молока, необходимое ребенку старше 7—8 дней, должно составлять до 2 мес 1/5 массы тела ребенка, от 2 до 4 мес — 1/6, от 4 до 6 мес -1/7 и от 6 до 9 мес — 1/8.С 9-ти месяцев-1000 мл, с 12-ти 1200 мл.

Количество молока на одно кормление высчитывают делением суточного объема пищи на число кормлений. Например, масса тела ребенка 3 мес составляет

5400 г. Количество необходимого молока в сутки составит 1/6 массы его тела, т. е. 900 мл. При 7-разовом кормлении ребенок в каждое кормление должен получить 130 мл. ***Тем не менее, такой способ расчета является лишь приблизительным и-не обладает высокой точностью.***

Т 2.4.7 Профилактика детских инфекционных заболеваний у детей периода младенчества.

Профилактика инфекционных заболеваний представляет собой ряд мероприятий, которые направлены на снижение факторов риска или предотвращение заболевания населения разными болезнями и в результате поддержания высокого уровня здоровья.

Детский организм является наиболее восприимчивым для различных вирусов и инфекций в силу недостаточно развитого иммунитета и потому низкой сопротивляемости детского организма вирусно-микробным атакам.

Чем младше ребёнок, тем больше риск заражения и развития различных осложнений болезни.

Профилактика инфекционных заболеваний у детей делится на 2 вида: специфическую и неспецифическую.

1. **Специфическая профилактика** бывает двух видов:

- активная профилактика заболеваний путём стимуляции выработки в организме иммунных тел в результате введения вакцины;

- пассивная профилактика заболеваний путём введения уже готовых иммунных сывороток, глобулинов, других специальных компонентов, которые повышают защитные силы организма.

В настоящее время иммунопрофилактика у детей является основным способом предотвращения инфекционных заболеваний.

2. Но существуют и некоторые правила **неспецифической профилактики** инфекционных заболеваний у детей.

- Самым главным правилом профилактики является соблюдение личной гигиены. С раннего детства нужно приучать ребёнка чаще мыть руки не только перед едой и после туалета. Необходимо иметь личное полотенце, зубную щётку.

- Необходимо закаливать ребёнка, почаще бывать с ним на воздухе, правильно питаться и следить за физическим развитием ребёнка.

Все эти меры значительно повышают шанс детского организма при борьбе с вирусами и бактериями.

- Так же необходимо следить за чистотой в помещении, где находятся дети, чаще проветривать, контролировать температуру в помещении. При этом самой оптимальной температурой для детей является 18-20 градусов, а духота и сухой воздух способствуют размножению вирусов.

- Для профилактики инфекционных заболеваний желудочно-кишечного тракта не следует использовать сырую воду из-под крана, лучше пользоваться кипячёной водой, которая будет храниться в надёжно закрытой посуде.

- Овощи и фрукты перед употреблением необходимо тщательно мыть, даже обдавать кипятком.

Детей необходимо приучать к правильному здоровому питанию, выполнению физических упражнений, а также закаливать, чтобы повысить иммунитет.

Т 2.4.8 Понятие о вакцинации ребенка первого года жизни.

Вакцинацией, или иммунизацией, называют специальную методику формирования устойчивости организма к инфекционным заболеваниям. Представляет собой программу введения вакцин в течение всей жизни человека, начиная с момента рождения. Максимальное количество прививок приходится на первый год жизни младенца, благодаря чему организм уже в раннем возрасте начинает вырабатывать антитела, необходимые для борьбы с особо опасными инфекциями.

В настоящее время иммунопрофилактика у детей является основным способом предотвращения инфекционных заболеваний.

Таблица «Календарь прививок»

Возраст ребенка	Название прививки
1-е сутки после рождения	гепатит В (первое введение вакцины)
3–7 сутки после рождения	БЦЖ (от туберкулеза)
1 месяц жизни	гепатит В (второе введение вакцины)
2 месяц жизни	• пневмококковая инфекция (первая доза); • гепатит В – третья доза вакцины для детей из группы риска
3 месяц жизни	• АКДС (первая доза); • полиомиелит (первая доза); • первая доза вакцины от гемофильной инфекции (при необходимости)
4,5 месяца	• АКДС (вторая доза); • пневмококковая инфекция (вторая доза); • полиомиелит (вторая доза); • вторая доза вакцины от гемофильной инфекции (при необходимости)
6 месяцев	• АКДС (третья доза); • гепатит В (третья или четвертая доза при стандартной или альтернативной схеме вакцинации, соответственно); • полиомиелит (третья доза); • гемофильная инфекция (третья доза)
12 месяцев	• корь, краснуха, паротит; • гепатит В (четвертая доза при вакцинации детей из группы риска по альтернативной схеме

Но в то же время проведение прививок является предметом непрекращающихся споров, как среди самих медиков, так и среди родителей.

Главной причиной всех споров являются возможные осложнения после проведения вакцинации у детей.

На основании закона «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний», принятым в нашей стране, вакцинация детей производится бесплатно согласно утверждённого календаря прививок на добровольной основе. За своё здоровье и здоровье детей несут ответственность родители, которые вправе и отказаться от проведения профилактических вакцинаций, как частично, так и в целом. Конечно, не существует абсолютно безопасных вакцин. **Любое вмешательство в организм может нести различные последствия и разные ответные реакции.** Однако эти реакции считают нормальными, если они наблюдаются у большинства привитых, с определённым постоянством после проведения той или иной вакцины, о чём и предупреждает врач каждого родителя перед вакцинацией.

Такие **реакции** могут быть местными в виде покраснения, уплотнения или болезненности в месте введения вакцины, но до определённых размеров, или общими, которые проявляются в виде повышения температуры, ухудшением самочувствия, общего недомогания. Но такие реакции проходят в течение 1-4 дней.

Обязательные условия перед прививкой:

- перед вакцинацией ребёнка должен осмотреть педиатр, чтобы исключить наличие признаков острой болезни на данный момент,
- если у ребёнка есть предрасположенность к аллергическим реакциям, то за 3 дня до и 3 дня после прививки следует принимать антигистаминные препараты, которые должен назначит только врач,
- необходимо соблюдать график проведения прививок и интервал между вакцинами.

Очень важным является соблюдение правил транспортировки вакцин и температурного режима их хранения.

Каждая семья вправе сама решать делать или нет прививки своим детям.

Однако стоит знать, что от таких болезней, как корь, краснуха, полиомиелит другой такой же действенной защиты ещё не придумали.

Практическое занятие № 7.
«Правила и техника кормления детей. Примерное меню для ребенка грудного возраста. Национальный календарь профилактических прививок»

Выявление проблем, связанных с дефицитом знаний, умений и навыков в области укрепления здоровья.

Обучение родителей и окружение ребенка правилам и технике кормления детей.

1. Обеспечить гигиеническое содержание груди. Перед кормлением вымыть руки, сцедить одну-две капли молока (при условии, что молока вырабатывается достаточно).
2. Психологически подготовить мать к кормлению. Обратить ее внимание на то, что образование молока происходит лучше в спокойном состоянии и хорошем настроении.

3. Помочь матери выбрать удобную для кормления позу. Поза должна позволять матери расслабиться и не испытывать напряжения длительное время. Классическое положение кормящая женщина сидит на стуле со спинкой с упором ноги. Можно кормить ребенка лежа или стоя.

4. Придать ребенку правильное положение у груди. Для этого его необходимо повернуть лицом к матери. Голова малыша должна находиться на одной линии с телом. При необходимости его можно поддержать сзади за плечи (но не за затылок). Голова должна иметь возможность свободно откидываться назад.

5. Обеспечить поддержку груди во время кормления. Рекомендуется положить руку под грудь, пальцы прижать к грудной клетке, большим пальцем поддерживая грудь снизу (рис. 9, *а).* Большой палец можно расположить в верхней части груди и немного сжать ее. Не рекомендуется держать грудь возле соска (рис. 9, б).

6. Обучить мать прикладывать ребенка к груди. Для этого следует прикоснуться соском к губам ребенка (лучше к верхней), подождать, пока малыш широко откроет рот, прижать его к себе, поддерживая за спинку, и приложить к груди (но не грудь к ребенку!). Нижняя губа должна быть под соском.

7. Обучить ребенка захватывать грудь. С этой целью ребенок должен вытянуть грудь, захватив сосок, ареолу, больше снизу, близлежащий участок груди с млечным синусом и прижать ареолу языком к нёбу. При касании соском нёба появляются сосательные движения. После нескольких эффективных сосательных движении полость рта заполняется молоком, и ребенок глотает его.

Если новорожденный испытывает трудности при захвате ареолы, мать большим и указательным пальцами поддерживает подбородок ребенка, а остальными пальцами - грудь снизу (положение «рука танцора», рис. 11). Придерживать пальцем грудь возле носа ребенка необязательно. Это может привести к извлечению груди изо рта ребенка или ухудшить положение при кормлении.

8. Провести контроль правильности прикладывания и оценить кормление грудью. Во время кормления следует контролировать положение тела, реакцию матери и ребенка, их эмоциональную связь, сосание ребенка, внешний вид молочных желез, продолжительность кормления (табл. 2).

9. Завершить кормление. Насытившись, ребенок выталкивает сосок изо рта. Грудь следует оставить открытой для контакта с воздухом на 10—15 мин. Оставшееся на сосках молоко богато жиром и способно защитить кожу от повреждения.

Составление примерного меню для ребенка грудного возраста при разных видах вскармливания.

Алгоритм составления примерного меню детям грудного возраста

1. Определите долженствующую массу тела.
2. Определить суточную и разовую потребность в пище.
3. Выделить основной продукт питания.
4. Определить ориентировочные часы кормлений.

5. Определить набор разрешенных по возрасту продуктов (прикормы, корригирующие добавки).

6. Рационально распределить набор разрешенных продуктов.

7. При необходимости провести коррекцию питания, выполнив соответствующие назначения врача.

Пример составления меню для ребенка грудного возраста

Ребенок родился с массой 2500 г. Сейчас ему 5 месяцев, находится на естественном вскармливании. Составьте примерное меню на один день.

1. Необходимо определить долженствующую массу тела.
$M_{долж.}$= M_0+ месячные прибавки, где M_o – масса при рождении.
Месячные прибавки составляют за первый месяц 600 г, за второй – 800 г, третий – 800г и каждый последующий месяц на 50 г меньше.
2500 г + 600 г+ 800 г+ 800 г.+ 750 г+ 700 г. =6150 г

2. Необходимо определить суточную и разовую потребность в пище.
Для это можно использовать:

Объемный метод	***Калорийный метод***
1. Ребенку 5 мес, значит суточное количество пищи должно составлять 1/7 часть его долженствующей массы тела. 6150 г * 1/7 ~ 878 мл	1. Ребенку 5 мес, значит суточное количество ккал должно составлять 100 ккал/кг. 6150 г =6,150 кг. 6,150 кг. * 100 ккал = 615 ккал 1000 мл женского молока содержит 700 ккал. Х - 615 ккал Х= 615 ккал*1000 мл: 700 ккал =878 мл

Суточная потребность ребенка в пищи составляет 878 мл.
Для определения разовой потребности в пище суточный объем делят на число кормлений.
Ребенку 5 мес. его кормят 5 раз в сутки.
878 мл: 5 ~ 176 мл
Разовая потребность в пище составляет 176 мл.

3. Необходимо выделить основной продукт питания.
Основной продукт питания для данного ребенка грудное молоко.

4. Определить ориентировочные часы кормлений.
Ребенку 5 мес. его кормят 5 раз в сутки, через 4 часа, ночной перерыв 8 часов.
6^{00}, 10^{00}, 14^{00}, 18^{00}, 22^{00}

5. Определить набор разрешенных по возрасту продуктов (прикормы, корригирующие добавки).

6. Рационально распределить набор разрешенных продуктов.
6^{00}- грудное молоко 176 мл.
10^{00}- грудное молоко 176 мл.
14^{00}- овощное пюре 100 г, + 50 мл яблочного сока.
18^{00}- фруктовое пюре 50г + грудное молоко 126 мл.

22^{00}- грудное молоко 176 мл.

Отработка манипуляций (кормление из бутылочки, из ложечки, контрольное кормление).

Последовательность действий при **кормлении из бутылочки**

1. Подготовить чистую градуированную бутылочку;
2. Налить в бутылочку необходимое количество смеси (молока);

Надеть на бутылочку соску;

4. Проверить скорость истечения молока из бутылочки (молоко должно истекать редкими каплями);

Проверить температуру смеси, капнув его на тыльную поверхность лучезапястного сустава;

6. Покормить ребенка, держа его на руках; во время кормления держать бутылочку под углом 450;
7. Подержать ребенка в вертикальном положении 2-5 минут (для отхождения пузыря воздуха и с целью профилактики аспирации при возможном срыгивании);
8. Положить ребенка в кроватку;
9. После кормления помыть соску и бутылочку; хранить соски и бутылочки в сухом виде;

обработка бутылочек: - очистить бутылочки после кормления под проточной водой с помощью ершика; - промыть под проточной водой; - прокипятить в течение 30 минут;

11. обработка сосок: - промыть соски после кормления под проточной водой; - кипятить в воде в течение 30 минут.

Последовательность действий при **кормлении из ложечки**

Цель: обеспечить полноценное питание ребёнку, при невозможности самостоятельного приёма пищи.

Оснащение:

- хлопчатобумажные салфетки (разовые бумажные салфетки);
- стакан с водой;
- блюда питания.

Этапы

Подготовка к процедуре

1. Объяснить маме (родственникам) цель и ход проведения процедуры, установить доброжелательные отношения:
2. Выяснить у мамы (ребёнка) вкусовые особенности малыша.
3. Подготовить необходимое оснащение.
4. Подготовить ребёнка к кормлению
5. О приёме пищи предупредить ребёнка за 10 - 15 минут.
6. Помочь ребёнку принять положение, сидя (посадив его напротив себя или взяв его на руки).

7. Прикрыть грудь ребёнка салфеткой.

8. Вымыть и осушить руки. 7

9. Принести пищу.

Выполнение процедуры

1. Проверить температуру горячей пищи, капнув несколько капель на тыльную поверхность своего лучезапястного сустава.

2. Поднести ложку с пищей ко рту и дать ребёнку сделать несколько глотков пищи (жидкой).

3. Ложкой, наполненной на 2/3 плотной пищей, коснуться нижней губы (ребёнок рефлекторно открывает рот), затем коснуться ложкой к языку и извлечь пустую ложку.

4. Подождать пока ребёнок прожуёт и проглотит пищу, при необходимости вытирая салфеткой губы. Примечание: кормить медленно, называя каждое блюдо.

5. После нескольких ложек твёрдой пищи дать питьё.

Завершение процедуры

1. Дать ребёнку попить или прополоскать рот водой после еды.

2. Убрать салфетку, прикрывающую грудь и шею ребёнка.

3. Вымыть и осушить руки.

Контрольное кормление – это определение объема выпитого молока из груди мамы за одно кормление, которое определяется взвешиванием ребенка до и после кормления.

Обычно такое контрольное кормление назначается если ребенок находится на исключительно грудном вскармливании и кажется, что ребенок мало прибавляет в весе.

Цель: определить среднее количество молока, получаемого ребенком при кормлении грудью.

Оснащение:

- набор для пеленания с памперсом;
- набор для подготовки матери к кормлению;
- чашечные весы;
- дезинфицирующий раствор, ветошь;
- бумага, ручка.

Обязательное условие: в течение суток необходимо провести минимум 3 контрольных кормления (утром, днем и вечером), так как в различное время суток у матери разное количество молока.

Этапы	Обоснование
Подготовка к процедуре	
•Объяснить маме / родственникам цель и ход проведения процедуры	•Обеспечение права на информацию

• Подготовить необходимое оснащение	•Обеспечение четкости выполнения процедуры
• Вымыть и осушить руки, надеть перчатки	•Обеспечение инфекционной безопасности
•Надеть на ребенка памперс и запеленать	• При использовании памперса исключаются погрешности в полученных данных
Подготовить мать к кормлению грудью	•Исключение инфицирования ребенка во время кормления •Создание комфортных условий для проведения кормления
•Обработать весы дезинфицирующим раствором и подготовить их к работе	
Выполнение процедуры	
• Взвесить ребенка и зафиксировать полученную массу	• Регистрация исходного веса ребенка
• Передать ребенка матери для кормления грудью в течение 20 минут	•Достаточное время для всасывания ребенком необходимой дозы молока и удовлетворения сосательного рефлекса
• Повторно взвесить ребенка (не меняя пеленок в случае мочеиспускания и дефекации) и зафиксировать результат •Определить разницу полученных данных (при взвешивании ребенка до и после кормления)	•Определение количества высосанного ребенком молока
Завершение процедуры	
Передать ребенка маме или положить в кроватку	•Обеспечение безопасности ребенка
• Протереть весы дезраствором •Снять перчатки, вымыть и осушить руки	•Обеспечение инфекционной безопасности
• Рассчитать необходимое ребенку количество молока на одно кормление (объемным или калорийным методом)	•Необходимое количество молока зависит от возраста, массы тела ребенка
•Оценить соответствие фактически высосанного молока ребенком долженствующему количеству	•Оценивается степень процесса лактации у матери •Решается вопрос о дальнейшем виде вскармливания малыша

Знакомство с национальным календарём профилактических прививок.

Вакцинацией, или иммунизацией, называют специальную методику формирования устойчивости организма к инфекционным заболеваниям. Представляет собой программу введения вакцин в течение всей жизни человека, начиная с момента рождения. Максимальное количество прививок приходится на первый год жизни младенца, благодаря чему организм уже в раннем возрасте начинает вырабатывать антитела, необходимые для борьбы с особо опасными инфекциями.

В настоящее время иммунопрофилактика у детей является основным способом предотвращения инфекционных заболеваний.

Таблица «Календарь прививок»

Возраст ребенка	Название прививки
1-е сутки после рождения	гепатит В (первое введение вакцины)
3–7 сутки после рождения	БЦЖ (от туберкулеза)
1 месяц жизни	гепатит В (второе введение вакцины)
2 месяц жизни	• пневмококковая инфекция (первая доза); • гепатит В – третья доза вакцины для детей из группы риска
3 месяц жизни	• АКДС (первая доза); • полиомиелит (первая доза); • первая доза вакцины от гемофильной инфекции (при необходимости)
4,5 месяца	• АКДС (вторая доза); • пневмококковая инфекция (вторая доза); • полиомиелит (вторая доза); • вторая доза вакцины от гемофильной инфекции (при необходимости)
6 месяцев	• АКДС (третья доза); • гепатит В (третья или четвертая доза при стандартной или альтернативной схеме вакцинации, соответственно); • полиомиелит (третья доза); • гемофильная инфекция (третья доза)
12 месяцев	• корь, краснуха, паротит; • гепатит В (четвертая доза при вакцинации детей из группы риска по альтернативной схеме

ТЕМА 2.5.
ПЕРИОД ПРЕДДОШКОЛЬНОГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Теоретическое занятие № 8.
«Период преддошкольного и дошкольного возраста. Проблемы адаптации ребенка. Подготовка к поступлению в детское дошкольное учреждение и в школу»

Т 2.5.1 Характеристика преддошкольного, дошкольного возраста.

Период от 1 года до 7 лет называют периодом молочных зубов.

Преддошкольный возраст или старший ясельный продолжается от 1 года до 3 лет.

Характеризуется интенсивным замедлением роста, дозреванием ЦНС, ребенок овладевает речью и навыками самообслуживания, исчезает пассивный иммунитет.

Особенности и проблемы периода - высокая двигательная активность, любознательность, расширение круга контактов; следствием чего являются повышенный риск травматизма и инфекционных заболеваний.

Дошкольный возраст продолжается от 3 до 7 лет.

Характеризуется первым вытяжением, усиленным развитием скелета, началом смены молочных зубов, интенсивным развитием интеллекта.

Проблемы периода те же, что и преддошкольного, а к риску травматизма и инфекций добавляются заболевания органов дыхания и нарушение осанки.

Основами ухода и воспитания детей в период молочных зубов является профилактика травм и инфекций, воспитание похвалой, а не наказанием, поддержка стремления малыша «Я сам!», подготовка к детскому саду и к школе, сон – не менее 10 часов в сутки, общение со сверстниками.

В этот период происходит анатомическое формирование тканей и органов, увеличение массы мышц, окостенение скелета, развитие органов кровообращения и дыхания, увеличивается вес мозга. Усиливается регулирующая роль коры больших полушарий, возрастает скорость образования условных рефлексов, развивается вторая сигнальная система – речь.

Т 2.5.2 Анатомо-физиологические особенности органов и систем в этих периодах, рост и развитие ребенка преддошкольного и дошкольного возраста.

Нервная система характеризуется дальнейшим развитием и созреванием, расширением условно-рефлекторных связей, становлением и развитием второй сигнальной системы - речи.

Дети этого возраста коммуникабельны, активно вступают в контакт, испытывая возрастающую потребность в общении. Они чрезвычайно любознательны, эмоциональны, проявляют привязанность к родителям.

Дети до 3 лет удовлетворяются общением с родителями. Старше 3 лет нуждаются в общении со сверстниками. Поэтому целесообразно, чтобы ребенок с 3 лет посещал детское дошкольное учреждение.

Кожа и её придатки продолжают развиваться.

Совершенствуется терморегуляторная, выделительная и защитная функции. Отмечается снижение функции сальных желез, уменьшение количества и выраженности кожных складок (к 5-6 годам они сглаживаются и исчезают).

Отмечается значительный рост и выраженность бровей и ресниц, иногда происходит изменение цвета волос.

Ребенка необходимо обучать навыкам самогигиены (подмывание, умывание, чистка зубов) и пользованию горшком.

Гигиеническая ванна в холодное время года может проводиться не реже:

в 1 - 4 года - 2 раза в неделю;

с 4 лет - 1 раз в неделю.

Костно-мышечная система

К 2 годам заканчивается формирование ***молочного прикуса*** — 20 молочных зубов. С 5 лет начинается смена их на постоянные (в 6 лет - не менее 1-го постоянного зуба, в 7 лет - не менее 4-х).

Позвоночник до 1,5 лет растет равномерно, затем рост шейных и верхнегрудных позвонков замедляется, а с 5 лет рост позвоночника снова становится равномерным.

К 4 годам заканчивается формирование ***затылочной и височной костей***.

В костях еще много сохраняется хрящевой ткани, что обеспечивает их гибкость и подвижность. Однако несформировавшиеся кости, в том числе и позвоночник, легко искривляются и деформируются.

Для предупреждения деформаций костей особое внимание следует уделить:

- рациональному питанию
- соблюдению осанки
-достаточной двигательной активности
- адекватным физическим нагрузкам
- правильному подбору мебели и игрушек.

Характерно ***развитие мышечной системы***, нарастание силы, ловкости и массы мышц. Развитие крупных и средних мышц происходит быстрее (обеспечивают бег, ходьбу), а мелких мышц, а, следовательно, и мелкой моторики, медленнее и продолжается до 9-10 лет.

Дыхательная система значительно развивается, совершенствуется функция газообмена в легких.

К 2 годам формируются придаточные пазухи носа.

До 3 лет дыхательные пути остаются относительно узкими, а слизистая - нежной, слабозащищенной. Создаются условия для заболеваний респираторными инфекциями. Поэтому пик заболеваемости ОРВИ, бронхитами, пневмониями приходится на возраст 1-3 года.

Тип дыхания:

- к 2 годам – диафрагмально - грудной;
- к 5 годам - грудной.

Частота дыхания: в среднем 25-30 в 1 минуту.

Дыхательная аритмия сохраняется до 2-3 лет.

При выслушивании до 2-3 лет определяется пуэрильное дыхание, затем постепенно дыхательные шумы ослабевают и к 7 годам оно становится как у взрослых - везикулярное.

Сердечно-сосудистая система увеличивается в размерах, обогащается более разветвленной сетью капилляров.

Пульс составляет:

1 - 3 года - 105 - 115 уд. в 1 мин.

4 - 6 лет - 90 - 100 уд. в 1 мин.

АД составляет:

до 5 лет - 80 + 2п, п - число лет ребенка;

в 5 лет - 100 мм рт. ст.;

старше 5 лет - 100 + п.

Пищеварительная система значительно увеличивается в размерах, совершенствуются ее функции - ферментативная, двигательная, всасывающая и др. Слизистая остается по-прежнему уязвимой и при нарушении питания это проявляется симптомами диспепсии.

К 2 годам достигают полного развития слюнные железы, расширяется вкусовое восприятие, появляются индивидуальные пищевые пристрастия. Длина пищевода к 5 годам - 16 см;

Емкость желудка: в 2 года - 300-400 мл, в 3 года - 400-500 мл, в 5-6 лет - 1000 мл.

В кишечнике сохраняется нормальная микрофлора. Стул урежается до 2 раз в сутки, а после 3 лет - 1 раз в сутки.

Значительно улучшаются функции печени, но остаются менее совершенными, чем у взрослых.

Мочевыделительная система претерпевает значительные изменения. К 5-6 годам почки становятся анатомически зрелыми, хотя функции их еще несовершенны.

Суточный объем мочи составляет:

- до 5 лет - 600+100 (п-1)
- старше 5 лет 100 (п+5).

Разовый объем мочи составляет 90-120 мл в сутки.

Относительная плотность мочи -1010-1020.

Частота мочеиспусканий 8-10 раз в сутки.

Произвольное мочеиспускание формируется:

- у девочек к 1,5-2 годам;
- у мальчиков к 3-3,5 годам.

Навык опрятности у большинства детей формируется к 3 годам, когда они своевременно реагируют на переполнение мочевого пузыря.

Подобно умению ползать, ходить и говорить, навык опрятности формируется у каждого ребенка индивидуально. Некоторые дети уже готовы пользоваться туалетом, еще не достигнув двухлетнего возраста, другие — только после третьего года жизни.

Т 2.5.3 Универсальные потребности ребенка этого возраста и способы их удовлетворения, возможные проблемы.

Универсальными потребностями ребенка являются: дышать, спать, быть чистым, общаться, оберегать от опасности, двигаться, учиться.

Примерный план удовлетворения универсальных потребностей ребенка.

Дышать:

- проводить проветривание помещения, где находится ребенок: 2-3 раза в день;
- контролировать температурный режим помещения: 18-22 С;
- обеспечить ребенку двигательный режим;
- организовать прогулки в течение дня при любой погоде: 2 раза в день;
- создать возвышенное положение в постели;
- укрепить дыхательную мускулатуру, путем проведения массажа, гимнастики;
- обучать ребенка правильному дыханию.

Есть:

- рассчитать суточное и разовое количество пищи ребенку;
- составить меню;
- приготовить блюда, согласно рецептам детской кухни;

- организовать необходимые условия для кормления;
- покормить ребенка.

Спать:

- нормализовать режим дня;
- покормить ребенка, после чего: поговорить с ним, поласкать;
- проветрить комнату перед сном;
- создать спокойную обстановку;
- не проводить возбуждающие игры, не рассказывать страшные истории перед сном;
- перед сном провести гигиенические мероприятия.

Быть чистым:

- формировать навыки чистоплотности в зависимости о возраста;
- обеспечить чистоту окружающей ребенка обстановки;
- стимулировать и поощрять стремление малыша к опрятности;
- регулярно, с учетом возраста, проводить гигиенические мероприятия;
- обращать внимание на неопрятности ребенка, предоставить ему возможность самому устранить их;
- быть примером для ребенка.

Двигаться:

- организовать мероприятия по укреплению мышечной системы ребенка: проводить массаж, гимнастику с учетом возраста ребенка;
- с 2-х лет заниматься с ребенком зарядкой;
- создать условия для развития ребенка: обеспечить достаточное пространство для движений ребенка, не заменять прогулки «походами в магазины»;
- следить за соответствием одежды погоде и двигательной активности;
- не наказывать ребенка двигательным бездействием.

Общаться:

- исключить возможную патологию: проверить слух, зрение, патологию ЦНС, заикание и т.п.;
- научить ребенка слушать;
- эмоционально разговаривать с ним;
- организовывать мероприятия по формированию речи с учетом возраста ребенка;
- обеспечить правильное воспитание;
- обеспечить общение со сверстниками;
- использовать твердые запреты;
- наказать ребенка соразмерно поступку.

Оберегать от опасности, избегать опасности:

- создать безопасную окружающую среду: проверить безопасность игрушек;
- устранить острые углы, низкое расположение стекол;
- создать ограждение в опасных местах;

- хорошо просушивать полы после мытья;
- поворачивать внутрь плиты или стола ручки кастрюль, сковородок и т.п.;
- не стелить на стол свисающую с него скатерть;
- хранить лекарства, химические средства и т.п. в местах, недоступных детям;
- не оставлять ребенка без присмотра в любом возрасте;
- следить за ребенком на воде, учить плавать;
- оберегать от присоединения инфекции;
- обучать детей с учетом их возраста правилам дорожного движения, правилам самообороны;
- проводить беседы с детьми о недопустимости общения с незнакомыми людьми.

Учиться:

- обеспечить ребенку достижение хороших результатов в обучении;
- следить за соответствием учебного материала возрасту;
- чередовать умственный труд с физическим;
- избегать переутомлений ребенка;
- использовать игровые ситуации в обучении;
- тренировать память, внимание с помощью игр;
- мотивировать обучение (ребенок должен знать, зачем ему это нужно);
- обучить ребенка приемам мнемотехники, работе с литературой – Пример: Каждый охотник желает знать, где сидит фазан;
- организовать полноценное питание и соблюдение режима дня;
- следить за эмоциональным состояние обучаемого ребенка.

Т 2.5.4 Физическое, нервно-психическое и социальное развитие ребенка преддошкольного и дошкольного возраста.

Физическое развитие мальчиков и девочек в протекает одинаково.

В преддошкольном периоде интенсивность нарастания **длины тела** ребенка снижается и составляет в среднем за второй год 12—13 см, за третий — 7—8 см и к концу преддошкольного периода длина тела равна в среднем 95 см.

На период дошкольного возраста приходится ***первое ускорение роста у мальчиков (от 4 до 5,5 лет) и начало ускорения роста у девочек (после 6 лет).***

Темпы прироста **массы тела** в преддошкольном периоде также несколько снижаются, составляя в среднем за первый год примерно 3 кг, в последующие годы — 2 кг.

С возрастом меняется и телосложение ребенка, его пропорции, однако имеются и стабильные черты, присущие детям во все возрастные периоды, а для предцошкольного и дошкольного периодов характерным является постоянное соотношение между параметрами конечностей и грудной клетки. Так, утроенная окружность плеча равна окружности груди, сумма окружностей бедра и голени равна окружности груди и утроенной окружности бедра, а ширина плеч во все периоды детства составляет длины тела. Такие соотношения позволяют оценивать

правильность физического развития ребенка, правильность развития мышечной системы.

Психическое развитие.

Отмечается развитие дифференцированной чувствительности.

В 3 года ребенок манипулирует предметом без попытки обследования его, называют отдельные предметы.

В 4 года ребенок рассматривает предмет, выделяет отдельные части и признаки предмета.

В 5-6 лет ребенок планомерно и последовательно обследует предмет, описывают его, устанавливают первые связи.

В 7 лет ребенок уже систематически, планомерно рассматривает предмет, объясняет содержание картины.

Развивается восприятие пространства, времени и движения, ребенок воспринимает художественные произведения.

Развивается способность воспринимать и оценивать отношения с другими людьми.

Происходит формирование устойчивости и сосредоточения внимания.

Развиваются представлений как основы образной памяти. Происходит переход от непроизвольной памяти к произвольной. На продуктивность запоминания влияет установка и характер деятельности.

Происходит ***освоение речи*** как основного механизма социализации ребенка. Развивается фонематический слух, активный и пассивный словарь, происходит освоение словарного состава и грамматического строя языка. В 5 лет происходит осознание звукового состава слова, в 6 лет дети овладевают механизмом слогового чтения.

Поведение детей этого возраста становится более упорядоченным, они могут испытывать сложные моральные переживания за свои поступки, поступки других, критически их оценивать, соотносить с общепринятыми правилами поведения и общения. Дети этой возрастной группы способны также критически оценивать черты характера и взаимоотношения людей, окружающих их. В этом возрасте дети первыми здороваются с взрослыми, благодарят, уступают место, т.е. соблюдают определенные правила этикета.

В конце возрастного периода могут возникать реакции негативизма, дети хотят принимать решения, не зависящие от контроля окружающих, сверстники и друзья оказывают влияние на выбор игр, интересы и предпочтения; часто пренебрежительно относятся к своему внешнему виду, могут не следить за порядком в своей комнате, проявлять плохие манеры за столом.

Однако в связи с возросшими нагрузками на психику, связанными с поступлением в школу, необходимостью адаптироваться в коллективе, слабой подготовленностью к систематическим занятиям, возможны и негативные реакции, проявляющиеся в упрямстве, нежелании выполнять определенные задачи, неумении сосредоточиться, ослаблении памяти. Эти реакции часто являются проявлением излишней самостоятельности. Дети могут становиться нервными, легковозбудимыми.

Т 2.5.5 Питание ребенка старше 1 года.

При **организации питания** детей необходимо, чтобы качественный и количественный состав рациона соответствовал возрасту и отражал индивидуальные вкусовые пристрастия ребёнка.

1. Ежедневно в рацион должны входить молоко, мясо, масло, хлеб, сахар, соль, овощи, фрукты и ряд других продуктов.
2. Рыбу, творог, яйца рекомендуется давать через 1-2 дня.
3. Животные белки должны составлять от суточного количества белка:
- 1-3 года - 75%;
- 4-6 лет - 65%.
4. Молоко должно составлять не менее 0,5 л в сутки, творог - 50 г в сутки.
5. В питании необходимо использовать кисломолочные продукты: кефир, простоквашу, ряженку, варенец.
6. Мясные блюда надо готовить из мяса нежирных сортов в виде тефтелей, котлет и т. д.
7. От суточного количество жиров не менее 10-15 % должны составлять растительные масла.
8. В меню должны быть сырые овощи и фрукты, ягоды, зелень, соки.
9. Крупяные и макаронные изделия рекомендуется давать не чаще 1 раза в день.
10. К 2 годам в меню можно ввести черный хлеб, сыр, сельдь, колбасу, квашеную капусту, огурцы, помидоры.
11. Нежелательно давать жирное мясо, острые блюда, копчености, крепкий чай и кофе, горчицу, уксус, маргарин; следует ограничивать сладости.

Сохраняет свое значение **режим питания**.

Рекомендуется к 1,5 годам перейти на 4 разовое питание: завтрак, обед, полдник и ужин.

Следует придерживаться ***следующих рекомендаций:***

1. Ежедневно ребенок должен получать 2 овощных и 1 крупяное блюдо.
2. В первой половине дня целесообразно давать мясо, рыбу, бобы; во 2-ю половину - творог, каши, овощи.
3. Предпочтительнее вареные и печеные блюда, реже поджаренные.
4. Калораж распределить так:
- завтрак - 25%
- обед - 35-40%
- полдник - 10%
- ужин - 20-25%.
5. Соотношение белков, жиров и углеводов:
1 - 3 года = 1: 1,2: 4
3 - 6 лет = 1: 1: 3,5.
6. В меню обязательно должны входить горячие супы и борщи, горячие гарниры.

Для введения нового блюда - 2-3 дня, чтобы ребенок привык к нему.

Внешний вид блюд должен быть привлекательным и возбуждать аппетит.

Т 2.5.6 Социальная адаптация ребенка.

Особенности адаптации ребенка в детском дошкольном учреждении

Достаточно серьезной проблемой в преддошкольном и дошкольном возрасте является поступление ребенка в дошкольное учреждение, посещение им различных подготовительных групп, групп гармоничного развития.

Стремление как можно раньше отдать ребенка в дошкольное учреждение (ясли, детский сад) не может считаться оправданным, особенно если у ребенка наблюдаются какие-либо отклонения в развитии.

В преддошкольном возрасте очень велика привязанность ребенка к матери, беспокойство при разлуке с ней сохраняется у девочек до 2,5, а у мальчиков — до 3,5 лет, поэтому нецелесообразно отделение ребенка от матери по крайней мере до 2 лет, когда велика угроза невротизации ребенка, которая может проявляться не только беспокойством при разрыве сложившегося эмоционального контакта, но и страхом при посторонних, незнакомых взрослых.

До этого возраста разлука с матерью наносит серьезную травму чувству привязанности и является ***невротизирующим фактором*** в развитии ребенка, способным привести к утрате некоторых навыков (двигательных, гигиенических) и некоторой задержке психического развития.

Поэтому, если ребенок не оторван от матери в более раннем возрасте (до 6 месяцев), следует дождаться возраста, когда привязанность к матери не будет носить ярко выраженного зависимого характера, когда уменьшится беспокойство во время ее отсутствия, обусловленное формирующимся чувством собственного я, а контакты с незнакомыми взрослыми не будут сопровождаться настороженностью.

Как правило, это наступает в возрасте после 2 лет. Но если мать имеет возможность уделять ребенку достаточное внимание и стремится к этому, то весьма полезно и целесообразно отложить посещение детского дошкольного учреждения на полгода (у девочек) или даже на год (у мальчиков).

В этом возрасте домашнее воспитание, при условии достаточного общения со сверстниками, является более предпочтительным для психического развития ребенка.

Несколько более благоприятным для ребенка может оказаться посещение различных групп гармоничного развития, особенно если на занятиях присутствует кто-то из знакомого ему окружения.

Дети, впервые поступающие в детское дошкольное учреждение, сталкиваются с необходимостью адаптации к детскому коллективу, и не всегда эта адаптация происходит успешно: у многих детей нарушаются сон, аппетит, они становятся раздражительными, плаксивыми.

Характер и длительность адаптационного периода зависит от многих факторов, среди которых можно отметить особенности нервной системы ребенка, состояние его здоровья, характер воспитательных действий в семье, особенности работы с детьми в том или ином дошкольном учреждении.

Степени дезадаптации детей в ДДУ

Сон

Это первое, на чем может сказаться эмоциональная и психологическая перегрузка ребенка, посещающего детский сад. Ребенок может начать просыпаться среди ночи, плакать, не просыпаясь, говорить во сне. Ребенок, который раньше вставал среди ночи и писал на горшок, может начать писаться в кровать. Ребенок, который писался один раз за ночь, может начать писаться чаще. Может измениться ритуал отхождения ко сну: из спокойного и самостоятельного может стать длительным, требующим присутствия родителей, с капризами перед сном и нетипичным для ребенка поведением. ***Изменение сна - это один из первых признаков, который появляется в результате психологической перегрузки при посещении детского сада.***

Поведение

Поведение ребенка до и после детского сада. Если вы все сделали правильно, и ребенок пошел в детский сад легко и с удовольствием, на второй или третьей неделе ситуация может измениться. Ребенок может начать капризничать с утра и говорить, что он не хочет идти в детский сад, аргументируя это тем, что он не выспался, плохо себя чувствует, хочет сегодня остаться дома.

Точно так же ***поведение после детского сада*** должно быть вами тщательно проанализировано. Гиперактивность, агрессивность, капризность, нетипичная для ребенка, или, наоборот, апатия, пассивность, сонливость, нежелание заниматься ранее интересовавшими вещами **должны насторожить**.

Еда

У детей, которые даже в домашних условиях ***имели проблемы с едой,*** дезадаптация к детскому саду очень часто выражается в нежелании есть в детском саду. Боязнь прийти в детский сад к завтраку, остаться там на обед, негативная реакция малыша на запах еды в детском саду - это результат общего стресса, который ребенок переживает в адаптационный период***. Если не обратить на это внимание вовремя, стресс от нежелания есть в детском саду можно довести до рвотной реакции на еду, предлагаемую в детском саду, или до дискинезии желчевыводящих путей.***

Стул

Проблемы со стулом в виде запоров (ребенок может стесняться ходить в туалет в детском саду) или, наоборот, расстройства желудка на нервной почве перед походом в детское учреждение

Одним из неярких, но очень важным признаком детсадовской дезадаптации является изменение взгляда и мимики ребенка, его осанки и манеры двигаться. Не стоит думать, что это пройдет само собой.

Частые респираторные заболевания и обострение хронических заболеваний - один из самых распространенных признаков того, что нагрузка при посещении ребенком детского сада ему не по силам.

Т 2.5.7 Подготовка к поступлению в детское дошкольное учреждение и в школу.

Подготовка ребенка к ДДУ

У детей старше 3 лет возникает потребность общаться со сверстниками, участвовать в сюжетно-ролевых играх. Целесообразно, чтобы ребенок старше 3 лет **посещал ДДУ.**

Сразу это делать не рекомендуется. Необходимо подготовить ребенка к перемене обстановки, к расставанию с близкими.

Подготовка включает следующие мероприятия:

1. Максимальное приближение домашнего режима к режиму ДДУ.
2. Ликвидация вредных привычек (укачивание, кормление из бутылочки, пользование пустышкой).
3. Обеспечение основных навыков опрятности и самообслуживания.
4. Обеспечение предварительной вакцинации в полном объеме для данного возраста.
5. Проведение оздоровительных мер (при анемии, диатезе, частых ОРВИ).
6. Проведение санитарно-просветительной работы с родителями.
7. Постепенное увеличение длительности пребывания ребенка в ДДУ:

- в течение первой недели – 3 - 4 часа в день (до обеда);
- в течение второй недели – 5 - 6 часов (до дневного сна);
- с третьей недели – 8 - 9 часов, т. е. полный день.

Необходимо помнить, что адаптация протекает индивидуально, а, значит, требуется различный подход.

Условно выделяют по степени тяжести следующие виды ***(группы) адаптации*** (по Р. В. Тонковой-Ямпольской, 1977 г.).

I группа — *физиологической адаптации* (дети, не болеющие в период адаптации и легко переносящие ее) — длительность — *2—3 недели;*

II группа — *напряженной (среднетяжелой) адаптации* (дети, болеющие ОРВИ в период адаптации 1—2 раза в легкой форме, без осложнений, длительностью 5—7 дней) — длительность — *от 2*—3 *недель до 2*—3 *месяцев;*

III группа — *патологической (тяжелой) адаптации* (дети с неблагополучным социальным и биологическим анамнезом, болеющие ОРВИ 3—4 и более раз за период адаптации, обычно в тяжелой форме, часто с осложнениями; дети с психологическими переживаниями типа эмоционального стресса, извращенных поведенческих реакций, депрессии) — длительность *от 2*—3 *месяцев до 6 месяцев* и более.

Подготовка ребенка к школе

В дошкольном возрасте важно осуществить выравнивание развития детей и полную санацию отклонений в их здоровье, иначе они окажутся не готовыми к школе, что затруднит усвоение учебной программы, адаптацию к школьному распорядку дня.

Установление степени готовности к школе основывается на результатах разностороннего медицинского и психофизического исследования с участием педиатра, логопеда, психолога в возрасте 5—6 лет. При выявлении тех или иных дефектов развития проводится соответствующая коррекция и повторное обследование непосредственно перед поступлением в школу.

Детей условно относят к следующим ***группам риска:***

1-я группа - ***с отклонениями в биологическом развитии*** (недостаточная прибавка роста, отсутствие постоянных зубов и т. д.);

2-я группа - ***с функциональными отклонениями*** (неврозы, гипертрофия миндалин, сколиоз I степени, ОРВИ 4 и более раз за год и т. д.);

3-я группа - **с *хроническими заболеваниями*** (в любой форме). Окончательное заключение о готовности ребенка к школе дается по совокупности всех данных. При необходимости проводят ряд профилактических мероприятий, в том числе:

- прививки;
- санацию очагов инфекции;
- оздоровительные процедуры;
- перевод на новый режим дня, приближенный к школьному:
- устранение вредных привычек;
- занятия с психологом и логопедом и т. д.

Т 2.5.8 Факторы риска.

Условия повышенного риска для детей возникают вследствие:

- резко возрастающей двигательной активности ребенка в начале преддошкольного периода;
- несовершенной координации движений;
- не всегда верной оценкой расстояния;
- неумения соразмерить свои силы;
- любознательности, желания попробовать все на язык, потрогать руками;
- отсутствия понимания опасности.

С потенциальной опасностью ребенок может встретиться *дома* и *на улице во время прогулки, в детском дошкольном учреждении* и *в транспорте.*

В **домашних условиях представляют опасность:**

- вероятность падения;
- мелкие предметы, части игрушек;
- возможность падений со стула, ступенек лестниц, кровати, с горшка при вставании;
- возможность захлебнуться в ванне;
- крупные игрушки на пути ребенка;
- включенная кухонная плита с находящимися на ней предметами;
- свисающие со стола скатерти;
- стелящиеся по комнате провода;
- батареи, особенно в отопительный сезон;
- электрические розетки;
- незащищенные электрообогреватели, другие электрические приборы;
- работающая бытовая техника;

- предметы бытовой химии;
- лекарственные препараты;
- двери и окна и др.

Вне дома представляют опасность:

- движущаяся кабина лифта;
- передвижение в автомашине;
- пересечение проезжей части дороги;
- прогулки на детской площадке;
- купание в открытых водоемах;
- физкультурные занятия, особенно с использованием различных предметов, приспособлений (палки, обручи, мячи, шведская стенка), проводимые в детских дошкольных учреждениях и дома;
- нахождение вблизи домов (опасность падения предметов, зимой - сосулек, снега).

Актуальной проблемой, близкой к обеспечению безопасности детей, является проблема **жестокого обращения** с ними.

Актуальность этой проблемы в раннем детском возрасте и в дошкольном периоде обусловлена:

- полной беззащитностью детей, зависимостью их от окружения;
- потребностью детей в заботе со стороны взрослых при удовлетворении потребностей в питании, питье, одежде, двигательной активности, безопасности.

К проявлениям жестокого обращения с детьми можно отнести:

- оставление ребенка без необходимого количества пищи, воды, однообразное и неполноценное питание;
- не обеспечение необходимой по сезону одеждой, оставление его на улице в холодное время года без достаточной одежды;
- физические воздействия;
- ограничение ребенка в движениях (запирание в шкафах, тесных помещениях, привязывание к кровати, стулу);
- выполнение прихотей взрослых;
- сексуальные действия в отношении ребенка.

Признаками жестокого обращения с ребенком могут быть:

- синяки, ссадины на лице, конечностях, туловище ребенка;
- следы от веревок, ремней на теле ребенка;
- истощение;
- пугливость, боязнь взрослых, замкнутость и т.д.

Т 2.5.9 Профилактика детских инфекционных заболеваний у детей преддошкольного и дошкольного возраста.

Предупреждение инфекционной заболеваемости у детей - важнейший аспект работы медсестры детской поликлиники и ДДУ.

Неспецифическая профилактика включает:

1. Организацию рационального питания.
2. Правильный уход за ребенком (организация режима дня, прогулок, соблюдение личной гигиены).
3. Исключение контактов с инфекционными больными.
4. Адекватные физические нагрузки.
5. Закаливающие мероприятия.

Специфическая профилактика - это предупреждение того или иного конкретного инфекционного заболевания. Проводится в виде профилактических прививок с целью активной иммунизации детей.

Смысл прививки: ввести ребенку ослабленного возбудителя, который не вызовет заболевания, но стимулирует специфическую иммунную реакцию антиген-антитело с образованием специфических антител.

Результат - формирование активного иммунитета разной стойкости. Вследствие этого у ребенка при повторном контакте с возбудителем возможны следующие исходы:

- отсутствие заболевания;
- атипичная, легкая, стертая форма заболевания без осложнений и с гарантированным сохранением жизни ребенка.

Возможны ***местные и общие реакции на прививку***.

График введения вакцин называют календарем профилактических прививок.

Группы риска при проведении иммунопрофилактики:

1. Дети с аллергическими заболеваниями кожи, слизистых (экзема, нейродермит, бронхиальная астма). Дети с аллергической реакцией на ранее проведенные прививки.
2. Дети, перенесшие заболевания нервной системы (нейроинфекция, ч/м травма), у которых ранее были судорожные припадки.
3. Дети, часто болеющие ОРВИ, длительно болевшие заболеваниями легких, сердца, ЖКТ, печени, почек.

Необходимо помнить, что на этот возраст приходиться пик не только инфекционных заболеваний, но и травматизма:

1. Необходимо беседовать с ребенком об основных опасностях, поджидающих его дома, на улице, в детском саду, и о том, как их избежать.
2. Обучить ребенка правилам дорожного движения.
3. Научить ребенка тактике поведения с незнакомыми людьми в разных ситуациях.

Медсестра должна убедить родителей в том, что от их внимательности, ответственности и понимания зависит здоровье, а зачастую и жизнь ребенка.

В преддошкольном и дошкольном периодах продолжается ***профилактическая иммунизация*** детей:

• в возрасте 12-14 месяцев проводится вакцинация против кори,

эпидемического паротита, краснухи;

• в возрасте 18 месяцев (полутора лет) - первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка и полиомиелита;

• в возрасте 20 месяцев проводится вторая ревакцинация против полиомиелита;

• в возрасте 6 лет проводится вторая вакцинация против кори, эпидемического паротита, краснухи.

Практическое занятие № 8.
«Период преддошкольного и дошкольного возраста. Оценка физического и нервно-психического развития.
Массаж, закаливание, физическое воспитание. Организация безопасной среды»

Проведение антропометрических измерений и оценка полученных результатов.

Измерение роста детей старшего возраста.

Измерение производят ростомером, который представляет собой деревянную доску длиной 2 м 10 см, шириной 8 - 10 см и толщиной 50х75 см. На вертикальной доске нанесены 2 шкалы деления (в см): одна (справа) для роста стоя, другая (слева) для измерения длины тела сидя. По ней скользит планка длиной 20 см. На уровне 40 см от пола к вертикальной доске прикреплена откидная скамейка для измерения роста сидя.

Техника измерения: ребенок стоит на площадке ростомера спиной к вертикальной стойке в естественном выпрямленном положении, касаясь вертикальной стойки пятками, ягодицами, межлопаточной областью и затылком, руки опущены вдоль тела, пятки вместе, носки врозь. Голову он устанавливает в положении, при котором наружный край глазницы и верхний край козелка уха находятся на одной линии. Необходимо помнить, что между ростом в утренние и вечерние часы существует разница иногда до 1-2 см.

Взвешивают детей с момента рождения до 2-3 лет на чашечных весах с максимально допустимой нагрузкой до 20 кг (рис. 23.3).

Техника взвешивания: сначала взвешивают пеленку. Ребенка укладывают на широкую часть лотка головой и плечевым поясом, ножки – на узкую часть лотка. Если ребенка можно посадить, то его сажают ягодицами на широкую часть лотка, ноги – на узкой части. Класть ребенка на весы и снимать с них можно только при закрытых коромыслах весов, стоя лицом к шкале весов. Показатели весов снимаются с той стороны гири, где имеются насечки или вырезки. После записи веса гири ставят на ноль, а коромысло весов – на предохранитель. Для определения веса ребенка необходимо из показаний весов вычесть вес пеленки. Точность взвешивания ±10 мг.

Во время взвешивания раздетый ребенок должен встать неподвижно на середину площадки весов. Коромысло весов состоит из двух шкал, точность взвешивания – 50,0г. Взвешивание рекомендуется проводить утром натощак и желательно после мочеиспускания и дефекации.

Окружность головы измеряют сантиметровой лентой, которую проводят сзади через наиболее выдающуюся точку затылочного бугра, а спереди – по надбровным дугам.

Для характеристики физического развития ребенка большое значение имеет оценка особенностей его грудной клетки и живота, а также соотношение окружностей.

Окружность грудной клетки измеряют в состоянии покоя. Ленту накладывают сзади под углами лопаток, а спереди – по околососковым кружкам. У девочек пубертатного возраста спереди ленту проводят по четвертому ребру. Измерение у детей первого года жизни проводят в положении лежа, а у детей старшего возраста – стоя (руки опущены, дыхание спокойное).

Измерение груди проводят на высоте вдоха, при полном выдохе и при спокойном дыхании.

Для того чтобы измерить переднезадний и поперечный диаметры грудной клетки, пользуются особым циркулем. При измерении переднезаднего диаметра одну ножку циркуля помещают у нижнего конца тела грудины, а другую – на этом же уровне у остистого отростка позвоночника. Для определения поперечного диаметра ножки циркуля устанавливают по средней подмышечной линии на уровне нижнего края грудины.

Окружность живота измеряют на уровне пупка. Если живот значительно увеличен, измерительную ленту проводят в области наибольшего его выпячивания. Окружность живота у здорового ребенка должна измеряться до еды (большого значения для оценки состояния физического развития ребенка измерение живота не имеет). У больного ребенка такое неоднократное измерение бывает необходимо при наличии заболеваний, при которых происходят изменения в объеме живота (асцит, опухоли, метеоризм и пр.)

Длину туловища определяют по расстоянию от остистого отростка седьмого шейного позвонка до кончика копчиковой кости. У маленьких детей измерение туловища проводят в положении лежа на боку, у старших – в положении стоя: сантиметровая лента при измерении должна быть плотно приложена к поверхности спины.

Измерение конечностей. Длину конечностей измеряют антропометром Мартина, а при его отсутствии – обычной сантиметровой лентой.

Длину руки измеряют от акромиона до конца третьего пальца; длину плеча – от акромиона до верхушки локтевого сустава; длину предплечья – от локтевого сустава до середины запястья.

Окружность плеча определяют по области наибольшего развития двуглавой мышцы (верхней трети плеча). Измерение проводят два раза: сначала при свободно опущенной руке и расслабленных мышцах и затем – при напряженном состоянии мышц. Ребенка просят поднять руку до уровня плеча, и, согнув ее в локте, насколько возможно напрячь мышцы.

Длину ноги измеряют от большого вертела бедра до уровня подошвы; длину бедра – от большого вертела до коленного сустава; длину голени – от коленного сустава до лодыжки. Окружность бедра измеряют приблизительно на уровне

промежности в наиболее широкой части бедра; измерительную ленту проводят горизонтально непосредственно под ягодичной складкой.

Окружность голени определяют на икроножных мышцах, на уровне их наибольшего объема.

Оценка физического и нервно-психического развития.

Оценка физического развития возможна разными методами.

Наиболее современным из них является оценка по центильным таблицам. (Приложение 1). Центильные распределения наиболее строго и объективно отражают распределение признаков среди здоровых детей. Практическое использование этих таблиц исключительно просто и удобно. Колонки центильных таблиц показывают количественные границы признака у определенной доли или процента (центиля) детей данного возраста и пола. При этом за средние или условно нормальные величины принимаются значения в интервале от 25 до 75 центиля.

Ориентировочно массу тела в преддошкольном и дошкольном периодах, т.е. в возрасте 1—6 лет, можно определить по формуле (2.13): где М — масса ребенка, кг; п — число лет.

Закономерно меняются окружность головы и грудной клетки, а также площадь поверхности тела.

Окружность головы детей в возрасте от 2 до 5 лет ориентировочно определяют по формуле (2.14):

Сг = 50 — (5—п), (2.14)

где Сг — окружность головы; 50 — окружность головы в возрасте 5 лет; п — возраст ребенка в годах.

Окружность грудной клетки у детей старше 2 лет можно определить по формуле (2.15):

Сгк = 63 - 1,5 (Ю-п), (2.15)

где Сгк — окружность грудной клетки; 63 — окружность грудной клетки в возрасте 10 лет; п — возраст ребенка в годах.

Оценка нервно – психического развития

В преддошкольном периоде на 2-м году жизни выделяют 6 ведущих линий развития, на 3-м — 5.

На 2-м году жизни к ним относятся:

1) степень понимания речи взрослого (понимаемая речь — рп);

2) степень развития речи самого ребенка (активная речь — Ра);

3) сенсорное развитие, т.е. умение ориентироваться в величине, форме предметов; самостоятельность (А);

4) моторное развитие, т.е. двигательные навыки (Д);

5) навыки в самоуходе (Н);

6) игровая деятельность и действия с предметами (И).

Для 3-го года жизни ведущими линиями развития являются:

1) активная речь (Ра);

2) сенсорное восприятие цвета (А);

3) игровая деятельность — сюжетная игра (И);

4) навыки в самоуходе (Н);

5) моторное развитие (Д).

Для дошкольного возраста определяющими линиями являются умственное развитие, сенсорное развитие, игровая деятельность, поведение, навыки.

Таким образом, опираясь на степень развития той или иной ведущей линии, можно ориентировочно определить общий уровень нервно-психического развития, гармоничность развития ребенка.

Для оценки уровня нервно-психического развития можно воспользоваться специальными таблицами, по которым определяют уровень развития каждого показателя и судят о наличии или отсутствии задержки нервно-психического развития. Затем находят показатель с наибольшей задержкой и определяют группу нервно-психического развития.

Всего выделяют четыре группы нервно-психического развития**:**

la — дети с опережением развития и 16 — дети с гармоничным развитием;

2а — дети с задержкой развития и 26 — дети с истинным негармоничным развитием;

3а — дети со значительной задержкой развития и 36 — дети с нетипичным, ниже гармоничного, развитием;

4 — дети с резкой задержкой развития.

Составление примерного меню, рекомендаций по режиму дня, выбору игрушек, игровых занятий для детей преддошкольного и дошкольного возраста.

Выявление проблем, связанных с дефицитом знаний, умений и навыков в области укрепления здоровья.

Составление рекомендаций по адаптации в детском дошкольном учреждении.

На данном жизненном этапе велика роль медицинской сестры (участковой, кабинета здорового ребенка, семейной), которая должна помочь ребенку и его окружению подготовиться к поступлению в дошкольное учреждение.

Эта подготовка должна начинаться задолго до самого момента прихода ребенка туда.

Уже при дородовом патронаже можно выяснить предполагаемые условия воспитания, мотивированность будущей матери и ее окружения к домашнему или коллективному воспитанию, возможности семьи (бытовые, материальные) находиться с ребенком достаточное время; в более позднем периоде можно рекомендовать переход к режиму дня, принятому в детском дошкольном учреждении, что позволит ребенку быстрее и легче приспособиться к условиям жизни там.

Большое значение для подготовки ребенка к посещению детского дошкольного учреждения имеют мероприятия по оздоровлению ребенка, включающие исправление неблагоприятного фона развития ребенка, лечение

хронических очагов инфекции, проведение профилактических прививок в соответствии с возрастом.

Непосредственно перед поступлением в дошкольное учреждение, но не позже чем за 1 месяц, необходимо:

отрегулировать питание ребенка,

скорректировать в случае необходимости режим дня,

попытаться исправить дефекты воспитания,

провести оздоровление ребенка,

сделать необходимые прививки или оформить временный отвод от них.

Подробно и обстоятельно рассказать семье, как готовить ребенка к поступлению в дошкольное учреждение, и правильно, своевременно и точно оформить направления для проведения необходимых анализов и осмотра специалистами.

Обучение родителей ребенка и его окружение принципам закаливания, основным гимнастическим комплексам и массажу, применяемым для детей преддошкольного и дошкольного возраста.

Закаливание — важный элемент здорового образа жизни человека в любом возрасте. Но особое значение оно имеет для детей, организм которых ещё не выработал способности к быстрой адекватной реакции на резкие изменения условий внешней среды. Дети быстрее, чем взрослые, перегреваются, переохлаждаются, более чувствительны к влажности (особенно повышенной влажности внешнего воздуха — сырости), ультрафиолетовым лучам. Дети, закаливание которых начато в раннем возрасте, болеют реже, легче переносят адаптацию при поступлении в детский сад.

Перечислим основные принципы закаливания:

- закаливание нужно начинать в состоянии полного здоровья;
- интенсивность и длительность закаливающих процедур должны нарастать постепенно с учётом переносимости их ребёнком;
- эффект закаливания зависит от систематичности его проведения;

Воздушные закаливающие процедуры входят в обычный режим дня:

- **воздушные ванны при переодевании ребёнка** и во время утренней гимнастики;
- **сон в хорошо проветренной спальне** с доступом свежего воздуха (открытые фрамуги, форточки);
- **поддержание оптимального температурного режима** в помещении (температура +18...20°С)
- **ежедневные прогулки на свежем воздухе** по 3-4 часа на свежем воздухе в любую погоду тренируют терморегуляторный механизм ребёнка, адаптируют его к колебаниям температуры, влажности, движению воздуха;
- **одежда должна быть лёгкой**, не стесняющей движений, с минимальным содержанием искусственных и синтетических материалов.

Во время прогулок следите за состоянием ребёнка, регулируйте его двигательную активность. В случае, если он вспотел, его нужно увести домой и

сменить одежду. Помните, что одежда, высыхая на ребёнке, вызывает его переохлаждение.

З**акаливание солнцем** начинают со световоздушных ванн в тени деревьев, затем переходят на местные солнечные ванны, оставляют открытыми отдельные участки тела, руки, ноги. Закаливание солнцем: продолжительность воздушной ванны в первые дни 2-3 минуты. Ежедневно экспозиция увеличивается на 40 секунд, доводя пребывание раздетыми до 15-20 минут. Длительность приёма ванн постепенно увеличивается, проводятся они под контролем самочувствия ребёнка.

Голова ребёнка должна быть постоянно закрыта от солнечных лучей светлой панамой. В жаркий летний лень малышам обязательно требуется питьё. Наилучшее время для приёма ванн — с 10 до 11 часов утра.

Наиболее эффективный метод закаливания — **закаливание водой**. Он также должен прочно закрепиться в режиме дня дошкольного возраста **в ежедневных процедурах:**

- **мытьё рук** после сна или пользования туалетом тёплой водой с мылом. Затем — попеременное умывание рук до локтей, лица, шеи, верхней части груди тёплой и прохладной водой;
- **чистка зубов** с последующим полосканием полости рта прохладной водой;
- **полоскание горла** кипячёной водой после приёма пищи с постепенным снижением её температуры с 36 до 22 °С на 1°С каждые 5 дней;

К специальным закаливающим водным процедурам относятся:

- **обтирания тела.** Обтирание частей тела (руки, грудь, спина) начинают с сухого растирания до лёгкой красноты кожи варежкой или мохнатым полотенцем в течение 7—10 дней. Затем производятся влажные обтирания, температуру воды снижают с 30...32°С до комнатной на 1 °С каждые 2 дня. Продолжительность процедуры — до 3 минут. В конце следует сухое обтирание;
- с целью закаливания дошкольников можно использовать **контрастное обливание стоп водой**. Детям ослабленным, часто болеющим ОРЗ рекомендуется щадящий режим обливания, когда обливают ноги сначала тёплой водой (+38...36°С), затем +28°С и заканчивают снова тёплой водой. Детям здоровым рекомендуется больший контраст: +38 — +18 — +38 — +18°С. Заканчивают процедуру сухим растиранием. Обливание проводят из кувшина или лейки с перфорированной насадкой.
- можно использовать **контрастные обливания для рук**, температурный режим такой же, как и при обливании стоп.
- **общие обливания тела** проводятся водой с начальной температуры +36°С, длительность первого обливания 15 секунд. В дальнейшем температура воды постепенно снижается на 1°С в неделю, а длительность увеличивается до 35 секунд.

В случае болезни ребенка, закаливающие процедуры возобновляют по щадящему режиму через 1-2 недели после полного выздоровления в зависимости от характера заболевания. Температура воды при этом должна быть на 2-3 градуса выше, чем до заболевания ребёнка.

Самый мощный закаливающий фактор, гармонично сочетающий в себе приятное полезное — **плавание**. Занятия на воде комплексно воздействуют на весь организм, плавание укрепляет его и закаливает.

Основные правила закаливания ребенка:

- Приступать к закаливанию можно в любое время года.
- Закаливание эффективно только тогда, когда его проводят систематически; без постоянного подкрепления достигнутые результаты снижаются.
- Нельзя резко увеличивать продолжительность и силу закаливающих воздействий. Нарушение принципа постепенности может вызвать переохлаждение и заболевание ребенка.
- Закаливающие процедуры нельзя начинать, если ребенок болен.
- Эффективность закаливающих процедур увеличивается, если их проводят комплексно.

Процедура должна нравиться ребенку, вызывать положительные эмоции.

Осторожность, постепенность, систематичность — три принципа, которых надо неукоснительно придерживаться, закаливая ребёнка.

Обучение родителей и окружения ребенка принципам создания безопасной окружающей среды для детей преддошкольного и дошкольного возраста.

Обеспечение **безопасной окружающей среды** для детей преддошкольного и дошкольного возраста остается важной задачей, которая решается его взрослым окружением и целиком зависит от него.

Необходимо обеспечить безопасность ребенка дома, на улице и в общественных местах (в поликлинике, в детских дошкольных учреждениях, при занятиях в группах гармоничного развития).

Меры по обеспечению безопасности в домашних условиях:

- убирать в недоступные для ребенка места все мелкие и опасные предметы, не давать детям игрушки, разбирающиеся на мелкие части, убирать сломанные игрушки;
- убирать с пути ребенка крупные игрушки и стелящиеся провода;
- ставить горшок на нескользкую поверхность: ковролин, ковер, коврик на резиновой основе;
- контролировать продвижение ребенка по лестнице;
- расставить кастрюли на плите таким образом, чтобы самые большие из них находились на максимальном удалении от ее края;
- не подходить к работающей плите, предметам бытовой техники с ребенком на руках;
- всегда перекрывать подачу газа к плите, когда она не используется по назначению;
- не допускать игр детей с плитой в надежде на то, что подача газа прекращена;

- объяснить ребенку, почему нельзя вертеть выключатели газовой плиты;
- контролировать температуру приготовленной пищи, температуру воды для ванны;
- скатерти на столах заменить салфетками;
- не оставлять открытыми окна и двери;
- не давать ему игрушки с мелкими деталями;
- убрать вазы, другие тяжелые предметы на недосягаемую для ребенка высоту;
- убрать острые и режущие предметы в закрывающиеся столы, ящики;
- использовать специальные детские стульчики;
- использовать специальные экраны для отопительных батарей;
- использовать заглушки для электрических розеток;
- не оставлять ребенка наедине с домашними животными (собаками, кошками);
- предметы бытовой химии и лекарственные вещества должны быть собраны вместе и закрыты на ключ в недоступном для детей месте;
- краски, растворители, технические масла и другие подобные продукты должны храниться в специальных шкафах, которые лучше запирать на ключ;
- столовые приборы: ножи, ножницы, вилки и другие колющие и режущие предметы необходимо хранить в месте, недоступном для ребенка; впоследствии следует объяснить назначение этих предметов и их опасность;
- не следует купать ребенка, если не прошло 3-х часов с последнего приема пищи;
- оборудовать дверь ванной комнаты замком, который открывается снаружи;
- в начале периода не следует оставлять ребенка преддошкольного возраста одного во время купания, затем необходимо объяснить ему правила поведения в ванной.

Меры по обеспечению безопасности вне дома:

- при посадке в лифт - сначала должен войти взрослый, затем поместить в него коляску; при выходе из лифта - сначала должен выйти взрослый, затем необходимо вывезти коляску, ребенок при этом должен находиться на руках у взрослого;
- использовать специальные детские кресла при передвижении в автомашине с учетом возраста и массы тела ребенка, не кормить и не поить ребенка во время движения транспорта;
- при пересечении проезжей части дороги следует обязательно убедиться в отсутствии на ней движущегося транспорта, взять ребенка на руки (в начале периода) или за руку (в конце периода) и перейти дорогу, объяснить правила дорожного движения и пересечения проезжей части дороги (улицу переходить на зеленый сигнал светофора, в положенном месте, пользоваться

подземными переходами);

- не оставлять ребенка на открытом балконе (лоджии);
- обучать езде на велосипедах и самокатах в специально отведенных для этих целей местах, одновременно прививая навыки безопасного катания (не делать резких поворотов, не выезжать на проезжую часть, не ездить слишком быстро);
- при игре на детской площадке необходимо следить за тем, чтобы дети не бросали друг в друга песок, игрушки и другие предметы;
- соблюдать осторожность при катании на качелях, каруселях (убедиться в отсутствии других детей вблизи качелей, чтобы случайно не нанести им травму, не следует добиваться большой амплитуды качения, ребенка нужно придерживать, чтобы он не упал с качелей; при катании на качелях кого-либо из детей не следует подходить к качелям близко);
- в детском дошкольном учреждении строго и внимательно следить за каждым ребенком, чтобы он правильно выполнял физические упражнения, не баловался со скакалками, палками во избежание случайных травм у себя и у других детей. Необходимо также следить за исправностью предметов и приспособлений, используемых при физических упражнениях, прогулках, в игровой деятельности;
- убрать все лишние предметы с детских площадок детского дошкольного учреждения, песочницы на ночь закрывать специальными крышками, песок в них менять каждую весну, раз в месяц проводить исследование песка на биологическое загрязнение;
- не допускать купания, игр на воде и вблизи водоемов без надзора взрослых;
- не разрешать ребенку гулять вблизи стен домов.

ВАЖНО ЗАПОМНИТЬ! ***Даже находясь с ребенком в одном помещении, нужно не упускать его из вида ни на минуту. Не следует оставлять ребенка без присмотра взрослого и вне дома.***

Оформление медицинской документации (Форма N 026/у-2000 "Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов")

ТЕМА 2.6.
ПЕРИОД ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Теоретическое занятие № 9.
«Период младшего школьного возраста. Принципы создания безопасной окружающей среды»

Т 2.6.1 Характеристика периода младшего школьного возраста.

Период младшего школьного возраста продолжается в течение 5—6 лет (с 6-7 до 11—12 лет) и характеризуется дальнейшим совершенствованием Физиологических функций органов и систем ребенка.

В этом возрасте многие органы и системы ребенка достигают полного морфологического и функционального развития. Завершается формирование костного скелета, продолжает развиваться и укрепляться мышечная система. Происходит полная замена молочных зубов на постоянные.

Причем в строении скелета, в физическом развитии появляются первые признаки полового диморфизма, что связано с увеличением половых желез.

В этом периоде заканчивается структурная дифференцировка коры головного мозга. Получает дальнейшее развитие интеллект ребенка, появляются самостоятельные суждения, развиваются волевые качества, усидчивость, расширяется круг интересов, в большей степени проявляются индивидуальные различия в психике, поведении.

Т 2.6.2 Анатомо-физиологические особенности, рост и развитие ребенка младшего школьного возраста.

Нервная система завершает свое развитие; сформированы нервные центры и периферическая нервная система, хорошо регулируются двигательные функции, в том числе — мелкая моторика.

Осознание своего социального «Я» у большинства детей появляется к 7—8 годам. Следствием этого является стремление выйти за рамки детского игрового образа и участвовать во взрослой жизни, т. е. в реальной, серьезной деятельности. Поступление в школу ребенок воспринимает как работу, уравнивающую его со взрослыми, как шаг к самостоятельности.

В дальнейшем адаптация ребенка к школьной жизни протекает легче, если вместе с ним в преодолении трудностей участвуют родители, педагоги, психологи. Необходимо помнить, что в начальных классах у детей еще отмечается неустойчивость внимания, рассеянность, неспособность

долго заниматься одним видом деятельности. В старших классах основной опасностью является перегруженность информацией, ведущая к умственному переутомлению.

Кожа и ее придатки достигают полной анатомической и функциональной зрелости. Подкожная клетчатка с 3 до 8 лет почти не увеличивается, а затем с 8 лет начинает интенсивно нарастать, максимально откладываясь в местах, обусловленных полом ребенка.

Костно-мышечная система характеризуется интенсивным ростом и развитием, отмечается формирование координации движений, развивается мелкая моторика.

К 7 годам устанавливается постоянство шейной и грудной кривизны позвоночника.

Нарушение осанки при неправильном подборе мебели, неудобной позе во время занятий дома и в школе, часто приводят к патологическому искривлению позвоночника — сколиозу. В периоды 6—8 лет отмечается интенсивный рост

черепных костей. Для нормального развития мышечной системы необходимы адекватные физические нагрузки. При оценке моторного развития выделяют 3 группы детей:

1-я группа — ***зрелые дети*** (моторика развита соответственно возрасту);

2-я группа — ***дети с незначительным*** (начальным) отставанием в моторном развитии;

3-я группа — ***дети с существенным*** отставанием в моторном развитии.

Дыхательная система продолжает развиваться и увеличиваться в размерах и к 8—10 годам становится практически такой же, как у взрослых.

Форма грудной клетки также приближается к форм взрослого, увеличивается масса и сила межреберных мышц.

Тип дыхания: у девочек — грудной; у мальчиков — брюшной. Частота дыхания с 7 до 11 лет — 20—25 в мин.; Дыхание ритмичное, ровное.

Сердечно-сосудистая система продолжает развиваться и растет вместе с увеличением размеров тела.

К 7 годам сердце приобретает форму взрослого. Легочный ствол до 10 лет несколько шире аорты, с 1до 12 лет их диаметр уравнивается.

Пульс становится устойчивым, ритмичным, менее частым:

— у детей с 7 до 11 лет — 80—90 в минуту;

Артериальное давление у детей до 11 лет стабильно!

составляет 100 4- n, где n — число лет ребенка.

Пищеварительная система продолжает, увеличивается, и совершенствоваться в функциональном отношении

К 7—11 годам желудок приобретает форму взрослого объем желудка увеличивается, к 7—10 годам составляет 1300 мл.

Становятся высокоактивными и зрелыми ферментные системы, устанавливаются процессы переваривания и всасывания, стабилизируется иннервация гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта.

Мочевыделительная система завершает свое развитие, становится анатомически и функционально зрелой. Число мочеиспусканий составляет 6—8 раз в сутки, относительная плотность мочи 1008—1022.

Т 2.6.3 Физическое, половое, нервно-психическое и социальное развитие

Оценка физического и полового развития

Дети этой возрастной группы достаточно интенсивно развиваются, причем начинается четкое половое различие в физическом развитии, то ***есть имеются различия между мальчиками и девочками по типу роста и созревания, по формированию специфического для каждого пола телосложения.***

Физическое развитие и в этом периоде характеризуется высокими темпами нарастания роста, массы тела, увеличением окружности головы и грудной клетки.

Темпы роста в различные возрастные периоды различны. На младший школьный возраст приходится ***первое ускорение роста*** у девочек (после 6 лет; для мальчиков первое ускорение роста приходится на дошкольный период), а

также ***второй период ускоренного роста***, который наблюдается у девочек с 8,5 лет с максимумом в возрасте 11 — 12 лет.

У мальчиков в младшем школьном возрасте сначала наблюдается стабилизация роста, а затем до конца периода — умеренное равномерное вытяжение примерно до 13 лет. Причем рост у детей в этот возрастной период идет преимущественно *за счет нижних конечностей* (у мальчиков - в 10-11 лет, у девочек — в 8,5 лет), а с 11-12 лет наступает *пик роста для туловища*.

За время препубертатного ростового скачка ***абсолютный прирост длины тела у мальчиков составляет 47—48 см, у девочек - 36—38 см***. Для ориентировочного определения роста ребенка можно использовать формулу:

L = 77 + 6n

где L — рост ребенка в см, n — число лет.

Формула справедлива для детей в возрасте 2—12 лет. Для более точной оценки роста необходимо воспользоваться центильными таблицами, номограммами.

Увеличение роста в этом периоде в первую очередь связано с влиянием соматотропного гормона, который вырабатывается гипофизом. Кроме того, ***действуют и андрогены,*** но преимущественно в препубертатном и пубертатном периодах, усиливая развитие мышечной массы и окостенение.

В этом же возрастном периоде происходит ***нарастание массы тела*** вследствие увеличения мышечной массы и развития костей скелета.

В период младшего школьного возраста наблюдается энергичное **нарастание массы**, особенно характерное для девочек. *В возрасте 9—12 лет ежегодные прибавки массы у них достигают 2,5—4,5 кг*, до этого возраста масса тела мальчиков несколько превышает массу тела девочек, с наступлением периода полового созревания девочки по этому показателю опережают мальчиков.

Ориентировочную массу тела можно определить по формуле:

M = (7п-5):2

где М — масса тела, п — число лет.

При оценке физического развития ребенка, *помимо определения роста, массы тела, окружности головы и окружности грудной клетки, необходимо обращать внимание на эластичность кожных покровов, плотность (тургор) мягких тканей, мышечный тонус, состояние статики, эмоциональный настрой ребенка*.

Окружность головы у детей от 5 до 15 лет можно определить по формуле:

С=50 + 0,6(п-5)

где С- окружность головы, 50 - окружность головы в возрасте 5 лет, **п** число лет.

Окружность грудной клетки у детей от 10 до 15 лет можно определить по формуле:

$$С_к = 63 + 3(п-10)$$

где С**гк~** окружность грудной клетки, 63 - окружность грудной клетки |возрасте 10 лет, п — число лет.

Помимо этих параметров, **оцениваются признаки и сроки полового созревания,** начало которого приходится на младший школьный возраст

Период полового созревания **женского организма** делится на две фазы. I Первая начинается в 7—9 лет и заканчивается появлением первой менструации — менархе — в возрасте 12—14 лет, то есть **первая фаза** охватывает практически весь период младшего школьного возраста (препубертатный период).

Наиболее характерны для этой фазы следующие признаки:

- появление вторичных половых признаков;
- дальнейшее развитие половых органов;
- быстрый рост тела в длину.

Вторая фаза заканчивается завершением формирования вторичных половых признаков (16— 17 лет).

Морфологические изменения, наблюдающиеся в строении тела, определяются уровнем эстрогенов и андрогенов, которые выделяются яичниками и надпочечниками.

Последовательность появления признаков полового созревания у девочек (1 фаза)

Возраст	Признаки
8-10лет	Рост костей таза, округление ягодиц, незначительно, приподнятие сосков молочных желез, усиление пигментации, околососковых кружков
10-11 лет	Куполообразное приподнятие молочной железы (стадии «бутона»), появление волос на лобке
11-12 лет	Увеличение наружных половых органов, изменение эпителия влагалища

На этом заканчивается первая фаза полового созревания.

Период полового созревания для **мужского организма** начинается |в 10—11 лет, то есть в конце младшего школьного возраста.

Последовательность появления признаков полового созревания у мальчиков

Возраст	Признаки
10-11 лет	Заметное увеличение яичек, увеличение складчатости мошонки и ее объема, усиление пигментации

	мошонки и полового члена. Яички опускаются на дно мошонки, начало роста полового члена
11—12 лет	Увеличение простаты, рост гортани

Остальные признаки полового созревания приходятся на подростковый, или пубертатный период.

Нервно-психическое, социальное и познавательное развитие

Большое значение имеет, и оценка нервно-психического, социального и познавательного развития.

В области ***моторного развития*** происходят качественные изменения. Дети могут:

- быстро перестраиваться во время движения;
- выполнять ритмичные движения в указанном темпе;
- танцевать;
- кататься на лыжах, коньках;
- плавать;
- работать с различным материалом (шить, вырезать, вышивать и т.д.).

В этом возрасте развиваются сложные координированные и тонкие движения кистей рук, что позволяет освоить навыки письма.

В области ***сенсорного развития:***

- дети хорошо отличают различные геометрические фигуры, как простые, так и сложные;
- используют не только основные цвета, но и их оттенки, полутона.

Умственное развитие также продолжает совершенствоваться. Дети знают:

- многие правила родной речи, правильно пользуются ими, строят образные, сложные предложения;
- хорошо читают;
- решают задачи различной степени сложности, знают таблицы умножения и деления;
- выполняют различные задачи на компьютере, используя не только игровые, но и обучающие программы.

В ***игровой деятельности:***

- предпочитают коллективные игры, хотя с возрастом могут предпочитать творческие дела и игры, требующие уединения, любят игры, требующие внимания, сложные, во время игр строят планы, совершенствуют их замысел, в играх учитывают ситуацию, выбирая соответствующий стиль общения с окружением.

Поведение детей этого возраста становится более упорядоченным. Дети могут:

- испытывать сложные моральные переживания за свои поступки, поступки других;
- критически оценивать свои поступки и поступки других, соотносить их с общепринятыми правилами поведения и общения;
- критически оценивать черты характера, окружающих их;
- соблюдать определенные правила этикета (первыми здороваются со взрослыми, благодарят, уступают место).

В конце возрастного периода могут возникать ***реакции негативизма,*** которые проявляются в том, что:

- дети хотят принимать решения, не зависящие от контроля окружающих,
- в это время товарищи оказывают значительное влияние на выбор игр, интересы и предпочтения;
- дети часто пренебрежительно относятся к своему внешнему виду
- могут не следить за порядком в своей комнате, проявлять плохие манеры за столом.

Т 2.6.4 Универсальные потребности, способы их удовлетворения.

Универсальными потребностями ребенка являются: дышать, спать, быть чистым, общаться, оберегать от опасности, двигаться, учиться.

Примерный план удовлетворения универсальных потребностей ребенка.

Дышать:

- проводить проветривание помещения, где находится ребенок: 2-3 раза в день;
- контролировать температурный режим помещения: 18-22 С;
- обеспечить ребенку двигательный режим;
- организовать прогулки в течение дня при любой погоде: 2 раза в день;
- создать возвышенное положение в постели;
- укрепить дыхательную мускулатуру, путем проведения массажа, гимнастики;
- обучать ребенка правильному дыханию.

Есть:

- рассчитать суточное и разовое количество пищи ребенку;
- составить меню;
- приготовить блюда, согласно рецептам детской кухни;
- организовать необходимые условия для кормления;
- покормить ребенка.

Спать:

- нормализовать режим дня;
- покормить ребенка, после чего: поговорить с ним, поласкать;
- проветрить комнату перед сном;
- создать спокойную обстановку;

- не проводить возбуждающие игры, не рассказывать страшные истории перед сном;
- перед сном провести гигиенические мероприятия.

Быть чистым:

- формировать навыки чистоплотности в зависимости о возраста;
- обеспечить чистоту окружающей ребенка обстановки;
- стимулировать и поощрять стремление малыша к опрятности;
- регулярно, с учетом возраста, проводить гигиенические мероприятия;
- обращать внимание на неопрятности ребенка, предоставить ему возможность самому устранить их;
- быть примером для ребенка.

Двигаться:

- организовать мероприятия по укреплению мышечной системы ребенка: проводить массаж, гимнастику с учетом возраста ребенка;
- с 2-х лет заниматься с ребенком зарядкой;
- создать условия для развития ребенка: обеспечить достаточное пространство для движений ребенка, не заменять прогулки «походами в магазины»;
- следить за соответствием одежды погоде и двигательной активности;
- не наказывать ребенка двигательным бездействием.

Общаться:

- исключить возможную патологию: проверить слух, зрение, патологию ЦНС, заикание и т.п.;
- научить ребенка слушать;
- эмоционально разговаривать с ним;
- организовывать мероприятия по формированию речи с учетом возраста ребенка;
- обеспечить правильное воспитание;
- обеспечить общение со сверстниками;
- использовать твердые запреты;
- наказать ребенка соразмерно поступку.

Оберегать от опасности, избегать опасности:

- создать безопасную окружающую среду: проверить безопасность игрушек;
- устранить острые углы, низкое расположение стекол;
- создать ограждение в опасных местах;
- хорошо просушивать полы после мытья;
- поворачивать внутрь плиты или стола ручки кастрюль, сковородок и т.п.;
- не стелить на стол свисающую с него скатерть;
- хранить лекарства, химические средства и т.п. в местах, недоступных детям;
- не оставлять ребенка без присмотра в любом возрасте;

- следить за ребенком на воде, учить плавать;
- оберегать от присоединения инфекции;
- обучать детей с учетом их возраста правилам дорожного движения, правилам самообороны;
- проводить беседы с детьми о недопустимости общения с незнакомыми людьми.

Учиться:

- следить за соответствием учебного материала возрасту;
- чередовать умственный труд с физическим трудом;
- избегать переутомления ребенка;
- использовать игровые ситуации в обучении;
- обучать ребенка работе с литературой;
- тренировать память с помощью игр;
- строго соблюдать режим дня;
- следить за эмоциональным состоянием обучаемого ребенка;
- обязательно мотивировать обучение.

Т 2.6.5 Возможные проблемы.

Младший школьный возраст является своего рода переломным моментом в жизни ребенка. Именно в этом возрасте наступает длительный период жизни, связанный со школой, обучением, установлением новых контакт изменением сложившегося ритма и режима дня.

Ребенок вступает в возраст, с которого он способен заниматься учебным трудом, его организм готов выдерживать новые, весьма разнообразные нагрузки.

Поэтому основная ***задача людей***, окружающих ребенка, заключается в *максимально возможном облегчении трудностей, возникающих в этот период, помощи в их преодолении, сохранении и укреплении здоровья, обеспечении гармоничного развития детского организма, личности ребенка, его познавательных способностей и возможностей*.

Но не все дети одинаково легко приспосабливаются к условиям школы, не все одинаково готовы к жизни в новой группе, новом для себя коллективе.

Результатом адаптации должна стать *адаптированностъ,* которая представляет собой систему определенных качеств личности, ее умений, навыков, способных обеспечить успешность последующей жизнедеятельности.

Можно выделить **три уровня адаптации детей к школе**: высокий, сред-и1й и низкий.

Высокий уровень адаптации ребенка характеризуется:

- положительным отношением к школе;
- адекватным восприятием предъявляемых требований;
- легким и полным усвоением учебного материала;
- способностью решать усложненные задачи;
- прилежностью;
- внимательностью при объяснении материала учителем;
- способностью выполнять поручения без внешнего контроля;

- большим интересом к самостоятельной работе;
- охотным и добросовестным выполнением общественных поручений;
- высоким общественным статусом в классе.

Средний уровень адаптации ребенка характеризуется:

- положительным отношением к школе;
- посещение школы не вызывает отрицательных переживаний;
- пониманием учебного материала при его подробном и наглядном изложении;
- усвоением основного содержания учебных программ;
- самостоятельным решением типовых задач;
- сосредоточенностью и внимательностью при выполнении заданий и поручений, указаний взрослого, но под его контролем;
- достаточно добросовестным выполнением общественных поручений.

Низкий уровень адаптации ребенка характеризуется:

- отрицательным или безразличным отношением к школе;
- плохим самочувствием, настроением, подавленностью, нарушениями дисциплины;
- фрагментарным усвоением материала;
- затруднениями при самостоятельной работе с учебником;
- отсутствием заинтересованности при выполнении самостоятельных видов работ;
- необходимостью постоянного контроля при приготовлении домашних заданий, нерегулярностью подготовки к урокам;
- низкой работоспособностью;
- ослаблением внимания;
- потребностью в длительных паузах для отдыха;
- плохим усвоением нового материала;
- неохотным выполнением общественных поручений;
- почти полным отсутствием близких друзей.

Низкая адаптация может наблюдаться и при недостаточной физической готовности к школе, наличии различных заболеваний. Дети с таки уровнем адаптации нуждаются в наблюдении и помощи не только педагогов и детских психологов, но и медицинских работников.

Облегчению периода адаптации к школе в значительной мере способствуют:

- хорошие, доверительные взаимоотношения в семье;
- отсутствие конфликтов;
- наличие благоприятного социального статуса ребенка в группе сверстников;
- достаточная мотивированность к обучению;
- хороший контакт с медицинской сестрой, работающей с данным ребенком (это может быть участковая медицинская сестра, семейная медицинская сестра, школьная медицинская сестра).

Т 2.6.6 Принципы создания безопасной окружающей среды для детей младшего школьного возраста.

Увеличению риска развития критических ситуаций способствуют:

- относительная свобода (дети обладают большей самостоятельностью);
- изменение привычного ритма жизни;
- изменение режима дня;
- новые условия, в которые попадают дети;
- притупление чувства опасности.

Потенциальную опасность в школе представляют:

- мокрые, скользкие полы, наличие дефектов в напольных покрытий
- открытые незащищенные окна;
- стеклянные двери;
- лестничные пролеты, перила;
- занятия физической культурой (неисправный спортивный инвентарь, плохо подготовленные в физическом отношении дети);
- проведение лабораторных работ (нарушения правил и техники безопасности).

Меры по обеспечению безопасности в школе:

- следить за целостностью напольного покрытия;
- не допускать растекания воды на полу;
- не оставлять открытыми незащищенные решетками окна;
- не допускать использования застекленных дверей или заменит стекла прочным пластиком;
- не допускать использование детьми перил не по назначению, объяснить им опасность катания на перилах;
- следить за исправностью спортивного инвентаря, объяснить недопустимость использования спортивного инвентаря не по назначению;
- обеспечить адекватную возрасту и состоянию здоровья физическую нагрузку;
- объяснить правила техники безопасности при проведении лабораторных работ и строго следить за их выполнением.

Потенциальную опасность на улице представляют:

- невнимательность детей при переходе улицы;
- игнорирование правил дорожного движения при езде на велосипеде;
- катание на роликах, скейтбордах, самокатах, санках в неположенных местах и без средств защиты;
- пользование общественным транспортом;
- случаи насилия (физического, сексуального и психологического).

Меры по обеспечению безопасности на улице:

- строго следовать правилам дорожного движения по пути следования в школу и из школы, во время прогулок и при катании на велосипеде;
- при катании на роликах, скейтбордах, самокатах использовать

защитные шлемы, налокотники, наколенники;

- соблюдать правила пользования общественным транспортом (недопустимо ездить на выступающих частях, подножках трамваев, троллейбусов, автобусов);
- при езде в легковых автомобилях использовать специальные детские кресла с учетом массы тела и возраста, пользоваться ремнями безопасности, не разрешать детям до 12 лет ездить на переднем сидении без специального детского кресла;
- не вступать в какой-либо контакт с незнакомыми людьми;
- избегать большого скопления людей;
- не проявлять излишнего любопытства при различных авариях.

Опасности, подстерегающие ребенка дома:

- открытые окна;
- лекарственные средства, хранящиеся в доступном для ребенка месте;
- различные инструменты;
- средства бытовой химии;
- газовые и электрические плиты;
- электропроводка.

Меры по обеспечению безопасности дома:

- научить ребенка правильно пользоваться инструментами;
- научить ребенка быть внимательным при пользовании газовыми и электроплитами, при необходимости самостоятельно разогреть пищу — лучше пользоваться СВЧ-печью;
- не применять лекарственные препараты без назначения их врачом;
- объяснить, чем опасны средства бытовой химии.

Таким образом, основной задачей окружения ребенка является сознание и обеспечение безопасных условий жизнедеятельности, обучение основным правилам безопасного поведения.

ВАЖНО ЗАПОМНИТЬ! ***Создание и поддержание безопасной окружающей среды — задача не только педагогов и родителей, но и медицинских сестер, врачей, всех взрослых, окружающих ребенка***

В младшем школьном возрасте в рамках *профилактической иммунизации* проводят вторую ревакцинацию против дифтерии и столбняка, а также первую ревакцинацию против туберкулеза.

Т 2.6.7 Значение физического воспитания для здоровья ребенка.

При организации режима дня необходимо предусмотреть время физических упражнений. ***Физические упражнения*** используются как дома в виде различных комплексов утренней гимнастики, так и во время проведения уроков физкультуры в школе.

В начальной школе в качестве физических упражнений широко применяются:

- различные виды построений;

- гимнастические упражнения, способствующие общему развитию, выработке правильной осанки;
- бег, лазание, прыжки, подвижные игры. .

К концу младшего школьного возраста физические упражнения становятся более разнообразными и включают:

- гимнастические упражнения, направленные на развитие чувства равновесия;
- различного рода висы, упоры, метания, кувырки, отдельные элементы акробатики;
- разнообразные виды легкой атлетики: прыжки в длину и высоту, бег на различные дистанции, метания.

В теплое время года физкультурные занятия лучше проводить на открытом воздухе, а зимой - широко использовать лыжи, катание на коньки. Полезны также занятия плаванием.

Теоретическое занятие № 10.
«Период старшего школьного возраста. Основные проблемы подросткового периода»

Т 2.6.8 Характеристика подросткового возраста.

Старший школьный возраст (подростковый) (с 12 до 17-18 лет) называют отрочеством – это период дальнейшего совершенствования физиологических функций органов и систем.

Он характеризуется резким изменением функций эндокринных желез. Это период бурного полового созревания у девочек и его начало у юношей. Происходит препубертатный ростовой скачок со свойственной ему некоторой дисгармоничностью, возникновением и развитием черт, характерных для пола. Это самый трудный период психологического развития, формирования воли, сознательности, нравственности, пересмотр всей системы жизненных ценностей, отношения к себе, к родителям, сверстникам и обществу в целом. Здесь и крайние суждения, и крайние поступки, стремление к самоутверждению и конфликтам.

Таким образом, этот период в процессе созревания организма является переломным. Он характеризуется ***резкими эндокринными сдвигами, изменением функционального состояния органов и систем, связанным с половым созреванием.***

Т 2.6.9 Анатомо-физиологические особенности органов и систем в этом периоде.

В старшем школьном возрасте происходит **завершение полового созревания.**

К 17-18 годам в основном завершаются **рост и окостенение длинных трубчатых костей**. В 15-16 лет начинается окостенение верхних и нижних поверхностей тел позвоночников, грудины и срастание ее с ребрами. К 17-18

годам заканчивается сращение тазовых костей, но полное их окостенение происходит к 20-25 годам.

Дальнейшее развитие мышечной системы происходит за счет увеличения диаметра мышечного волокна. К 17-18 годам формируется высокодифференцированное мышечное волокно с небольшим количеством узких, вытянутых ядер. Происходит нарастание массы мышечной ткани, совершенствуется система энергообеспечения мышечной деятельности. Увеличивается мышечная сила. Значительный прирост мышечной силы отмечается у мальчиков в 15-16 лет. С возрастом разница между мышечной силой мальчиков и девочек увеличивается. Приобретается способность к выполнению длительной интенсивной нагрузки.

Сердечная мышца продолжает интенсивно расти. Происходит дальнейшее увеличение диаметра ее волокон. Это приводит к утолщению миокарда и некоторой гипертрофии левого желудочка, характерной для юношеского возраста. В этом возрасте нередко наблюдаются функциональные нарушения сердечной деятельности, сопровождаемых неорганическими шумами, повышением артериального давления, изменением ритма. Эти нарушения, как правило, носят временный характер, но они требуют рациональной организации режима труда и спорта.

К 18 годам формирование **сердечно-сосудистой системы** в основном заканчивается. Нервная регуляция ее деятельности становится совершенной, в связи с чем сердечно-сосудистая система становится выносливой к нагрузкам.

К 15-16 годам значительно **увеличивается жизненная емкость легких**, особенно у мальчиков. В этом возрасте в связи с тренировкой повышение легочной вентиляции при физической нагрузке происходит не только за счет учащения дыхания, но и за счет его углубления.

Продолжается перестройка эндокринной системы, и только к 17-18 годам соотношение активности желез внутренней секреции становится таким, как у взрослого человека.

Т 2.6.10 Физическое, половое, нервно-психическое и социальное развитие.

Развитие пола.

Наиболее характерным признаком подросткового периода является половое созревание, оценка развития которого является второй частью общей оценки развития подростка.

- На этот период приходится вторая фаза полового созревания девочек, которая начинается с менархе и характеризуется завершением развития вторичных половых признаков, замедлением роста, установлением овуляторных циклов.
- Во второй фазе полового созревания за счет увеличения секреции гонадотропинов и закрепления цикличного их выделения резко увеличивается секреция эстрогенов, после 14 лет приобретающая определенную цикличность, характерную для здоровой менструирующей женщины.

Обычно правильные циклы устанавливаются в течение 0,5—1,5 лет, продолжительность их индивидуальна и составляет в среднем 28—30 дней. ***Установление овуляторного цикла завершает формирование соматического и полового развития зрелого женского организма***, когда девушка анатомически и функционально готова к продолжению рода.

В этом периоде **продолжается появление вторичных половых признаков у девочек**, проходящее в такой последовательности:

• 12—13 лет — развитие железистой ткани молочных желез прилегающих к околососковому кружку участков, пигментация сосков, появление менархе;

• 13—14 лет — рост волос в подмышечных впадинах, нерегулярные менструации;

• 14—15 лет — изменение формы таза, ягодиц и бедер;

• 15—16 лет — появление угрей, регулярные менструации;

• 16—17 лет — остановка роста скелета.

Помимо соматических изменений, есть и другие ***признаки полового созревания девочек,*** в частности изменения ***со стороны внутренних половых органов***, развитие которых несколько опережает внешние признаки. Так, увеличиваются в размерах яичники, в них появляются зрелые фолликулы, выделяющие половые гормоны; растет матка, при этом изменяется соотношение между шейкой и телом матки, увеличивается влагалище, в нем появляется складчатость, утолщается слизистая оболочка.

На сроки полового созревания оказывают влияние разнообразные факторы:

• семейные наследственные особенности;

• общая задержка роста и развития;

• характер питания;

• длительно текущие хронические заболевания;

• частые общие заболевания;

• патология эндокринной системы;

• церебральная патология.

У мальчиков с ростом яичек начинается секреция тестостерона и его активного метаболита дигидротестостерона с характерным ночным увеличением продукции гонадотропинов.

Последовательность признаков полового созревания у мальчиков этого возраста тоже достаточно определенная:

• 12—13 лет — значительный рост яичек и полового члена, начало оволосения лобка (по женскому типу);

• 13—14 лет — быстрый рост яичек и полового члена, узлообразное уплотнение околососковой области, начало мутации голоса;

• 14—15 лет — рост волос в подмышечной впадине, появление волос на лице, дальнейшее изменение голоса, пигментация мошонки, первая эякуляция;

• 15—16 лет — созревание сперматозоидов;

• 16—17 лет — оволосение лобка по мужскому типу (в виде ромба), рост волос на лице, конечностях, груди;

• 17—21 год — остановка роста скелета.

К 16 годам у большинства мальчиков рост половых органов прекращается.

Важным признаком физиологического полового созревания мальчиков являются регулярные поллюции.

Поллюция — самопроизвольно возникающее семяизвержение, не связанное с половым актом, происходящее в большинстве случаев во время ночного сна, появляющиеся в возрасте 12,5 - 16 лет. Кроме того, признаками полового созревания являются изменение формы гортани, мутация голоса, ускорение линейного роста (повторное повышение скорости роста), увеличение длины конечностей, кистей, стоп, нарастание мышечной массы, развитие верхнего плечевого пояса, уменьшение жировой ткани.

Характеризуя высшую нервную деятельность подростков, следует отметить, что в начале этого периода сохраняются преобладание процессов общего возбуждения и ослабление всех видов внутреннего торможения. У некоторых подростков наблюдаются психическая неуравновешенность, явления негативизма и аффективных состояний.

Рациональный режим дня, занятие спортом, бережное, ровное отношение со стороны взрослых создают условия для того, чтобы переходный период прошел без функциональных расстройств.

Нервная система – в начале периода характеризуется неустойчивостью и лабильностью вегетативных реакций, что определяет некоторые возрастные особенности функционирования отдельных органов и систем, их ранимость и чувствительность к различным неблагоприятным воздействиям.

К концу старшего школьного возраста устанавливаются гармоничные отношения коры головного мозга и подкорковых отделов, отмечаются высокая степень функционального совершенства нервной системы, большая подвижность нервных процессов. Функциональная зрелость структур мозга обеспечивает системный характер жизнедеятельности организма.

Подростки по сравнению с детьми более целеустремленны, настойчивы, однако в проявлении этих качеств часто бывают односторонними.

Для подросткового возраста характерно попеременное проявление **полярных качеств психики:**

- целеустремленность и настойчивость сочетаются с импульсивностью и неустойчивостью,
- повышенная самоуверенность и безапелляционность в суждениях сменяются легкой ранимостью и неуверенностью в себе,
- потребность в общении - желанием уединиться,
- развязность соседствует с застенчивостью;
- романтизм, мечтательность, возвышенность чувств нередко уживаются с сухим рационализмом и циничностью, отчужденностью, враждебностью и даже жестокостью.
- Для этого возраста характерны рискованные, в том числе для здоровья, формы поведения, приводящие к травматизму, алкоголизации, раннему употреблению табака, психоактивных веществ, сексуальной активности.

Становление характера, переход от опекаемого взрослыми детства к самостоятельности обнажают и заостряют слабые стороны личности подростка, делают ее особенно уязвимой и чувствительной к неблагоприятным влияниям среды.

Т 2.6.11 Универсальные потребности ребенка, способы их удовлетворения.

Основные потребности подростков:

1.Самоутверждение среди сверстников.
2.Самореализация в общении.
3.Развитие независимости и самостоятельности.
4.Стремление к смене впечатлений и поиск острых ощущений.
5.Самопознание, саморазвитие и самосовершенствование.
6.Достижение личного благополучия и обретение материальных благ.

Т 2.6.12 Возможные проблемы.

В этот период мальчики и девочки чрезвычайно внимательно относятся к внешним и внутренним изменениям.

Возникают проблемы:

1. Дефицит мужского внимания;
2. Половая дезориентация;
3. Вопросы полового просвещения;
4. Сексуальное просвещение, идущее от СМИ;
5. Асоциально-половая адаптация (например, ранняя проституция).
6. Сложности в дружеских отношениях и любви.
7. Отношения с родителями и другими взрослыми ("не разрешают, не отпускают, не понимают, не дают, заставляют" и т. п.).
8. Проблемы самооценки и развития характера (недовольство собой, своим внешним видом и поведением).
9. Ощущение перегрузки, усталость (неумение контролировать желания и организовывать свое время, неумение учиться; физические недомогания, связанные с перестройкой организма).
10. Проблемы с учебой (снижение успеваемости, нежелание учиться).
11. Выбор жизненного пути (где продолжать учебу, выбор профессии).
12. Проведение досуга.

Т 2.6.13 Значение физического воспитания для здоровья ребенка подросткового возраста.

Регулярная физическая активность в детском и подростковом возрасте повышает силу и выносливость, способствует формированию здоровых костей и мышц, помогает контролировать вес, снижает тревожность и стресс, улучшает кровяное давление и повысить свою самооценку за счет своего внешнего вида и физической формы.

Т 2.6.14 Факторы риска и безопасности.

Подростковый возраст и рискованное поведение – это почти синонимы. В этом возрасте становятся актуальными потребности в признании, общении, самоутверждении, новых ощущениях. Подросток живет ими, они составляют смысл его жизни и заставляют действовать. Нередко самым простым и быстрым способом удовлетворения этих потребностей подростку представляется употребление алкоголя. И действительно, некоторым это дает возможность на какое-то время почувствовать уверенность в себе, легкость в общении, отвлечься от своих проблем.

Возрастная планка потребления одурманивающих веществ сегодня находится на уровне 10-11 лет.

Причины табакокурения и алкоголизации.

Традиционно специалисты выделяют 3 фактора риска, которые могут повышать вероятность раннего приобщения ребенка к алкоголю и табакокурению.

Первая группа - биологические факторы.

До сих пор учеными не установлено, существует ли генетическая предрасположенность к использованию алкоголя. В настоящее время известно, что существует генетически обусловленное нарушение, при котором в организме человека вырабатываются недостаточное количество эндорфинов- веществ, отвечающих за возникновение у человека положительных ощущений. Люди с этими нарушениями подсознательно ищут способ компенсировать недостатки эндорфинов, часто путем употребления алкоголя, никотина, наркотиков. В этом случае даже единственная доза чрезвычайно опасна, поскольку зависимость от химического стимулятора возникает очень быстро.

К биологическим факторам раннего приобщения к алкоголю относятся различные нарушения пренатального (внутриутробного) характера, и раннего постнатального (послеродового развития) ребенка. Иначе говоря, токсикозы, инфекционные заболевания, перенесенные матерью во время беременности, трудные роды, ставшие причиной травмы новорожденного - весе это может сыграть негативную роль в дальнейшем.

Все это накладывает отпечаток на развитие организма ребенка, становясь причиной развития разных функциональных нарушений, приводящих к физиологическому дискомфорту. Став взрослым, человек может прибегнуть к химическим стимуляторам.

Особое значение имеют нарушения нервной системы ребенка. Мало кто из родителей обращается к невропатологу из - за того, что их ребенок плаксив, плохо засыпает, у него плохой аппетит, он легко отвлекается и т. д. Между тем такие дети нуждаются в помощи специалиста, своевременном лечении. Велик риск приобщения их к психостимуляторам.

Вторая группа – это некоторые психологические факторы.

Помимо биологических факторов свою негативную роль могут сыграть и некоторые характерологические особенности ребенка.

Так особого внимания требуют дети с неустойчивым типом акцентуации характера. Для них характерна невозможность длительное время сосредоточиться на выполнении задания, быстрая утомляемость, резкая переключаемость. Начиная дело, они не доводят его до конца. У них отмечаются резкие перепады настроения, ярко

выраженная жажда приключений, поиск новых ощущений, поэтому они рано идут на «эксперименты» с алкоголем и, рано приобщаются к табаку.

Внимания требуют дети с истероидным типом акцентуации. Они отличаются сильнейшим стремлением постоянно быть в центре внимания. Им неважно, хвалят их или осуждают, главное, чтобы они являлись темой для разговора. Ради популярности они могут совершать те поступки, которые в душе не одобряют. Они могут курить и употреблять алкоголь для того, чтобы завоевать авторитет и подчеркнуть свою значимость, взрослость.

Третья группа факторов - некорректное семейное воспитание. Раннее знакомство с алкоголем и табаком могут спровоцировать и особенности семейного воспитания. Большое значение имеет характер атмосферы, складывающейся в доме, наличие или отсутствие эмоциональной близости доверия между взрослыми и детьми.

Особенно опасно воспитание по типу гипоопеки (недостатка внимания и заботы. При этом дети обычно не контролируются взрослыми. Оказываются предоставленными самим себе.

Опасен и прямо противоположный тип воспитания – гиперопека. В этом случае ребенка с раннего детства опекают, контролируют каждый его шаг, не давая возможности проявить самостоятельности. В результате такой ребенок легко попадает под любое внешнее влияние.

Семья вполне способна сформировать у ребенка устойчивость к любым негативным внешним влияниям. Семья может противопоставить свои способы решения проблем другими путями, нежели употребление психостимулирующих веществ. Это и совместный досуг, и хобби, здоровый образ жизни, поездки и походы в музеи, и театры, совместное чтение, личный пример родителей и многое другое.

Т 2.6.15 Психологические проблемы перехода от детской к взрослой жизни.

1. Потребность во взрослом общении. (дети подражают взрослым, они становятся их образцами. В общении со взрослыми подростки овладевют многими полезными навыками и умениями)
2. Превращение общения подростков в самостоятельный вид деятельности. Подросткам необходимо общение, даже по пустякам. В каждом общении одно требование: взаимная откровенность, сопереживание и умение хранить тайну.
3. Потребность самоутвердиться, занять достойное место в коллективе. Для подростков наиболее значимо мнение сверстников, коллектива класса. Подростки болезненно реагируют на каждое замечание, которое вредит их престижу в глазах товарищей.

Процесс самоутверждения идет различными путями, но главный из них – играние ролей.

Т 2.6.16 Помощь подростку и его родителям в ситуациях повышенного риска (депрессивные состояния, суицидальные попытки, повышенная сексуальная активность, пристрастие к вредным привычкам, беременность).

Правила поведения в ранней ситуации, чтобы избежать конфликтов в общении с подростком:

1. **Дайте свободу.** Спокойно свыкнитесь с мыслью, что ваш ребенок уже вырос, и далее удерживать его возле себя не удастся, а непослушание – это стремление выйти из-под вашей опеки.

2. **Никаких нотаций.** Больше всего подростка бесят нудные родительские нравоучения. Измените стиль общения, перейдите на спокойный, вежливый тон и откажитесь от категорических оценок и суждений. Поймите: ребенок имеет право на собственный взгляд и собственные выводы.

3. **Идите на компромисс.** Еще ничего никому не удалось доказать с помощью скандала: здесь не бывает победителей. Когда и родители, и подростки охвачены бурными негативными эмоциями, способность понимать друг друга исчезает.

4. **Уступает тот, кто умнее.** Костер ссоры быстро погаснет, если в него не подбрасывать дров, чтобы скандал прекратился, кто-то должен первым замолчать. Взрослому это сделать легче, чем подростку с его неустойчивой психикой. Запомните: лавры победителя в отношениях с собственными детьми не украшают.

5. **Не надо обижать.** Прекращая ссору, не стремитесь сделать ребенку больно с помощью язвительных замечаний или хлопанья дверьми. Умению достойно выходить из трудных ситуаций ребенок учится у нас.

6. **Будьте тверды и последовательны.** Дети – тонкие психологи. Они прекрасно чувствуют слабость старших. Поэтому, несмотря на вашу готовность к компромиссу, сын или дочь должны знать, что родительский авторитет незыблем. Если же взрослые демонстрируют подростку собственную несдержанность, истеричность, непоследовательность, трудно ждать от них хорошего поведения.

Советы родителям:

Используйте в жизни своей семьи следующие правила!

1. Если ребенок сообщил Вам о своих неприятностях, не стоит хвататься за сердце, кричать, плакать и обвинять его. Иначе в следующий раз Ваш ребенок, как следует подумает, прежде чем сказать правду. Ведь ему не нужны лишние проблемы, и он не хочет стать причиной Ваших страданий.

2. Принимайте ребенка таким, какой он есть, ведь он нуждается не в критике, а прежде всего в понимании и сочувствии.

3. Выслушивайте ребенка. Если человек умеет слушать, то видно, что ему интересно, он старается понять, что ему говорят, он старается узнать о чувствах, о взглядах своего ребенка, не вступая с ним в спор.

4. Умейте поставить себя на место своего ребенка. Подростку часто кажется, что с теми проблемами, с которыми ему пришлось столкнуться, никто раньше не сталкивался, поэтому относитесь к его проблемам серьезно.

5. Не предъявляйте ребенку завышенных требований. Идеальных детей не бывает. Иначе он будет рассказывать только то, что хотят услышать родители.

6. Старайтесь не унывать, сталкиваясь с проблемой. Глядя на то, как Вы решаете свои проблемы, ваш ребенок будет учиться не паниковать в трудной ситуации.

7. Развивайте здоровое чувство юмора в себе и в своем ребенке. Часто именно юмор спасает нас от стресса.

8. Учитесь радоваться своим и чужим победам и учите этому своего ребенка.

9. Старайтесь говорить правду своим детям. Если ребенок часто уличает Вас во лжи, с какой стати он сам станет говорить Вам правду?

Т 2.6.17 Консультирование подростков по вопросам профилактики курения, злоупотребления алкоголем, токсикомании и наркомании.

Вредные привычки являются одной из самых больших проблем современного общества. Курение и злоупотребление алкоголем являются самыми опасными вредными привычками и приносят огромнейший вред не только лицам, страдающим этими привычками-заболеваниями, но и окружающих их людям и всему обществу в целом.

Курение одна из самых распространенных вредных привычек. Специалисты все чаще относят эту привычку к наркомании. Курильщики вдыхают в легкие продукты горения и насыщают организм целым набором ядовитых веществ. Кроме этого все эти гадости вдыхают окружающие курильщика люди и очень часто это еще и дети.

Алкоголизм давно уже вышел из понятия вредная привычка, алкоголизм – это болезнь. При алкоголизме нарушается работа не только организма человека, но и происходят психологические процессы, ведущие к необратимой деградации личности. Лечение алкоголизма требует участия врачей различных специализаций, в том числе и психологов.

Наркомания Самым ужасным проявлением наркомании является детская и подростковая наркомания. У детей и подростков зависимость от наркотических веществ возникает намного быстрее, чем у взрослых, а разрушительное действие выражается намного сильнее. У подростков, которые употребляют наркотики, возникает слабоумие, а риск психических заболеваний возрастает в несколько раз. При этом моральная деградация и разрушение личности происходит намного быстрее. Воздействие наркотических препаратов значительно замедляют физическое развитие организма подростка. Наркоманы-подростки явно отстают от своих сверстников по росту и весу.

Профилактика вредных привычек.

Отказ от вредных привычек является одной из важнейших составляющих здорового образа жизни. Самыми распространенными из вредных привычек среди подростков являются:

- табакокурение;
- алкоголизм;
- наркомания;
- токсикомания.

Основным звеном любой привычки является пристрастие подростка к тем или иным химическим веществам.

Если курение и алкоголизм в России были всегда широко распространены, то наркомания и токсикомания приняли характер «эпидемии» в последние годы.

Масштабы этой страшной беды сейчас так велики, что только совместные усилия государства и общества могут добиться успехов в борьбе с ней.

В последние годы к негативным явлениям прибавилась **игромания.** Подростки, имеющие вредные привычки, пополняют растущую армию самоубийц, поскольку, находясь в состоянии «кайфа», испытывают галлюцинации и не осознают реальную действительность.

Бороться со своими вредными привычками нелегко, ведь борьба с самим собой – дело сложное. Если вы осознали, что табак, алкоголь или наркотики вредят вашей жизни и жизни окружающих людей, то приложите все усилия чтобы справиться с этой пагубной зависимостью. Читайте литературу, смотрите передачи, обращайтесь к специалистам, и вы обязательно найдете метод и справитесь с этой задачей.

Курение и употребление алкоголя – это зло для каждого отдельного человека и для всего общества. Отказываясь от вредных привычек, вы делаете выбор в пользу здоровья, счастья и долголетия!

Практическое занятие № 9.
«Период младшего и старшего школьного возраста. Оценка физического, нервно-психического и полового развития детей. Питание. Режим. ЗОЖ.»

Проведение антропометрических измерений.

Оценка физического, нервно-психического и полового развития детей младшего и старшего школьного возраста.

Сравнительная характеристика периодов младшего школьного и подросткового возраста

Период младшего школьного возраста от 6 до 12 лет	**Период подросткового возраста от 12 до 16 лет**
Половое развитие	
Начинается половой диморфизм физического развития (различия между мальчиками и девочками)	• Ведущим является процесс полового созревания (начинается с формирования вторичных половых признаков и заканчивается половой зрелостью). *Сроки полового созревания*: - у *девочек* в возрасте с 8-10 лет до 12-16 лет - у *мальчиков* позже с 10-12 лет до 13-18 лет. *Последовательность развития вторичных половых признаков:* - *у девочек:* увеличения молочных желез (Ma), оволосение лобка (P), подмышечных впадин (Ax) и появление с 12 лет менструации (menses, полное установление менструаций происходит в течение 6-12 месяцев). *- у мальчиков*: увеличение яичек (tes), появление оволосения на лобке(P), в подмышечных впадинах (Ax), на лице(Fe), пигментация сосков(C), мутация голоса(V), поллюции(П) (эротические сноведения с семяизвержением, первые полюции наступают в 14-15 лет, сначала они наблюдаются 1 раз в 2-3 недели, затем реже). - Если происходит нарушение хроноло гии появления вторичных половых признаков, то это уже патология, которая наблюдается в

	10-12% случаев. *Особенности женского фенотипа* (совокупность признаков): узкие плечи, широкий таз, оволосение на лобке в форме треугольника. *Особенности фенотипа мужчин*: широкие плечи, узкий таз; рост волос на лобке в форме ромба, на лице в виде сплошной линии: бакенбарды, борода, усы, залысины на голове; рост волос на груди, • Необходимо воспитывать в ребенке чувство пола (психосексуальной ориентацией с 1-х недель, месяцев жизни)
Физическое развитие	
• Замена молочных зубов на постоянные • Продолжается развитие придаточных полостей носа, лобная полость формируется к 7 годам. • Усиленно развивается мышечная система (развиваются быстрота, сила, выносливость, движения мелких мышц, благодаря чему возможно письмо) • Заканчивается развитие скелета (но он еще очень податлив)	• В 13-15 лет быстро (скачкообразно) увеличиваются размеры тела (период второго ростового скачка пубертатного мальчики вырастают на 20 см; девочек на 1-1,5 года раньше - на 8 см) значительно возрастает жизненная емкость легких, минутный объем кровообращения, мышечная сила и работоспособность. • Завершается физическое развитие. • Перестраивается работа эндокринной системы, усиливается деятельность половых желёз.
Психическое развитие	
• Развитие двигательных центров ЦНС, закрепление имеющихся навыков, необходимых для обучения в школе	• Завершается психическое развитие
Основные заболевания	
• Ожирение, аллергические заболевания, нарушение осанки, близорукость, травматизм	• Функциональные расстройства различных систем организма, усиление ф-и сальных желез (угри на коже), отклонения в обмене веществ (зоб, ожирение и др.), дефекты развития полового аппарата, обострения ранее перенесенных хронических заболеваний.
Социальное развитие	
• Начинается процесс самооценки, очень важны друзья в окружении ребенка этого возраста, в этом возрасте ребенок легко поддается влиянию старших (как хорошему, так и плохому)	• Появляется чувство самоутверждения, негативизм к замечаниям взрослых, из-за этого частые суицидальные попытки, алкоголизм, наркомания, венерические заболевания, поэтому отношение к мнениям детей в семье должно быть уважительным. • Большое значение в данном возрастном периоде имеет *половое воспитание* - преподнесение определенных сведений о поле, сексе с помощью литературы, фильмов, индивидуальных бесед. Дети должны получать сведения о половых различиях к 2,5 – 3 годам, а сведения о деторождении должны быть в 5-7л. С 10-12 лет до 16-20 лет формируется сексуальная ориентация, у девочек проявляется эротическая настроенность, у мальчиков –

	гиперсексуальность. Подросткам, школьникам необходимо говорить о половом воздержании, о последствиях беспорядочной половой жизни, ведущей к венерическим заболеваниям, бесплодию.

Составление примерного меню детям младшего и старшего школьного возраста.

Составление рекомендаций по адекватному и рациональному питанию, правильному режиму дня.

Организация режима дня и питания

При планировании работы с детьми младшего школьного возраста, особенно в период их адаптации к школе, необходимо учитывать:

- допустимые уровни учебной нагрузки;
- режим в учебной работе;
- чередование физической, умственной нагрузки и полноценного отдыха;
- соблюдение режима двигательной активности.

При этом важно соблюдать правила ***гигиены умственного труда***, умело планировать оптимальный для данного ребенка ***режим дня***, режим и структуру питания.

Для детей, даже в большей степени, чем для взрослых, характерна периодичность умственной и физической работоспособности.

В суточном ритме работоспособности школьника можно выделить *наиболее благоприятное для занятий время — с 8 до 11 часов утра*. В преиобеденное и послеобеденное время работоспособность существенно понижается, и восстанавливается, достигая максимума к 16-18 часам, после чего вновь значительно уменьшается.

При этом в начале возрастного периода эпизоды эффективного учебного труда короче, а пониженной работоспособности — длительнее. С возрастом умственная и физическая работоспособность школьников повышается.

Так, если время учебных занятий в первом классе составляет 20 часов в неделю (4 учебных часа в день), то к концу младшего школьного возраста общее учебное время увеличивается до 33 часов в неделю.

Но в любом возрасте при формировании режима дня необходимо предусмотреть перерыв между занятиями в школе и домашней самоподготовкой. Для восстановления работоспособности вполне достаточен перерыв в 2,5-3 часа, из которых 1-1,5 часа необходимо отвести активному отдыху на свежем воздухе.

В целом длительность пребывания на свежем воздухе в начале младшем школьного возраста сокращается по сравнению с дошкольным периодом до 4 часов, в середине (10 лет) - до 3,5 часа, к концу периода - до 3 часов.

Во время прогулок необходимо поощрять детей к занятиям физическими упражнениями, подвижными играми. Недостаточная двигательная активность детей может являться одной из причин их переутомления.

При формировании режима дня младшего школьника необходимо начинать его правильно регламентировать время выполнения домашних заданий. Следует объяснить ему, что нужно:

- чередовать виды занятий по разным предметам;
- после 30-40 минут работы делать непродолжительные перерывы (10—15 минут);
- во время перерывов выполнять несложные физические упражнения, гимнастику для глаз.

Существенное значение для сохранения здоровья ребенка младшего школьного возраста, как и для более старших возрастных групп, имеет ***правильная и рациональная организация рабочего места***. В связи с этим необходимо:

- правильно расположить стол для занятий (свет должен падать слева, при недостаточной освещенности использовать местное освещение рабочего места);
- подобрать высоту стола, соответствующую росту ребенка;
- в соответствии с ростом ребенка подобрать стул.

Существенное значение для восстановления работоспособности **де**тей младшего школьного возраста имеет ***правильная организация выходных дней.*** Наиболее оптимальной представляется пятидневная учебная неделя с двумя выходными днями.

Выходные дни целесообразно посвятить как можно большему пребыванию на свежем воздухе, занятию спортом, участию в турпоходах, экскурсиях, занятиям в кружках.

Важным элементом режима дня является ***сон,*** который необходим **для** восстановления сил и работоспособности. В начале младшего школьного| возраста продолжительность сна должна составлять не менее 10-10,5 часов, допустим переход на одноразовый сон — только в ночное время.

К концу периода младшего школьного возраста продолжительность ночного сна должна составлять 9-10 часов.

Перед ночным сном необходимо проветрить спальную комнату, ребенок должен умыться, вымыть ноги, почистить зубы, можно принять успокаивающий душ. Длина кровати ребенка младшего школьного возраст должна быть на 15-20 см больше его роста, матрас на ней должен бы и. плотным.

К проблемам адаптации к школе примыкает и ***организация питания***, как в домашних условиях, так и вне дома. К таким проблемам можно отнести:

- изменение *режима* питания (особенно у детей, занимающихся в первую смену);
- *дефицит* обеспечения основными пищевыми продуктами.

Основные ***принципы правильной организации питания*** можно свести к следующему:

- суточный объем получаемой пищи может достигать 2 литров;

- количество белков должно быть достаточным (до 80 г, из которых около 50 г — белки животного происхождения);
- количество получаемых жиров — 80 г;
- количество получаемых углеводов — 320—350 г;
- целесообразно включать в состав пищевого рациона нежирные сорта мяса, рыбы, мясо птицы, молоко и молочные продукты, сыр;
- в рационе обязательно должны присутствовать овощи и фрукты;
- не рекомендуется включение в состав рациона жирных, острых блюд;
- целесообразно ограничение потребления кондитерских изделий, сладостей, газированных напитков, недопустимо употребление алкоголя.

Распределение калорийности питания в течение суток во многом зависит от режима жизни и обучения, физической и двигательной активности, состояния здоровья:

- дети, занимающиеся в первую смену, должны завтракать дома (примерно в 7 ч 30 мин), получая до 25% общей суточной калорийности пищи;
- в школе организуются вторые завтраки (до 20% общей суточной калорийности пищи);
- обедать дети могут или дома, или в школьной столовой, если они остаются в школе (группа продленного дня, занятия в школьных кружках, дополнительные занятия). Во время обеда дети получают 35—40% дневной потребности в энергии, поступающей с пищей;
- ужин, как правило, проходит дома, его калорийность составляет 15—20% суточной потребности в энергии.

Помимо потребности в энергии и основных питательных веществах, манизм ребенка нуждается и в достаточном количестве *витаминов и минеральных веществ.*

При составлении рациона питания необходимо учитывать и режим питания в зависимости от учебной смены (табл. 2.40), а также распределение энергетической ценности суточного рациона при разных режимах питания.

В этом возрастном периоде наиболее целесообразным является четырехразовое питание, однако не исключается и пятиразовое, особенно ослабленных детей. Пятиразовое питание желательно организовать и во время каникул, когда энергозатраты ребенка возрастают

Обучение родителей ребенка и его окружение принципам создания безопасной окружающей среды.

«Подростковый возраст. Советы родителям»

В подростковом возрасте ребёнок может периодически оказываться в нестабильном эмоциональном состоянии и может начинать причинять себе вред. Подобное поведение требует от родителя максимального включения и эмпатии.

Подростковый возраст – сложный период новых эмоциональных и поведенческих реакций, нетипичного, «иного» проявления личности подростка.

Этот период знаковый и для родителей, так как происходит серьёзная трансформация отношений. Порой просто невозможно выстраивать диалог с ребёнком также как раньше. Именно в этот период, в следствие гормональных изменений и появления чувства «взрослости», подросток реагирует на вмешательство в его жизнь взрослых как на оголённый электрический провод. Любое «не то слово» или «не те поступки» превращают родительско-детский альянс в плацдарм для боевых действий.

Советы родителям:

1. Сделайте паузу, вдохните-выдохните. Вам необходимо успокоиться и подумать, прежде чем принимать какие-либо решения и начинать действовать. Ваше настроение необходимо взять под контроль, ведь в такой ситуации гамма переживаний едва ли приятная (грусть, злость, страх, вина).

Иногда первая реакция родителя – задавать ребёнку вопросы, однако это может быть расценено как нападение и ребёнок станет ещё более закрытым и замкнутым. Безусловно, следует обратиться к профессионалу, школьному или частному психологу, однако некоторые вещи Вы можете сделать и самостоятельно.

2. Еще раз дайте подростку понять, что Вы его любите (вне зависимости от конкретных фактов его поведения). Следует помнить, что дети причиняют себе вред, потому что испытывают множество трудных эмоций. Вне зависимости от того, хотят ли они таким образом наказать себя, успокоить, или же просто заставить что-то почувствовать, их реальность очень тревожная и нестабильная. В этом постоянном вихре эмоций им нужно убежище, где они могут чувствовать себя в безопасности.

Именно это должен обеспечить ребенку родитель. Не важно, можете ли Вы разрешить проблему подростка немедленно – важно, чтобы тот знал, что любим, и принимаем родителем, и что тот не стыдится, даже если ребенок ведет себя так, покрывая свое тело порезами и ожогами.

Благодаря этому возникает эмоциональную стабильность, которой так не хватает подростку.

3. Попытайтесь понять, какая причина стоит за причинением себе повреждений, потому что порезы и ожоги – всего лишь симптом. Причины есть всегда, но они могут быть очень разными – кто-то из подростков страдает от депрессивного или тревожного расстройства, кто-то стал жертвой школьной травли, кто-то начинает причинять себе вред из-за проблем с учителями или с самими родителями.

Важно, чтобы родитель помог подростку попробовать понять причины, по которым он вредит себе, только после этого можно начинать борьбу с ней.

4. Подростки, склонные к самоповреждениям, часто не готовы, не могут говорить на эту тему, при попытках взрослых начать разговор – отмалчиваются. Не стоит заставлять их в приказном тоне – это только усилит уже имеющиеся проблемы. Но можно подумать над альтернативными вариантами диалога.

5. При наличии хорошо налаженных контактов со школой, сообщите о ситуации классному руководителю, социальному педагогу или школьному психологу, если он есть в школе. Совместно родителю вместе с сотрудниками

школы будет легче следить за поведением ребенка, к тому же, иногда школа идет на встречу родителям, и немного изменяет условия проведения, к примеру, устных ответов у доски, для ребенка, если они вызывают у него такой сильный стресс, что он причиняет вред своему телу.

6. Не пытайтесь заставить ребенка прекратить то, что он делает. Часто ребенок в таких ситуациях продолжает наносить себе повреждения, только не сообщает об этом родителю. Не всегда «изъятие» всех острых предметов из квартиры, например, включая столовые ножи, является хорошей идеей. Иногда подростки, отчаявшись в такой ситуации, причиняют себе вред гораздо более травматичными способами, например, режут кожу осколками стекла. Если вы чувствуете себя достаточно уверенно, поговорите с ребенком о том, какого поведения он хотел бы от вас в этой ситуации. Иногда дети сами предлагают убрать подальше все потенциально опасные предметы.

7. Предложите ребенку альтернативные варианты поведения. Есть много других вариантов, которые молодые люди могут пробовать, помимо причинения повреждений своему телу. Кто-то справляется при помощи банального биться подушки, разрывания бумаги на мелкие клочки или более экзотичного сжимания в руках кубиков льда (да, это не очень приятно и очень чувствительно, потому является хорошей альтернативой для самопорезов).

Кто-то рисует красной ручкой на коже, кто-то носит на запястье резиновый браслет, который может с силой натянуть и отпустить в момент эмоционального напряжения.

8. Воспользуйтесь помощью профессионалов: детский психолог в поликлинике, центры помощи семье и детям, службы психологической помощи, консультации подросткового психолога и т.д. Психолог может всегда оказать поддержку родителю и предложить направления поведения в конкретной ситуации, даже если сам подросток отказывается идти на прием.

Составление рекомендаций по режиму дня для детей младшего школьного возраста.

Составление рекомендаций по адаптации к школе.

Обучение родителей ребенка и его окружение принципам закаливания, основным гимнастическим комплексам.

Обучение девочек-подростков технике самообследования молочных желез, мальчиков-подростков - технике самообследования яичек.

Одним из аспектов этой деятельности является обучение девочек подростков самообследованию молочных желез, а мальчиков — самообследованию яичек, которое особенно необходимо проводить мужчинам и возрасте до 30 лет.

Необходимость обучения самообследованию именно в подростковом возрасте объясняется половым развитием, формированием в этом возрасте вторичных половых признаков, развитием молочных желез, а также участившейся патологией половых органов и молочных желез.

Самообследование молочных желез

Самообследование молочных желез проводится в соответствии с определенными правилами, с которыми следует ознакомить каждую девочку-подростка. Следует разъяснить ей, что:

• во-первых, необходимо хорошо изучить свою грудь, узнать все ее особенности, для чего ее нужно осматривать ежедневно в течение 30-40 дней, и лишь после этого можно приступать к ежемесячному самообследованию;

• во-вторых, самообследование лучше проводить в первую неделю после менструации, когда гормональные влияния на состояние груди минимальны. В случае нерегулярного менструального цикла самообследование проводят каждый календарный месяц;

• в-третьих, самообследование лучше проводить в определенной последовательности в три этапа.

Эти этапы включают:

• ощупывание груди во время принятия душа или ванны, после предварительного намыливания рук и груди: это облегчает скольжение пальцев по поверхности кожи. Левую руку кладут на затылок, а пальцами и ладонью правой руки медленно проводят по всей поверхности левой груди, обращая внимание на любые уплотнения и неровности. Затем, поменяв руки, аналогичным образом обследуют правую грудь;

• осмотр груди перед зеркалом: сначала при положении рук на поясе, затем — при поднятых вверх руках. При этом обращают внимание на форму, контуры груди, состояние кожи и сосков, появление припухлостей, углублений. Следует помнить, что груди редко бывают симметричными и одного размера;

• исследование груди в положении лежа при помощи круговых движений. Под правое плечо кладут твердую подушку, правую руку заводят за голову, а пальцами левой руки выполняют круговые движения, ощупывая правую грудь. Круговые движения начинают с наиболее удаленной от соска точки и, постепенно приближаясь к соску, обследуют всю поверхность груди.

Завершают обследование легким нажатием на сосок, обращая внимание на наличие выделений — каких-либо выделений вне периода кормления грудью не должно быть

Затем перекладывают подушку под левое плечо, заводят левую руку за голову и правой рукой аналогичным образом проводят обследование левой груди.

ВАЖНО ЗАПОМНИТЬ! *При обнаружении любых узелков, уплотнений или выделений из соска следует немедленно обратиться к врачу*.

Самообследование яичек

Самообследование яичек является важным элементом профилактики их опухолей. В настоящее время считается, что каждый мужчина должен хорошо знать свои яички как визуально, так и на ощупь, поэтому следует разъяснить подростку необходимость изучения внешнего вида мошонки определения цвета кожи мошонки, расположения яичек в мошонке. При этом необходимо напомнить подростку, что яички имеют эллипсовидную форму, гладкую и твердую

поверхность, а на верхнем полюсе определится небольшое образование — придаток яичка.

Обследование яичек лучше проводить в положении лежа при расслабленной мошонке, например, после теплого душа или ванны.

Самообследование яичек проводят в определенной последовательности:

• взять мошонку в ладонь;

• большим пальцем и кончиками остальных пальцев руки скользящими движениями обследовать всю поверхность яичка;

• слегка сжать яички для определения их консистенции — яички на ощупь упругие, но не твердые;

• прощупать придатки яичек, определить их консистенцию — придатки яичек на ощупь более мягкие, нежные;

• прощупать тяжи семявыносящих протоков, расположенных сзади яичек - они обычно имеют гладкую поверхность и эластическую консистенцию.

ВАЖНО ЗАПОМНИТЬ! *При обнаружении каких-либо необычных образований, узелков, изменений консистенции следует немедленно обратиться врачу*

Самообследование яичек следует проводить ежемесячно.

Обучение подростка и его окружение принципам создания безопасной окружающей среды. Обучение подростка принципам здорового образа жизни.

Практическое занятие № 10.
«Обобщающее занятие по разделу «Здоровье детей»»

ТЕМА 3.1. ПЕРИОД ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Теоретическое занятие № 11.
«Период юношеского возраста. Анатомо-физиологические, психологические и социальные особенности. Возможные проблемы»

Т 3.1.1 Анатомо-физиологические, психологические и социальные особенности человека юношеского возраста.

Краткая характеристика юношеского возраста

Юношеский возраст продолжается с 16-18 лет до 20-21 года. Характеризуется формированием биологической, социальной и интеллектуальной зрелости. К социально-биологическим проблемам подросткового возраста добавляются проблемы профессиональной ориентации.

В юношеском возрасте возникают заболевания, свойственные взрослым, и протекают они, то же, как у взрослых.

Основными направлениями воспитания являются ЗОЖ, дружба, любовь, удачный выбор профессии.

Особенности юношеского возраста

Юношеский возраст, биологически начинающийся с 16 лет у девушек и с 17 лет у юношей, то есть с завершением полового созревания, и заканчивающийся в 20 лет у девушек и в 21 год у юношей.

Юношеский возраст имеет некоторые особенности:

- завершается физическое развитие;
- окончательно формируется характер;
- происходит дальнейшее становление личности, ее самоутверждение;
- наступает возраст гражданской и полной юридической ответственности, юноши и девушки получают право голоса, на это время приходится служба в армии, многие создают собственные семьи.

Биологически этот период характеризуется *полным завершением формирования морфофункциональных систем организма, прекращением активного роста. Все органы и системы, таким образом, приобретают черты и свойства, характерные для зрелого организма.*

Однако четко установить возрастные границы между подростковым периодом и юношеским возрастом с одной стороны и юношеским периодом, и зрелым возрастом - с другой, достаточно сложно: переход из одного жизненного этапа в другой осуществляется постепенно и плавно.

С одной стороны, ***юноши и девушки этого возрастного периода сохраняют*** **черты** ***как анатомо-физиологические, так и психологические, в большей степени*** **свойственные позднему подростковому возрасту**:

1. особенности сердечно-сосудистой системы, которая у юношей лишь к 18-ти годам по основным функциям приближается к сердечно-сосудистой системе взрослого человека;
2. неустойчивость настроения,
3. поиск своего места в жизни,
4. стремление к обособлению,
5. характер взаимоотношений с родителями, сверстниками, представителями противоположного пола, что позволяет считать возраст до 18-ти лет детством.
6. Близость анатомо-физиологических и психологических особенностей раннего юношеского и позднего подросткового возраста подтверждается и ***установлением юридического и гражданского возраста***: лишь по достижении 18 лет юноши и девушки имеют право голосования.
7. Близость этих возрастных периодов находит свое отражение и в особенностях ***трудовых отношений*** с молодыми людьми до 18 лет: им запрещено трудиться ни определенных работах, их не имеют права привлекать к сверхурочной работе, работе в ночное время, в выходные и праздничные дни, отправлять в служебные командировки.

С другой стороны, юношеский возраст продолжается до 20-21 года и в этот период юноши и девушки — это индивидуумы, имеющие все признаки зрелого организма, ***готового к выполнению одной из важнейших жизненных функций — репродуктивной***, а также в полной мере к выполнению и других функций - трудовых, социальных, гражданских.

Несмотря на то, что юношеский возраст характеризуется окончанием физического роста и развития, возраст, в котором окончательно формируются признаки зрелого организма, во многом зависят от его конституциональных особенностей. Это объясняет возможное расхождение в определении сроков календарного и биологического возраста.

Поэтому знание конституциональных особенностей, конституциональных типов необходимо как для понимания сущности процессов, происходящих в организме, так и в практической деятельности при решении проблем, связанных с удовлетворением потребностей.

Т 3.1.2 Основные потребности, способы их удовлетворения (см. Практическое занятие №11)

Т 3.1.3 Возможные проблемы.

Многие проблемы, характерные для подросткового периода, остаются актуальными и для юношеского, другие теряют свою значимость, а некоторые возникают вновь.

В современных условиях *многие проблемы обострились*, что связано как с биологическими факторами развития (неравномерность физиологического созревания, смена акселерации децелерацией, несовпадение сроков наступления физиологической и социальной зрелости), так и с социально-экономическими факторами (социальное расслоение, материальное неравенство).

Нерешенность многих социальных проблем способствует ухудшению здоровья (возможность полноценного питания, занятий физическими упражнениями и т.д.)

Наиболее значимыми проблемами в юношеском возрасте становятся:

- получение образования,
- выбор дальнейшего жизненного пути, профессии, спутника жизни.

Перед юношами и девушками встает множество вопросов:

- продолжить ли свое образование,
- какое учебное заведение выбрать,
- начать ли работать,
- совмещать ли учебу с работой.

Решение этих вопросов во многом определяется

- уровнем интеллектуального развития,
- уровнем информированности о востребованности той или иной профессии на рынке труда,
- уровнем притязаний молодого человека,
- состоянием здоровья,
- уровнем материального положения семьи

Процесс профессионального самоопределения и выбора жизненного пути достаточно сложен и длителен и ***начинается еще в подростковом возрасте, но именно в юношеском периоде он проходит более осознанно***, так как подростки

часто осуществляют выбор будущей профессии под влиянием случайных факторов.

Так, любовь к автомашинам, наблюдающаяся у многих мальчиков в детстве, может способствовать их желанию стать автомеханиками, но многие из них не знают, что эта профессия сопряжена со значительными физическими нагрузками, загрязнениями рук, работой в неудобной позе.

Изучение истории, географии может быть интересным, но востребованность этих специальностей в современных условиях достаточно ограничена.

Таким образом, ***к неверному выбору профессии может приводить слабая информированность о том или ином виде деятельности, ее особенностях и востребованности.***

На выборе профессии сказывается и ***уровень личных притязаний (стремлений)***, который в конце подросткового — начале юношеского периода часто бывает завышенным и может не соответствовать реальным возможностям человека, что в дальнейшем может привести к жизненным трагедиям.

Не менее негативное влияние на судьбу оказывает и ***заниженный уровень требований к себе.***

Если высокий уровень притязаний стимулирует юношей и девушек к росту, развитию и преодолению трудностей, то низкий уровень притязаний не способствует активной жизненной позиции, поиску своего места в жизни.

Кроме того, возможны ограничения в выборе профессии и ***в связи с состоянием здоровья***, что не всегда учитывается молодыми людьми, поэтому особое значение приобретают медицинские рекомендации, касающиеся выбора вида деятельности юношами и девушками.

Основываясь на показателях, характеризующих состояние здоровья и особенности индивидуума, можно рекомендовать (или не рекомендовать) выбор той или иной профессии.

К психофизиологическим ***критериям предвидения профессиональной пригодности (непригодности)*** можно, в частности, отнести:

- уровень эмоциональной устойчивости;
- степень уравновешенности основных нервных процессов при исследовании реакции на движущийся объект;
- степень мышечно-суставной чувствительности;
- уровень зрительной и тактильной чувствительности;
- скорость переработки информации и др.

Помимо психофизиологических критериев профессионального отбора, ***необходимо учитывать функциональное состояние всех систем организма:*** сердечно-сосудистой, дыхательной, системы анализаторов:

- при патологии дыхательной системы противопоказан выбор профессий, связанных с работой в условиях воздействия производственной пыли;
- при заболеваниях сердечно-сосудистой системы - требующих значительного физического напряжения;
- при нарушении цветового восприятия — связанных с необходимостью различения цветов (водители транспорта, химики-лаборанты, товароведы);

- при нарушениях вестибулярной функции — связанных с необходимостью работы на высоте и т.д.

Поиск работы и начало трудовой деятельности часто приводят к изменению стереотипов поведения, сложившихся в более ранние возрастные периоды, появлению новых привычек, в том числе, вредных, то есть ***этот этап жизни человека также достаточно опасен с точки*** *зрения* ***развития пристрастия к психоактивным веществам.***

Причем этой опасности подвержены и, казалось бы, осуществившие свои ближайшие планы и более социально, и материально благополучные студенты ВУЗов.

Таким образом, проблема употребления наркотиков в юношеском возрасте остается актуальной практически для всех социальных групп и не зависит от уровня притязаний и степени достижения цели.

Не *менее* ***актуальной остается проблема табакокурения и чрезмерного употребления алкоголя.***

Удовлетворение **потребности в питании** в юношеском возрасте может быть сопряжено с определенными сложностями из-за несколько изменившихся режима дня и ритма жизни, что может быть связано с поисками работы, началом трудовой деятельности, учебой в образовательных учреждениях

В этом возрасте вследствие ослабления контроля за питанием со стороны взрослого окружения, обретения большей самостоятельности юношами и девушками у них могут ***закрепляться новые пищевые пристрастия*** — любовь к чипсам, хот-догам, гамбургерам, орешкам, сухарикам, газированным напиткам, пиву.

Нарушаются режим и ритм питания, учащается число случаев приема пищи наспех, всухомятку. Все это приводит к возникновению патологии пищеварительной системы, нарушению обмена веществ, снижению работоспособности.

Поэтому и в юношеском возрасте ***необходимо соблюдение принципов адекватного и рационального питания, контроль массы тела***. Важен также ***регулярный прием горячей пищи с минимальным использованием концентратов*** (супы быстрого приготовления, бульонные кубики и т.д.).

С изменением ритма жизни в юношеском возрасте часто **происходит и изменение режима** ***двигательной активности,*** уменьшается количество времени, отводимого на активные занятия физкультурой, спортом.

Наряду с проблемами в организации правильного питания, снижение двигательной активности может служить одной из причин ухудшения показателей здоровья, поэтому ***следует обращать внимание*** *НА* ***адекватность физической нагрузки*** в юношеском возрасте.

С другой стороны, ***многие юноши и девушки увлекаются занятиями атлетической гимнастикой, бодибилдингом, а для ускорения наращивания мышечной массы применяют биологически активные добавки с повышенным содержанием белка, гормональные препараты.***

И если употребление пищи, биологически активных добавок, препаратов с повышенным содержанием белка здоровому человеку, активно занимающемуся спортом, не может нанести вреда, то ***применение гормональных средств обязательно должно быть согласовано с врачом, без его консультации использование анаболических стероидов недопустимо,*** так как их неконтролируемое применение может иметь отрицательные последствия для здоровья представителей обоих полов.

Так, многие из них могут оказать повреждающее (гепатотоксическое) действие на печень, которое проявляется ее увеличением, появлением диспепсических расстройств, иногда желтухой; в печени развиваются явления застоя желчи, что в последующем может привести к развитию желчекаменной болезни.

Доказано отрицательное действие стероидов на сердечно-сосудистую систему, водно-солевой баланс, психику.

Использование анаболических стероидов оказывает неблагоприятное воздействие и на половые железы из-за их антигонадотропного действия, что может приводить к:

- увеличению предстательной железы,
- ослаблению половых функций,
- атрофии яичек,
- угнетению сперматогенеза у мужчин,
- у женщин — к явлениям вирилизации, проявляющихся в огрубении голоса, появлении усиленного роста волос на теле, увеличении клитора, а также возможными нарушениями менструального цикла.

Среди проблем юношеского возраста можно выделить целый их ряд, связанный с досугом, общением, сексуальными отношениям.

Практическое занятие № 11.
«Период юношеского возраста»

Т 3.1.2 Основные потребности, способы их удовлетворения

1.Самоутверждение среди сверстников.
2.Самореализация в общении.
3.Развитие независимости и самостоятельности.
4.Стремление к смене впечатлений и поиск острых ощущений.
5.Самопознание, саморазвитие и самосовершенствование.
6.Достижение личного благополучия и обретение материальных благ.

Особенностью подросткового возраста считается стремление к физической и сексуальной активности, к высокой оценке своего физического развития, началу развития способности к интроспекции (самонаблюдению). В кругу предметов мысленного рассмотрения включаются собственные мысли, чувства и поступки. Здесь очень важно отметить развитие способности к различению противоречий между мыслями, словами и поступками, а также к использованию своих мыслительных процессов для создания идеалов и ценностей.

Потребность в безопасности отличается психофизиологическими изменениями, которые с трудом поддаются оценке в этом возрасте и этим усиливают данную потребность. Ее стремятся удовлетворить либо в семейных отношениях, либо в группе ровесников.

Потребность в независимости стимулирует столкновения с ожиданиями и ограничениями взрослых. На этом фоне и возникает множество конфликтных ситуаций. Результат проявляется в противодействии навязываемому мнению, авторитетам, общественным правилам и нормам.

Потребность в привязанности и любви сопровождается стремлением к независимости, что отдаляет подростка от отчего дома, семейного круга и ведет к некоторой изоляции, при этом повышается потребность в любви и привязанности, во взаимопонимании и доверии вне семьи.

Потребность в успехе возникает, как желание проверить свои новые возможности, добиться высокой оценки в обществе, однако мотивация достижения в юношеском возрасте может слабеть без внешней поддержки.

Стремление к самореализации и развитию своего «Я» становится все сильнее, но при этом коррелирует с формированием благоприятного представления о себе.

Несмотря на стремление к самостоятельности, характерное для данного возрастного периода, подростки готовы делиться с родителями радостями, неприятностями, обращаться к ним в трудных ситуациях.

Сфера взаимоотношений подростка с родителями на протяжении всего периода взросления остается значимой и оказывает сильное влияние на формирование его личности.

- Свободно чувствовать себя в компании, разделяя нормы и интересы значимой для него группы.

- Ощущать, что при этом он не теряет индивидуальность, может высказать свои мысли и выразить чувства.

ТЕМА 3.2.
ОСОБЕННОСТИ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ОРГАНИЗМОВ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ

Теоретическое занятие № 12.
«Анатомо – физиологические особенности женского организма в зрелом возрасте»

Т 3.2.1 Анатомо-физиологические, психологические и социальные особенности и различия мужчин и женщин зрелого возраста.

Характеристика периода зрелого возраста

По завершении периода детства наступает большой этап жизни, относительно стабильный, но имеющий свои особенности период жизни период зрелого возраста, который начинается с юношеского возраста (от 16—17-ти лет до 20—21 года).

Установить четкие биологические границы окончания детства, пубертатного периода и начала взрослой жизни, юношеского периода достаточно трудно, так как подростковый период жестко не связан с календарным возрастом, и конец этого периода сливается с юношеским возрастом, поэтому многие морфологические, структурные И функциональные изменения организма, начавшись в подростковом возрасте, завершаются в юношеском.

Юношеский возраст имеет некоторые особенности:

завершается физическое развитие;

окончательно формируется характер;

происходит дальнейшее становление личности, ее самоутверждение;

наступает возраст гражданской и полной юридической ответственности.

Зрелый возраст (от 20-ти до 55-ти лет у женщин и от 21 года до 60 лет мужчин) охватывает большую часть жизни человека, протяженность его достаточно велика, происходящие в организме изменения довольно значительны, поэтому этот этап жизни подразделяется на два периода:

а) молодой возраст - до 45 лет;

б) средний возраст - 45-60 лет (до 55 лет у женщин и до 60 - у мужчин.)

На границе зрелого и пожилого возраста выделяют особый возрастной промежуток - **климактерический период** (от 45 до 60 лет у женщин, от 50 до 60 лет у мужчин).

а) **Первый подпериод** зрелого возраста характеризуется прекращением роста, полным расцветом и устойчивостью всех функций организма.

В это время наиболее ярко проявляются индивидуальные черты организма и личности, а сложившиеся морфологические, физиологические и

психические свойства организма остаются, в основном, относительно однотипными и стабильными.

В этом периоде выделяют ***несколько «горячих точек»*** возрастной биографии. ***Первая*** из них, приходящаяся на возраст ***20-25 лет***, вызывает большее беспокойство у девушек. Именно в этом возрасте одной из главных задач психосоциального развития, стоящих *перед девушкой является задача создания семьи и рождения ребенка.*

Мужчины в этот период внешне и внутренне озабочены не проблемами создания семьи, а проблемами *установления возможно большего количества сексуальных контактов.*

Следующие «горячие точки» у мужчин и женщин ***по возрасту не совпадают***, хотя проблемы, характерные для женщин, и для мужчин во многом схожи. Для женщин возраст около 30 лет, а для мужчин — около 40 лет в определенной мере является критическим, и ***основные проблемы*** сводятся к *определению своего места в обществе, поиску смысла жизни.* ***Продолжительность*** этого периода невелика и составляет *около трех лет,* заканчивается затишьем, стабильным состоянием, вплоть до следующей «горячей точки» — климактерического периода, который приходится на второй этап зрелого возраста.

б) **Для второго подпериода** зрелого возраста характерна ***значительная перестройка нейроэндокринной системы, влияющая*** на:

функционирование практически всех органов и систем организма и ***приводящая:***

к снижению интенсивности обменных процессов, для более старших возрастных групп.

Сначала появляются незначительные изменения в различных тканях, органах и системах, которые свидетельствуют о начале их старения. Эти изменения сопровождаются потерей внутриклеточной жидкости и гибелью паренхиматозных клеток, происходит замещение функционально активной ткани неактивной (жировой, элементами соединительной) и накопление в тканях избыточного количества различных веществ и продуктов распада некоторых клеточных структур.

Наблюдается снижение активности ферментов и замедление процессов обмена. Достигнув определенного критического уровня, микроструктурные изменения приводят к снижению функции отдельных органов и систем организма, что сглаживается развитием компенсаторных процессов.

Однако уже в возрасте 30-35 лет возникают первые признаки атеросклероза аорты, в возрасте 40—50 — церебрального атеросклероза.

Затем человек переходит в следующую фазу своего развития – наступает период **пожилого возраста.**

Таким образом, для этого возрастного отрезка для человека является характерным:

выбор профессии;

достижение определенных профессиональных успехов, построение карьеры;

поиск спутника жизни и создание семьи;

ответственность за здоровье и благополучие свое и окружения;

формирование определенного образа жизни.

Итак, в зрелом возрасте человек может принести максимальную пользу себе и своему окружению.

Т 3.2.2 Анатомические особенности женских половых органов, их связь с функциональным предназначением, физиология женской половой сферы, связь менструальной и детородной функции, строение женского таза, его роль в репродукции.

Анатомия женских половых органов

К половой системе женщины относятся:

А) наружные половые органы:

- лобковое возвышение (лобок);
- большие половые губы;
- малые половые губы;
- клитор;
- преддверие влагалища и его железы;
- луковица преддверия;
- наружное отверстие уретры,
- девственная плева.

Б) внутренние половые органы:

- влагалище;
- матка;
- маточные (фаллопиевы) трубы;
- яичники.

Таз взрослой женщины **состоит из 4 костей: двух тазовых, одной крестцовой и одной копчиковой, прочно соединенных друг с другом.**

Тазовая кость, или безымянная, состоит до 16- 18 лет из 3 костей, соединенных хрящами в области вертлужной впадины: подвздошной, седалищной и лобковой. После наступления полового созревания хрящи срастаются между собой и образуется сплошная костная масса - тазовая кость.

На подвздошной кости различают верхний отдел - крыло и нижний - тело. На месте их соединения образуется перегиб, называемый дугообразной или безымянной линией. На подвздошной кости следует отметить ряд выступов, имеющих важное значение для акушера. Верхний утолщенный край крыла - подвздошный гребень - имеет дугообразную искривленную форму, служит для прикрепления широких мышц живота. Спереди он заканчивается передней верхней подвздошной остью, а сзади - задней верхней подвздошной остью. Эти две ости важны для определения размеров таза.

Седалищная кость_образует нижнюю и заднюю трети тазовой кости. Она состоит из тела, участвующего в образовании вертлужной впадины, и ветви седалищной кости. Тело седалищной кости с ее ветвью составляет угол, открытый кпереди, в области угла кость образует утолщение - седалищный бугор. Ветвь направляется кпереди и кверху и соединяется с нижней ветвью лобковой кости. На задней поверхности ветви имеется выступ - седалищная ость. На седалищной кости различают две вырезки: большую седалищную вырезку, расположенную ниже задней верхней подвздошной ости, и малую седалищную вырезку.

Лобковая, или лонная кость образует переднюю стенку таза, состоит из тела и двух ветвей — верхней и нижней. Тело лобковой кости составляет часть вертлужной впадины. В месте соединения подвздошной кости с лобковой находится подвздошно-лобковое возвышение.

Верхние и нижние ветви лобковых костей спереди соединяются друг с другом посредством хряща, образуя малоподвижное соединение, полусустав. Щелевидная полость в этом соединении заполнена жидкостью и увеличивается во время беременности. Нижние ветви лобковых костей образуют угол — лобковую дугу. Вдоль заднего края верхней ветви лобковой кости тянется лобковый гребень, переходящий кзади в linea arcuata подвздошной кости.

Крестец состоит из 5-6 неподвижно соединенных друг с другом позвонков, величина которых уменьшается книзу. Крестец имеет форму усеченного конуса. Основание крестца обращено кверху, верхушка крестца (узкая часть) - книзу. Передняя поверхность крестца имеет вогнутую форму; на ней видны места соединения сросшихся крестцовых позвонков в виде поперечных шероховатых линий. Задняя поверхность крестца выпуклая. По средней линии проходят сросшиеся между собой остистые отростки крестцовых позвонков. Первый крестцовый позвонок, соединенный с V поясничным, имеет выступ — крестцовый мыс.

Копчик состоит из 4-5 сросшихся позвонков. Он соединяется с помощью крестцово-копчикового сочленения с крестцом. В соединениях костей таза имеются хрящевые прослойки.

Таз выполняет опорную функцию для внутренних органов, в том числе для беременной матки, и последующих родов, представляя вместе с мягкими тканями родовой канал, по которому рождающийся плод покидает полость таза.

Т 3.2.3 Строение и функции внутренних половых органов женщины (яичник, маточные трубы, матка, влагалище).

Внутренние половые органы

К внутренним половым органам женщины относятся (рис. 3.8):

- влагалище;
- матка;
- маточные (фаллопиевы) трубы;
- яичник.

Влагалище - мышечно-эластическая уплощенная трубка. Расположено в полости малого таза. Соединяет полость матки с наружными половыми органами женщины. Имеет соприкасающиеся друг с другом переднюю и заднюю стенки. Длина 7-9 см, ширина — 2-3 см. Передняя стенка короче задней и примыкает к мочевому пузырю и мочеиспускательному каналу, задняя — прилежит к прямой кишке.

Верхним концом влагалище охватывает шейку матки, нижним — открывается в половую щель. Стенки влагалища и влагалищная часть шейки матки образуют ***своды влагалища***:

- передний,
- более глубокий задний,
- правый боковой,
- левый боковой.

Стенка влагалища состоит из:

- внутренней - слизистой оболочки;
- средней - мышечной оболочки;
- наружной - соединительнотканной.

Содержимое влагалища имеет слизистый характер, кислую реакцию, специфический запах и образовано за счет:

- пропотевания жидкости из кровеносных и лимфатических сосудов;
- продукции шеечных желез;
- отторгающихся клеток эпителия влагалища лейкоцитов;
- микроорганизмов.

Функции:

- барьерная, обусловленная его способностью к самоочищению;
- выведение наружу секрета желез шейки и других выделений из матки;
- участие в формировании родового канала при родах;
- проведение и задержка спермы;
- совокупительная.

В соответствии с характером микрофлоры различают ***4 степени чистоты влагалища.***

При первой степени чистоты во влагалищном содержимом обнаруживаются только влагалищные палочки и отдельные эпителиальные клетки.

При второй степени влагалищных палочек становится меньше, появляются сапрофиты, кокки, лейкоциты. Реакция остается кислой. 1-я и 2-я степень считаются нормальными.

При 3-й и 4-й изменяется кислая среда на щелочную, и создаются условия для развития патологических процессов.

Матка — полый гладкомышечный орган грушевидной формы.

Расположена в малом тазу между мочевым пузырем спереди и прямой кишкой сзади. Длина матки: у нерожавших женщин - 7-8 см, у рожавших — 8-9,5 см. Ширина матки в области дна, на уровне впадения маточных труб - 4-4,5 см. Масса: у нерожавших - от 50 г, у рожавших - до 100 г.

В матке различают:

• *дно* — часть матки выше места отхождения маточных труб;

• *тело* - более широкую верхнюю часть от места отхождения маточных труб до перешейка;

• *перешеек* - место перехода полости матки в канал шейки матки;

• *шейку* — продолжение тела матки.

Шейка имеет два отдела:

• верхний - *надвлагалищную часть* - выше места прикрепления сводов влагалища;

• нижний — *влагалищную часть* — выходящий в верхний отдел влагалища.

Форма шейки матки зависит ***от возраста*** - у девочек и девушек она коническая, у взрослых женщин, особенно у рожавших, — цилиндрическая.

В верхнюю часть влагалища открывается отверстие — ***маточный зев.*** Форма маточного зева различна у нерожавших и рожавших женщин: она поперечно-овальная до родов, и, как правило, имеет вид поперечной щели после родов.

Полость матки имеет *треугольную форму*. В полость матки в ее правый и левый углы открываются устья фаллопиевых (маточных) труб.

В полости матки обычно содержится небольшое количество секрета, который вырабатывается железами слизистой оболочки матки.

Стенки матки состоят из трех слоев:

• *периметрия* — серозной оболочки, или брюшины, состоящей из тонкого слоя соединительной ткани и покрывающего ее снаружи;

• *миометрия*, представляющего собой толстые гладкомышечные клетки двух типов;

• *эндометрия* — слизистой оболочки, выстилающей полость матки.

Эндометрий *состоит из двух слоев* — базального и функционального, отторгающегося во время менструации.

Миометрий образован сплетением пучков гладких мышц и сосудов и состоит из трех слоев:

• наружный слой расположен непосредственно под серозной оболочкой и образован преимущественно *продольными мышечными пучками*;

• средний - сосудистый — слой состоит из сосудов и *круговых мышечных пучков;*

• внутренний слой состоит из мышечных пучков, расположенных *продольно и циркулярно*.

Периметрии представляет собой брюшину, которая покрывает матку. ***Основные функции*** матки:

• менструальная;

• детородная.

Менструальная функция возникает во время полового созревания и продолжается до 45—50 лет, сменяясь менопаузой; обеспечивается циклическими изменениями слизистой оболочки матки, происходящими под влиянием половых гормонов. Является необходимым условием подготовки матки к внедрению и дальнейшего развития оплодотворенной яйцеклетки.

Детородная (генеративная) функция тесно связана с менструальной присуща женщинам репродуктивного возраста, имеет четыре основных компонента, характеризующих состояние матки в различные периоды:

• подготовка к внедрению оплодотворенной яйцеклетки;

• создание необходимых для развития плода условий;

• защита плодного яйца от преждевременной сократительной деятельности матки и воздействий неблагоприятных факторов внешней среды;

• рождение плода и элементов плодного яйца по окончании срока беременности.

Маточные (фаллопиевы) трубы — парный трубчатый орган, который располагается в верхнем крае широкой маточной связки. Длина в среднем 10—12 см, правая маточная труба обычно несколько длиннее левой.

В маточной (фаллопиевой) ***трубе различают***:

• маточную часть, находящуюся в толще матки и открывающуюся отверстием в ее полость;

• перешеек — наиболее узкий отдел, прилегающий к маточному концу;

• ампулярную часть, имеющую воронкообразную форму;

• брюшной конец (или фимбриальную часть), открывающийся в брюшную полость отверстием в непосредственной близости от трубного конца яичника.

Стенка фаллопиевой трубы состоит из трех оболочек:

• наружной — *серозной;*

• средней — *мышечной;*

• внутренней — *слизистой.* Между серозной и мышечной оболочками располагается *подсерозный слой*, состоящий из рыхлой соединительной ткани.

Слизистая оболочка содержит четыре вида клеток, в том числе секреторные и мерцательные, ворсинки которых совместно с перистальтическими, маятникообразными и турбинальными сокращениями стенок фаллопиевой трубы способствуют продвижению яйцеклетки от яичника до матки.

Основные функции маточных труб:

• транспортировка яйцеклетки от яичника до полости матки;

• транспортировка сперматозоидов к ампулярному отделу;

• ампулярный отдел является местом оплодотворения яйцеклетки;

• развитие оплодотворенной клетки в ранние сроки после оплодотворения;

• перемещение оплодотворенной яйцеклетки к матке.

Яичник - парная женская половая железа. Расположена в полости малого таза у боковых его стенок по обеим сторонам матки. Размеры и форма яичника изменяются в зависимости от функциональной активности его тканей и возраста женщины. Средняя длина - 3—4 см, ширина — 2 -2,5 см. Масса 6—8 граммов. Обычно правый яичник несколько больше левого.

Яичник лежит на задней поверхности широкой связки матки и соединен с ней брыжейкой, в толще которой проходят артерии, вены, лимфатические сосуды и нервы.

Положение яичника зависит от его размеров, растяжимости собственной связки, давления со стороны других органов малого таза - матки, кишечника, мочевого пузыря.

В яичнике выделяют два полюса: маточный, соединенный с маткой собственной связкой яичника, и трубный, обращенный к воронке маточной (фаллопиевой) трубы.

В толще яичника различают два слоя:

• *корковый* — наружный, покрытый белочной оболочкой;

• *мозговой* - внутренний, состоящий из соединительной ткани и мышечных волокон.

Корковый слой представляет собой железистую ткань, содержащую многочисленные фолликулы и желтые тела различных стадий развития и окруженные стромой с гормонпродуцирующей тканью.

Мозговой слой состоит из рыхлой соединительной ткани, содержащей многочисленные кровеносные и лимфатические сосуды. Этот слой переходит в ворота яичника, где находится сеть яичника, которая образована эпителиальными и частично нервными клетками.

Основными функциями яичников являются:

• генеративная, служащая продолжению рода;

• эндокринная.

Эндокринная функция яичников

Яичники вырабатывают:

• женские половые гормоны — эстрогены и прогестогены;

• небольшое количество мужских половых гормонов - андрогенов.

Эти гормоны относятся к группе стероидных гормонов.

Т 3.2.4 Строение и функции наружных половых органов женщины (лобок, клитор, большие и малые половые губы).

Наружные половые органы

Наружные женские половые органы, или вульва, расположены книзу от мочеполовой диафрагмы, которая замыкает передний отдел выхода из малого таза. ***К вульве относятся***:

• **лобок** - возвышение треугольной формы с развитой подкожно-жировой клетчаткой, покрытое волосами;

• **большие половые губы** — кожные складки, содержащие жировую

клетчатку, сальные и потовые железы. Составляют наружную границу *вульвы.* Длина - ок. 8 см, ширина - 2-3 см. спереди соединяются при помощи передней спайки, сзади над промежностью - при помощи задней спайки. В нижней трети расположены большие железы преддверия (вестибулярные железы).

Функция — вместе с малыми половыми губами прикрывают половую щель, секрет желез преддверия увлажняет вход во влагалище и разжижает семенную жидкость.

Выводные протоки этих желез открываются в бороздке между малыми половыми губами и девственной плевой.

- **малые половые губы** — тонкие кожные складки. Расположены кнутри от больших половых губ и в норме соприкасаются с ними.

Функция — вместе с большими половыми губами прикрывают половую щель;

- **клитор** - орган, состоящий из двух пещеристых тел. Расположен в переднем углу половой щели, между малыми половыми губами, над устьем мочеиспускательного канала. Имеет богатую сосудистую сеть и обильно снабжен нервными сплетениями.

Функция - важнейшая эрогенная зона женщины;

- **преддверие влагалища** - пространство, ограниченное малыми половыми губами, дно представлено девственной плевой. В нем открываются выводные протоки больших желез преддверия и малых преддверных желез, а также наружное отверстие мочеиспускательного канал и вход во влагалище;
- **луковица преддверия** — непарное пещеристое тело, состоит из двух долей, которые располагаются симметрично по бокам от нижнего конца влагалища в основании и толще больших половых губ. Доли соединены между собой тонкой дугообразной промежуточной частью, находящейся непосредственно под кожей (между клитором и мочеиспускательным каналом).

Функция — аналог губчатого тела мужского полового члена;

- **девственная плева** — тонкая соединительнотканная перегородка, разделяющая наружные и внутренние половые органы. Может иметь различную форму — кольцевидную, полулунную, отросчатую, овальную и др. Имеет одно или несколько отверстий для оттока менструальной крови. После разрыва в результате полового сношения остатки девственной плевы носят название *гименальных сосочков*, после родов — *миртовидных сосочков.*

Функция — разграничение наружных и внутренних половых органов.

Т 3.2.5 Женские половые гормоны, их биологическое действие на организм.

Женские половые гормоны — эстрогены и прогестерон вырабатываются яичниками.

Эстрогены, кроме яичников, продуцирует еще кора надпочечников.

Эстрогены ***в период полового созревания:***

- вызывают рост и развитие половых органов,
- появление вторичных половых признаков.

В период половой зрелости:

- повышение тонуса и возбудимости матки,
- способствует развитию и функции молочных желез,
- пробуждает половое чувство.

Прогестерон является важным половым гормоном, который подготавливает организм женщины к беременности, способствует сохранению беременности, стимулирует развитие молочных желез и подготавливает их к секреции молока.

Т 3.2.6 Функции менструального цикла, овогенез.

Менструально — овариальный цикл — совокупность последовательно развивающихся в половой системе женщины изменений.

Во время каждого менструального цикла происходят ***два принципиально важных репродуктивных процесса:***

- созревание и высвобождение яйцеклетки из яичника;
- подготовка эндометрия к имплантации оплодотворенной яйцеклетки.

Первые менструальные циклы могут быть нерегулярными и ановуляторными (без выхода яйцеклетки из яичника). Это время для установлении синхронного действия репродуктивной системы.

Овогенез, или оогенез (греч. ōón — яйцо + genesis – зарождение)

Оогенезом называют процесс формирования женских гамет (половых клеток) - яйцеклеток. Он активируется в женском организме в период полового созревания (под действием женских половых гормонов) и длится до менопаузы (45-55 лет).

Овогенез складывается из трех фаз:

1. Фаза размножения

В результате многократных делений клеток яичника образуются стволовые клетки - овогонии (2n2c).

2. Фаза роста

Половые клетки в этой фазе называются ооцитами I порядка, они теряют способность к митотическому делению.

В овогенезе эта фаза отличается более длительной продолжительностью, по сравнению с такой же фазой в сперматогенезе. Клетки накапливают большой запас питательных веществ. В этот период происходит удвоение ДНК в S-периоде - набор хромосом и ДНК ооцитов I порядка становится 2n4c.

3. Фаза созревания

Ооциты I порядка (2n4c) вступают в первое деление мейоза, в результате которого образуются ооциты II порядка (n2c) и первое полярное (направительное) тельце, которое не несет большой функциональной значимости и подвергается дегенерации.

Второе деление мейоза начинается только после взаимодействия овоцита II порядка (n2c) со сперматозоидом. В результате этого образуется яйцеклетка (nc) и второе полярное тельце, которое также подвергается дегенерации.

Строго говоря, при овуляции из яичников выходит не "яйцеклетка", а ооцит II порядка, который ждет встречи со сперматозоидом для продолжения деления и развития будущего зародыша. Если такого взаимодействия не происходит, то яйцеклетка подвергается дегенерации.

Т 3.2.7 Строение женского таза, анатомические отличия от мужского таза, роль правильного строения таза в репродуктивном процессе.

Наиболее выраженные отличия между мужчинами и женщинами наблюдаются в строении **таза.**

- ***Женский таз*** *шире и короче, все его размеры и объем больше, а кости тоньше, чем у мужчин.*
- ***Крестец*** *у мужчин более узкий и вогнутый, мыс выдается вперед, а у женщин крестец широкий и уплощенный, мыс выражен меньше.*
- ***Угол*** *соединения нижних ветвей лобковых костей у мужчин острый (70-75°), у женщин — приближается к прямому и даже тупому (90—120°).*
- ***Крылья подвздошной кости и седалищные*** бугры у женщин дальше отстоят друг от друга.
- ***Вход и малый таз*** у женщин шире, чем у мужчин.

Эти особенности строения женского таза связаны с генеративной* функцией женщины, а таз при этом выполняет опорную функцию для внутренних органов, в том числе для беременной матки, и последующих родов, представляя вместе с мягкими тканями родовой канал, по которому рождающийся плод покидает полость таза.

Теоретическое занятие № 13.
«Анатомо – физиологические особенности мужского организма в зрелом возрасте»

Т 3.2.8 Анатомические особенности мужских половых органов, понятие о сперматогенезе, потенции, фертильности.

Органы половой системы мужчины

К половой системе мужчины относятся:

А) наружные половые органы:

- половой член (пенис, фаллос);
- мошонка.

Б) внутренние половые органы:

- яички;
- семявыносящие протоки;
- семенные пузырьки;
- предстательная железа;
- куперовы железы (бульбоуретральные).

Сперматогене́з — развитие мужских половых клеток (сперматозоидов), происходящее под регулирующим воздействием гормонов. Одна из форм гаметогенеза. Сперматозоиды развиваются из клеток-предшественников, которые проходят редукционные деления (деления мейоза) и формируют специализированные структуры (акросома, жгутик и пр.). В разных группах животных сперматогенез различается.

Потенция (лат. — возможность), в медицине — способность организма к половому акту. В сексологии термин потенция обычно относится к мужской сексуальности. Таким образом, потенция определяет сексуальные возможности мужчины и в некоторой степени характеризуется напряженностью полового члена, скоростью появления эрекции, продолжительностью полового акта и нормальным его протеканием, а в широком смысле — самой возможностью вести нормальную половую жизнь

Фертильность (лат. fertilis — «плодородный, плодовитый») — способность половозрелого организма производить жизнеспособное потомство.

Т 3.2.9 Основные вопросы взаимоотношения полов, зависимость процесса воспроизводства от внутренних и внешних факторов.

Воспроизводство (естественное движение) населения – это совокупность процессов **рождаемости, смертности и естественного прироста**, обеспечивающая возобновление и смену людских поколений на Земле.

Основные демографические показатели:

- ***Рождаемость*** — это фактическая реализация плодовитости в зависимости от экономических, психологических, культурных и других условий.

Общий показатель рождаемости *(рождаемость)* представляет собой общее число родившихся живыми в течение года детей, приходящееся на 1000 населения, и рассчитывается по формуле:

ОПР= общее число родившихся в течение года/ среднегодовая численность населения х 1000.

Смертность — частота случаев смерти в социальной среде. Обычно определяют коэффициент смертности в различных группах населения (по возрасту, полу, виду деятельности и т.д.).

Общую смертность населения в стране, регионе характеризуют с помощью ***общего показателя смертности***, представляющего собой число умерших, приходящееся на 1000 населения. Этот показатель рассчитывается по формуле:

ОПС = общее число умерших в течение года/ среднегодовая численность населения х 1000.

Естественный прирост населения может быть выражен в абсолютных числах как разность между числом родившихся и умерших в данном году, но чаще он рассчитывается как показатель естественного прироста, определяемый разностью между показателями рождаемости и общей смертности:

ЕП = ОПР-ОПС,

где ОПР — общий коэффициент рождаемости (рождаемость), ОПС — общий показатель смертности.

Рождаемость, смертность, естественный прирост в своей основе являются биологическими процессами, однако решающее воздействие на них оказывает целый ряд **факторов**:

1) социально-экономические (уровень благосостояния населения, развитие здравоохранения, образовательный и культурный уровень населения, религии и т.д.);

2) природно-биологические (влияющие на смертность, болезни, разное время наступления половой зрелости в районах с теплым и холодным климатом, разная степень приспособленности женского и мужского организмов к условиям внешней среды);

3) демографические (половая и возрастная структура населения, брачность, разводимость);

4) психологические.

Т 3.2.10 Строение и функции мужских половых органов, понятие о половых и добавочных железах.

Наружные половые органы мужчины

Половой член — непарный наружный мужской половой орган (рис. 3.13).

В нем выделяют:

- тело;
- корень;
- головку.

Собственно тело полового члена сформировано ***из двух пещеристых тел и губчатого тела.***

Пещеристые тела имеют цилиндрическую форму с несколько заостренными концами, входящими под венец головки. Противоположные концы прикрепляются к ветвям лобковых и седалищных костей с помощью двух ножек, образующих ***корень*** полового члена.

Пещеристые тела срастаются над лобковым симфизом и на нижней поверхности образуют желобок, в котором залегает ***губчатое тело.***

Губчатое тело впереди заканчивается ***головкой*** полового члена. Головка полового члена имеет вид конусообразной изогнутой пластинки. На

заостренной верхушке головки находится наружное отверстие мочеиспускательного канала.

Задний конец губчатого тела образует ***луковицу*** - несколько утолщенную часть губчатого тела полового члена, расположенную в толще мышц промежности.

Пещеристые и губчатое тела полового члена покрыты фасциями и поверх них - тонкой, с просвечивающими сосудами, легко растяжимой кожей, имеющей большое количество гладкомышечных клеток, благодаря которым при расслабленном состоянии органа кожа собрана в поперечные складки, а при возбужденном — растягивается.

Кожа окружает головку полового члена складкой - ***крайней плотью***, а на противоположной стороне образует ***уздечку крайней плоти***.

Между крайней плотью и головкой имеется небольшое пространство - ***препуциальный мешок,*** куда выделяется секрет желез крайней плоти, образующий беловатую смегму.

Функции:

• выведение мочи (посредством мочеиспускательного канала, расположенного в толще губчатого тела);

• совокупительная (введение в эрегированном состоянии во влагалище женщины).

Мошонка — анатомическое образование, сформированное как выпячивание всех слоев брюшной стенки.

Мошонка расположена между корнем полового члена и промежностью. Содержит несколько слоев, которые образуют оболочку яичка и семенного канатика. Стенка мошонки состоит из кожи и тесно связанной с ней мясистой оболочки.

Кожа мошонки тонкая, имеет более темную окраску, чем общий фон, покрыта редкими волосами, в ней расположено большое количество сальных желез.

По средней линии проходит ***шов мошонки***, вдающийся в ее полость соединительнотканной перегородкой, которая *разделяет мошонку на правую и левую половину.* Перегородку мошонки формирует мясистая оболочка, которая содержит большое количество соединительной ткани и мышечных волокон, окружающих яички, благодаря чему при их сокращении кожа у здорового мужчины собирается в складки, приподнимая мошонку.

При снижении температуры окружающей среды, а также при половом возбуждении сокращение мышечных волокон усиливается, яички приподнимаются.

При повышении температуры мошонка расслабляется. Между рыхлой клетчаткой мошонки и яичком расположены соединительнотканные тяжи, содержащие кровеносные сосуды.

Функции:

• вместилище для яичек, его придатков и части семенных канатиков;

• поддержания более низкой температуры яичек, чем температура тела, что является необходимым условием нормального сперматогенеза.

Внутренние половые органы мужчины

Яички — парная мужская половая железа.

Расположены в мошонке, имеют форму эллипсоида, сдавленного с боков. Длина яичка у половозрелого мужчины — 4—5 см, ширина — 2—3,5 см, масса 20—30 г.

В яичке выделяют:

• латеральную и медиальную поверхности;

• передний и задний края;

• верхний и нижний полюсы.

От заднего края начинается ***семенной канатик***, на котором как бы подвешено яичко.

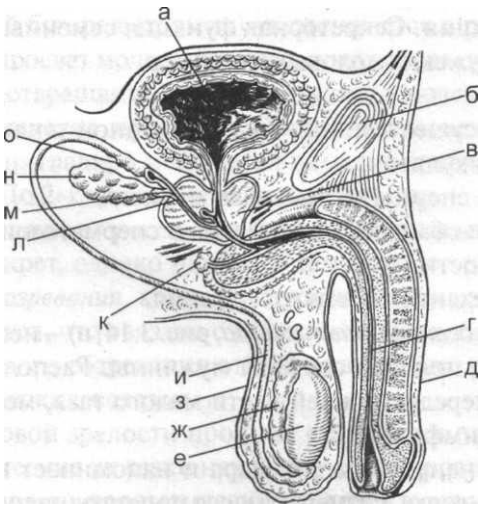


Рис.3.14. Внутренние половые органы мужчины (схема): а - мочевой пузырь; б — симфиз; в — простата; г - мочеиспускательный канал; в - половой член; е - яичко; ж - придаток яичка; з - мошонка; и - семявыносящий проток; к — бульбоуретральная железа; л — семявыбрасывающий проток; м - выделительный проток семенного пузырька; н. семенной пузырек; о — ампула семявыносящего протока.

К верхнему полюсу и заднему краю примыкает обращенный вверх ***придаток яичка*** (рис. 3.14, ж). В нем различают:

• головку, которая сращена с верхним полюсом;

• тело, прилежащее к заднему полюсу и частично к латеральной поверхности и отделенное от нее карманом;

• хвост, расположенный на нижнем полюсе яичка. Средняя масса придатка — 3 г; длина равна длине яичка.

Насчитывают девять оболочек, окружающих яичко и семенной канатик.

Основной структурной единицей яичка является его ***извитой семенной каналец,*** в котором осуществляется процесс ***сперматогенеза.***

Длина извитого канальца у взрослого здорового мужчины колеблете от 30 до 70 см, диаметр составляет 150—200 мкм.

Основные ***функции яичек***:

• продукция тестостерона;

• продукция сперматозоидов.

Основные ***функции придатков яичек***:

• проведение сперматозоидов из яичка в семявыносящий проток;

• осуществление процесса дозревания сперматозоидов.

Семявыносящий проток (рис. 3.14, и) является непосредственным продолжением протока придатка яичка и *входит в состав семенного канатика.* Заканчивается семявыносящий проток у места его слияния ***с выделительным протоком семенного пузырька***. Длина — 50—60 см, толщин — 3—3,5 мм, диаметр просвета — 0,2—0,5 мм.

Конечный отдел семявыносящего протока веретенообразно расширен и образует ампулу, длина которой составляет 30—40 мм, максимальная ширина — 10 мм. Нижняя часть ампулы суживается и над верхним краем предстательной железы соединяется с выделительным протоком семенного пузырька, образуя ***семявыбрасывающий проток.***

Семявыносящий проток + выделительный проток семенного пузырька = СЕМЯВЫБРАСЫВАЮЩИЙ ПРОТОК.

Функция — проведение сперматозоидов.

Семенные пузырьки (рис. 3.14, н) — парные образования, составляющие часть семявыносящих путей. Располагаются кнаружи от ампулы семявыносящих протоков, над предстательной железой, сзади и сбоку от мочевого пузыря.

Семенные пузырьки имеют вид веретена с бугристой поверхностью размером примерно 5 х 2 х 1 см. В семенных пузырьках различают:

• переднюю и заднюю поверхности;

• верхний и нижний концы.

Нижний конец семенных пузырьков переходит в выделительный проток, который соединяется с семявыносящим протоком и вместе с ним образует ***семявыбрасывающий проток.***

Функции:

• продукция существенной части семенной жидкости (до 75-80% от объема эякулята);

• накопление спермы до семяизвержения;

• обеспечение обменных процессов в сперматозоидах, поддержание их подвижности;

• участие в механизме семяизвержения.

Простата (*предстательная железа,* рис. 3.14, в) - непарный мышечно-железистый орган половой системы мужчины. Располагается под мочевым пузырем, в передненижней части малого таза, между прямой кишкой и лобковым симфизом.

Имеет форму неправильного шара и напоминает каштан, обращенный основанием кверху. Размеры, масса простаты зависят от возраста:

• у новорожденного масса железы в среднем 0,82 г;

• у мужчины в возрасте 20-30 лет - 16-20 г;

• в пожилом возрасте масса простаты уменьшается до 12-15 г;

• средние размеры у половозрелого мужчины - 4 х 3 х 1 см. В норме простата имеет плотноэластическую консистенцию.

В простате различают:

• основание, наклоненное книзу и немного кпереди и сращенное с дном мочевого пузыря;

• переднюю и заднюю поверхности;

• верхушку, образованную закругляющимися передней и задней поверхностями;

• нижнелатеральные поверхности.

Между основанием и задней поверхностью располагается заметная борозда, через которую в железу проникают семявыбрасывающие протоки, открывающиеся в просвет мочеиспускательного канала, проходящего через простату.

Простата состоит из двух долей и соединяющего их перешейка (средней доли). Перешеек слегка вдается в просвет мочевого пузыря, образуя слабовыраженный в молодом возрасте язычок пузыря. В пожилом возрасте язычок может значительно увеличиваться в размерах.

Через простату проходит мочеиспускательный канал, в средней части которого расположено возвышение - ***семенной бугорок***.

При половом возбуждении ***семенной бугорок (холмик) увеличивается в размерах и полно****стью* ***перекрывает просвет*** *мочеиспускательного канала, препятствуя мочеиспусканию и предотвращая попадание эякулята в мочевой пузырь*.

Возрастные изменения простаты

Простата ***новорожденного*** состоит Преимущественно из гладкой мышечной и соединительной ткани, железки слабо развиты. До 2-х лет орган мало изменяется.

В ***младшем школьном возрасте*** простата начинает расти, вырабатывать специфический секрет, однако наиболее заметный ее рост происходит в периоде ***полового созревания***, когда протоки железы начинают ветвиться, секреция усиливается, что связано с развитием половых желез, к окончанию периода полового созревания открываются ранее слепые выводные протоки простатических железок.

К периоду половой зрелости простата становится плотной, **в *среднем возрасте*** простатические железки начинают атрофироваться.

К ***пожилому возрасту*** простатические железки почти полностью замещаются соединительной тканью, которая нередко разрастается, что приводит к увеличению предстательной железы.

Регуляция деятельности простаты происходит под влиянием нервной и эндокринной ***систем.***

Функции простаты:

• наряду с гипофизом поддерживает сперматогенез;

• обеспечивает транспортировку сперматозоидов по семявыносящему протоку и семяизвержение;

• участвует в формировании полового влечения и оргазма;

• обладает инкреторной функцией - продуцирует простагландины и другие биологически активные вещества;

• обладает экскреторной функцией - выделяет секрет, под воздействием которого сперматозоиды приобретают подвижность; кроме того, секрет разжижает сперму и способствует ее выделению.

Луковично-уретральные (бульбоуретральные, куперовы) железы - парный орган округлой формы.

Железы расположены между пучками мышц промежности у слепого конца луковицы полового члена. Имеют тонкий выводной проток, длиной 3-5 см, который оканчивается щелеобразным отверстием в мочеиспускательном канате. Железы продуцируют вязкий секрет, предохроняюший слизистую оболочку мочеиспускательного канала от раздражающего действия мочи. Кроме того, смешиваясь с секретом простаты и семеных пузырьков, секрет куперовых желез способствует разжижению спермы, повышению жизнеспособности и активности сперматозоидов.

Семенной канатик — парное анатомическое образования расположенное в паховом канале и подвешивающее яичко. Начинается от верхнего конца яичка и тянется до глубокого пахового кольца.

Т 3.2.11 Мужские половые гормоны, их биологическое действие на организм.

Мужские половые гормоны или андрогены вырабатываются половыми железами внутренней секреции и обеспечивают формирование у человека мужских половых признаков.

Все андрогены относятся к стероидными гормонами.

К **основным мужским гормонам** относятся андростендион, дигидротестостерон и широко известный тестостерон. Мужские половые гормоны в определенных количествах вырабатываются как у мужчин, так и у женщин.

Но, как правило, в меньших количествах. У женщин преобладают женские гормоны — эстрогены. Андрогены вырабатываются у мужчин в яичках и надпочечниках, у женщин в яичниках и надпочечниках.

Контроль над выработкой мужских гормонов осуществляется с помощью гормонов гипоталамуса — ЛГ гормона (лютеинизирующего гормона) и в меньшей степени ФСГ гормона (фолликулостимулирующего гормона). Гипоталамус наряду с гипофизом являются основными регулирующими железами эндокринной системы человека.

Мужские гормоны обеспечивают становление мужских половых признаков и поддержание репродуктивной функций организма:

- развитие мужских вторичных половых признаков — оволосение на лице и теле по мужскому типу понижение и огрубление голоса, усиление секреции потовых желез, в период полового созревания увеличение размеров полового члена и яичек.
- действуют на развитие мышц и рост всего тела, увеличение мышечной массы и силы, формирование мужского типа лица и скелета.
- проявление нормального полового влечения (либидо).
- способствуют увеличению отложения подкожного жира на животе и уменьшение на бедрах, груди, ягодицах.
- делают человека менее восприимчивым к боли, повышают человеческие амбиции, уверенность в себе, подчеркивают поведенческую независимость и индивидуальность

Т 3.2.12 Сперматогенез, потенция, фертильность.

Сперматогенез и его регуляция

Сперматогенез — сложный циклический ***процесс*** клеточных превращений, ***в результате которого в извитых семенных канальцах происходит образование и созревание сперматозоидов***, способных к оплодотворению.

Внутренняя поверхность мембран извитых канальцев выстлана двумя видами клеток:

- первичными половыми клетками, или сперматогониями;
- эпителиальными клетками, или поддерживающими клетками Сертоли.

Сперматогонии - это круглые клетки с овальным ядром, богатым хроматином. Они лежат рядом с поддерживающими клетками на их расширенных ножках.

Из сперматогонии в результате многократных делении ***образуются сперматоциты первого порядка***, которые покидают слой сперматогонии и передвигаются к просвету канальца. *Из сперматоцитов первого порядка в результате деления образуются* ***сперматоциты второго порядка***, или вторичные сперматоциты, *из которых в свою очередь формируются* ***сперматиды,*** являющиеся непосредственными предшественниками сперматозоидов. Они содержат гаплоидный набор хромосом, включающий 22 аутосомы и одну половую X- или Y-хромосому. *После сложных процессов роста и дифференцировки сперматиды развиваются* ***в сперматозоиды.***

Вэтом процессе им помогают поддерживающие клетки Сертоли, которые создают условия для нормального протекания процесса сперматогенеза.

В процессе сперматогенеза в норме содержится около 17% сперматогониев, до 30% сперматоцитов и примерно 50% сперматид.

Время полного развития сперматозоида из сперматогония составляет 72—74 дня.

Строение сперматозоида

Зрелый сперматозоид состоит ***из головки, шейки и хвоста, или жгутика,*** заканчивающегося тонкой концевой нитью или их пучком. Внешне он напоминает головастика или булавку.

Регуляция сперматогенеза

Сперматогенез начинается в период полового созревания и продолжается в течение всей жизни — до глубокой старости.

Процесс сперматогенеза ***регулируется гипоталамо-гипофизарно системой*** и, в первую очередь, передней долей гипофиза: в ответ на секрецию гипоталамусом гонадотропин-рилизинг фактора (ГТРФ) вырабатываются гонадотропные гормоны — лютеинизирующий (ЛГ) и фолликулостимулирующий (ФСГ).

Фолликулостимулирующий гормон оказывает стимулирующее действие на сперматогенный эпителий, а лютеинизирующий гормон, стимулирующий интерстициальные клетки, способствует выработке тестостерона. Снижение выработки гонадотропных гормонов приводи к прекращению сперматогенеза.

Потенция (лат. — возможность), в медицине — способность организма к половому акту. В сексологии термин потенция обычно относится к мужской сексуальности.

Таким образом, потенция определяет сексуальные возможности мужчины и в некоторой степени характеризуется напряженностью полового члена, скоростью появления эрекции, продолжительностью полового акта и нормальным его протеканием, а в широком смысле — самой возможностью вести нормальную половую жизнь

Фертильность (лат. fertilis — «плодородный, плодовитый») — способность половозрелого организма производить жизнеспособное потомство.

Плодовитость — это биологическая способность женщины, мужчины, брачной пары к зачатию и рождению определенного числа детей (зависит от генетических факторов, состояния здоровья, сочетания физиологической совместимости супругов).

Коэффициент общей плодовитости представляет собой число родившихся живыми детей, приходящееся на 1000 женщин этого возраста, а коэффициент брачной плодовитости - число родившихся, приходящееся на 1000 женщин фертильного возраста, состоящих в браке.

Коэффициент плодовитости рассчитывают по следующей формуле:

П = общее число родившихся в течение года/ среднегодовая численность женского населения фертильного возраста (15-49 лет) х 1000.

Т 3.2.13 Влияние факторов внешней среды на половые железы.

На сперматогенез могут оказывать ***неблагоприятное воздействие***:

- многие факторы внешней среды (экологическое неблагополучие,

радиация),

- генетические поражения,
- острые и хронические воспалительные заболевания яичка, в том числе в результате болезней, передающихся половым путем,
- эндокринные и нейрогормональные болезни,
- хронические интоксикации, как связанные с работой на вредных производствах, так и вследствие вредных привычек (алкоголизм, наркомании, табакокурение).

При этом происходит дезорганизация сперматогенного эпителия, сперматогенез останавливается на различных стадиях, сперматозоиды не образуются, что является причиной мужского бесплодия.

Т 3.2.14 Формирование полового влечения, его формы.

Если этапы психосексуального развития (половое самосознание и полоролевое поведение), относящиеся к возрасту до 12-13 лет протекают на относительно спокойном гормональном фоне, то этап психосексуальных ориентаций охватывающий пубертатный и переходной период, характеризуется максимальным гормональным функционированием. На этом этапе проходит становление половое влечение (либидо), в котором условно выделяют 3 стадии: формирование платонического, эротического и сексуального либидо.

I— стадия формирования платонического либидо:

1) обожание, платонические фантазии;

2) реализация платонических фантазий — ухаживание, платоническое общение, «дружба».

II— стадия формирования эротического либидо:

1) эротические фантазии;

2) эротические ласки и игры (петтинг).

III— стадия формирования сексуального либидо:

1) сексуальные фантазии;

2) начало половой жизни, сочетание сексуальных эксцессов с периодами абстиненции и мастурбацией/

Т 3.2.15 Половые рефлексы у мужчин и женщин.

Половые рефлексы у женщин

Половое возбуждение у женщин сопровождается рядом изменений наружных и внутренних половых органов и прежде всего увеличением размеров наружных половых органов в результате их усиленного кровоснабжения. В основе этих изменений лежат два механизма.

Первый связан с раздражением рецепторов половых губ, преддверия влагалища, а также промежности и лобка. Среди них особое значение принадлежит клитору, в котором имеется огромное число механорецепторных приборов. Эти рецепторы возбуждаются в результате прямого раздражения при надавливании, например, корнем полового члена на клитор и другие наружные половые органы.

Второй механизм - сугубо психогенного происхождения. Он связан с функцией головного мозга.

Усиленный приток крови к половым губам, клитору, преддверию влагалища возникает в результате возбуждения вазоактивных симпатических волокон, а также сосудорасширяющих парасимпатических эфферентных нейронов крестцовых сегментов спинного мозга. Эрекция клитора, как и полового члена, связана с наполнением кровью его пещеристой ткани.

Спустя примерно полминуты после сенсорного или психогенного полового возбуждения через плоский эпителий влагалища начинается выхождение в его полость слизистой жидкости. Эта жидкость предназначена для облегчения введения полового члена во влагалище, а также способствует адекватному раздражению рецепторов полового члена во время его движения при половом акте.

Выхождение жидкости возникает в результате переполнения стенки влагалища венозной кровью и опосредовано рефлекторными процессами с участием крестцовых парасимпатических и грудопоясничных симпатических механизмов.

По мере нарастания полового возбуждения изменяются и размеры матки. Она увеличивается примерно на 50%.

При сильном рефлекторном или психогенном половом возбуждении большие половые губы истончаются и, наполняясь венозной кровью, расходятся в стороны, обнажая малые половые губы. В это же время из-за интенсивного притока крови величина малых половых губ возрастает в 2-3 раза, так что они выпячиваются за пределы больших половых губ, значительно удлиняя тем самым канал влагалища.

По мере возрастания возбуждения аналогичные изменения возникают и в клиторе. Набухая, он увеличивается. Эта ретракция клитора сопровождается и его подтягиванием вперед к лобковому симфизу.

Половые рефлексы у мужчин

Эрекция у мужчин — это прилив крови к половому члену. При этом член увеличивается в объёме увеличивается в 2-3раза, а в длину на 5-8 сантиметров. Сексологи доказали, что чем меньше половой член в спокойном состоянии, тем больше процент увеличения при эрекции.

Эре́кция (от лат. erectus — стоящий вертикально) и это действительно так, при эрекции половой член поднимается и прижимается к брюшной стенке.

После эрекции у мужчины должна случиться эякуляция.

Эякуляция — выделение семенной жидкости из мочеиспускательного канала у мужчин при половом сношении или заменяющих его формах половой активности (мастурбация, минет, петтинг, поллюции и др.).

Количество спермы, выделяющейся при семяизвержении очень разниться, и это зависит от огромного количества факторов, составляет от 2 до 25мл.

Оргазм. Оргазм представляет собой ощущение полового наслаждения в момент завершения полового акта, охватывающее в целом весь организм. Биологическое значение оргазма состоит прежде всего в том, что он является побудительным фактором к совершению нормального полового акта с целью зачатия новой жизни и продления вида.

У мужчин и женщин время наступления и формы проявления оргазма разнообразны и индивидуальны. Это зависит от физического и нервно-психического состояния, интенсивности полового влечения и темперамента, образа жизни, возраста, ситуации и других факторов. У мужчин половой акт обычно завершается оргазмом.

В отличие от мужчин женщины во время полового акта могут многократно испытывать оргазм. Если оргазм не наступает, то стадия спада длится у женщин дольше. Отсутствие оргазма у женщин не препятствует зачатию. После оргазма наступает спад половой возбудимости, восстановление которой происходит в разные сроки в зависимости от индивидуальных особенностей личности.

Т 3.2.16 Наиболее частые формы сексуальных нарушений.

Цикл сексуальных реакций человека состоит из трех ***фаз: влечение, возбуждение и оргазм.***

Сексуальные нарушения - это состояния, при которых нарушаются обычные физические реакции сексуальной функции. Основными сексуальными нарушениями у женщин являются следующие заболевания:

- фригидность (как отсутствие сексуального влечения и возбуждения);
- аноргазмия (отсутствие оргазмической разрядки при сексуальном контакте);
- вагинизм (рефлекторное судорожное сокращение мышц преддверия влагалища, возникающее при попытке полового проникновения).

Соответствующими сексуальными нарушениями у мужчин являются:

- эректильная дисфункция;
- преждевременное семяизвержение;
- синдром суженного либидо.

Причины сексуальных нарушений

Причины могут иметь органический характер, например: болезнь или травма половых органов, употребление наркотиков, алкоголя. Помимо этого, причины сексуальных нарушений часто кроются в психосоциальной сфере:

- психологические;
- культуральные;
- межличностные отношения;
- психические болезни.

Т 3.2.17 Роль медицинского работника в оказании консультативной помощи по вопросам укрепления репродуктивного здоровья.

Медиками проводится серьезная **профилактическая** работа по вопросам

укрепления репродуктивного здоровья.

Ее основные направления:

1. Контроль за состоянием здоровья девочек, девушек и женщин, профилактика и лечение заболеваний у них.
2. Планирование семьи и использование современных средств контрацепции.
3. Предупреждение абортов.
4. Отказ от вредных привычек и пропаганда здорового образа жизни.
5. Физическое воспитание детей и подростков.

Теоретическое занятие № 14.
«Принципы сохранения здоровья в зрелом возрасте. Проблемы»

Т 3.2.18 Универсальные потребности человека зрелого возраста, способы их удовлетворения.

Основные потребности и деятельность среднего медицинского персонала при работе с лицами зрелого возраста

Поскольку период зрелого возраста имеет значительную протяженность во времени, деятельность фельдшера (медицинской сестры) может быть несколько различной в различные промежутки этого периода, однако общая направленность на сохранение здоровья взрослого человека сохраняется.

В этом возрастном периоде основные потребности удовлетворяются человеком самостоятельно, без вмешательств окружения, но многим людям необходимы квалифицированные советы по поддержанию оптимального функционирования организма (см. таблица).

Потребность	Способ удовлетворения	Направления сестринской деятельности
1. Дыхание	Обеспечивается естественным путем; ЧДД 16—18 в 1 минуту	Советы о необходимости прогулок на свежем воздухе
2. Потребление жидкости	Самостоятельно, до 1,5—2 л в сутки	Советы по обеспечению достаточного поступления жидкости, контроль за потреблением жидкости
3. Питание	Самостоятельно	Рекомендации по рациональному и адекватному питанию
4. Физиологические оправления	Самостоятельно	Рекомендации по контролю за регулярностью дефекаций, в связи с этим советы по питанию
5. Личная гигиена	Самостоятельно	Рекомендации по ежедневному приему душа, при необходимости — чаще
6. Активная деятельность (движения и отдых)	Самостоятельно	Рекомендации по режиму дня и двигательной активности. Составление совместно с пациентом

		программы физических упражнений (прогулки на свежем воздухе, езда на велосипеде, плавание, занятия на велотренажере, занятия аэробикой)
7. Сон	Сон не менее 8—9 часов, возможен дневной сон	Рекомендации по режиму дня
8. Сексуальная активность	Сохраняется, у женщин несколько увеличивается	Советы по безопасному сексу, рекомендации по планированию семьи
9. Поддержание безопасной среды	Поддерживается самостоятельно	Обучение мерам безопасного поведения на улице, дома. Отказ от вредных привычек (табакокурения, токсикомании, употребления алкоголя)
10. Социальные потребности: **а) общение** **б) социальные контакты** **в) стремление к самоутверждению**	Многие расширяют социальные контакты, достигают высокого уровня самореализации; у части людей могут отмечаться неудовлетворение достигнутым, поиск причин неудач в семье или карьере	Рекомендации по сохранению и поддержанию социальных контактов; проявление интереса к различным мероприятиям

В период зрелого возраста в жизни могут возникать **проблемы и со *здоровьем,*** обусловленные многими факторами. У женщин увеличивается вероятность появления гинекологических заболеваний, воспалительных заболеваний мочеполовой системы, гипертонии; у мужчин — заболеваний сердечно-сосудистой, мочеполовой, пищеварительной систем.

При этом необходимо учитывать уровень здоровья конкретных лиц психологические особенности человека, его мотивацию на сохранение и поддержание здоровья, уровень образования, материальной обеспеченности и многое другое.

Главным в работе со здоровым взрослым человеком является профилактика возможных заболеваний, риск развития которых увеличивается с возрастом.

В этом возрастном периоде по-прежнему актуальной остается профилактическая иммунизация населения. Так, в соответствии с национальным календарем прививок взрослым от 18 лет каждые 10лет с момента последней ревакцинации проводится ***ревакцинация против дифтерии, столбняка***, а также вакцинация против ***гепатита «В»*** взрослых от

18 до 55 лет, не привитых ранее, иммунизация против ***краснухи д***евушек 18 до 25 лет и вакцинация против ***гриппа*** определенных контингент населения.

Принципы сохранения здоровья в зрелом возрасте:

1. Поддержание оптимальной массы тела
2. Рациональное и адекватное питание
3. Адекватная физическая нагрузка
4. Оптимальный режим дня
5. Обеспечение безопасной окружающей среды
6. Стрессы и общие принципы преодоления стрессов

Т 3.2.19 Возможные проблемы.

ПРОБЛЕМЫ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Период зрелого возраста является очень протяженным во времени, на него приходится основная часть сознательной жизни человека, большая часть личных и социальных достижений, а также значительная доля ошибок и разочарований.

Проблемы, характерные для этого периода, многообразны и достаточно индивидуализированы, но есть и общие проблемы, в той или иной степени затрагивающие каждого индивидуума.

К таким **проблемам** можно отнести:

• рациональное и адекватное питание;
• поддержание оптимальной массы тела;
• двигательную активность;
• сексуальную активность;
• создание семьи и воспитание детей.

У определенной части людей могут возникать и другие проблемы, связанные, в частности, с вредными привычками, бесплодием, страхом развития тех или иных заболеваний и др.

Некоторые проблемы переходят из более ранних возрастных периодов, другие возникают в определенные периоды зрелого возраста, которые для мужчин и женщин могут не совпадать, другие проблемы, характерные для предыдущих жизненных этапов, не возникают вообще (так, развитие наркоманий в зрелом возрасте менее вероятно).

Одним из критических периодов с точки зрения психологических проблем для женщин является возраст от 20 до 25 лет, когда практически все сознательные и бессознательные действия подчинены выполнению важнейшей для этого периода задачи — созданию семьи и рождению ребенка. Мужчины в этом возрасте больше заняты поиском сексуального партнера.

Следующие «горячие точки» возрастной биографии у женщин и мужчин не совпадают.

Для женщин в определенной мере критическим является возраст около 30 лет, когда происходит значительная психосоматическая перестройка. Их

начинают волновать различные вопросы, связанные с личной и социальной жизнью, женщин могут не устраивать работа, муж, способы и методы воспитания ребенка, возникают сомнения в правильности выбранного жизненного пути, не удовлетворяет собственная внешность и т.д. Это приводит к тому, что в этот период ухудшаются семейные отношения, женщины чаще становятся инициаторами разводов, меняют работу, возникают проблемы со здоровьем; многие из них начинают употреблять алкоголь, курить, заводят любовников, могут вступать в беспорядочные половые связи.

В этот период увеличивается опасность демонстративных и завершенных самоубийств. Такое состояние длится около трех лет и заканчивается затишьем, которое продолжается до следующего критического периода — климактерического.

Для мужчин подобный период наступает несколько позже, в возрасте около 40 лет, проблемы, волнующие их, практически те же, что волновали женщину в 30 лет. В этом возрасте мужчины становятся ипохондричными*, начинают прислушиваться к своему здоровью, их начинают беспокоить проблемы потенции, снижения половой активности, что может быть связано как с достаточно часто возникающими простатитами, так и с закономерной возрастной динамикой сексуального поведения.

Опасения за свое здоровье в этом возрасте имеют под собой реальную основу: нередки случаи внезапной смерти без каких-либо серьезных признаков заболевания, при абсолютно здоровом сердце и здоровых сосудах. Успешная карьера, хорошие взаимоотношения в семье, умение избегать отрицательных стрессов, отказ от вредных привычек позволяют преодолеть кризис среднего возраста.

Одной из самых актуальных проблем, которым уделяется повышенное внимание, особенно в последние 15—20 лет, является **проблема питания,** одинаково значимая практически для всех людей. Характер питания, режим приема пищи существенно влияют на физическое, психическое и сексуальное здоровье человека во все возрастные периоды, являясь одним из факторов, определяющих способность вести полноценную жизнь.

Правильно организованное питание позволяет человеку максимально полно реализовать генетически заложенный потенциал здоровья, предотвратить развитие многих заболеваний и является одним из немногих факторов, которые может регулировать сам человек. Для правильной организации питания необходимо, чтобы оно было рациональным, т.е. обеспечивало потребности организма в нутриентах и балластных веществах, достаточном количестве энергии, содержало весь набор необходимых человеку веществ, и адекватным, т.е. соответствовало потребностям организма в зависимости от индивидуальных особенностей и состояния индивидуума, возраста, пола, вида деятельности, особых периодов жизни.

Так, при беременности увеличивается потребность в белках, с возрастом увеличивается потребность в витаминах, женщины в климактерическом

периоде нуждаются в большем количестве кальция, тяжелая физическая работа требует более калорийной пищи и т.д.

До начала 60-х годов XX в. считалось, что питание должно обеспечить только нормальный рост и развитие организма, поэтому разрабатывались соответствующие диеты. В середине 1960-х годов было замечено, что значительную опасность для здоровья человека представляет переедание, особенно высококалорийных продуктов, способствующее развитию различных заболеваний — сердечно-сосудистых, онкологических, обменных, заболеваний печени и т.д. Было выяснено, что многие из этих заболеваний возникают вследствие чрезмерного употребления жиров, поваренной соли, сахара.

Таким образом, современные представления о рациональном и адекватном питании позволили выработать основные его **принципы,** которые могут быть сведены к следующему:

• рацион питания должен обеспечивать гомеостаз организма, восполнять его энергетические, пластические расходы на основной обмен, рост, восстановительные процессы;

• рацион питания должен содержать необходимый минимум белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных и балластных веществ, жидкости;

• содержание витаминов и минеральных веществ в рационе не должно превышать токсический уровень;

• пища должна быть разнообразной, состоять из продуктов растительного и животного происхождения;

• пища должна содержать минимально необходимое количество рафинированных пищевых продуктов, поваренной соли, животных жиров, богатых насыщенными жирными кислотами;

• рацион питания должен обязательно содержать максимально возможное количество натуральных продуктов;

• пища должна быть безвредной.

Практическое занятие № 12.
«Анатомо – физиологические особенности мужского и женского организма в зрелом возрасте»

Дискуссионное обсуждение особенностей анатомо-физиологического строения зрелого мужского и женского организма и репродуктивной функции человека.

Анатомо-физиологические особенности женского и мужского организма в зрелом возрасте

Вслед за юношеским периодом наступает первый период зрелого возраста, который ***характеризуется относительной стабильностью строения и функционирования всех органов и систем.*** Это период максимального раскрытия способностей человека, период максимального здоровья.

И на первый план выступают половые различия в строении и функционировании органов и систем. Поэтому важно помнить строение, функции, а также некоторые половые отличия здорового взрослого женского и мужского организма (табл. 3.3).

Таблица 3.3. **Сравнительные характеристики некоторых параметров мужского и женского организма**

Параметры	**Относительные размеры организма**	
	мужского	**женского**
Длина тела	больше	меньше
Масса тела	больше	меньше
Туловище	короче	длиннее
Конечности	длиннее	короче
Плечи	шире	уже
Таз	уже	шире
Грудная клетка	длиннее, шире	короче, уже
Живот	короче	длиннее
Мышечная масса	больше	меньше
Подкожная жировая клетчатка	меньше	больше
Кожа	толще	тоньше
Оволосение	больше на лице, туловище, конечностях, обильные на лобке и животе до пупка	меньше, на животе отсутствуют
Сердце	больше	меньше
Легкие	**ЖЕЛ** больше	**ЖЕЛ** меньше
Мозг	меньше (абсолютный размер больше)	больше (абсолютный размер меньше)

Мужской и женский организмы имеют четко выраженные отличия по половым признакам.

Различают **первичные и вторичные половые признаки**.

К первичным половым признакам относится строение половых органов, как наружных, так и внутренних.

Ко вторичным половым признакам относятся характер оволосения, строение гортани, таза, пропорции тела и т.д.

Имеются также некоторые ***особенности в строении внутренних органов, функционировании центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и др.***

Нервная система является одной из систем организма**,** обеспечивающих регуляцию его деятельности:

- она объединяет части организма в единое целое,
- обеспечивает умственную работу,

- через ощущения связывает организм с внешней средой,
- управляет движениями и всеми функциями, включая человеческую сексуальность и репродукцию.

Нервная система делится на: центральный и периферический отделы.

К центральному отделу нервной системы, или центральной нервной системе (ЦНС), относят:

- *головной мозг,*
- *спинной мозг*.

К периферическому — все остальные звенья нервной системы:

- парные спинномозговые и черепные нервы с корешками,
- их ветви,
- нервные окончания,
- нервные узлы, образованные телами нейронов — ганглии.

Кроме того, выделяют ***автономную, или вегетативную нервную систему,*** которая подразделяется на две части: ***симпатическую*** и ***парасимпатическую*** которая иннервирует:

- все внутренние органы,
- сердечно-сосудистую систему,
- железы,
- гладкие мышцы,
- обеспечивает обменные процессы в органах и тканях.

и анимальную, или соматическую нервную систему, которая иннервирует:

- в основном, тело (костно-мышечную систему, кожу),
- а также обеспечивает связь организма с внешней средой.

Половые различия в функционировании нервной системы закладываются еще во внутриутробном периоде.

Известно, что головной мозг человека имеет ***два полушария***, каждое из которых отвечает за выполнение определенных функций, но между ними существуют связи, обеспечивающие единство функционирования обоих полушарий. ***Эти связи у женщин развиты лучше***, вследствие чего они могут задействовать оба полушария, ***что позволяет женщинам*** *быстрее находить решение.*

Кроме того, *левое полушарие*, ***развивается чуть раньше правого и*** *несколько лучше развито у женщин*.

Левое полушарие:

- обеспечивает функцию речи, ее понимание
- обеспечивает выполнение движений и жестов, связанных с языком,
- отвечает также за абстрактное мышление, математические расчеты, интерпретацию символических понятий.

А правое:

- контролирует восприятие формы, пространства, интерпретацию

зрительных образов.

У женщин мышление более обобщенное, а у мужчин — логическое: для принятия решения им нужно пройти ряд последовательных этапов, *но они лучше абстрагируются от посторонних раздражителей* (например, шум время работы).

У женщин лучше развиты и вербальные способности, а у мужчин — пространственные; девочки, как правило, начинают говорить и читать раньше, чем мальчики.

Существуют предположения *о различном восприятии эмоций правым и левым полушарием:* левое отвечает за положительную окраску эмоций, а правое — за отрицательную, поэтому *одни и те же явления мужчинами и женщинами могут восприниматься по-разному*.

Кожа и подкожная жировая клетчатка. В целом строение кожи у мужчин и женщин одинаково, но *у женщин* кожа *тоньше, а* потовые железы *функционируют менее активно.*

Распределение *подкожной жировой клетчатки* у мужчин и женщин различно: *у женщин отмечается преимущественное ее отложение в области молочных желез, бедер и ягодиц,* в то время как *у мужчин — в области живота, талии.*

Волосы *у мужчин, как правило, толще и жестче, рост их наблюдается практически по всему телу (на руках, ногах, груди), оволосение на лобке по мужскому* типу, то есть с распространением на среднюю линию живота, что связано с влиянием андрогенов; у женщин лобковое оволосение ограничено горизонтальной линией.

С особенностями распределения и количеством мышечной и жировой ткани связаны половые различия и в терморегуляции – *женщины лучше сохраняют тепло*.

Костно-мышечная система имеет ярко выраженные половые отличия.

- *Череп* **у мужчин** в связи с большими общими размерами *крупнее, чем у женщин*.
- У *женщин относительно лучше развит мозговой отдел черепа, в то время как у мужчин — лицевой, поэтому черты лица у мужчин грубее***.**
- *Рельеф мужского черепа в связи с более сильным развитием прикрепляющихся к нему мышц выражен отчетливее, чем у женщин.*
- Кроме того, *швы черепа у мужчин начинают зарастать несколько раньше, чем у женщин*.
- ***Скелет*** в целом **у мужчин** *более массивный,* кости *толще и рельефнее, конечности длиннее, а грудная клетка длиннее и шире, чем у женщин.*

Наиболее выраженные отличия между мужчинами и женщинами наблюдаются в строении **таза.**

- ***Женский таз*** *шире и короче, все его размеры и объем больше, а кости тоньше, чем у мужчин.*
- ***Крестец*** *у мужчин более узкий и вогнутый, мыс выдается вперед, а у женщин крестец широкий и уплощенный, мыс выражен меньше.*
- ***Угол*** *соединения нижних ветвей лобковых костей у мужчин острый (70-75°), у женщин — приближается к прямому и даже тупому (90—120°).*
- ***Крылья подвздошной кости и седалищные*** бугры у женщин дальше отстоят друг от друга.
- ***Вход и малый таз*** у женщин шире, чем у мужчин.

Эти особенности строения женского таза связаны с генеративной* функцией женщины, а таз при этом выполняет опорную функцию для внутренних органов, в том числе для беременной матки, и последующих родов, представляя вместе с мягкими тканями родовой канал, по которому рождающийся плод покидает полость таза.

Мышцы развиты в целом лучше у мужчин, выносливость, сила мышц у них выше, однако развитие мышечной системы в определенной мере зависит от профессии, интенсивности занятий физкультурой и спортом.

Дыхательная система. В строении и функционировании органов дыхательной системы также имеются значительные половые различия:

- ***Гортань*** у женщин расположена несколько выше, чем у мужчин, а диаметр ее примерно на 1/3 больше у мужчин.
- ***Пластины щитовидного хряща*** соединяются у мужчин под прямым (или почти прямым) углом, образуя видимый на шее выступ («адамово яблоко»), а у женщин этот **угол** тупой (около 120°).
- ***Трахея*** у женщин также расположена несколько выше, чем у мужчин.
- ***Дыхательная поверхность*** *легких* больше у мужчин, что обусловлено большими общими размерами тела и грудной клетки.
- Это объясняет и большую величину ***жизненной емкости*** легких у мужчин, которая 20-25% выше, чем у женщин.

Отмечаются и ***различия в характере дыхания*** (у женщин наблюдается *грудной, а у мужчин - брюшной тип дыхания*), что обусловлено различной степенью участия диафрагмы в акте дыхания.

В процессе дыхании у мужчин основная роль принадлежит диафрагме и мышцам брюшной стенки, у женщин большее участие в акте дыхания принимают мышцы грудной клетки, но значительно меньшее - диафрагма.

Сердечно-сосудистая система. Размеры *сердца* у здорового взрослого человека соотносятся с размерами его тела, зависят также от физической нагрузки, поэтому у мужчин ***размеры сердца в среднем на 10-15% больше, чем у женщин.*** Масса сердца также больше у мужчин, в среднем она равна 330

г (от 274 до 385 г); у женщин масса сердца составляет и среднем 250 г (от 203 до 302 г).

Весьма важными показателями нормальной работы сердца являются минутный и ударный объем сердца. Эти показатели также имеют половые отличия. Так, ***минутный объем крови***, то есть количество крови, нагнетаемое сердцем в аорту в течение 1 минуты, и ***ударный объем крови*** (объем изгоняемой крови при одном сокращении сердца) **у мужчин выше**, чем у женщин. Кроме пола, на величину этих показателей влияют и другие факторы, в частности, физическая активность, возраст тренированность.

Частота сердечных сокращений у мужчин в среднем на 10- 15% ниже, чем у женщин. Частота сердечных сокращений также зависит от уровня физической активности, тренированности, времени суток, температуры, приема пищи и других факторов. У здоровых людей (как у мужчин, так и у женщин) может наблюдаться ***дыхательная аритмия***, то есть колебания частоты сердечных сокращений в зависимости от вдоха и выдоха.

Артериальное давление, составляющее у здорового человека 100-139/60-89 мм рт. ст., несколько **ниже у женщин**.

Объем циркулирующей крови составляет у мужчин больше, чем у женщин.

Система пищеварения. В целом строение и функции органов пищеварения у мужчин и женщин не отличаются, однако длина пищевода, объем желудка, размеры и масса печени **у женщин несколько меньше**, чем у мужчин.

Система кроветворения. Так, содержание гемоглобина у мужчин составляет 120-160 г/л, эритроцитов - 4-6 10^{12}/л, а у женщин - 110—150г/л и 3,7-4,7 10^{12}/л соответственно.

Мочевая система. Физиологическая емкость ***мочевого пузыря,*** то есть количество мочи, вызывающее позыв к мочеиспусканию, у здорового взрослого человека составляет 200-400 мл, причем у женщин она несколько меньше, чем у мужчин.

Существенные отличия имеет ***мочеиспускательный канал***.

У женщин он короче, длина его 2,5-4 см.

Мужской мочеиспускательный канал несколько сложнее и значительно длиннее: его длина составляет от 16 до 23 см. В нем различают ***три части***:

- *предстательную,* проходящую через предстательную железу;
- *перепончатую,* проходящую через диафрагму газа;
- *губчатую,* находящуюся внутри губчатого тела полового члена.

Таким образом, большинство внутренних органов у мужчин имеют несколько больший объем и массу, чем у женщин, но относительная устойчивость женского организма к воздействию экстремальных факторов несколько выше. Так, голод женщины переносят более стойко, они лучше переносят и боль. Однако физическая работоспособность женщин в среднем на

30-35% ниже, чем у мужчин, именно поэтому женщинам не рекомендуется выполнение работ, связанных с высокими физическими нагрузками.

Половые различия касаются не только анатомических и морфологических особенностей в строении тела, внутренних органов и физиологических функциях, ***но затрагивают и психологические и социальные функции.*** Так, женщинам в большей степени присущи такие черты, как отзывчивость, мягкость, забота о детях, семье и др.

Однако наибольшие отличия, связанные со строением и физиологическими различиями между мужчинами и женщинами, наблюдаются в репродуктивной системе человека.

Выявление проблем, связанных с дефицитом знаний, умений и навыков, в области укрепления здоровья мужчины и женщины.

Обсуждение вопросов полового влечения, полового поведения у мужчин и женщин. Обсуждение сексуальных расстройств и причин их вызывающих. Влияние факторов внешней среды на процесс воспроизводства, показатели фертильности у мужчин и женщин.

Практическое занятие № 13.

«Поддержание оптимальной массы тела. Рациональное и адекватное питание. Адекватная физическая нагрузка. Оптимальный режим дня. Фертильность у мужчин и женщин»

Составление рекомендаций по адекватному и рациональному питанию, двигательной активности, правильному режиму дня.

Рациональное и адекватное питание

Общие рекомендации по рациональному и адекватному питанию могут быть сведены к следующим положениям:

- питаться разнообразно;
- поддерживать идеальную массу;
- избегать жирной пищи, насыщенных жиров и холестерином,
- потреблять пищевые продукты с адекватным содержанием крахмала и пищевых волокон;
- не увлекаться сладким;
- избегать чрезмерного потребления натрия;
- ограничивать себя в алкоголе.

Придерживаться этих общих рекомендаций следует во все возрастные периоды.

Основные принципы рационального и адекватного питания:

- рацион питания должен обеспечивать гомеостаз организма, восполнять его энергетические, пластические расходы на основной обмен, рост, восстановительные процессы;
- рацион питания должен содержать необходимый минимум белков. жиров, углеводов, витаминов, минеральных и балластных веществ, жидкости;

- содержание витаминов и минеральных веществ в рационе не должно превышать токсический уровень;
- пища должна быть разнообразной, состоять из продуктов растительного и животного происхождения;
- пища должна содержать минимально необходимое количество рафинированных пищевых продуктов, поваренной соли, животных жиров, богатых насыщенными жирными кислотами;
- рацион питания должен обязательно содержать максимально возможное количество натуральных продуктов;
- пища должна быть безвредной.

При составлении рациона питания необходимо учитывать характер труда, возраст, пол, профессиональную принадлежность конкретного человека, т.к. суточные энергозатраты и потребность в основных пищевых веществах у представителей разных групп населения различны.

Принято выделять 5 групп интенсивности труда по степени энергозатрат

Группы интенсивности труда по степени энергозатрат.

Группа	**Основные профессии**	**Средние энергозатраты, ккал/сутки**	
		Мужчины (при массе 70 кг)	**Женщины (при массе 60 кг)**
I	***Работники преимущественно умственного труда*** - руководители организаций и предприятий; инженерно-технические работники, труд которых не требует существенной физической активности; медицинские работники (кроме врачей-хирургов, медсестер, санитарок); педагоги, воспитатели, кроме спортивных; научные работники, писатели, работники печатной отрасли, журналисты, студенты; культурно-просветительные работники; работники планирования и учета, секретари и делопроизводители; работники различных категорий, труд которых связан со значительным нервным напряжением (работники пультов управления, диспетчеры и т.д.).	2100-2450 (в среднем 35 ккал/кг массы тела)	1800-2000 (в среднем 35 ккал/кг массы тела)
II	***Работники, занятые преимущественно легким физическим трудом*** - инженерно-технические работники, труд которых связан с некоторыми физическими усилиями; работники, занятые на автоматизированных процессах; работники радиоэлектронной промышленности; швейники; агрономы, зоотехники, ветеринарные работники; медсестры, санитарки; продавцы промышленных товаров; работники сферы обслуживания; работники часовой промышленности; работники связи и телеграфа; инструкторы и преподаватели физкультуры и спорта, тренеры.	2500-2800 (в среднем 40 ккал/кг массы тела)	2100-2200 (в среднем 36 ккал/кг массы тела)

III	***Работники преимущественно среднего по тяжести труда*** - станочники (занятые в металлообработке и деревообработке), слесари, наладчики, настройщики, врачи-хирурги, химики, текстильщики, обувщики, водители различного вида транспорта, работники водного транспорта; работники пищевой промышленности, работники коммунально-бытового обслуживания и общественного питания, продавцы продовольственных товаров; бригадиры тракторных и полеводческих бригад; железнодорожники, водники, работники авто- и электротранспорта; машинисты подъемно-транспортного оборудования; полиграфисты.	2950-3300 (в среднем 45 ккал/кг массы тела)	2600-2800 (в среднем 46 ккал/кг массы
IV	***Работники тяжелого физического труда*** - строительные рабочие, основная масса сельскохозяйственных рабочих и механизаторов; горнорабочие на поверхностных работах; работники нефтяной и газовой промышленности; металлурги и литейщики, кроме лиц, относящихся к 5 группе; работники целлюлозно-бумажной промышленности и деревообрабатывающих производств; стропальщики, такелажники; плотники; работники промышленности строительных материалов, кроме лиц, отнесенных к 5 группе, спортсмены.	3400-3850 (в среднем 52 ккал/кг массы тела)	2850-3050 (в среднем 49 ккал/кг массы тела)
V	***Работники, занятые особо тяжелым трудом*** - горнорабочие, занятые непосредственно на подземных работах; сталевары; вальщики леса и рабочие на разделке древесины, каменщики, бетонщики; землекопы; грузчики; труд которых не механизирован; работники; занятые в производстве строительных материалов; труд которых не механизирован.	3750-4200 (в среднем 57 ккал/кг)	

Наиболее рациональным является четырехразовое питание при распределении потребности в нутриентах и энергии в следующем соотношении: завтрак – 20-25%, второй завтрак или полдник – 10-15%, обед — 40—45%, ужин — 20—25%. Допустимо и трехразовое, но двукратный прием пищи должен быть исключен безусловно. При трехразовом питании 25% калорий должен составлять завтрак, 50%- обед, 25% — ужин. Целесообразно соблюдать и режим питания, т.е. пищу следует принимать в одно и то же время (например, завтрак - в 8-9 часов, второй завтрак — в 12—13 часов, обед — в 16—17 часов, ужин — в 20 часов Режим питания должен быть связан с режимом труда. Так, при работе во вторую смену не следует рекомендовать обильный завтрак, но перед уходом на работу необходимо пообедать, во время перерыва на работе — прием пищи по калорийности и составу основных

ингредиентов должен соответствовать завтраку, а после работы можно рекомендовать легкий ужин. При работе в три смены следует рекомендовать иной режим питания: после работы перед сном, прием пищи не должен быть обильным (калорийность 10—15%), перед уходом на работу — достаточно калорийный ужин (40—45%), ночью, в перерыве на работе — прием пищи, соответствующий завтраку (20-25%).

ВАЖНО ЗАПОМНИТЬ! *Не следует отказываться от приема пищи на работе в ночную смену*.

Адекватная физическая нагрузка

Одним из необходимых условий поддержания здоровья в зрелом возрасте является соблюдение режима двигательной активности, обеспечивающего достаточную для конкретного человека физическую нагрузку

Адекватная физическая нагрузка способствует:

- повышению мышечного тонуса, усилению мышц;
- снижению жировых отложений и поддержанию идеальной массы тела;
- сохранению психического здоровья, уверенности в себе;
- большей устойчивости к стрессам;
- поддержанию физиологических резервов организма на оптимальном уровне;
- достаточной подвижности суставов, прочности связочного аппарата,
- поддержанию обмена веществ на оптимальном уровне;
- оптимальному функционированию всех систем организма;
- сохранению и укреплению физического здоровья в целом.

При выборе тренировочных режимов, выполнении физических упражнений необходимо придерживаться определенных принципов следование, которым позволит избежать травматизации, ухудшения здоровья. К таким принципам можно отнести:

- необходимость разминки в начале занятий;
- определение индивидуального уровня интенсивности тренировки.
- прогрессивное наращивание нагрузки;
- выбор режима занятий;
- необходимость постепенного снижения интенсивности упражнений;
- выбор адекватной одежды и обуви, соответствующей сезону, условиям тренировок.

Для выбора уровня и вида нагрузки при физических упражнениях необходимо определение физической формы, функциональных возможностей человека.

Не существует стандартного определения хорошей физической формы, тем не менее можно говорить о ее составляющих**. К элементам физической формы относятся:**

- функциональная выносливость, то есть способность выдерживать в течение длительного времени умеренную физическую нагрузку.

Функциональная выносливость является показателем эффективности функционирования сердечно-сосудистой и дыхательной систем;

- мышечная сила и мышечная выносливость, характеризующие способность мышечной системы к выполнению в течение длительного времени определенной работы по поднятию, перемещению тяжестей или выполнению статической нагрузки;
- гибкость, то есть способность суставов обеспечивать максимальную амплитуду движений, характерных для данного сустава;
- поддержание идеальной массы тела.

Для поддержания хорошей физической формы можно использовать различные упражнения. Существуют три большие категории физически упражнений:

- упражнения на преодоление сопротивления (силовые);
- упражнения, направленные на тренировку сердечно-сосудистой системы;
- упражнения, направленные на улучшение гибкости.

Кроме того, можно выделить аэробные и анаэробные упражнения.

Каждый тип упражнений оказывает свое положительное влияние на организм, но оптимальным является сочетание упражнений из всех категорий, что обеспечивает наиболее сбалансированную программу физических нагрузок и наилучшие результаты.

Каждая категория физических упражнений имеет достаточно большое количество разных вариантов, однако при выборе тренировочной программы следует учитывать возраст, уровень здоровья, степень тренированности, интересы человека, доступность тех или иных тренажеров, оборудования, их стоимость.

Наиболее целесообразными являются аэробные упражнения, которые требуют большого количества кислорода, позволяющего эффективно извлекать энергию из глюкозы и образовывать АТФ.

К наилучшим оздоровительным аэробным упражнениям относятся:

- ходьба;
- медленный бег;
- плавание;
- - велосипеде;

Хорошим тренирующим эффектом обладают:

- - катание на коньках (со скоростью до 14 км/час);
- - спокойная верховая езда;
- - быстрые и бальные танцы;
- ритмическая гимнастика;
- - настольный теннис (в соревновательном режиме);
- игра в баскетбол;
- - игра в волейбол;
- игра в бадминтон;

• гребля (скорость движения лодки до 6,5 км/час);
• активная лечебная гимнастика;
• активные работы в саду или по дому, уборка квартиры;
• подъем домой по лестнице вместо лифта.

При выполнении физических упражнений важным является соблюдение принципов безопасности, а также правильный выбор одежам и обуви, позволяющий избегать спортивных травм.

Одежда для тренировок должна:
• быть удобной;
• быть свободной;
• быть практичной;
• быть безопасной;
• соответствовать сезону и гигиеническим требованиям

Особое внимание следует уделять правильному подбору обуви. При выборе обуви для занятий тем или иным видом физических следует учитывать все ее характеристики.

Обувь для ходьбы должна:
• быть легкой и гибкой;
• иметь толстую подошву и изогнутое основание;
• быть достаточно свободной, не сдавливающей пальцы при ходьбе
• иметь устойчивый каблук;
• быть изготовлена из материала, пропускающего воздух.

Обувь для бега должна иметь:
• достаточно толстый слой под сводом стопы;
• жесткую внутреннюю подошву;
• достаточно твердый задник с мягкой выстилкой;
• чуть возвышающийся каблук;
• достаточно просторную переднюю часть.

Обувь для спортивных игр должна:
• обеспечивать хорошую опору для пальцев;
• иметь слегка возвышающийся каблук;
• иметь длинную горловину для высокой шнуровки;
• иметь прочные боковые поверхности;
• иметь достаточно просторную переднюю часть;
• быть снабжена мягкой стелькой.

Оптимальный режим дня

Большое значение для сохранения здоровья в любом возрасте, в том числе и в зрелом, имеет умение рационально распределить время, т.с правильно формировать режим дня.

Режим дня во многом определяется полом, тем, как распределяются домашние обязанности, профессией, трудовым ритмом, индивидуальными

привычками. Однако в течение суток можно выделить основные виды деятельности практически любого человека.

К таким видам деятельности можно отнести:

- работу (учебу) вне дома - включая дорогу до места работы (учебы) и обратно;
- работу по дому (приготовление пищи, уборка помещения, стирка, глажение белья, покупки, уход за детьми, помощь другим членам и т.п.);
- уход за собой (личная гигиена, макияж и т.д.);
- сон,
- свободное время (досуговое).

Среди них можно выделить виды деятельности, затраты на которые являются относительно стабильными и фиксированными. Так, оптимальным для большинства здоровых людей является 8-часовой сон; ежедневно каждому человеку необходимо уделять минимум 30 минут на физические упражнения, около 30 минут - на уход за собой; в условиях большого города на работу вне дома необходимо затратить не менее 11 часов. Таким образом, около 20 часов в сутки являются лимитированными. Оставшиеся 4 часа распределяются между свободным временем и работой по дому: их соотношение зависит от состава семьи, наличия детей, их возраста, состояния здоровья и других факторов. В связи с этим является целесообразным изучение затрат времени на выполнение различных видов деятельности в течение суток и правильное распределение времени между этими видами деятельности.

Обучение принципам создания безопасной окружающей среды, принципам здорового образа жизни.

Безопасность при выполнении физических упражнений предусматривает:

- правильный выбор места для занятий;
- выбор адекватных программ физической нагрузки;
- правильное выполнение упражнений;
- контроль самочувствия и физического состояния.

Правильное выполнение упражнений ***предусматривает избегание***:

- чрезмерного сгибания суставов;
- сильного сгибания спины или шеи;
- резких поворотов и сгибаний;
- резких движений во время разминки и растяжки;
- слишком интенсивных прыжков;
- быстрых взмахов руками и ногами;
- невнимательного отношения к поддержанию равновесия.

На фундаментальную потребность, связанную с поддержанием безопасной окружающей среды, оказывают влияние биологические, психологические, социо-культурные и политико-экономические факторы.

I. ***Биологические факторы*** (анатомические и физиологические) активно включаются в повседневную жизнь для поддержания безопасности, особенно если она связана с приемом пищи и жидкости. Внешнюю угрозу для безопасности человек определяет с помощью зрения, слуха, прикосновения, обоняния и ощущением вкуса.

Любое ослабление восприятия с помощью этих органов чувств делает человека более беззащитным в окружающем мире, и, следовательно, с большей вероятностью может произойти несчастный случай.

Немощный человек преклонного возраста или человек, страдающий тем или иным заболеванием, или с физическими недостатками при определенных обстоятельствах просто физически неспособен избежать несчастного случая.

Но в то же время у каждого существуют внутренние (резервные) возможности, помогающие поддерживать безопасную окружающую среду.

Так, у человека два глаза, два уха, две почки; кости черепа защищают головной мозг, а позвоночник — спинной; грудная клетка защищает сердце и легкие; неповрежденная кожа защищает внутреннюю среду человека от множества потенциально опасных внешних факторов; миндалины позволяют «улавливать» болезнетворные микробы; благодаря рефлекторной дуге рука мгновенно отодвигается от горячего предмета; глаз закрывается, как только в него попадает инородное тело. Глаза защищают также слезы.

Одним из внутренних защитных механизмов является иммунитет, который возникает при многих инфекциях.

II. ***Психологические факторы***. Люди с ослаблением познавательных способностей не в состоянии приобрести достаточные знания и быстро реагировать на угрозу своей безопасности. Испытывая серьезные затруднения в обучении, они становятся зависимыми от других при внешних неблагоприятных условиях и нуждаются в наблюдении и своевременной помощи.

III. ***Отношение самого человека к безопасности*** и предупреждению опасных ситуаций является важным фактором при проведении первичной оценки состояния человека. К сожалению, многие из нас полагают, что несчастные случаи, пожары и инфекционные заболевания происходят с другими и надеются, что с нами ничего подобного не произойдет.

IV. ***Особенности характера и темперамент***а также играют роль при выработке позиции человека по поддержанию безопасной среды. Особое значение имеет оценка настроения человека, поскольку рассерженные люди становятся агрессивными и даже склонными к насилию, а потому могут нанести увечье себе и окружающим.

ТЕМА 3.3.
ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ

Теоретическое занятие № 15.
«Здоровье семьи. Репродуктивное поведение человека»

Т 3.3.1 Понятие семьи.

Семья – это круг лиц, связанных правами и обязанностями, вытекающими из брака, родства, усыновления и призванными способствовать укреплению и развитию семейных отношений.

Под семьей обычно понимают группу родственников, чье родство может быть *кровным* (родители и дети, братья, сестры) и *законным (*муж и жена, отчим и пасынок).

К членам семьи относят: отца, мать, сына, дочь, брата, сестру, дедушку, бабушку. ***К дальнему кругу*** могут быть отнесены дядя, тетя, племянник, двоюродные (кузен) и троюродные братья и сестры.

Семья - важнейший источник социального развития общества. Она воспроизводит главное общественное богатство - человека.

Семья неотъемлемая ячейка общества и невозможно уменьшить ее значения. Для каждого человека семья - начало начал.

Для ***ребёнка*** семья — *это среда, в которой складываются условия его физического, психического, эмоционального и интеллектуального развития.*

Для ***взрослого человека*** семья является *источником удовлетворения ряда его потребностей и малым коллективом*, предъявляющим к нему разнообразные и достаточно сложные требования.

На стадиях жизненного цикла человека последовательно меняются его функции и статус в семье.

Т 3.3.2 Типы, этапы жизненного цикла семьи.

Типы семьи

При комплексном изучении семейной структуры они рассматриваются в комплексном сочетании. С *демографической* точки зрения выделяется несколько типов семьи и её организации.

1. В зависимости от формы брака:

- моногамная семья - состоящая из двух партнёров;
- полигамная семья - один из супругов имеет несколько брачных партнёров (полигиния - одновременное состояние мужчины в браке с несколькими женщинами (брак заключается мужчиной с каждой из женщин отдельно), в шариате есть ограничение количества жён - не более четырёх; полиандрия — одновременное состояние женщины в браке с несколькими мужчинами (встречается редко, например, у народов Тибета, Гавайских островов).

2. В зависимости от пола супругов:

- однополая семья - двое мужчин или две женщины, совместно воспитывающие приёмных детей или детей от предыдущих (гетеросексуальных) браков или без детей;

- разнополая семья.

3. ***В зависимости от количества детей****:*

- бездетная, или инфертильная семья;
- однодетная семья;
- малодетная семья;
- среднедетная семья;
- многодетная семья.

4. В зависимости от состава:

- простая или нуклеарная семья - состоит из одного поколения, представленного родителями (родителем) с детьми или без детей. Нуклеарная семья в современном обществе получила наибольшее распространение. Она может быть:

а) полной - в составе есть оба родителя и, хотя бы, один ребёнок;

б) неполной - семья только из одного родителя с детьми, или семья, состоящая только из родителей без детей.

- сложная или патриархальная - большая семья из нескольких поколений. Она может включать бабушек и дедушек, братьев и их жён, сестёр и их мужей, племянников и племянниц.

5. В зависимости от распределения власти в семье (вопрос лидерства):

- традиционная (патриархальная) - лидирующая роль принадлежит старшему мужчине;
- нетрадиционная - сохраняется традиционная установка на лидерство мужчины, но без достаточных экономических оснований;
- эгалитарная - семья равных, современный тип семьи, где обязанности распределяются справедливо.

6. В зависимости от проживания семьи:

- матрилокальная - молодая семья, проживающая с родителями жены;
- патрилокальная - семья, проживающая совместно с родителями мужа;
- неолокальная - семья проживает отдельно от родителей.

Наследование по отцовской линии означает, что дети берут фамилию отца (в России ещё и отчество) и собственность обычно переходит по мужской линии. Такие семьи называются *патрилинеальные.* Наследование по женской линии означает *матрилинеальность* семьи.

Каждую из категорий семей характеризуют протекающие в ней социально-психологические явления и процессы, присущие ей брачно-семейные отношения, включающие психологические аспекты предметно-практической деятельности, круг общения и его содержание, особенности эмоциональных контактов членов семьи, социально-психологические цели семьи и индивидуально-психологические потребности её членов.

Этапы жизненного цикла семьи

Условно жизненный цикл семьи может быть разделен следующим образом:

1. Период ухаживания.
2. Фаза проживания супругов без детей (или стадия монады).
3. Семья с маленьким ребенком (или стадия триады).
4. Фаза стабилизации или зрелого брака.
5. Фаза, в которой дети постепенно покидают дом.
6. Фаза «пустого гнезда».
7. Фаза, в которой кто-то из партеров остается один после смерти другого.

Каждая фаза жизненного цикла семьи ставит перед ее участниками определенные задачи. Функциональная семья - это та семья, которая успешно справляется с поставленными перед ней внешними и внутренними задачами. Дисфункциональная, соответственно - это та семья, которая с этими задачами не справляется. Обычно в этот момент люди и начинают искать помощи психолога, так как переход на новую фазу - это всегда кризис, и люди не видят возможности приспособления к новой ситуации или даже не принимают ее.

Какие же проблемы и задачи могут возникнуть у семьи на каждом из циклов?

1.Период ухаживания

Чтобы успешно пройти эту фазу молодые люди должны разрешить следующие проблемы: достижение эмоциональной и финансовой независимости от родителей; развитие навыков ухаживания и привлечения партнера; занятие адекватного возрасту статуса. Это - очень важная стадия, как для индивидуального психического развития, так и для развития его будущей семьи.

2.Фаза проживания супругов без детей (или стадия монады)

Это - первый кризис, когда люди начинают жить вместе и должны договориться о том, по каким правилам это будет происходить. Есть правила, которые легко выработать, а некоторые очень трудно. Легче всего выработать внешние правила (кто и когда моет посуду, кто ходит в магазин, кто зарабатывает деньги и т.д.). Труднее выработать правила, связанные с более глубинными вещами.

3.Семья с маленьким ребенком (или стадия триады)

Это очередной кризис, когда меняется вся структура семьи. Было двое, а стало трое. И снова надо договариваться, так как возникли новые обязанности и новые роли. На этом этапе может возникнуть ревность одного из супругов, если он почувствует, что другой партнер больше привязан к ребенку, чем к нему. Может возникнуть проблема самореализации у матери, которая будет ревновать мужа к активному образу жизни, которого она сейчас лишена. Могут возникнуть проблемы взаимодействия с родительскими семьями, так как бабушки и дедушки могут захотеть влиять на то, что происходит в молодой семье.

4.Фаза стабилизации

Обычно эта фаза соответствует кризису середины жизни супругов. Середина жизни, как известно, характеризуется сочетанием больших возможностей с серьезными ограничениями. Вроде люди накопили большой опыт, получили определенный социальный статус, но уже не так просто адаптироваться к изменяющимся экономическим обстоятельствам, трудно что-то менять, приходится «плыть по течению» даже тогда, когда это течение тебе не очень нравится. Еще одним типичным стрессом для семьи является необходимость ухода за престарелыми родителями и переживание их смерти.

5.**Фаза, в которой дети постепенно покидают дом**

Наиболее серьезные кризисы семья переживает тогда, когда кто-то вступает в семью или покидает ее. Родители могут вдруг обнаружить, что им не, о чем говорить друг с другом. Или вдруг обостряются старые разногласия и проблемы, решение которых было отложено из-за рождения детей. В этот период возрастает число разводов.

6.Последние стадии жизненного цикла семьи

Уход на пенсию может сделать проблему пребывания наедине друг с другом еще более острой. Часто в это время возникает проблема ухода за старым супругом. Время идет, один из супругов умирает, и жизненный, цикл семьи завершается. Наступает стадия монады, только на другом возрастном уровне. Мы видим, что каждая стадия развития семьи несет в себе потенциальную угрозу разрыва отношений. Но все ли так плохо? Обязательно ли надо бояться этих кризисов? Надо сказать, что всякий кризис может привести семью, как к распаду, так и к большему укреплению. Ведь, если супруги совместно преодолевают кризис, то их любовь и содружество только возрастают. Главное - не запускать проблемы, активно их решать, не думать, что все «рассосется само собой» и всегда помнить слова Л.Н.Толстого: «Нам всегда кажется, что нас любят за то, что мы хороши. А не догадываемся, что любят нас оттого, что хороши те, кто нас любят».

Наиболее критическими периодами в жизни семьи **являются годы с 3 лет по 7 лет и с 17 по 25 - существования семьи. В первом решающую отрицательную роль могут играть нарушения эмоциональных взаимоотношений и нарастания хозяйственно-бытовых трудностей, ведущих к конфликтным ситуациям. Во втором - отделение детей, появление ощущения «пустоты» жизни, тревожность, ухудшение здоровья.**

Т 3.3.3 Современные тенденции развития семьи в России и в мире.

Современная российская семья значительно отличается от традиционной семьи своей структурой: ***возросло число неполных семей, сократилось количество многопоколенных семей, увеличилась доля однодетных семей.***

Распространенными явлениями стали взаимоотчуждение супругов и рост числа разводов, сожительство без регистрации брака и рост числа рождений детей вне брака, возросли масштабы социального сиротства или сиротства детей при живых родителях.

В настоящий момент наблюдаются следующие явления: повышение численности совместно живущих пар, не вступающих в брак; увеличение числа детей, родившихся вне брака;

- возникновение добрачных связей;
- увеличение числа неполных семей;
- распространение альтернативных типов брака;
- переход от расширенной семьи, в состав которой входило несколько поколений взрослых людей, к семье, состоящей из родителей (родителя) и детей.

Т 3.3.4 Характеристика основных функций семьи.

Функции семьи

1. *Репродуктивная*: биологическое воспроизводство общества.

2. *Регенеративная* – означает наследование статуса, фамилии, имущества, социального положения.

3. *Экономическая:* материальная поддержка несовершеннолетних и нетрудоспособных членов общества.

4. *Социально-статусная:* предоставление определенного социального статуса членам семьи. Воспроизводство социальной структуры.

5. *Эмоциональная:* получение индивидами психологической защиты, эмоциональной поддержки в семье. Удовлетворение потребностей в личном счастье и любви.

6. *Сексуальная:* удовлетворение сексуальных потребностей.

7. *Воспитательная:* поддержание культурной непрерывности общества.

8. *Духовная:* духовное взаимообогащение членов семьи.

9. *Рекреативная:* связана с отдыхом, организацией досуга.

10. *Психотерапевтическая:* позволяет членам семьи удовлетворять потребности в симпатии, уважении, признании, эмоциональной поддержке**.**

Т 3.3.5 Права членов семьи.

Права и обязанности в семейном праве

Заключение брака является правоустанавливающим юридическим фактом, который порождает права и обязанности супругов. Семейное право делит все права и обязанности супругов на две группы - **личные** и **имущественные.**

Под личными правами и обязанностями понимается те, которые затрагивают личные интересы супругов. Личные права не могут быть отменены или ограничены путем заключения соглашения между супругами. Они основываются на общеконституционных правах человека, составляющих государственно-правовой статус личности в Российской Федерации. Конституция РФ (ст. 23) относит к личным правам гражданина также:

- право на неприкосновенность частной жизни;
- право на личную и семейную тайну;
- право на защиту своей чести, достоинства и доброго имени.

В СК РФ выделяются также следующие виды личных прав супругов:

- право на свободный выбор рода занятий, профессии, места пребывания и жительства;
- право на совместное решение вопросов семейной жизни;
- право выбора супругами фамилии.

Семейный кодекс выделяет следующие личные обязанности супругов:

- строить свои отношения в семье на основе взаимоуважения;
- содействовать благополучию и укреплению семьи;
- заботиться о благосостоянии и развитии своих детей.

На законодательном уровне закреплено пять личных прав ребенка:

- право ребенка жить и воспитываться в семье;
- право ребенка на общение с обоими родителями, дедушкой, бабушкой, братьями, сестрами и другими родственниками;
- право ребенка на защиту своих прав и законных интересов;
- право ребенка выражать свое мнение;
- право ребенка на имя, отчество и фамилию.

Нормы СК РФ ***запрещают родителям совершать по отношению к детям следующие действия:***

- причинять вред физическому и психическому здоровью детей;
- причинять вред нравственному развитию ребенка;
- применять способы воспитания, связанные с пренебрежительным, жестоким, грубым, унижающим человеческое достоинство обращением с ребенком;
- наносить оскорбления ребенку;
- применять эксплуатацию детей.

Значение семьи в жизни каждого человека трудно переоценить. Семья дает нам опору, поддержку, тепло, навыки общения, первые уроки любви. Она помогает нам развивать характер, учит преодолевать трудности и т. д. И чем семья благополучнее, чем больше в ней уделяется внимания каждому члену семьи

Т 3.3.6 Значение семьи в жизни человека.

Значение семьи в жизни каждого человека трудно переоценить. Семья дает нам опору, поддержку, тепло, навыки общения, первые уроки любви. Она помогает нам развивать характер, учит преодолевать трудности и т. д.. И чем семья благополучнее, чем больше в ней уделяется внимания каждому члену семьи и малышу в том числе, тем увереннее ребенок будет чувствовать себя в жизни.

Безусловно, самую важную роль в жизни каждого ребенка играют родители. Им дети подражают, на них хотят быть похожими. Однако отцовская и материнская любовь к ребенку не одинакова.

Любовь матери - это безусловная любовь. Мама готова принять своего ребенка любого (хорошего или плохого, здорового и больного и т. д.) и любит его только за то, что он есть. Неспособность матери так любить своего ребенка

негативно сказывается на формировании его чувства собственного достоинства, самосознании ребенка и его способности любить. Особенно пагубно отсутствие безусловной любви матери для девочек. Это формирует ощущение одиночества и неуверенности в отношениях со сверстниками и взрослыми. Также результатом недостаточной любви в детстве или излишней требовательности матери может стать наличие загаженной самооценки уже у взрослой женщины.

Однако для формирующейся личности не менее, а возможно и более губительна и чрезмерная любовь матери, самопожертвование. Те девочки, чьи мамы жертвуют личной жизнью ради них, вырастут либо эгоистками, не способными любить, либо зависимыми и несамостоятельными. В любом случае, ни то, ни другое не будет способствовать их счастливой и успешной жизни.

Любовь отца не такая безусловная как материнская любовь, она более требовательна, однако не менее необходимая для развития ребенка. К маме ребенок приходит, чтобы его пожалели, поделиться с ней своими печалями и радостями. А с отцом он делится своими достижениями, ждет от него похвалы и одобрения, обращается за защитой. Для девочки папа также крайне важен, она ориентируется на его мнение в оценке ее женских качеств. Таким образом, женский характер в детском возрасте формируется благодаря двум составляющим - примеру матери и оценке отца.

И так, отношения ребенка с мамой основываются на чувствах, а отношения с отцом — на поступках. Однако это не означает, что папа не может любить ребенка просто так или, что мама не должна давать оценку его достижениям и поступкам. Довольно непросто разобраться в сложных отношениях детей и родителей. Можно только определить, что результатом любви родителей является ощущение ребенком чувства собственного достоинства, семейной близости, желания быть похожим на них.

Для формирования и развития личности ребенка важную роль играют не только его отношения с родителями, но и то, как родители относятся друг к другу, так как именно в детстве формируется модель будущей семейной жизни. Глядя на отношение родителей друг к другу, девочка создает идеальную модель собственной будущей семьи. Уже с раннего детства она знает, что в семье должна делать женщина, а что мужчина, как родители должны относиться к своим детям. Безусловно, со временем эта идеальная модель будет изменяться, но меняться будут лишь некоторые ее черты, а суть останется прежней. Интересен тот факт, что довольно часто девочки, которые выросли в благополучных семьях, выходят замуж за мужчин похожих на их отцов, причем не только по характеру, но и внешне.

В настоящее время под словом «семья» совсем не обязательно подразумевается наличие мамы, папы и детей. Сегодня растет число «неполных» семей, то есть с одним родителем (мамой или папой). У детей, которые выросли в таких семьях, могут возникнуть определенные проблемы в будущей семейной жизни и отношениях с противоположным полом. Кроме

того, это может наложить отпечаток на развитие личности ребенка и вызвать некоторые особенности в его характере.

Одиноким родителям приходится выступать в роли кормильца, воспитателя и домохозяйки одновременно. Они сильнее переживают из-за неприятностей, случающихся у ребенка, чаще испытывают материальные трудности - все это, конечно же, не способствует созданию оптимальных условий для его воспитания. Большинство неполных семей в нашей стране состоят из мамы и ребенка, а одинокие отцы - довольно редкое явление.

Раньше считалось, что мальчики страдают больше из-за отсутствия в семье отца, чем девочки. Однако последние исследования показывают, что девочки, выросшие без отца, испытывают определенные трудности в общении с противоположным полом, некоторые чувствуют себя дискомфортно в присутствии мужчин. Девочкам, лишившимся папы в подростковом возрасте (из-за развода) иногда становится свойственна агрессивность, неразборчивость в сексуальных связях.

Дети, которые растут только с одним из родителей, не видят отношений между мужчиной и женщиной внутри семьи и это искажает их представления о семейной жизни.

Ребенок получает дополнительные психические травмы, когда родители расходятся и начинают делить ребенка, позволяя себе нелестно отзываться друг о друге в его присутствии. Малыш в этой ситуации не может сделать выбор между мамой и папой и иногда винит себя в случившемся (в разводе родителей).

В воспитании ребенка родители дополняют друг друга, каждый из них имеет свою индивидуальность. И когда ребенок теряет одного из них, то первому приходится брать на себя функции второго. Конечно, это создает некоторые сложности в отношениях с ребенком, но жизнь показывает, что многие мамы справляются с отведенной им ролью. К тому же практика показывает, что дети, которые росли только с мамой, намного лучше приспособлены к жизни, чем те дети, которые росли в полной семье в атмосфере ненависти между родителями. Поэтому если выбирать между воспитанием в полной, но конфликтной семье и неполной, то неполная семья, безусловно, будет меньшим злом.

Приемная семья, лучший способ помочь покинутому ребенку, сделать его счастливым, отдав ему свою любовь и заботу.

Т 3.3.7 Возможные медико-социальные проблемы семьи.

К числу медико-социальных проблем, находящихся в компетенции медицинской сестры, можно отнести:

- вопросы сохранения и укрепления здоровья членов семьи;
- организацию ухода за новорожденными и грудными детьми;
- профилактику алкоголизма, токсикомании и наркоманий;
- половое воспитание детей и подростков;

- организацию адекватного и рационального питания членов семьи;
- вопросы адекватной физической активности;
- организацию безопасной окружающей среды для членов семьи в зависимости от возраста ее членов;
- некоторые вопросы планирования семьи;
- целый ряд других, в том числе связанных с нарушением здоровья.

Т 3.3.8 Планирование беременности.

Не менее важным направлением планирования семьи является предупреждение нежелательной беременности, а, следовательно - профилактика абортов, снижении гинекологической заболеваемости и материнской смертности.

Сестринский персонал должен иметь высокий общеобразовательный и специальный уровень подготовки. Одно из направлений деятельности - просветительская программа, призванная помочь молодым людям подготовиться к семейной жизни, сориентировать их в вопросах планирования семьи. Специалисты помогут молодым супругам наладить взаимоотношения между собой, подготовить к предстоящему рождению ребенка, объяснят, как вести себя на этапах беременности, родов и послеродового периода. Здоровье будущего ребенка зависит от многих причин: наследственность, состояние здоровья родителей, факторов окружающей среды, особенностей течения беременности и родов.

Для рождения здорового ребенка необходимо до планового зачатия:

1. Оценить состояние здоровья супругов. Для этого следует **рекомендовать посещение следующих специалистов:**

мужчине:

- уролога;
- андролога;
- эндокринолога;
- иммунолога;

женщине:

- гинеколога;
- гинеколога-эндокринолога;
- терапевта;
- эндокринолога;
- маммолога (особенно при возрасте старше 35 лет);
- инфекциониста;
- офтальмолога (особенно при прогрессирующей близорукости или других проблемах со зрением);

обоим супругам:

- медицинского генетика;

- стоматолога;
- оториноларинголога;

2. Рекомендовать проведение ряда анализов:

- исследование влагалищной микрофлоры;
- исследование на иммунитет к краснухе, токсоплазмозу, вирусу простого герпеса, цитомегаловирусу;
- общий анализ крови и мочи (обоим супругам);
- определение группы крови и резус-фактора (обоим супругам);
- обследование на заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), включая сифилис, гонорею, трихомониаз, ВИЧ, гепатит, хламидиоз, микоплазмоз (обоим супругам);
- другие исследования при необходимости (определение глюкозы в крови, маммография и др.);

3. **Отрегулировать массу тела** — нежелателен как избыток, так и недостаток массы тела;

4. Пройти медико-генетическое консультирование.

Медико-генетическое консультирование особенно рекомендовано в случае:

- возраста матери старше 35 лет;
- при рождении ребенка с какими-либо пороками (в анамнезе);
- при наличии у предполагаемых родителей (партнеров) врожденного порока;
- при наличии в семье случаев наследственных заболеваний (синдром Дауна, умственная отсталость, мышечная дистрофия, врожденные пороки сердца и др.);
- каких-либо родственных отношений супругов (партнеров);
- повторяющихся выкидышей (3 и более самопроизвольных выкидыша в анамнезе);

5. **Пройти психологическую подготовку к предстоящей беременности всем членам семьи;**

6. **При наличии профессиональных вредностей** (работа с солями тяжелых металлов, на химическом производстве, с рентгеновским и другими видами излучений, поднятием тяжестей и т.п.) постараться перейти на другую работу или свести к минимуму контакты с вредными факторами производственной среды.

Наиболее благоприятным возрастом супругов для рождения здорового ребенка является возраст от 20 до 35 лет. У женщин в возрасте младше 18 и старше 40 лет повышается вероятность развития различных осложнений во время беременности, рождения ребенка с нарушениями в состоянии здоровья. Это касается и мужчин: в возрасте старше 40 лет увеличивается риск для здоровья будущего ребенка.

Т 3.3.9 Последствия искусственного прерывания беременности. (см. Теоретическое занятие № 17)

Т 3.3.10 Потребность человека в репродукции.

Репродуктивная функция семьи состоит в воспроизводстве жизни, то есть в рождении детей, продолжении человеческого рода. Эта функция включает в себя элементы всех других функций, так как семья участвует не только в количественном, но и в качественном воспроизводстве населения. Это, прежде всего, связано с приобщением нового поколения к научным и культурным достижениям человечества, с поддержанием его здоровья, а также с предотвращением воспроизведения в новых поколениях различного рода биологических аномалий.

Т 3.3.11 Репродуктивное поведение человека, критерии репродуктивного поведения в современных условиях.

Репродуктивное поведение представляет собой «систему действий и отношений, охватывающих все демографические события в жизни человека, такие как: рождаемость, смертность, миграция» и выступает частью демографического поведения.

Репродуктивное поведение – поведение людей, связанное с вопросами рождения детей любой очерёдности, в браке или вне брака.

Можно выделить следующие типы репродуктивного поведения:

1) малодетное – потребность в 1-2 детях;

2) среднедетное – потребность в 3-4 детях;

3) многодетное – потребность в 5 и более детях.

Репродуктивное поведение является частью общего поведения людей и представляет собой их реакцию на внутренние и внешние стимулы.

Критерии репродуктивного поведения человека основаны на ней-рогуморальных и психических симптомокомплексах. В ходе исторического развития изменились биологические потребности человека в сторону их социализации. В прошлые века значительную роль в формировании всего нравственного кодекса, в том числе и норм сексуального поведения, играла религия. По мере постепенного ослабления установленных церковью психогигиенических, зачастую необоснованных, запретов на сексуальное поведение людей сформировалась концепция здоровой половой жизни (ВОЗ, 1975).

Современные критерии полового поведения и формирования семьи основаны на нравственности и вместе с тем, являясь продуктом длительного исторического развития, они меняются с развитием общества. Это определяет структуру семьи, ее функции, в том числе систему половых ролей, критерии брачного подбора и основные модели адаптации супругов.

Концепцией об основных брачных факторах к последним отнесены:

• физический фактор — индивидуальная и глубоко личностная реакция, определяемая внешним обликом;

• материальный — определяется соотнесением вклада партнера в общий материальный вклад семьи;

• культурный — интеллектуально-культурные запросы партнеров;

• сексуальный — соответствие реальной программы интимной жизни сексуальной действительности — один из факторов, наиболее подверженных изменению (в силу возрастных особенностей и состояния здоровья).

Теоретическое занятие № 16.
«Планирование семьи. Контрацепция»

Т 3.3.12 Необходимость реализации государственной программы по планированию семьи для укрепления и охраны здоровья населения, понятие о факторах риска развития заболеваний, влияющих на репродуктивную функцию человека.

В1994годубыла разработана и принята Федеральная (Президентская) **программа «Дети России»,** одним из разделов этой программы является «Планирование семьи».

Планирование семьи — это государственная программа по охране репродуктивного здоровья населения. В 1994 году было открыто 214 центров по планированию семьи. Программа способствовала продвижению на рынок противозачаточных средств, снизилось количество абортов.

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

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

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

Т 3.3.13 Понятие о планировании семьи.

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

Планирование семьи - комплекс медицинских, социальных и юридических мероприятий, направленных на рождение желанных для семьи, здоровых детей, на профилактику абортов, сохранение репродуктивного здоровья, достижения гармонии в браке.

По определению ВОЗ «Планирование семьи» - это обеспечение репродуктивной функции для рождения здоровых и желанных детей.

Планирование семьи актуально для всех цивилизованных стран мира и охватывает охрану репродуктивного здоровья населения, а также связано со здоровьем будущего поколения, сохранением генофонда нации.

Планирование семьи, как и поиск противозачаточных средств, велись уже тысячи лет назад, ведь во все времена необходимость предупреждения беременности была так же сильна, как и потребность в материнстве.

Чуть ли не самый древний след о попытках планирования семьи оставили египтяне в папирусах, написанных 3,5 тысячи лет назад. Там был описан тампон, пропитанный средством, которое предотвращало зачатие. Во времена Гиппократа уже было известно, что в зависимости от менструального цикла существуют благоприятные и неблагоприятные для зачатия дни. Некоторые женщины этим методом регулирования беременности пользуются и сегодня, хотя надежность его весьма низка. Но возможность руководить способностью к зачатию осознанно человек получил только 60 лет назад, когда японец Огино и австриец Кнаус открыли, как происходит оплодотворение. Первый метод регулирования способности к зачатию, основанный на научных наблюдениях, был назван методом Огино-Кнауса или физиологический метод и получил название супружеского календаря.

В наши дни контроль рождаемости - это понятие, известное любому цивилизованному человеку в любой стране. Ребенок в семье - большое счастье, но в наше время дети должны появляться на свет, когда их ждут. Тогда счастливы и родители, и ребенок, и тогда достигается гармония в браке.

Необходимо разумно планировать свою семейную жизнь, как женщине, так и мужчине. С молодых лет надо думать о своем здоровье и чаще обращаться по интимным вопросам к специалистам.

Целями планирования семьи могут быть:

- рождение здорового и желанного ребенка;
- выбор количества детей и сроков их рождения;
- сохранение здоровья женщины как до беременности, во время нее, так и после родов;
- продуманное и эффективное использование различных методов контрацепции;
- достижение гармонии в семейных отношениях, в том числе сексуальных;
- реализация жизненных планов и устремлений. Приоритетным при планировании семьи должно стать планирование
- желаемой беременности, рождение желанных детей.

Т 3.3.14 Структура службы планирования семьи.

В структуру службы планирования семьи в РФ входят:

- центры планирования семьи и репродукции человека
- центры (отделения) патологии беременности
- женские консультации
- медико-генетические консультации
- перинатальные центры

Т 3.3.15 Основные направления работы службы планирования семьи: охрана здоровья подростков, профилактика нежелательной беременности, профилактика ЗППП, помощь при бесплодии.

Основные направления работы службы «Планирование семьи».

•Профилактика нежелательной беременности;

•Борьба с абортами;

•Профилактика инфекций, передающихся половым путем (ИППП) и СПИДа;

•Пропаганда методов контрацепции;

•Половое воспитание и просвещение подростков;

•Пропаганда здорового образа жизни.

В настоящее время в России созданы и функционирую центры планирования семьи и репродукции на федеральном и региональном уровнях. Структурными подразделениями являются кабинеты планирования семьи.

В российской программе планирования семьи большие надежды возлагаются на средний медицинский персонал, на его активную просветительскую и информационную работу с населением и непосредственное обучение методам и средствам контрацепции.

Функции центра планирования семьи:

- консультирование по вопросам планирования семьи;
- подробное информирование пациенток о современных противозачаточных средствах, показаниях и противопоказаниях к их использованию;
- подбор методов контрацепции;
- проведение профилактических гигиенических осмотров и наблюдение за пациентками, применяющими контрацепцию;
- направление на консультацию при затруднении подбора контрацепции, выявлении заболевания или беременности;
- проведение бесед по контрацепции с женщинами после аборта и родильницами;
- проведение работы с подростками по половому воспитанию, пропаганда здорового образа жизни.

Сестринский персонал должен иметь высокий общеобразовательный и специальный уровень подготовки.

Одно из направлений деятельности - просветительская программа, призванная помочь молодым людям подготовиться к семейной жизни, сориентировать их в вопросах планирования семьи. Специалисты помогут молодым супругам наладить взаимоотношения между собой, подготовить к предстоящему рождению ребенка, объяснят, как вести себя на этапах беременности, родов и послеродового периода. Здоровье будущего ребенка зависит от многих причин: наследственность, состояние здоровья родителей, факторов окружающей среды, особенностей течения беременности и родов.

Т 3.3.16 Понятие о факторах риска развития заболеваний репродуктивной системы человека, роль планирования семьи в выявлении и устранении факторов риска.

Факторами риска развития патологии репродуктивной системы являются детские вирусные инфекции, перенесенные в пубертате, хронический тонзиллит и тонзилэктомия в год менархе, аппендицит, ревмокардит, туберкулез, поскольку эти заболевания, поражая центральные и периферические отделы репродуктивной системы, вызывают нарушения менструального цикла и стойкую ановуляцию.

Специалисты выделяют целый список **факторов,** которые могут повлиять на репродуктивное здоровье. Среди них:

- аборты;
- вредные привычки;
- заболевания передающиеся половым путём (ЗППП);
- неправильное питание;
- возраст;
- психоэмоциональное состояние;
- экологическая обстановка;
- проблемы со здоровьем.

Такие вредные привычки, как курение, употребление алкоголя и психоактивных веществ оказывают сильное негативное влияние на репродуктивность мужчин и женщин. Никотин, содержащийся в сигарете, — это яд. Он проникает в организм женщины, отравляет плод через плаценту и поражает еще не до конца сформировавшиеся органы. Из-за этого органы и системы детского организма могут развиваться неправильно, что является риском хронических патологий.

Женщинам, планирующим завести ребенка, необходимо отказаться от употребления спиртных напитков. Алкоголь пагубно сказывается на гормональном фоне, яйцеклетки слабеют, от чего женщине становится сложнее зачать. Мужчинам тоже стоит ограничить прием спиртного, так как оно снижает выработку тестостерона и приводит к тому, что сперматозоиды становятся неактивными.

Аборты не проходят бесследно для женского организма: после процедуры возрастает риск самопроизвольного прерывания будущих беременностей. То есть каждый проведенный аборт повышает риск последующих выкидышей. Из-за абортов на матке образуются спайки, из-за которых оплодотворенной яйцеклетке сложнее прикрепиться к ее стенке.

Венерические заболевания тоже негативно сказываются на детородной функции. У женщин они вызывают воспаления органов малого таза, приводят к внематочной беременности, выкидышам и бесплодию. ЗППП негативно влияют на внутриутробное развитие и способны вызвать патологии развития плода. Их опасность в том, что они могут протекать без симптомов (например, хламидиоз).

Человеческий организм в полной мере испытывает влияние окружающей среды, особенно неблагоприятное. Половая система не является исключением — плохая экологическая обстановка может снижать репродуктивность.

Как сохранить репродуктивное здоровье

Для сохранения репродуктивного здоровья нужно соблюдать ряд несложных правил:

- Старайтесь вести правильный (то есть здоровый) образ жизни и откажитесь от алкоголя и табака.
- Помогите организму предупредить гормональный дисбаланс, в том числе с помощью приема биоактивных добавок.
- Занимайтесь спортом, а если сил и времени не хватает, то давайте себе хотя бы минимальные физические нагрузки в домашних условиях. Логика проста: упражнения улучшают кровообращение в целом, во всем организме и в органах малого таза в частности, а это хороший, хоть и косвенный фактор, улучшающий репродуктивные функции. Правильный образ жизни поддерживает здоровье всех органов и систем человеческого организма.
- Соблюдайте правила ведения половой жизни, регулярно сдавайте анализы и следите за здоровьем половой системы.
- Соблюдайте соотношение отдыха и труда, проводите время на природе, старайтесь избегать стрессов и быть в нормальном психоэмоциональном состоянии. В суматохе современной жизни учитесь находить время для спокойного отдыха.
- Только вам решать, когда заводить ребенка, но считается, что оптимальный возраст для зачатия — 25 лет. И помните, что с возрастом детородная функция угасает (у женщин — после 35 лет, у мужчин — после 45).

Т 3.3.17 Методы и формы консультирования по вопросам планирования семьи.

Основные методы работы: санитарно-просветительная и консультативная помощь.

В Центрах работают акушеры-гинекологи, сексологи, сексопатологи, андрологи, психологи.

Центр решает проблемы семьи, сюда может прийти не только женщина, но и семейная пара, подросток, мужчина.

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

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

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

Профилактика нежелательной беременности начинается с разъяснения

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

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

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

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

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

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

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

Общие принципы консультирования и назначения метода контрацепции

Медицинский работник должен:

- изучить анамнез и объективный статус женщины;
- предоставить женщине информацию обо всех имеющихся в настоящее время методах предохранения от беременности;
- предупредить женщину о возможных нежелательных эффектах при применении того или иного контрацептива;
- объяснить, как применять различные виды контрацепции;
- проинформировать о необходимости повторного визита.

Выбирая метод контрацепции необходимо учитывать:

- желание партнеров применять контрацепцию и их отношение к конкретному контрацептиву;
- эффективность метода;
- возможность возникновения осложнений;
- возраст женщины;
- состояние половой системы;
- сопутствующую экстрагенитальную патологию;

- репродуктивный анамнез;
- сексуальное поведение женщины.

Метод контрацепции в каждом конкретном случае рекомендуется и подбирается индивидуально с учетом желания женщины, медицинских показания и противопоказаний.

Т 3.3.18 Принципы контрацепции в зрелом возрасте.

Для защиты от незапланированной беременности используются специальные средства контрацепции. Они делятся на две группы: в первую входят плановые контрацептивы, которые используются до полового контакта, а во вторую – экстренные, действие которых направлено на защиту от беременности после незащищенного секса. В зависимости от особенностей организма, возраста и сексуальной активности, каждая женщина может выбрать из разнообразия видов контрацепции подходящий ей вариант.

Выбирая оптимальный вариант предохранения от нежелательной беременности, женщина должна учесть следующие моменты:

- **Возраст.** Некоторые средства контрацепции (например, прием препаратов на основе левоноргестрела и введение внутриматочной спирали) не рекомендуются девушкам, не достигшим 16 лет. Это требование также особенно актуально для пациенток, находящихся в периоде менопаузы. В связи с особенностями гормонального фона в это время прием гормональных контрацептивов может привести к проблемам со здоровьем.
- **Наличие заболеваний**. При выборе средств контрацепции нужно учитывать, что использование некоторых из них неприемлемо при наличии сопутствующих патологий. Например, установка внутриматочной спирали не разрешена при воспалительных процессах в органах малого таза, аномалиях развития половых органов, а прием монофазных контрацептивов – при сахарном диабете, тромбозах сосудов, мигренях.
- **Актуальности беременности в будущем**. Иногда возможное зачатие способно угрожать жизни пациентки. В таких случаях встает вопрос относительно уместности необратимой хирургической стерилизации.
- **Частота половых контактов**. Если женщина ведет неактивную половую жизнь, ей может быть достаточно использование барьерных методов защиты. Если это 2 и более контактов в неделю, то следует позаботиться о надёжной контрацепции.
- **Общее состояние здоровья**. Имеется в виду наличие/отсутствие в анамнезе внематочной беременности и родов, присутствие физиологически обусловленной аменореи и пр.
- **Реакция организма на тот или иной контрацептив**. В ряде случаев количество и интенсивность побочных эффектов от приема гормонального противозачаточного средства оказываются решающими при выборе средства защиты от нежелательной беременности. Иногда женщине приходится попробовать не один контрацептив, прежде чем она найдет оптимальный вариант.

- **Религиозный и морально-этический аспект**. Некоторые религии негативно относятся к вопросу уместности использования средств защиты от нежелательной беременности. Например, РПЦ и Римско-католическая церковь не признают большинство из них.

Т 3.3.19 Контрацептивные мероприятия у мужчин и женщин.

Контрацепция - предохранение от зачатия.

Медицинские показания к применению контрацепции:

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

***Методы контрацепции*:**

• механический (барьерный);
• химический;
• гормональный;
• ритмический (биологический);
• внутриматочные средства;
• хирургическая стерилизация.

***Требования к контрацептивам*:**

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

Т 3.3.20 Обзор современных методов и средств контрацепции, грамотное использование которых позволяет сохранить репродуктивное здоровье женщины и решить проблему нежелательной беременности; преимущества контрацепции перед искусственным прерыванием нежелательной беременности.

Ритмический (биологический) метод — воздержание от половых сношений в фертильный период (период менструального цикла, в который возможно оплодотворение).

Основное условие эффективности **—** регулярность менструального цикла.

Варианты:

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

-температурный метод — определение сроков фертильного периода путем определения базальной температуры (базальная температура- это t° тела,

измеряемая в прямой кишке, в состоянии полного покоя, сразу после пробуждения и до активного состояния.

В фолликулярную фазу менструального цикла базальная температура<37°С, перед овуляцией базальная температура снижается на 0.1-0.2°С, затем резко поднимается от 0,3 до 1°С, и в лютеиновой фазе температура бывает выше 37°С в течении 8-10 дней).

Преимущества:

-нет необходимости применять механические или химические средства.

Недостатки:

-низкая эффективность;

-невозможность применения при не регулярном менструальном цикле;

-длительные периоды воздержания от сексуальных контактов.

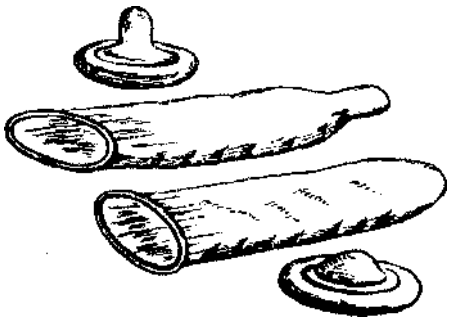
Механический (барьерный метод)

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

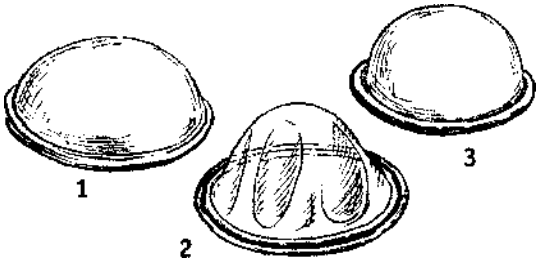
***Различают барьерные контрацептивы*:**

-мужские (презервативы);

-женские (презервативы, диафрагмы, колпачки, контрацептивные губки).



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



Диафрагма - конусообразная полусфера из резины или латекса с пружинящим ободком диаметром от 50 до 95 мм, она перегораживает влагалище, покрывая переднюю стенку влагалища и шейки матки.

Особенно эффективна в сочетании со спермицидными кремами и гелями.

1- винтовой пружиной;

2-плоской пружиной;

3- дугообразная.

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

Химический метод — используют спермициды, которые уничтожают сперматозоиды или снижают их активность и подвижность. Спермициды выпускают в виде гелей, пены, кремов, паст: Фарматекс, контрацептин и др.

В домашних условиях спермицидным эффектом обладают: сок

цитрусовых, слабый раствор уксуса, насыщенные солевые растворы. Однако пользоваться такими средствами не рекомендуется.

Внутриматочные средства (внутриматочная спираль — ВМЦ) считают оптимальным методом контрацепции для рожавших женщин, имеющих одного полового партнера.

Преимущества:

-высокая эффективность;

Осложнения:

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

Гормональный метод

Гормональные котрацептивы являются безопасным и наиболее эффективным методом предупреждения беременности.

Все противозачаточные гормональные препараты представляют собой синтетические аналоги половых гормонов, которые вырабатываются яичниками каждой женщины.

К сожалению, у многих женщин имеется предубеждение против гормональных таблеток. Бытует масса слухов о вреде таблеток для здоровья, о страшных побочных эффектах.

Причиной таких мифов являются сведения о первом поколении гормональных таблеток, у которых действительно было большое количество неблагоприятных эффектов, которые были к тому же сильно преувеличены.

Новое поколение гормональных таблеток безопасно для большинства женщин, более того - у таблеток имеется огромное количество положительных лечебных эффектов. Современные гормональные котрацептивы предохраняют женщину от рака яичников, рака эндометрия, от множества доброкачественных опухолей.

Гормональные оральные котрацептивы представляют собой таблетки, содержащие 2 гормона - эстроген и прогестин в различных сочетаниях, которые близки к естественным половым гормонам, вырабатываемым в яичнике каждой женщины.

Преимущества:

- высокая эффективность;
- немедленный эффект, если начать приём таблеток до 7 дня цикла;
- очень мало факторов риска;
- мало побочных эффектов;
- не влияют на половой акт;
- удобны и легки в применении;
- применение легко прекратить;

- большое количество положительных эффектов.

Недостатки гормональных контрацептивов:

- требует самодисциплины и самоконтроля для ежедневного приёма;
- каждая пропущенная таблетка увеличивает риск наступления беременности;
- необходимо постоянно покупать таблетки;
- возможны (хотя и редко) серьёзные побочные эффекты: инфаркт миокарда, инсульт, тромбоз;
- не защищает от заболеваний, передающихся половым путём;
- после отмены препарата беременность может наступить не сразу, а может и сразу.

Гормональные котрацептивы противопоказаны:

- при беременности;
- при кормлении грудью;
- при заболеваниях печени, ССС, сахарном диабете, раке молочной железы;
- при опухолях печени, гипертонии;
- при активном курении.

Механизм контрацептивного действия

- подавление овуляции или ее предотвращение;
- способствуют сгущению слизи в шейке матки, делая её непроходимой для сперматозоидов;
- изменяют слизистую оболочку матки, делая невозможным прикрепление к ней оплодотворенной яйцеклетки;
- уменьшают двигательную способность сперматозоидов в маточных трубах.

Классификация:

- комбинированные эстроген-гестагенные препараты (одно- и многофазные);
- мини-пили (прогестагены);
- инъекционные (пролонгированные) гормональные контрацептивы;
- подкожные имплантанты;

Монофазные контрацептивы — количество таблеток в упаковке - 21 (диане-35, ригевидон, марвелон), содержат одинаковое количество эстрогена и прогестина.

Многофазные (три-регол, триквилар, синфазе), содержат различные комбинации эстрогена и прогестина.

При использовании гормональных контрацептивов необходимо исключить активное курение.

Необходимо строго соблюдать **режим приема препаратов:** таблетки нужно принимать ежедневно в одно и тоже время в течении 21 или 28 дней, в зависимости от препарата. Если препарат содержит 21 таблетку, тогда приём следует начинать с 1 дня менструации, и выпив 21 таблетку, нужно сделать перерыв в 7 дней. Во время 7-дневного перерыва никак предохраняться не

нужно. Далее начать новую упаковку. Если препарат содержит 28 таблеток, их нужно принимать ежедневно без всяких перерывов.

Если пропущен приём одной таблетки, то принять её нужно как только вспомнили о ней, а следующую - в своё обычное время, даже если это составит 2 таблетки в день.

Если пропущен приём двух таблеток, то примите 2 таблетки незамедлительно, а 2 следующие - на следующий день. В этом случае могут появиться кровянистые выделения из половых путей.

Если пропущен приём трёх таблеток и более, то сразу же воспользуйтесь дополнительным методом предохранения. В дальнейшем необходимо использовать другие способы и методы контрацепции.

При не защищённом половом акте применяется ***экстренная гормональная контрацепция***—ПОСТИНОР: в течении 48 часов после полового акта нужно принять 1 таблетку; через 12 часов нужно принять ещё 1 таблетку (всего принимаются 2 таблетки).

Более 1раза в месяц ПОСТИНОР принимать нельзя, так как могут возникнуть побочные эффекты: кровотечение из половых путей и ли тошнота.

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

Показания:

- период лактации;
- старший репродуктивный возраст;
- наличие противопоказаний к применению эстрагенов;
- ожирение.

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

Подкожные имплантанты (норплант, норплант-2) — длительно действующее и эффективное средство (до 5 лет). Шесть гибких имплантантов из силиконовой резины имплантируют под кожу плеча женщины.

В молодом возрасте чаще применяют Диане-35, Линден- 20, Линден- 30-самый низкодозированный препарат.

В репродуктивном возрасте (после 21 года) лучше применять Регулон, Новинет, а после 42 лет - Фемоден, Жанин.

Добровольная хирургическая стерилизация — наиболее распространенный метод планирования семьи.

Женская стерилизация — создание механического перерыва маточных труб, наиболее оптимален лапароскопический доступ.

Мужская стерилизация — пересечение семявыносящих протоков.

Теоретическое занятие № 17.
«Аборт и его осложнения. Бесплодный брак»

Т 3.3.9 Последствия искусственного прерывания беременности.

Аборт и его осложнения

Аборт – это искусственное прерывание беременности сроком до 22 недель. В настоящее время существует несколько методов, которые применяют в зависимости от срока.

Аборт предусматривает прерывание беременности до 12 недельного срока. В более поздние периоды манипуляции могут проводиться в исключительных случаях по медицинским показаниям.

Классифицируют аборты следующим образом:

- ***Хирургические***. Это распространенное оперативное вмешательство. Метод предполагает удаление эмбриона из матки с помощью кюреточного выскабливания при использовании специальных инструментов. Манипуляции проводят до 12 недельного срока.
- ***Фармацевтические (медикаментозные)***. Это безоперационный способ. Для прерывания беременности применяются специальные лекарственные препараты, которые замедляют прогестеронное воздействие и провоцируют отторжение плода. Процедура может быть эффективной до 6-7-недельного срока.
- ***Вакуумные.*** Это мини-аборты, которые отличаются щадящим воздействием на организм. Они предполагают использование специальных вакуумных отсосов. Процедура показана до 5-6-недельного срока.

Осложнения

Каждый из перечисленных методов может вызвать опасные последствия. На фоне внешнего вмешательства в естественные процессы часто развивается ***гормональный дисбаланс***. Он приводит к эндокринным сбоям и гинекологическим заболеваниям, при лечении которых в дальнейшем возникают трудности.

После аборта также наблюдаются, впоследствии, ***выкидыши.*** В процессе его проведения возникают ***риски инфицирования и развития воспалительных заболеваний.*** Такие патологии приводят к ***трубной непроходимости***, и, в дальнейшем, ***к бесплодию***.

Большую опасность для женского организма представляет прерывание первой беременности. Оно приводит к возникновению эндокринных нарушений. На фоне этого возникают менструальные сбои и психические расстройства. Другим риском первого аборта является неспособность к вынашиванию. Это связано с тем, что шейку матки раскрывают принудительно. Это нарушает ее природный тонус и эластичность. Данный фактор влияет на способность к вынашиванию ребенка, поэтому в будущем могут постоянно случаться выкидыши.

Если пациентка с резус-отрицательной группой крови сделает аборт от резус-положительного партнера, то в ее организме при следующей

беременности может возникнуть резус-несовместимость с будущим ребенком. Для профилактики этого осложнения резус-отрицательным женщинам при проведении аборта рекомендуется всегда вводить дозу антирезусного иммуноглобулина.

Профилактику осложнений, которые могут наступить после любого вида аборта, строят на разъяснении женщинам о необходимости планирования беременности, применения контрацептивных средств для предохранения от нежелательной беременности.

Т 3.3.21 Понятие о бесплодном браке, Проблемы бесплодного брака.

Брак считают бесплодным, если беременность не наступает в течение одного года регулярной половой жизни (половые акты не реже одного раза в неделю) без контрацепции. Бесплодие встречается в 10 — 15% всех браков; при этом женское бесплодие бывает в 60—70%, мужское — в 30—40% случаев. При бесплодии беременность не наступает вследствие нарушения процессов зачатия. Бесплодие не следует смешивать с невынашиванием беременности.

Примерно в 30% случаев бесплодный брак ***обусловлен*** нарушениями в репродуктивной системе обоих супругов.

Различают бесплодие:

1. первичное и вторичное,
2. женское, мужское и смешанное,
3. абсолютное и относительное.

Первичное женское бесплодие- отсутствие хотя бы одной беременности в анамнезе.

Вторичное - бесплодие в течение 6-12 месяцев, когда в прошлом беременность наступала. Около 30% составляет бесплодие первичное.

Соотношение женского и мужского бесплодия 1:1.

Абсолютное женское бесплодие - полное исключение возможности к зачатию. **При относительном бесплодии** возможно устранение его причины.

Для выяснения причин бесплодного брака необходимо тщательное врачебное обследование обоих супругов, причем вначале обследуют мужчину.

Диагноз бесплодия у женщины может быть поставлен только после исключения бесплодия у мужчины и при положительной посткоитальной пробе, подтверждающей совместимость спермы и слизи шейки матки (см. ниже).

ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ

Основными причинами женского бесплодия являются следующие заболевания:

- ЗППП;
- воспалительные процессы в половых органах;
- наличие спаек в маточных трубах и других частях половых органов;
- злокачественные или доброкачественные опухоли;

- гормональные проблемы;
- кисты;
- аномалии половых органов;
- психогенные причины;
- иммунологические факторы;
- несовместимость партнеров.

Диагностика бесплодия

Если у женщины, живущей половой жизнью, ни разу не наступала беременность, бесплодие считают **первичным**, если в прошлом была хотя бы одна беременность - **вторичным**.

Обследование и лечение женщин, страдающих бесплодием, проводит врач-гинеколог.

Выявление причин бесплодия у женщин:

1. Начинают с тщательного ***сбора анамнеза (***выясняют возраст родителей при ее рождении, течение беременности у матери, особенности детородной и менструальной функции у близких родственников по линии матери и отца, заболевания, перенесенные в детстве, в период полового созревания и после начала половой жизни);
2. Затем проводят объективное ***гинекологическое исследование***;
3. ***Характер менструального цикла*** оценивают с помощью менструального календаря, графика базальной (ректальной) температуры, цитологического исследования влагалищных мазков;
4. При нарушениях менструального цикла, проявляющихся отсутствием менструаций, удлинением интервалов между менструациями (олигоменореей), дисфункциональными маточными кровотечениями и др., ***проводят исследование органов репродуктивной системы с целью выяснения уровня поражения***;
5. Большое значение имеет определение содержания в организме половых и гонадотропных гормонов.
6. При нормальных показателях ритма и характера менструаций следует ***исследовать состояние маточных труб и брюшины малого таза для*** исключения так наз. трубно-перитонеального (спаечный процесс в малом тазу) фактора бесплодия.

С помощью этого метода могут быть обнаружены такие факторы женского бесплодия, как хронический сальпингит, перитубарные спайки, малые формы наружного эндометриоза, начальные стадии кист яичников и миомы матки.

Лечение

Лечение бесплодия у женщин зависит от вызвавшей его причины.

При выявлении нескольких факторов, приводящих к бесплодию, вначале устраняют наиболее значимый:

1) В первую очередь должны быть устранены анатомические изменения маточных труб, шейки и тела матки.

2) Затем корригируют нарушения овуляции ***гормональными препаратами***.

3) При бесплодии, обусловленном перенесенным воспалительным процессом в маточных трубах, ранее широко использовали гидротубацию, физиотерапевтические процедуры.

4) В настоящее время ***при отсутствии эффекта от консервативной терапии*** широко применяют ***пластические операции на маточных трубах***, которые при своевременном проведении дают хороший эффект.

Щадящим методом оперативного лечения анатомических изменений матки, маточных труб, яичников и тазовой брюшины являются ***методы эндоскопической хирургии***.

5) При неэффективности оперативного лечения или невозможности его проведения вследствие тяжелого поражения маточных труб на всем их протяжении, а также в случае отсутствия обеих маточных труб при наличии неизмененных яичников в ряде мед. учреждений применяют ***экстракорпоральное оплодотворение*** (в специальную среду, содержащую изъятую из организма женщины яйцеклетку, добавляют приготовленную из спермы мужа суспензию сперматозоидов), затем культивируют оплодотворенную яйцеклетку и переносят зародыш в полость матки.

Прогноз

Прогноз зависит от причины бесплодия и своевременности начала лечения. Во многих случаях возможно восстановление детородной функции.

МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ

Причинами мужского бесплодия могут быть секреторные (нарушение сперматогенеза) и экскреторные (нарушение выделения спермы) факторы.

Причины мужского бесплодия**:**

- ЗППП;
- импотенция, ранняя эякуляция, слабая потенция;
- непроходимость семя выносящих канальцев;
- варикоцеле;
- эндокринные нарушения;
- воспалительные заболевания;
- пороки развития;
- несовместимость партнеров.

На этапе женской консультации при обращении женщины к врачу акушеру-гинекологу по поводу бесплодия необходимо **одновременно обследовать и супруга,** так как чем бы ни было вызвано мужское бесплодие, оно всегда найдет свое отражение в спермограмме. Именно поэтому начинать обследование бездетной пары следует со спермограммы мужчины, то есть с анализа спермы.

Эякулят для исследования получают путем мастурбации после 2-3-дневного воздержания. При исследовании спермы оценивают объем эякулята,

общее количество сперматозоидов, их подвижность и морфологию, определяют pH, вязкость спермы, количество лейкоцитов и другие показатели

Для эякулята с нормальными значениями количества, подвижности и морфологии сперматозоидов применяют термин «нормоспермия». Избыточное количество сперматозоидов в эякуляте (более 200 млн в 1 мл) обозначают термином «полиспермия».

Показатели нормальной спермограммы должны соответствовать следующим параметрам: в норме количество эякулята должно быть 2,0-4,5 мл, реакция среды - слабощелочной (pH = 7,2-8,0); наибольшая активность сперматозоидов - при 37 °C; концентрация сперматозоидов в 1 мл - 40-200 млн; количество активно-подвижных форм сперматозоидов - более 50%; количество морфологически измененных форм - менее 40%; лейкоцитов - не более 3-5 в поле зрения.

Анализ эякулята с параметрами, выходящими за рамки нормы, в большинстве случаев указывает на снижение вероятности достижения беременности по вине мужчины, но не исключает ее.

При выявлении патологии спермы показана консультация уролога-андролога для дальнейшего обследования и лечения. При нормальных показателях спермограммы других исследований у мужчины не проводят.

Анализ показателей спермограммы (эякулята) характеризует фертильность спермы мужчины.

Профилактика

Профилактика бесплодия у женщин и мужчин направлена в основном на:

- предупреждение абортов,
- предупреждение воспалительных заболеваний половых органов,
- предупреждение инфекций, передаваемых половым путем,
- большое значение имеют здоровый образ жизни,
- правильный режим питания,
- соблюдение гигиены половой жизни.

Т 3.3.22 Проблемы бесплодного брака.

Если бесплодный брак – диагноз, который нельзя изменить, мужчине и женщине придется смириться с необратимым бесплодием. Им следует согласиться с принципом длительного лечения, если надежда на появление малыша все же имеется.

Но и при их отсутствии не надо опускать рук, в крайнем случае хорошим вариантом станет усыновление или суррогатное материнство. Бесплодие не приговор, с ним можно справиться посредством эффективной терапии. Пациенту на время лечения бесплодия лучше остаться в отделении гинекологии (женщинам) или урологии (мужчинам). Контроль врача обязателен, мониторинг наблюдения за пациентом окажет благоприятное влияние на результаты терапии.

Бесплодие часто становится причиной развода. Окончательному разрыву мужчины и женщины обычно предшествуют взаимные обвинения в неполноценности. Чтобы пережить данный период времени без существенных потерь следует забыть про агрессию и раздражение.

От бесплодия, как и от любой другой патологии, никто не застрахован. Понимание этой простой истины поможет сохранить семью, не опорочив отношения с близким человеком несправедливыми упреками. В сложные моменты мужчина и женщина должны объединять свои усилия, а не ухудшать ситуацию посредством излишней напряженности. Нервозность существенно уменьшит шансы на устранение бесплодия и рождение ребенка.

Практическое занятие № 14.
«Понятие семьи. Медико-социальные проблемы семьи, пути их решения»

Определение типа семьи (см. Теоретическое занятие №15).

Определение этапа жизненного цикла семьи (см. Теоретическое занятие №15).

Выявление основных медико-социальных проблем семьи, определение возможных путей их решения.

Основные проблемы современной семьи

Проблемы семьи во многом определяются ее составом, типом, этапом жизненного цикла. Среди основных выделяют:

- финансовые и материальные проблемы;
- жилищно-бытовые проблемы;
- проблемы, связанные со здоровьем;
- проблемы, связанные с трудовой деятельностью;
- проблемы, связанные с получением образования и учебой;
- проблемы воспитания детей, а на более поздних стадиях развития семьи — внуков;
- социально-политические проблемы;
- страх перед будущим.

Не все из этих проблем могут быть решены медицинскими работниками, но часть проблем находится в их компетенции. Так, проблемы, связанные со здоровьем, воспитанием детей, могут быть успешно решены и сестринским персоналом. Медицинская сестра может дать квалифицированный совет и при решении некоторых проблем, связанных с выбором профессии, получением образования и учебой.

Медико-социальная помощь

Медико-социальная помощь рассматривается как новый вид профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и

социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и на сохранение и укрепление здоровья различных групп населения.

Цель медико-социальной работы - достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также неблагополучных в социальном плане.

Медико-социальную работу ***можно условно разделить на***

- ***профилактическую и***
- ***патогенетическую*** (реабилитационную).

Медико-социальная работа, имеющая ***профилактическую направленность,*** - это предупреждение социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья; формирование установок на здоровый образ жизни; обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья; участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях; социальное администрирование; обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Медико-социальная работа, имеющая ***реабилитационную направленность,*** предусматривает организацию медико-социальной помощи; проведение медико-социальной экспертизы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов; проведение социальной работыв отдельных областях медицины.

Основной задачей медико – социальной помощи является медико – социальный патронаж и выявление лиц, нуждающихся в поддержке. Патронаж дает возможность наблюдать семью в ее естественных условиях, что позволяет выявить больше информации, чем лежит на поверхности.

Патронаж может проводиться со следующими ***целями:***

-диагностические: ознакомление с условиями жизни, изучение возможных факторов риска (медицинских, социальных, бытовых), исследование сложившихся проблемных ситуаций.

- контрольные: оценка состояния семьи и ребенка, динамика проблем (если контакт с семьей повторный);
- анализ хода реабилитационных мероприятий, выполнение родителями рекомендаций.

При проведении медико-социального **патронажа в *многодетной и неполной*** *семье* необходимо выявить материальные и жилищно-бытовые трудности данной семьи и учитывать трудности, которые испытывает мать в связи с необходимостью посещения детской поликлиники.

Социальная незащищенность таких семей, постоянное снижение уровня жизни создают пессимистически настроенное социальное самочувствие. Отмечается низкий уровень санитарной культуры многодетной и неполной семьи: 53,8% семей относятся к группе риска. Страдает здоровье всех членов семьи, имеет место распространение хронической патологии.

При обслуживании таких семей необходимо более обстоятельно контролировать выполнение рекомендации разного, вида патронажей:

приобретение предметов ухода за новорожденным, организация уголка новорожденного (выбор места кроватки с учетом освещенности, расположения дверей), режима питания, бодрствования ребенка и др. В семье, проживающей в плохих материально-бытовых условиях, если нет возможности их улучшить, необходимо проводить работу по активизации усилий семьи в проведении санитарно - гигиенических мероприятий с обязательным постоянным контролем над выполнением данных рекомендаций по созданию надлежащих условий на дому для развития здорового ребенка.

Дети из таких семей должны первоочередно устраиваться в детские учреждения, обеспечиваться бесплатным питанием и лечением при заболевании детей первого года жизни.

Медико-социальная помощь таким семьям состоит в организации медицинской помощи больным детям, в выдаче путёвок в санатории, в информировании о льготах и других выплатах, в проведении профилактических занятий, в социально-правовом копожьтировапии, в санитарно-гигиеническом просвещении, в проведении мероприятии па формирование ЗОЖ.

При проведении медико-социалыюго патронажа в семье, где ***мать или оба родителя являются учащимися или несовершеннолетними*** необходимо учитывать трудности по воспитанию ребенка (отсутствие жизненного опыта, навыков по уходу за ребенком, материальных средств, плохих или неустроенных материально-бытовых условий), трудности, связанные с учебой, нервные перенапряжения, особенно во время сессии.

Молодая семья - одна из самых незащищенных групп населения.

Медико-социальная помощь таким семьям состоит в проведении профилактических мероприятий по планированию и жизнедеятельности семьи, формированию ЗОЖ. Специалист по социальной работе должен наладить контакт с родителями молодой семьи для оказания последним моральной и материальной поддержки до и после рождения ребенка, связаться с администрацией учебного заведения для возможного выделения для такой семьи отдельной комнаты в общежитии, места в детском дошкольном учреждении, стипендии; организовать свободный график посещения занятий.

Дети первого года жизни из таких семей должны получать бесплатное питание. Несовершеннолетние матери должны получать психологическую поддержку и квалифицированную психолого-медицинскую помощь, находиться под постоянным контролем медицинских и социальных работников, так как такие семьи нуждаются в повышенном внимании, моральной и материальной поддержке

При работе в ***семьях алкоголиков*** специалист по социальной работе должен постоянно разъяснять пагубное влияние алкоголя на здоровье членов семьи, особенно детей. Злоупотребление алкоголем приводит к семейным конфликтам, увеличивает число разводов, разрушает семью. Почти всегда в семье отмечается общий дискомфорт, резко снижается трудовая деятельность, производительность труда, ухудшается материальное положение. Постоянная напряженная обстановка в семье значительно отражается на успеваемости

детей, приводит к развитию у них неврозов, заболеваемости, травматизму. Заболеваемость в семьях, злоупотребляющих алкоголем, в 3,5 раза выше, чем в благополучных.

При работе с семьёй, в которой есть ***ребёнок-инвалид*** специалист по социальной работе должен взять на учет и составить характеристику семьи, имеющей ребенка с ОВ, с учетом всех ее членов Социальная работа с инвалидами включает в себя медико-социальную реабилитацию. Главным результатом медико-социальной реабилитации как направления социальной работы является достижение такого состояния ребенка-инвалида, когда он способен к выполнению социальных функций, свойственных здоровым детям

Совместно с медицинскими учреждениями он должен составить план лечебно-оздоровительных, профилактических мероприятий с учетом динамического состояния больного, оказать помощь в организации стационара на дому, санаторно-курортном лечении, приобретении корректирующих медицинских аппаратов, тренажеров и т.д. Он должен также содействовать оздоровлению, диспансеризации, семейному отдыху всех членов семьи.

Практическое занятие № 15.
«Планирование семьи. Контрацепция»

Составление рекомендаций по подготовке к запланированной беременности.

Рекомендации супругам:

1. благоприятный возраст для родов – 19 - 35 лет;
2. интервалы между родами должны быть не менее 3 лет;
3. зачатие допускается через 2 месяца после перенесенного инфекционного заболевания;
4. рекомендовано зачатие осенью и зимой: снижается % спонтанных мутаций и риск иммунного конфликта;
5. за 2 месяца до зачатия женщина должна быть выведена из зоны контакта с химическими веществами;
6. за 2 месяца до зачатия обоим супругам необходимо отказаться от вредных привычек.

При подготовке к плановому зачатию женщине следует:

1. не принимать никаких лекарственных препаратов без совета с врачом-гинекологом;
2. отказаться от курения (в самом крайнем случае — сократить число выкуриваемых сигарет, перейти на сигареты с более низким содержанием никотина и смол);
3. не употреблять алкогольных напитков;
4. ограничить употребление натурального кофе и чая (до двух чашек вдень);
5. избегать болезней;
6. исключить горячие ванны, посещение сауны, парных в банях;

7. прекратить прием гормональных контрацептивов минимум за три месяца до предполагаемого зачатия, использование ВМС — минимум за два;

8. примерно за три месяца до предполагаемого зачатия начать прием фолиевой кислоты;

9. не использовать диеты без консультации с врачом. При подготовке к плановому зачатию мужчине следует:

10. избегать заболеваний, особенно сопровождающихся высокой температурой;

11. не принимать никаких лекарственных препаратов без совета с врачом;

12. исключить горячие ванны, посещение сауны и парных в банях (по крайней мере, в течение трех месяцев перед плановым зачатием);

13. отказаться от курения (в самом крайнем случае - сократить число выкуриваемых сигарет, перейти на сигареты с более низким содержанием никотина и смол)

14. не употреблять алкогольных напитков;

15. ограничить занятия экстремальными видами спорта, исключить травматичные виды спорта, марафонский бег:

16. соблюдать гигиену половых органов (в том числе не носить тесные синтетические трусы; мужчинам, по роду профессиональной деятельности ведущим преимущественно сидячий образ жизни, необходимо время от времени вставать и ходить, чтобы яички отодвигались от горячего тела).

Однако зачатие даже у здоровых, ведущих здоровый образ жизни и не использующих противозачаточных средств супругов может наступить не сразу, а через полгода-год, что считается нормальным.

Обучение семейной пары правильному использованию отдельных видов контрацепции.

В каких случаях актуально использование экстренных видов контрацепции?

Прием таблеток экстренной контрацепции – разовая вынужденная мера, он не может происходить на регулярной основе. ***Обращаться к посткоитальным контрацептивам можно в следующих случаях***:

- При разрыве презерватива, смещении диафрагмы или колпачка.
- Если была нарушена схема приема оральных гормональных препаратов и дополнительно не использовались барьерные методы контрацепции.
- Если женщина допустила ошибку в расчетах при календарном или цервикальном методе предохранения.
- В случае изнасилования.
- Если в ходе прерванного полового акта сперма партнера попала на наружные половые органы и есть риск ее проникновения внутрь влагалища.

Средства экстренной контрацепции, посткоитальная контрацепция

Для срочной контрацепции и защиты от нежелательной беременности используются однокомпонентные препараты (на основе левоноргестрела) или многокомпонентные средства (комбинация этинилэстрадиола и левоноргестрела-комбинированные гормональные препараты - метод Юспе). Считается, что монокомпонентные таблетки обладают большей эффективностью по сравнению с комбинированными.

Как и другие гормональные контрацептивы, указанные средства контрацепции имеют ряд противопоказаний. К ним относятся мигрени, проблемы с сосудами (тромбозы и пр.), заболевания печени, опухолевые процессы, затрагивающие репродуктивные органы.

Если у женщины имеются противопоказания к приему гормональных средств посткоитальной контрацепции, ей могут быть назначены негормональные препараты, в состав которых входит антагонист прогестерона – мифепристон. Таблетки на основе этого вещества являются более опасными для здоровья, поэтому принимать их можно только по рекомендации врача и не чаще нескольких раз в год

Определение факторов риска, влияющих на планирование семьи.

Специалисты выделяют целый список факторов, которые могут повлиять на репродуктивное здоровье. Среди них:

- аборты;
- вредные привычки;
- заболевания, передающиеся половым путём (ЗППП);
- неправильное питание;
- возраст;
- психоэмоциональное состояние;
- экологическая обстановка;
- проблемы со здоровьем.

ТЕМА 3.4.
ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ ВНУТРИУТРОБНЫЙ ПЕРИОД. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БЕРЕМЕННОСТИ. ПОТРЕБНОСТИ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

Теоретическое занятие № 18.
«Период беременности. Оплодотворение. Рост и развитие плодного яйца. Изменения в организме женщины. Дородовый патронаж»

Т 3.4.1 Основные представления об эмбриональном и плодном периоде внутриутробной жизни человека, важность внутриутробного периода для здоровья человека; наличие жизненно важных потребностей у плода и необходимость их реализации.

Во внутриутробном периоде развития **выделяют два этапа:**

Эмбриональный - начинается с оплодотворения яйцеклетки и имплантации (внедрения) образовавшегося бластоцита в слизистую оболочку матки. При этом только 50— 70 % оплодотворенных яйцеклеток продолжают дальнейшее развитие; именно в это время происходит закладка и формирование тканей внутренних органов и систем, наблюдаются наиболее высокие темпы их развития. На этом этапе зародыш превращается в плод.

В случае воздействия эндогенных и экзогенных факторов (болезни женщины, вредные факторы среды обитания и т.д.) — особенно в сроки от 3 до 7 нед — возможно формирование тяжелых пороков развития или даже гибель зародыша. Если повреждающий фактор действует кратковременно, происходит поражение тех органов, которые в этот момент растут и развиваются наиболее интенсивно. При длительном воздействии формируются сложные, комбинированные пороки развития многих органов. В конце этого периода формируется плацента и завершается формирование большинства органов (за исключением центральной нервной и эндокринной систем, развивающихся позднее).

Плацентарный - происходит дальнейший рост и развитие всех тканей, органов и систем, нарастание массы и длины тела плода. Начинают функционировать кроветворные органы (печень, селезенка, позднее — костный мозг). С 9-й недели беременности до рождения у плода функционирует плацентарное кровообращение, которое и обеспечивает его быстрый рост и развитие за счет поступления питательных веществ и кислорода из организма матери. Плод может самостоятельно активизировать поступление питательных веществ и кислорода от материнского организма повышением двигательной активности, что ощущается матерью как шевеление плода.

Внутриутробный период очень важен не только для физического развития плода, но и для его интеллектуального, эмоционального, психологического развития. Установлено, что дети в этом периоде хорошо слышат, могут различать отдельные слова и понятия, узнают голоса родителей, а также людей, входящих в ближайшее окружение будущей мамы, дифференцируя мужские и женские голоса, реагируют на них вспышками радости, при этом плод отличает интонацию, реагируя на нервную и встревоженную речь учащением сердцебиения, которое приходит в норму при размеренной и спокойной интонации. Плод может запоминать события, происходящие во внешней жизни, и реакцию на них родителей, а также стихи и колыбельные. В памяти плода фиксируется и язык, на котором говорят окружающие, и впоследствии ребенок легко усваивает язык своего окружения, даже если он попадает в другую языковую среду.

Т 3.4.2 Процесс оплодотворения и развития плодного яйца.

Сущность процесса оплодотворения заключается в слиянии женской и мужской половых клеток. Оплодотворению предшествуют сложные процессы созревания яйцеклетки (оогенез) и сперматозоида (сперматогенез).

Зрелая яйцеклетка состоит из протоплазмы и ядра. Поверхность ее покрыта блестящей прозрачной оболочкой. После выхода яйцеклетки из фолликула она покрыта многорядным эпителием, т. е. гранулезными клетками, образующими лучистый венец.

Зрелый сперматозоид состоит из головки, шейки и хвостика. Головка содержит наиболее важную часть половой клетки - ядро, несущее наследственные признаки отца. Благодаря хвостику сперматозоид активно передвигается со скоростью 2-3 мм/мин.

В отличие от сперматозоида яйцеклетка подвижностью не обладает. Зрелая яйцеклетка выходит в брюшную полость из фолликула в момент овуляции и попадает в маточную трубу. Период овуляции и первые 12-24ч. после нее являются самыми благоприятными для оплодотворения (фертильные дни).

При половом сношении во влагалище извергается сперма 3-5 мл, которая содержит 300-500 млн. сперматозоидов. В 1 мл спермы содержится от 60 до 100 млн. сперматозоидов, 70% которых должны быть подвижны и иметь нормальное строение. Такая сперма считается полноценной. Во влагалище часть сперматозоидов погибает под действием кислой среды влагалища. Наиболее жизнеспособные попадают через шеечный канал в полость матки и маточные трубы. В щелочной среде в матке и маточных трубах сперматозоиды сохраняют способность к движению в течение 3-4 дней, а к оплодотворению 24-48часов. Подвижные сперматозоиды достигают полости матки через ½ -1ч, а в маточные трубы попадают через 1 ½ - 2ч, где встречаются с яйцеклеткой. Сперматозоиды, проникшие через матку и трубы в брюшную полость, погибают в течение суток.

Оплодотворение обычно происходит в ампулярном отделе маточной (фаллопиевой) трубы. К зрелой яйцеклетке устремляются миллионы сперматозоидов. На поверхности яйцеклетки образуется воспринимающий бугорок, через который в яйцеклетку проникает только один сперматозоид. Массовому проникновению препятствует лучистый венец и прозрачная оболочка. С момента слияния половых клеток, т.е. оплодотворения, начинается беременность. Образуется одноклеточный зародыш – зигота, из которой за 40 недель развивается человеческий организм.

Основные этапы развития плодного яйца

Предимплантационный период.

Оплодотворенная яйцеклетка, продвигаясь по маточной трубе, подвергается дроблению, образуя две дочерние клетки – бластомеры, последующее деление - комплекс бластомеров, напоминающий тутовую ягоду – морула.

В процессе деления образуется два вида бластомеров: одни более крупные и темные, другие мелкие и светлые. Скопление темных и крупных, располагающихся в центре морулы, получило название ***эмбриобласт***. Из него впоследствии образуются клетки зародыша. Светлые мелкие клетки находятся

на поверхности и образуют ***трофобласт***, который обеспечивает имплантацию и питание зародыша. При прохождении через маточные трубы между эмбриобластом и трофобластом образуется небольшая полость, заполненная жидкостью – бластоциста.

Продвижение зародыша по маточной трубе продолжается в течение 4-5 дней, на 5-6 день он попадает в матку. Движение зародыша осуществляется за счет перистальтики трубы, мерцания ресничек покровного эпителия в сторону матки, продольного расположения складок трубы, а также - выделения секрета, который обволакивает морулу и увлажняет поверхность слизистой оболочки трубы.

На стадии морулы оплодотворенная яйцеклетка попадает в матку, где происходит процесс ее внедрения в слизистую оболочку – ***имплантация.*** Трофобласт выделяет ферменты, которые растворяют ткани слизистой оболочки матки и плодное яйцо оседает на ее поверхности. В течение 24 ч. зародыш погружается в слизистую более, чем на половину, а за 40 ч. – полностью. После этого отверстие над ним зарастает, процесс имплантации заканчивается (на 6-7 день после оплодотворения).

После имплантации начинается быстрое развитие зародыша и его оболочек. Происходит ответственный период закладки основных органов - органогенез, а также формирование плаценты - плацентация.

Плодное яйцо быстро растет, при этом происходит развитие, как самого зародыша, так и его оболочек:

- ***Из внутреннего слоя клеток трофобласта***, окружающих ***зародыш,*** формируется оболочка, которая продуцирует околоплодные воды и называется амнионом.
- ***Из наружного слоя трофобласта развивается*** наружная оболочка плодного яйца, которая носит название ворсинчатой - ***хорион***.

Ворсины хориона вначале не имеют сосудов, постепенно происходит васкуляризация хориона - в его ворсины врастают сосуды зародыша. Это обеспечивает более интенсивный обмен веществ между зародышем и организмом матери.

На II -III месяце беременности начинается атрофия ворсин хориона на одном полюсе плодного яйца, обращенном в полость матки. На противоположной стороне хориона, погруженного в слизистую матки, ворсины разрастаются, таким образом, хорион делится на гладкий и ветвистый.

В начале IV месяца (16нед) ветвистая часть хориона превращается в плодную часть плаценты. Помимо ворсин хориона, составляющих главную массу плаценты, в ее формировании принимает участие децидуальная оболочка матки - материнская часть плаценты.

К 12-14 неделе беременности завершается период органогенеза плода и плацентации. К этому времени достаточно хорошо сформирована плацента, заложены все органы и системы. Плод окружен околоплодными водами и тремя оболочками, две из которых являются плодными (амнион и хорион) и одна - материнской (децидуальная).

Плод с плацентой соединяет шнуровидное образование - пуповина, в которой проходят две артерии и одна вена. По артериям течет венозная кровь от плода к плаценте (т.е. к матери), по вене к плоду притекает артериальная кровь. Сосуды пуповины окружены студенистой соединительной тканью – вартонов студень.

После 12-14 недель начинается плодный (фетальный) период внутриутробного развития - фетогенез. До этого времени зародыш назывался эмбрионом, после - плодом. Фетальный период продолжается до окончания беременности.

Снабжение плода необходимыми питательными веществами, кислородом и удаление продуктов обмена осуществляется через плаценту.

К концу беременности плацента имеет диаметр 15-18 см, толщину 2-3 см, массу 500-600г. В плаценте различают две поверхности: внутреннюю или плодную и наружную, или материнскую. На плодной поверхности, покрытой водной оболочкой, проходят сосуды. Материнская поверхность состоит из 15-20 отдельных долек. Плацента вместе с оболочками и пуповиной составляют послед.

Плацента человека относится к самому совершенному типу развития - гемохориальному: ворсины хориона, прикрепляются к слизистой матки, расплавляют стенки, проходящих в ней сосудов. Кровь из материнских сосудов изливается в межворсинчатые пространства - лакуны. Ворсины как бы плавают в лакунарной крови. Из материнской крови, циркулирующей между ворсин, через стенку ворсин в их кровеносные сосуды проникают питательные вещества, кислород. Далее по сосудам кровь собирается в пупочную вену и поступает к плоду. В обратном направлении из крови плода в кровь матери поступают продукты обмена, подлежащие удалению.

Материнская кровь в лакунах не смешивается с кровью плода, протекающей по сосудам внутри ворсин. Плод имеет самостоятельную систему кровообращения.

Функции плаценты: *дыхательная, трофическая, выделительная, секреторная и барьерная.* Она синтезирует сложный комплекс гормонов и биологически активных веществ, необходимых для правильного развития беременности. Плацента защищает плод от токсических продуктов обмена матери. Однако защита плацентой осуществляется в ограниченных пределах. Так, через плаценту легко проходят наркотики, алкоголь, никотин, ртуть, мышьяк, некоторые лекарственные препараты, например, антибиотики тетрациклинового ряда, возбудители внутриутробных инфекций, в т.ч. - вирус краснухи.

Необходимой средой обитания плода являются околоплодные воды, которые образуются в результате секреции эпителием амниона, транссудации из крови матери и деятельности почек плода. К концу беременности накапливается 1-1,5л вод.

Состав околоплодных вод: белки, жиры, углеводы, калий, кальций, микроэлементы, ферменты, гонадотропные гормоны, окситоцин и др.

Функции околоплодных вод:

- являются средой обитания плода, создают условия для его развития и движений;
- защищают организм плода от внешних воздействий;
- препятствуют сращению кожи плода с амнионом;
- предохраняют пуповину от сдавливания;
- участвуют в обмене веществ плода;
- являются питательной средой для плода.

В околоплодные воды плодом выделяется моча и секрет из дыхательных путей. Обновляющиеся в среднем через каждые 3-6 ч. воды, подвергаются значительным изменениям в связи с состоянием матери и плода.

Т 3.4.3 Понятие об онтогенезе, периоды внутриутробного развития (эмбриональный и плодный).

Онтогенез - это возникновение и развитие организма (как физическое, так и психологическое, например, нравственное развитие), обычно от момента оплодотворения яйцеклетки до взрослой особи. Этот термин также может быть использован для обозначения изучения всей продолжительности жизни организма.

Т 3.4.4 Критические периоды внутриутробной жизни человека, возможность нарушения потребностей плода в эти периоды.

В эмбриональном и плодовом периодах принято выделять стадии, когда зародыш обладает высокой чувствительностью к повреждающим веществам. Эти периоды получили название критических.

Критические периоды развития характеризуются повышением обменных процессов (в эти периоды создаются все необходимые условия для осуществления одного из этапов развития зародыша в целом, а также отдельных зачатков органов и даже клеток).

Патогенные действия, которые могут привести во время беременности к нарушению развития плода, имеют самый разнообразный характер: переохлаждение, перегревание, недостаток кислорода, ионизирующее излучение, химические вещества, возбудители инфекции.

Первый критический период

Предшествует имплантации (прикрепление зародыша к стенке матки) или совпадает с ней.

Это так называемая стадия предимплантационного развития (начинается с момента оплодотворения и продолжается до момента прикрепления зародыша к стенке матки - 7-8 дней после оплодотворения).

Зародыш, на данной стадии, относительно устойчив к действию повреждающих агентов. Повреждающее действие реализуется, обычно, по принципу «все или ничего».

Второй критический период

После завершения имплантации в развитии эмбриона начинается второй критический период – период образования зачатков органов и систем эмбриона, который у человека заканчивается к третьему месяцу внутриутробной жизни.

Этот срок является наиболее чувствительным для развития эмбриона (3-7 недель), а также период образования плаценты (9-12 недель).

В период образования органов, в результате патогенного действия повреждающих факторов на эмбрион, в первую очередь, поражаются те органы и системы, которые находились в это время в процессе закладки и повышенного обмена веществ.

Поэтому для поражения эмбриона в этот период характерным является возникновение уродств (тератогенный эффект).

У эмбриона человека наиболее чувствительными к неблагоприятным факторам являются центральная нервная система, органы зрения, железы внутренней секреции и половые железы, поэтому аномалии этих органов встречаются чаще других.

Под воздействием повреждающих факторов во время образования плаценты происходят патологические изменения, в основе которых лежит возникновение плацентарной недостаточности, выражением которой является врожденная гипотрофия плода (дефицит массы тела ребенка).

Прогестероносодержащие пероральные контрацептивы - их воздействие возрастает от начала беременности до 4-х месяцев. Результатом их применения может быть нарушение формирования половых органов у плода и псевдогермафродитизма девочек, а также возможны аномалии конечностей, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта.

Третий критический период

В 18-22 недели беременности происходят важнейшие процессы, связанные с формированием активности головного мозга плода, кроветворной системы, выработки важнейших гормонов, рефлекторных реакций. Следовательно, этот период является третьим критическим периодом в его развитии.

Во второй половине беременности происходит становление и созревание важнейших органов и структур (нервной, кроветворной, сердечно-сосудистой). В этот период также происходит снижение чувствительности плода к повреждающим агентам.

Повреждающие факторы могут реализовать свое действие, проникая через плаценту или изменяя ее нормальную проницаемость. Плацента – это уникальный фильтр, который обладает ограниченной проницаемостью, защищая организм плода от множества веществ и токсичных продуктов, попадающих в организм матери.

Однако плацента проницаема для большинства лекарственных веществ, применяемых в акушерской практике: закись азота, наркотические анальгетики, витамины, большинство гормонов, сердечных препаратов, антибиотиков, противовоспалительных препаратов и др. Лекарственные вещества, принятые беременной женщиной, проникая в организм плода, проходят через плаценту.

При возникновении осложнений беременности барьерная функция плаценты нарушается, и через нее начинают проникать даже те вещества, которые в нормальных физиологических условиях через нее не проходят.

Т 3.4.5 Влияние вредных факторов окружающей среды на развитие плода.

Во время плацентарного периода воздействие повреждающих факторов: могут вызвать пороки развития в тех органах и системах, формирование которых не завершилось к 3-му месяцу беременности

Факторы риска, оказывающие воздействие на рост и развитие:

- соматические заболевания матери (эндокринные, ССЗ, почек, печени),
- инфекционные заболевания (ОРВИ, грипп, краснуха, туберкулёз, СПИД)
- наличие очагов хронической инфекции,
- возраст родителей (мать старше 35 лет),
- наследственная предрасположенность,
- осложнения беременности,
- употребление алкоголя, наркотиков, табак курение (токсическое воздействие),
- действие химических веществ (лаки, краски, растворители),
- приема лекарственных препаратов, пищевых добавок без назначения или консультаций врача,
- неблагоприятное воздействие ряда факторов внешней среды,
- экологическое неблагополучие в районе проживания беременной,
- вредные производственные условия - контакт с агрессивными химическими веществами, подъем тяжестей, длительное стояние на ногах, работа, связанная с вибрацией, облучением, перегреванием или переохлаждением,
- социальная незащищенность,
- психо – эмоциональнве нагрузки (при длительных стрессовых состояниях в крови матери повышается количество стероидных гормонов, проходящих плацентарный барьер и влияющих на формирующийся мозг ребёнка)

Необходимо учитывать, что влияние никотина, алкоголя наркотических веществ оказывает крайне неблагоприятное воздействие на плод, поэтому применение алкоголя, наркотиков и курение во время беременности недопустимы.

Никотин — один из основных токсических компонентов табачного дыма — обладает выраженным действием на сосуды, суживая их. Следовательно, у курящих беременных страдает маточно-плацентарное кровообращение. В результате этого плод получает мало кислорода и питательных веществ.

Обычно дети у таких женщин рождаются гипотрофичные, с низкой оценкой по шкале Ангар.

При систематическом **употреблении алкоголя** во время беременности может развиться алкогольный синдром плода, который характеризуется множественными аномалиями, в том числе физического и психического развития, с нарушениями со стороны ЦНС, замедлением роста, характерными аномалиями лицевого черепа и аномалиями внутренних органов, конечностей и других систем организма.

Воздействие ионизирующей радиации в период органогенеза и плацентации приводят к аномалиям развития плода, часто плод просто погибает. Наибольшей чувствительностью к радиации обладает ЦНС, органы зрения и кроветворная система плода.

В первые 2-3 месяца беременности необходимо по возможности полностью отказаться от всяких рентгенологических исследований, особенно связанных с областью малого таза. В более поздние сроки беременности рентгенологические исследования проводят по строгим показаниям, а лучше их заменить на ультразвуковые.

Влияние химических веществ на плод представляет определенную опасность для беременных женщин, и поэтому необходимо строго следить за тем, чтобы концентрации отдельных химических веществ (бензин, фенолы, формальдегид, сероуглерод, ртуть, свинец, мышьяк и некоторые др.), содержащихся в окружающей производственной среде, не превышали предельно допустимых концентраций (ПДК). Необходимо сокращение применения косметики.

Особенностью беременности является **воздействие некоторых лекарственных веществ.** Так как при беременности изменяется функция печени, концентрация лекарственных препаратов в крови беременной находится на более высоком уровне, чем у небеременных.

Большинство лекарственных препаратов сравнительно свободно проходят через плацентарный барьер, оказывая ***эмбриотоксическое и тератогенное действие на плод***, проявляющееся особенно четко на ранних стадиях развития зародыша (первые 6-8 недель беременности).

Поэтому существует ряд препаратов, которые противопоказаны во время беременности или которые должны применяться с осторожностью (в небольших дозах и в течение короткого времени). Некоторые лекарственные вещества могут даже привести к врожденным уродствам плода. Поэтому применять лекарственные препараты медицинская сестра должна только после назначения врача, записанного в листок назначений.

Т 3.4.6 Необходимость поддержки беременной со стороны семьи, мужа.

Инструкция для мужа.

Что можно и нужно делать:

- ***Интересоваться самочувствием жены.*** Как было указано выше, физическое и эмоциональное состояние женщины в период беременности нестабильное. Особенно тяжелыми являются первый и последний триместры. Проявляйте заботу, понимание, интересуйтесь результатами обследований и походов в консультацию, не дожидаясь, когда жена начнет рассказывать. Таким образом, вы показываете свою заинтересованность и вовлеченность в процесс вынашивания вашего ребенка.
- ***Проводить вместе время***. Даже если очень устаете на работе, выделите хотя бы полчаса времени, чтобы поговорить о том, как у вас прошел день и как прошел день у вашей жены. Выходные, по возможности, проводите на свежем воздухе.
- ***Помогать по хозяйству***. Если женщина находится дома, это еще не означает, что она в состоянии выполнять работу по дому. Можно проявите инициативу, приготовьте еду или помыть посуду, а лучше всего спросить, чем вы можете помочь и выполните просьбу.
- ***С пониманием относиться к переменам настроения***. Женщина сама не может контролировать гормональные всплески и связанные с ними перемены в настроении. В моменты раздражения или слезливого состояния нужна поддержка, забота, а не обиды со стороны мужа и не отсутствие внимания со словами «Это у тебя из-за беременности такое настроение, лучше тебя не трогать» Наоборот, важно быть рядом, дать возможность выговориться, обнять, а не избегать эмоционального колебания.
- ***Комплименты***. Особенно они важны на последнем триместре, когда женщина становиться неуклюжей, набирает вес, одежду сложно подобрать, что бы было в ней удобно и не выглядеть как мешок с картошкой. Именно сейчас важно чувствовать себя любимой и быть уверенной в том, что ее и при такой внешности муж любит. Не скупитесь на ласковые слова, поддерживайте самооценку вашей избранницы на должном уровне (можно дарить цветы)
- ***Оградить от негатива***. Тут может быть все что угодно, что может испортить эмоциональное состояние жены, которое так же передается вашему ребенку. Например, избегать скандалов, обвинений, исключить общение с малоприятными людьми, ограничить поступление советов по поводу правильности вынашивания беременности, а также негативный опыт, связанный с беременностью и родами.
- ***Подчеркивать важность отношений как мужа и жены***. Это про то, чтобы не забывать о том, что помимо новых социальных ролей мамы и папы, вы так же продолжаете оставаться мужем и женой, которым тоже нужны забота и внимание. Большая ошибка молодых родителей в том, что уже на стадии беременности, а с появлением малыша и подавно, они начинают концентрироваться только на родительской функции, из-за чего начинают страдать взаимоотношения партнеров. Природой заложено в женщине, обратить все свои силы и внимание на вынашивание, вскармливание и заботу о малыше, поэтому именно мужчине, еще до рождения ребенка, важно

проговаривать и делать акцент на том, что вы остаетесь парой со всеми потребностями в заботе и внимании, что и до беременности. Что с появлением ребенка естественно увеличивается ответственность, но не исчезают потребности в ваших взаимоотношениях, как пары.

Чего делать нельзя:

- ***Воспринимать беременность как отпуск жены и ничего неделанья в этот период.*** Уверенна, что не все мужчины так думаю, но такие есть, поэтому считаю важным об этом написать. Есть такие мужчины, которые завидуют своим женам, а кто-то даже злится и обижается на то, что они ничего не делают, только едят и ведут диванный образ жизни. Это не так! Даже если женщина весь день лежит на диване, в этот момент идет процесс формирование миллионов клеток и превращение их в человека. Это отнимает огромное количество энергии и жизненных ресурсов у женщины и может сопровождаться различными неприятными симптомами, что иногда ей ничего не остается делать, кроме как есть лежа на диване, чтобы восполнить запасы.
- ***Употреблять «вредную» пищу в присутствии беременной жены***. Под вредной едой подразумевается все то, что нравится вашей жене, но не может быть употреблено ей из-за запретов связанных с беременностью. Например, апельсины или другие цитрусовые, чипсы, шоколад, кофе, копченая колбаса и т.д. Проявите уважение и сострадание к вашей супруге. Не держите дома «вредных» продуктов и не рассказывайте о том, как вы на работе в обед ели что-то из запретного списка.
- ***Отпускать шутки по поводу внешности***. Даже нежно и ласково, со всей любовью называть свою жену слоненком или толстопузиком недопустимо. Сравнивать ее внешность или неуклюжую походку с пингвинами и все в таком духе, может быть и смешно, но неприятный осадок остается. Оставьте клички и высмеивания для друзей.
- ***Сравнивать с другими беременными***. По типу «Моя мама, когда была со мной беременная, огород полола и нормально себя при этом чувствовала» или «Серегина жена до 9 месяца на работу ходила, ее рожать из офиса повезли». Организм у всех разный, и да есть женщины, которые не чувствуют изменения своего состояния за исключением увеличения живота, но и это им не мешает. Правда, это скорее исключение, чем правило. Если вы начинаете сравнивать беременность вашей жены с протеканием беременности других женщин, то вы ставите под сомнение состояние и самочувствие вашей жены, нарушается доверие, что в свою очередь плохо отражается на взаимоотношениях в целом.

Т 3.4.7 Продолжительность физиологической беременности и основные изменения, происходящие в организме беременной; значение этих изменений для нормального развития плода и подготовки к родам.

Беременность продолжается в среднем 280 дней, т.е. 40 недель или 10 акушерских месяцев.

Физиологические изменения в организме беременной

Под влиянием новых условий, связанных с развитием плода, в организме беременной возникают многочисленные сложные физиологические адаптационно - защитные изменения. Они определяют гомеостаз и нормальное функционирование органов и систем, способствуют правильному развитию плода, подготавливают организм женщины к родам и кормлению новорожденного.

Перестройка организма регулируется ЦНС при активном участии желез внутренней секреции.

Нервная система. Происходят сложные изменения, имеющие физиологический характер. В первые месяцы беременности и в конце её происходит понижение возбудимости коры головного мозга. Одновременно происходит возбудимость ретикулярной формации ствола и спинного мозга.

Наблюдаются изменения в тонусе вегетативной нервной системы (в начале повышение тонуса) - изменение вкуса, тошнота, повышенное выделение слюны, запоры, склонность к головокружению.

Эндокринная система. В яичнике развивается новая железа - желтое тело беременности, продуцирующая прогестерон, с III-IV месяца подвергается регрессу, и его функцию выполняет плацента. В яичнике овуляция не происходит.

В плаценте также вырабатываются гормоны – эстрогены.

Увеличивается в 2-3 раза передняя доля гипофиза, в ней образуются клетки беременности. Усиливается продукция гонадотропных гормонов, особенно лютеинизирующего и лютеотропного (пролактин) - подготавливают молочные железы к лактации.

Щитовидная железа увеличивается на 35-40%.

Надпочечник подвергается значительному изменению - повышается синтез стероидных гормонов.

Иммунная система. Возникающие изменения связаны с антигенной неоднородностью организма матери и плода, в результате плод не отторгается.

Обмен веществ. Возрастает основной обмен и потребление кислорода, что компенсируется увеличением частоты дыхания и легочной вентиляции. Изменяются белковый, углеводный, липидный, минеральный и водный обмены. В общем обмене большое значение имеют витамины, потребность в них возрастает.

Сердечно-сосудистая система. Разрастается сосудистая сеть матки и других отделов половой системы, увеличивается масса крови, возникает новый круг плацентарного кровообращения. Происходит физиологическая гипертрофия левого желудочка, увеличивается минутный объем, увеличивается проницаемость капилляров. АД при физиологической беременности не изменяется, однако во II половине появляется склонность к гипертензии.

Кровь. Усиливается кроветворение, возрастает количество эритроцитов, гемоглобина, плазмы крови и общий объем циркулирующей крови. Повышается свертываемость крови, особенно в последние месяцы беременности.

Органы дыхания. Деятельность легких усиливается, благодаря расширению грудной клетки, увеличивается использование кислорода.

Органы пищеварения. Изменение вкуса, повышение аппетита. Секреция желез желудка и кишечника не изменяются, но снижается моторная активность, что ведет к запорам.

Мочевыделительные органы. Почки функционируют с большим напряжением, т к. выводят продукты обмена матери и плода.

Кожа - пигментные пятна, рубцы беременности.

Масса тела. В норме прибавка массы тела за беременность составляет 10 - 12кг.

Молочные железы. Происходит подготовка к лактации. Железистые дольки увеличиваются, число их возрастает. В первые месяцы появляется молозиво.

Матка к концу беременности увеличивается в 20 раз, занимает почти всю полость живота. Длина матки к концу беременности 37-38 см, объем внутренней полости возрастает в 500 раз. Увеличение происходит за счет гипертрофии мышечных волокон. Каждое мышечное волокно удлиняется в 10-12 раз и утолщается в 4-5 раз, одновременно происходит размножение мышечных волокон. Гиперплазия главным образом происходит в первой половине беременности (до 18-20 недель). Соединительная ткань матки разрастается и разрыхляется. Количество эластических волокон нарастает. Все это приводит к размягчению матки, увеличению её пластичности и эластичности. Матка приобретает способность изменять форму, величину, емкость, тонус, возбудимость и сократительную функцию.

Возбудимость матки в первые месяцы беременности понижена, с увеличением срока беременности она возрастает, достигая наивысшей степени к родам.

Яичники несколько увеличиваются, становятся мягче, овуляция в них прекращается.

Связки удлиняются и утолщаются.

Во влагалище резко возрастает кровоснабжение, стенки разрыхляются, становятся сочными и легко растяжимыми. Слизистая приобретает цианотичную окраску. То же происходит с наружными половыми органами.

Т 3.4.8 Признаки беременности (предположительные, вероятные, достоверные).

В ранние сроки диагноз беременности устанавливают на основании предположительных и вероятных признаков.

Предположительные (сомнительные) признаки:

- изменение аппетита, тошнота, иногда рвота по утрам;
- изменение вкуса и обоняния;
- изменение со стороны нервной системы (плаксивость, раздражительность, сонливость);
- пигментация кожи.

Вероятные признаки:

- прекращение менструации;
- увеличение молочных желез, появление молозива при надавливании на сосок;
- цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки;
- увеличение матки, изменение ее формы и консистенции.

Диагноз беременности является несомненным при наличии ***достоверных признаков***, появляющихся в более поздние сроки (с 20 недель):

- выслушивание сердцебиения плода стетофонендоскопом (с 23 недель);
- ощущение шевеления (у первобеременных – с 20 недель, у повторнобеременных – с 18);
- пальпация частей плода в полости матки при наружном акушерском исследовании (приемы Леопольда);
- данные ультразвукового и рентгенологического исследования.

Т 3.4.9 Изменения жизненно важных потребностей беременной; проблемы, сопровождающие физиологическую беременность.

Питание женщины может поддерживать ее фертильность (способность забеременеть). Но это не означает, что оно обеспечит и нормальное протекание беременности. Многие женщины, придерживаясь диеты с недостаточной питательной ценностью, беременеют, но частота рождения у них недоношенных детей и детей с низкой массой тела выше, чем у женщин с нормальным весом. Также такие женщины имеют больше осложнений беременности, особенно со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Вес перед беременностью и увеличение веса во время беременности матери влияют на вес ребенка при рождении. У худых до беременности женщин вес новорожденных детей, как правило, меньше, чем у тех, кто страдает ожирением. Однако при избыточном весе у женщины могут возникнуть проблемы, начиная с невозможности забеременеть. Некоторые исследования показали, что у женщин, которые набирают слишком большой вес во время беременности, на 40% повышается риск развития рака молочной железы после менопаузы.

Итак, состояние питания матери является важным фактором, который влияет на течение и исход беременности.

Если диета матери не сбалансирована и неадекватна, рост плода ухудшается, а вес ребенка при рождении уменьшается. Недостаточное питание, особенно потребление недостаточного количества калорий, может привести к уменьшению кровотока в матке и плаценте, сама плацента не растет должным образом и не выполняет свою функцию по переносу питательных веществ, в результате чего плод не в состоянии получить все необходимые ему питательные вещества для оптимального роста.

Из-за быстрого роста плода увеличивается потребность в питательных веществах у беременной женщины. Беременным рекомендуется дополнительно

употреблять в среднем около 150-200 калорий в день в течение первого триместра, и дополнительно 350 калорий в день во втором и третьем триместрах. Для беременных с недостаточным весом или при повышенной физической активности может потребоваться более 300 калорий в день. Для женщин с ожирением беременность рассматривается как неподходящее время для ограничения потребления энергии или начала потери веса.

Недостаток белка во время беременности оказывает вредное влияние на течение беременности и развитие плода. Многие клинические исследования показывают, что уровень определенных аминокислот и белков в материнской крови влияет на такие физические показатели ребенка при рождении как масса тела, рост, объем черепа, а в дальнейшем – на его физическое и умственное развитие. В связи с этим беременным женщинам рекомендуется дополнительно употреблять 30 г белка в день со второго месяца и до конца беременности.

Достаточное количество углеводов в рационе беременной женщины необходимо для предотвращения кетоза и чрезмерного распада белков.

Жиры очень важны для развития плода. В период органогенеза особенно высока потребность в них для синтеза различных клеточных структурных из липидов. Особенно важны липиды для нормального формирования центральной нервной системы. Большинство жиров в органах плода, таких как печень и мозг, являются структурными и содержат большое количество фосфолипидов, для которых необходимы длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК).

Во время беременности возрастает потребность в витаминах и минералах для удовлетворения потребностей растущего плода и поддержания оптимального питания матери. Особое внимание в питании беременных необходимо уделить кальцию, железу, цинку и фолиевой кислоте.

Чтобы обеспечить достаточное количество кальция для развития плода и не истощить материнский организм, во время беременности рекомендуется дополнительное ежедневное потребление 400 мг кальция.

Железодефицитная анемия является распространенной проблемой среди небеременных женщин, и многие женщины начинают свою беременность имея недостаточные запасы железа в организме. Хотя показатели уровня железа у новорожденного не зависят от статуса железа у матери, однако с учетом повышения эффективности усвоения железа во время беременности, беременным женщинам требуется дополнительно употреблять 30–45 мг железа в сутки.

Во время беременности у многих женщин концентрация цинка в крови снижается на 30–40%. Цинк является важным фактором роста плода. Хотя потребности плода в нем наиболее высоки на поздних сроках беременности, цинк также критически важен и на ранних сроках беременности. Во время беременности рекомендуется употреблять дополнительно 3-5 мг цинка.

Во время беременности существует повышенная потребность в фолате для синтеза ДНК в быстро растущих тканях плода, плаценты и матери, а также для усиления эритропоэза, поэтому у беременных женщин появляется

склонность к развитию дефицита фолата. Даже у хорошо питающихся женщин наблюдается предсказуемое снижение уровня фолата в сыворотке крови и эритроцитах во время беременности. Дефицит фолата во время беременности является фактором риска рождения ребенка с дефектами нервной трубки. Во время беременности рекомендуется дополнительно принимать 400 мкг фолиевой кислоты в день.

В каждом из триместров могут возникать проблемы, актуальные именно для этого периода беременности, но некоторые из них могут сопровождать всю беременность.

Проблемы:

- Психологическое состояние.
- Трудовая деятельность и режим дня.
- Изменения внешности.
- Питание.
- Личная гигиена.
- Физическая активность.
- Безопасность.
- Сексуальная активность.

Т 3.4.10 Роль медицинских работников, семьи, мужа в поддержании качества жизни беременной и развития плода.

Беременность является физиологическим процессом при нормальном ее течении, и все органы и системы у беременной женщины функционируют в нормальном режиме. Однако нагрузка на организм в этот период повышенная в связи с растущим плодом. Поэтому нарушение в диететике и гигиене, перегрузка организма беременной женщины, воздействие неблагоприятных факторов внешней среды могут вредно воздействовать на беременную женщину и на плод и приводить к различным отклонениям в течение беременности.

Исходя из вышесказанного, рациональное питание и выполнение необходимых гигиенических правил способствуют правильному развитию плода, нормальному состоянию беременной женщины, а также хорошей подготовке к родам и нормальному их течению.

При нормальном течение беременности женщина может выполнять обычную работу, так как повседневная умеренная физическая и умственная нагрузка благоприятно воздействует на организм, а также не дает возможности развиться ожирению, ослаблению мышечной системы и не приводит к слабости родовых сил.

- Однако любые перегрузки во время беременности (подъем тяжести, переутомление), а также воздействие вредных факторов (радиация, химические вещества, высокие температуры) могут оказать неблагоприятное воздействие на организм беременной женщины.

- Во время беременности необходимо достаточно ***пребывать на свежем воздухе***, так как это повышает поступление кислорода к плоду и таким образом улучшает маточно-плацентарное кровообращение.

- ***Длительность сна*** должна быть не менее 8 часов. Перед сном необходимо в течение 1—2 часов совершить прогулку. Кровать должна быть удобной; постельное белье нужно менять часто. Спать беременной рекомендуется на спине или правом боку.

- В течение первых двух и последних двух месяцев беременности ***не рекомендуется половая жизнь,*** в остальное время она должна быть умеренной, так как это приводит к возбуждению матки и может привести к самопроизвольному прерыванию беременности.

- Контакт беременной женщины с инфекционными больными категорически запрещается, так как это представляет опасность не только для матери, но и для плода.

- Необходимо учитывать, что ***влияние никотина, алкоголя наркотических веществ оказывает крайне неблагоприятное воздействие на плод, поэтому применение алкоголя, наркотиков и курение во время беременности недопустимы.***

- Ношение **обуви на каблуках** беременной противопоказано, так как это изменяет наклон таза и усиливает напряжение мышц спины и нижних конечностей.

- Питание беременной женщины должно быть полноценным и рациональным, что способствует нормальному развитию плода и не позволяет развиться разным осложнениям у матери.

Пища должна быть разнообразной, содержащей все основные питательные вещества.

Изменение вкусовых ощущений у беременной в I половине беременности, особенно в первые два месяца, приводят к повышенному потреблению острых и соленых блюд. Но, затем, на третьем месяце может возникнуть тошнота и даже рвота по утрам.

В этих случаях ***рекомендуют*** принимать пищу, лежа в постели, в холодном виде. Особой диеты в I половине беременности не требуется.

Во II половине беременности нужно несколько ограничить прием мясных блюд, преобладать должна молочнорастительная диета, лучше, если это будут молочнокислые продукты.

Обязательно нужно порекомендовать те продукты, которые содержат кальций (творог, орехи). Очень полезны овощи и фрукты, особенно, в сыром виде, так как они содержат большое количество витаминов и микроэлементов (морковь, капуста, яблоки и пр.). Запрещаются острые приправы (перец, уксус, горчица, хрен и др.). Категорически запрещается алкоголь. Учитывая ограничение мясных продуктов, количество белков восполняется рыбой, творогом, сыром, яйцами.

- **Количество жидкости** нужно сократить до 1,5 литров в сутки (учитывается вся жидкость в продуктах), необходимо ограничить соль, так как нарушение водно-солевого режима во II половине беременности способствует разви-тию отеков.

- Беременная женщина должна тщательно **следить за чистотой своего тела**, так как через кожу выделяются продукты обмена. Купание рекомендуется под душем; в последние месяцы беременности беременной не советуют принимать ванны, чтобы избежать инфицирования через влагалище.

Учитывая усиленную выделительную функцию, беременной женщине необходимо подмывать половые органы мылом после каждого акта мочеиспускания и дефекации движениями спереди назад, чтобы не занести инфекцию из анального отверстия.

Спринцевания беременной женщине не разрешаются.

- Необходимо **готовить молочные железы** к кормлению ребенка (ежедневное обмывание теплой водой с мылом с последующим обтиранием полотенцем). При наличии втянутых сосков их нужно массировать чисто вымытыми руками, оттягивая большим и указательным пальцами кнаружи в течение 5 минут 2-3 раза в день.

- **Лифчик б**еременной женщины должен способствовать поддерживанию (но не сдавливанию) молочных железе, и он должен быть хлопчатобумажным.

- **Одежда** беременной должна быть свободной, не сдавливать грудь и живот (ношение тугих поясов запрещается). Круглые резинки носить нельзя.

- **Со II половины беременности рекомендуется носить дородовой пояс**, одевать его, лежа на спине и шнуруя снизу-вверх (на ночь снимать). Ношение пояса перемещает центр тяжести, препятствует растяжению брюшной стенки, исключает давление на нижний сегмент матки и является профилактикой преждевременных родов.

- **Потребность витаминов** во время беременности резко возрастает. Их недостаток приводит к ряду нарушений, понижая сопротивляемость организма беременной к инфекционным заболеваниям, снижая трудоспособность, нарушая развитие плода, приводя к выкидышам и преждевременным родам.

Питание беременных должно быть частым (4 раза в день) и небольшими порциями.

У беременных наблюдается **склонность к запорам**, что можно регулировать употреблением свежих овощей и фруктов, кисломолочных продуктов, черного хлеба.

Так как беременная нуждается в улучшении дыхания, кровообращения, обмена веществ и функций нервной системы, ей **полезны специальные гимнастические упражнения.** Установлено, что у женщин, занимающихся во время беременности физкультурой, роды протекают более физиологично. Поэтому беременным женщинам, у которых беременность протекает без осложнений, нужно рекомендовать специальный комплекс упражнений.

Проводя диспансеризацию беременных, женщин при выявлении любых отклонений от нормы, осложненного течения беременности, ее направляют в стационар для уточнения диагноза и проведения необходимой коррекции беременности.

Т 3.4.11 Роль медицинского работника в профилактике заболеваний внутриутробного плода.

Антенатальная охрана - это комплекс мероприятий социально-медицинского, профилактического, лечебного характера, направленных на создание оптимальных условий для внутриутробного развития эмбриона и плода, предупреждение у него врожденных заболеваний и повреждений, а также внутриутробной гибели плода.

При контакте с беременной женщиной необходимо выяснить:

• характер и режим питания;

• режим ее двигательной активности;

• перенесенные заболевания до беременности и заболевания во время беременности, их сроки;

• наличие у нее вредных привычек (употребление наркотиков, алкоголя, курение);

• состояние ее здоровья, осуществляется ли контроль за течением ее беременности.

При выявлении во время опроса (сбора анамнеза) проблем, связанных с риском для здоровья матери и плода, необходимо провести инструктаж беременной, её обучение или дать соответствующие рекомендации.

Первоочередной задачей деятельности медицинской сестры является содействие обеспечению оптимального функционирования организма женщины в период беременности с учетом изменившихся потребностей:

- в дыхании,
- поступлении питательных веществ,
- витаминов,
- минералов,
- двигательной активности, с учетом особенностей в удовлетворении физиологических потребностей,
- социальных контактов,
- переоценке своего места и роли в семье и обществе, ибо удовлетворение потребностей беременной женщины будет способствовать антенатальной охране эмбриона и плода, так как плод удовлетворяет свои потребности в дыхании, питательных веществах, выделении через организм матери.

Следует уделять внимание удовлетворению потребностей беременной в адекватном питании, двигательной активности, соблюдению необходимого баланса между трудовой деятельностью и отдыхом, т.е. необходимо вести речь об оптимальном режиме дня, предусматривающем время для прогулок на свежем воздухе, для приема пищи, достаточное количество времени для сна.

Потребность во сне в период беременности несколько возрастает, беременная должна спать не менее 8 ч в сутки,

Питание беременной должно быть сбалансированным, содержащим достаточное количество белков, углеводов, минеральных веществ, витаминов, соответствующее физиологическим потребностям организма женщины во время беременности.

Дородовые патронажи - это метод активного динамического наблюдения, направлены на выявление и устранения влияния факторов риска по определённой схеме:

Патронаж - регулярное оказание лечебно – профилактической помощи на дому.

1 (первичный) дородовый патронаж - проводится участковой медсестрой детской поликлиники после постановки на учёт в ЖК.

Цель: выявление факторов риска беременной и определение групп риска, составление индивидуального плана наблюдения за беременной, информирование женщины о влиянии питания, образа жизни, создание положительного эмоционального настроя.

2 (вторичный) дородовый патронаж проводится перед оформлением декретного отпуска (30 – 32 нед) или на 30 – 38 неделе беременности.

Цель: оценка состояния беременной, результат выполнения данных ей рекомендаций, прогноз отклонений в поздних сроках беременности, подготовка семьи к рождению ребёнка (информация о первых признаках родовой деятельности, подготовка комнаты для ребёнка, мебели, белья, предметах ухода, обучение правилам подготовки молочных желёз к кормлению).

Т 3.4.12 Анатомо-физиологические, психологические и социальные особенности беременной.

В период беременности у женщин происходит большое количество изменений в физиологических процессах, а также социальной и психологической сферах.

В первую очередь ***рассмотрим физиологические изменения***, в том числе в центральной нервной системе, сопровождающие период беременности.

У женщин в этот период ***незначительно снижается артериальное давление, однако повышается давление в венах таза и ног, что иногда приводит к отекам вследствие застоя жидкости.***

Незначительно увеличивается объем эритроцитов в крови; во второй половине беременности происходит разжижение крови, что позволяет снизить нагрузку на сердце и обеспечить достаточный кровоток к внутренним органам.

Перестройка системы гомеостаза включает усиление активности тромбоцитов, увеличение концентрации фиброгена и факторов свертывания крови. Это изменение является адаптационным, однако имеет потенциальные негативные последствия в виде тромбоза при застое крови в венах нижних конечностей.

Сохранение и развитие беременности существенно связаны с ***преобладанием над эстрогенами прогестерона***. Повышается эндокринная активность передней доли гипофиза, поджелудочной и щитовидной желез, коры надпочечников. Щитовидная железа увеличивается, лучше кровоснабжается, поглощает больше йода.

Концентрация кортизола в крови в первые недели беременности не меняется, но затем растет и к ее середине увеличивается в 2-3 раза, сохраняясь высокой до родов. Повышение концентрации кортизола в крови постепенно блокирует рецепторы прогестерона и тем самым готовит матку к родам.

На ранних этапах беременности происходят ***изменения в работе коры головного мозга*** – снижается интенсивность процессов возбуждения коры, а интенсивность возбуждения подкорковых структур, напротив, возрастает. Изменения в работе вегетативной нервной системы ведут за собой повышение сонливости, головокружения, слабость, раздражительность, чувствительность.

Данные процессы можно считать адаптивными механизмами, так как они направлены на снижение активности женщины и отстранение от стрессоров. Все это позволяет женщине оказаться в более безопасной и спокойной обстановке, что важно для того, чтобы она привыкла к изменениям в своем теле, самочувствии.

Также важной особенностью физиологических процессов нервной деятельности беременной является ***формирование доминанты, то есть устойчивого очага возбуждения в центральной нервной системе***, которое появляется в период оплодотворения и продолжается на протяжение всей беременности. Данная доминанта обусловливает многие процессы, происходящие в организме беременной. В конце беременности происходит изменение этой доминанты, которая теперь будет направлена на готовность организма к родам и их благополучный исход.

Для беременной женщины на первых триместрах ***характерно торможение процессов нервной системы, в особенности моторных центров***. Также изменения происходят в активности центров, регулирующих дыхание и тонус сосудов. Авторы также отмечают, что торможение может быть вызвано интенсивным потоком импульсов от матки в центральную нервную систему, а также изменениями гормонального фона. Повышенная импульсация при этом создает очаг возбуждения, вызывая торможение в других зонах, поскольку связанные с этими зонами раздражители перенаправляются в активный очаг возбуждения. При этом очаг возбуждения может возникать и поддерживаться также за счет медикаментов, гормонов.

Беременность нередко сопровождается неустойчивостью образа Я, самооценки. Предстоящее материнство может вызывать как положительные эмоции, так и отрицательные, связанные с беспокойством о высокой ответственности, изменением уклада жизни, опасениям о здоровье ребенка и своем собственном, неуверенность в своей способности стать хорошей матерью.

Социально-экономический аспект жизни беременной также нередко сопровождается изменениями. В первую очередь, женщина, ставшая на учет по беременности, обретает новый статус. Он может еще недостаточно осознаваться женщиной, и скорее всего он не является частью идентичности женщины. Однако с точки зрения закона теперь для женщины существуют новые права и обязанности. Кроме того, новый статус также влияет на ближайшее окружение женщины, включая родственников и работодателя. Если говорить о рабочих отношениях, то здесь женщины в основном получают больше прав, а работодатель – больше обязательств [18].

Одной из главных причин для беспокойства женщины в рамках этого аспекта является страх потерять работу, так как не все работодатели терпимы к беременности сотрудниц и соблюдают законы, применимые к данной ситуации.

Другое негативное изменение может касаться ***уровня заработной платы.*** Декретный отпуск может привести к снижению выплат, например, если часть из них ранее составляла нерегулярная премия на основе результативности работы женщины. Это также может являться одним из поводов для тревоги беременной.

Ю. В. Немировская отмечает, что у женщин с трудностями адаптации к роли будущей матери чаще встречались проблемы в отношениях с близкими: непринятие беременности родственниками, отсутствие поддержки, в том числе от социальных служб.

Также остановимся подробнее на психологическом аспекте беременности.

Беременность является одним из нормативных кризисов, который при благополучном разрешении ведет к окончательному формированию зрелости у женщины. Так как беременность является особым состоянием, сопровождающимся значительными изменениями, это приводит и к трансформации личности. Несмотря на то, что к моменту беременности личность обычно уже сформирована, этот период все же приводит к качественным изменениям. Как было описано ранее, женщина сталкивается не только с изменениями в теле и особенностях физиологических процессов, но и с изменениями в психологической сфере.

Нередко беременными женщинами отмечаются изменения в сторону увеличения эмоциональной нестабильности, слезливости, повышения тревожности, раздражительности. Также возможны колебания самооценки, чувство слабости и снижения энергии.

С того момента, как женщина осознает свою беременность, у нее возможно ***обилие противоречивых чувств и мыслей***. Они могут быть вызваны страхами, тревогой перед всем периодом течения беременности, родами и дальнейшим воспитанием ребенка. Нередко отмечаются сомнения в том, сможет ли она родить ребенка и далее достаточно хорошо выполнять роль

матери. Опасения за свое здоровье и здоровье ребенка, за жилищные условия и материальное состояние также усиливают беспокойство.

Также при беременности происходят изменения не только в своей личностной идентичности, но и в образе тела. Беременность оказывает очень разностороннее влияние на женщину, поэтому для специалистов, работающих с данной категорией женщин, важно уточнить все переживания, страхи и опасения. Также важна социальная поддержка для женщины.

Т 3.4.13 Дородовые патронажи.

Патронаж (франц. patronage покровительство) — форма работы лечебно-профилактических учреждений, основными целями которой являются проведение на дому оздоровительных и профилактических мероприятий.

Патронаж беременных — составная часть системы диспансерного наблюдения за беременной женщиной, целью которого является осуществление комплекса мероприятий, направленных на формирование, сохранение и укрепление здоровья матери, предупреждение развития у нее заболеваний и осложнений беременности, раннее их выявление, лечение и обеспечение условий для нормального развития плода.

Во время беременности при ее физиологическом течении женщина должна посетить акушера-гинеколога в среднем 14 раз. После первого осмотра явка назначается через 7—10 дней (с результатами анализов, заключением терапевта и других специалистов); в дальнейшем в первую половину беременности — 1 раз в месяц; после 20 недель — 2 раза; после 32 недель — 3—4 раза.

При посещении беременной женской консультации врач и акушерка имеют возможность оценить ее состояние по динамике прироста массы тела, уровню АД, анализам мочи и др. О состоянии плода судят по данным ультразвукового и других специальных исследований.

Если женщина является в женскую консультацию нерегулярно или не посещает врача в назначенный срок, особенно при наличии патологии беременности, акушерка осуществляет патронаж, т.е. навещает ее дома, выясняет причину неявки, измеряет АД и приглашает на прием к врачу. Патронаж проводят также при отказе женщины от госпитализации. В этом случае врач или акушерка разъясняют женщине или ее близким родственникам опасность, к которой могут привести нарушения в состоянии здоровья женщины и плода, а также напоминает об ответственности за отказ от госпитализации. Результаты патронажа, дата его осуществления заносятся в Индивидуальную карту беременной, родильницы (форма № 111/у).

Дородовой патронаж беременных осуществляют также медсестры детской поликлиники. Сведения о беременных в детскую поликлинику поступают из женской консультации. Медсестра посещает беременную дважды: первый раз в течение 10 дней после получения сведений о ней из женской консультации, второй раз — на 31—32-й неделе беременности.

Есть противопоказания. Посоветуйтесь с врачом

Цели первого дородового патронажа: установить контакт детской поликлиники с будущей матерью, познакомиться с условиями жизни будущего ребенка, оценить социальное положение семьи, ее психологический климат, гигиеническое состояние квартиры, выяснить состояние здоровья матери, обратить внимание на наследственность, наличие вредных привычек.

Инструктаж касается вопросов здорового образа жизни и возможности снижения выявленных факторов риска. Медицинская сестра приглашает будущих родителей в «Школу молодой матери», которая действует в отделении здорового ребенка, где обучают правилам ухода за ребенком.

Полученные сведения и рекомендации регистрируются на вкладыше к истории развития ребенка (ф. № 112) под заголовком «Первый дородовой патронаж». Участковый врач знакомится с результатами патронажа, при необходимости посещает беременную женщину на дому. Совместно с акушером-гинекологом и участковым терапевтом принимает участие в привлечении администрации по месту работы к улучшению условий труда, организует консультацию по правовым вопросам у юриста, дает рекомендации по улучшению режима питания и оздоровлению.

Основные цели второго дородового патронажа – проверить, как выполняются данные ранее рекомендации, как семья подготовлена к появлению ребенка, есть ли все необходимое для ухода за новорожденным, а также подготовка к послеродовому периоду.

Т 3.4.14 Необходимость сознательного подхода к материнству и отцовству, понимание возникающих проблем, готовность их решать.

Психологическая готовность к родительству - это внутренняя позиция личности, компонентом которой является целостная система отношений будущего отца и матери к появлению ребёнка в семье.

Уровень психологической готовности к родительству определяется степенью сформированности определенных компонентов.

Важными компонентами будут знания о родительстве, личностные качества будущих родителей, стремление к саморазвитию, к самоактуализации, представления о своих будущих родительских ролях, позитивное отношение к будущему родительству, то есть эмоциональная готовность.

Понятие «психологической готовности к родительству» включает в себя понятия готовности к материнству и отцовству.

На уровень психологической готовности к родительству и, в частности, к материнству влияют различные факторы, в том числе степень психофизиологической зрелости. Возраст женщины имеет немаловажное значение, так как для женщин различных возрастных групп характерны свои физиологические и психологические особенности, которые влияют на готовность к материнству. Современными учеными доказано, что до 18 лет девушки не являются ни физиологически, ни психологически готовыми к материнству. Несмотря на ускорение темпа индивидуального развития, -

физическая, интеллектуальная и социальная зрелость, необходимая для рождения и воспитания ребёнка наступает в возрасте 19 - 28 лет.

Для беременных 16-18 лет характерны неадекватная самооценка, внутренняя конфликтность, инфантилизм. В итоге возникает искажённое формирование материнской сферы девушек, не достигших 19 лет, которые ожидают рождение ребёнка.

Социально-личностная готовность к материнству включает развитие половой и гендерной идентификации женщины, позитивное восприятие своей родительской роли, представление о важных для развития ребенка личностных качеств матери, осознание ответственности за развитие личности ребенка, за свои действия и слова, непосредственно влияющие на этот процесс.

Психологическая готовность к отцовству – это готовность принять на себя ответственность за жизнь и благополучие другого человека, ребенка.

Родители, для которых дети являются одной из самых важных жизненных ценностей, много времени и сил уделяют их воспитанию, стремятся вложить в них все самое лучшее, осознанно подходят к вопросу воспитания будущей личности. Человек хочет получить свое продолжение в своих детях. Это желание не является инстинктивным, а приобретается в процессе воспитания. Родители, воспитывая, развивают в ребенке личность, а ребенок помогает родителям личностно расти и развиваться.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что психологическая подготовка к родительству имеет огромное значение для будущих потенциальных детей.

От того, насколько психологически будут готовы потенциальные родители к появлению и воспитанию ребенка, напрямую зависит психологическое и физиологическое здоровье самого ребенка.

Т 3.4.15 Психологические проблемы, связанные с предстоящими родами, материнством, отцовством.

- Страхи: потери ребенка, родов, не тот пол у ребенка, рождение больного ребенка, перед гинекологическими операциями.
- Я не чувствую себя беременной (женщины после ЭКО).
- После привычного невынашивания, помощь в сохранании беременности.
- Послеродовая депрессия.
- Психологическая помощь в зачатии, работа с бесплодием.
- Тревога о сохранении беременности.
- Депрессия, панические атаки, неврозы, пограничные расстройства, бессоница.
- Перинатальная гибель плода, ребенка.
- Желания совершить суицид.
- Угроза прерывания беременности.
- Получение информации по беременности и родам.
- Психологическая помощь по поводу удаления матки и труб.

Практическое занятие № 16.
«Период беременности. Оплодотворение. Рост и развитие плодного яйца. Изменения в организме женщины. Дородовый патронаж»

Обсуждение процесса оплодотворения и развития плодного яйца.
(См. Теоретическое занятие №18 Т 3.4.2 Процесс оплодотворения и развития плодного яйца).

Обучение определению признаков беременности.
Выявление вероятных признаков производится путем:
а) опроса;
б) пальпации молочных желез и выдавливания молозива;
в) осмотра наружных половых органов;
г) исследования при помощи зеркал;
д) бимануального исследования.

Практическое занятие № 17.
«Определение срока беременности, даты родов. Гигиена беременной. Индивидуальная карта беременной и родильницы.»

Определение предполагаемого срока родов.
Срок беременности исчисляется с 1-го дня последних месячных.
Предполагаемый срок родов можно высчитать следующим образом:
- к первому дню последних месячных + 9 календарных месяцев + 7 дней;
- от 1-го дня последних месячных -3 календарных месяцев +7 дней.

Декретный отпуск выдается всем работающим женщинам и состоящим на учёте по безработице в сроке беременности 30 недель на 140 календарных дней.
При многоплодной беременности декретный отпуск выдаётся в 28 недель.

Составление планов дородовых патронажей.
Образец оформления дородового патронажа
Дата проведения_____Срок беременности _____
Ф.И.О. беременной_____
Домашний адрес_____
Возраст _____
Место работы _____ Профессия_____
Профессиональные вредности_____
Желанная ли беременность: да, нет (подчеркнуть)
Экстрагенитальная патология _____
Вредные привычки: алкоголизм, курение, наркомания, другие (указать):
_____
Аллергические реакции: нет, есть (какие) _____
_____
Группа крови _____ резус-фактор _____

Ф.И.О. мужа_____

Возраст_____ Профессия _____

Место работы_____

Профессиональные вредности_____

Вредные привычки: алкоголизм, курение, наркомания, другие (указать)_____

_____

Аллергические реакции: нет, есть (указать)_____

_____

Состояние здоровья отца: туберкулез, венерические, нервно-психические, наследственные, эндокринные заболевания, врожденные пороки развития, прочие (указать) _____

_____

Группа крови _____ резус-фактор _____

Зарегистрирован ли брак: да, нет (подчеркнуть)

Микроклимат семьи_____

Бытовые условия, гигиена жилища _____

_____

Материальная обеспеченность:_____

Акушерский анамнез: Беременность по счету _____, из них: роды живых детей _____, мертворождения _____, выкидыши _____, мед. аборты _____, бесплодие_____.

Наличие детей с врожденными пороками развития_____.

Воспалительные заболевания гениталий_____, узкий таз, пороки развития матки _____, рубец на матке. Настоящая беременность: Течение: токсикоз 1 половины, 2 половины, угроза прерывания, многоводие, патология плаценты, нерациональное питание, признаки гипоксии плода, действие тонизирующего излучения, другие _____

Самочувствие_____

Перенесенные заболевания во время беременности:

Острые заболевания: _____ (срок беременности __ недели.).

Методы лечения_____

Обострение хронических заболеваний: _____ (срок беременности ____нед.).

Методы лечения_____

Контакт с инфекционными больными (перечислить с какими): _____ (срок беременности ____ нед.)

Если имелись профессиональные вредности, исключены ли: да (с какого срока беременности____ нед.), нет.

Выдерживается ли режим сна, отдыха, прогулок - да, нет.

Предполагаемый срок родов_____

Другие факторы риска _____

Приглашение в "Школу матерей" (дата)_____

Приглашение на прием к участковому педиатру _____

Заключение: _____

группы риска будущего ребенка - _____

Рекомендации по профилактике и устранению факторов риска:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Подпись:

Составление рекомендаций беременной женщине по режиму дня, питанию; обучение специальным физическим упражнениям.

Режим дня и правила поведения беременной женщины

С самого начала наступления беременности женщина должна сделать все необходимое для того, чтобы сохранить свое физическое и психологическое здоровье и позаботиться о полноценном развитии своего будущего ребенка для его последующего благополучного рождения. Для этой цели каждая беременная женщина обязана приучить себя следовать ежедневному распорядку, предназначенному специально для будущих матерей, благотворно влияющему на поддержание их здорового состояния и протекания беременности.

Правила, которых должна придерживаться каждая беременная женщина

1. Избегать физического перенапряжения, т.е. прежде всего не перегружать себя тяжелой физической работой, требующей применения значительных, частых сгибаний туловища, а также нахождения в неудобной позе длительное время;
2. Отказаться от курения и употребления спиртных напитков;
3. Соблюдать правила гигиены (ежедневно принимать теплый душ, чистит зубы, менять нижнее бельё), одежда должна быть чистой и свободной желательно из натуральных тканей, обувь на низком каблуке, ни в коем случае нельзя носить тугой бюстгальтер и стягивающие пояса;
4. Продолжительность сна не менее 8-9 часов, наиболее оптимальное время для этого с 22 ч вечера до 7 ч утра. Будущей матери (особенно во второй половине беременности) рекомендуется отдыхать (спать) в течение дня (1-2 ч после обеда), оптимально с 14 ч до 16 ч.
5. Обязательно проветривать комнату несколько раз в день, особенно перед сном;
6. Ежедневно в течение 2-3 часов проводить прогулки на свежем воздухе, так как у беременной женщины повышена потребность в кислороде на 25-30%. Прогулки проводить в определенные часы. Утром с 10 ч до 11 ч, вечером с 18 ч до 19 ч и обязательно перед сном с 20 ч до 21 ч. На последних месяцах беременности женщина для собственной безопасности должна гулять в сопровождении близких людей. В холодное время года и плохую погоду от прогулок лучше воздержаться во избежание простуды и прочих осложнений;
7. Систематические занятия физкультурой в течение 40 минут 2-3 раза в неделю положительно влияют на состояние организма беременной и подготавливают к физическим нагрузкам (роды), положительно влияют на органы дыхания, укрепляют дыхательные мышцы грудной клетки. Прежде чем приступить к выполнению упражнений, обязательно нужно проконсультироваться у врача. За 20 – 30 минут до начала упражнений выпить сладкого чая или съесть йогурт. Помните, что в первой половине беременности

большая часть упражнений проводится в положении стоя, а во второй половине преимущественно сидя или лежа;

8. Во второй половине беременности (на 6-7 месяце) нужно посещать курсы для будущих матерей, на которых Вы сможете получить массу полезной информации о питании, о том, как делать специальную гимнастику, как вести себя во время схваток, как правильно дышать во время схваток и родов. Очень важно научится управлять своим дыханием, так как это пригодится при родах. Рекомендуется тренироваться в глубоком вдохе и учиться дольше, задерживать выдох;

9. Психопрофилактическая подготовка Хорошо известно, что уравновешенные роженицы ведут себя спокойно, не испытывают страха, а потому и роды протекают у них с незначительной болью. Женщины с повышенной возбудимостью нервной системы со страхом ожидают приближения родов. Порог болевой чувствительности у них низкий, поэтому схватки, даже первоначальные, воспринимаются ими как сильные боли. Разъяснения, позволяют снять психогенный компонент родовой боли, чувство страха, беспокойства, создать положительные эмоции. Успех психопрофилактической подготовки в значительной мере определяется сознательным отношением беременной, ее желанием освоить методы поведения во время родов и приемы, способствующие обезболиванию.

Оформление медицинской документации (Индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы)

Индивидуальная карта беременной и родильницы - учетно-оперативный медицинский документ, заполняемый в женской консультации на каждую беременную для регистрации результатов динамического наблюдения, проведенных лечебных и диагностических мероприятий.

Учетная форма № 111/у-20

Министерство здравоохранения СССР

_____

наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма № 111/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. № 1030

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА беременной и родильницы

Группа крови _____

Резус принадлежность беременной _____

ее мужа _____

1. Дата взятия на учет _____

_____

Реакция Вассермана

I «____» _____ 20 ___ г.

II «____» _____ 20 ___ г.

Результат исследования на гонококки _____

Обследования на токсоплазмоз _____

РСК (по показаниям) _____

Кожная проба _____ РКС _____

Фамилия, имя, отчество _____

_____

Дата рождения _____ Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован, одинокая (подчеркнуть).

Домашний адрес, телефон _____

_____

Образование: начальное, среднее, высшее (подчеркнуть)

Место работы, телефон _____

Профессия или должность _____ Условия труда _____

Фамилия и место работы мужа, телефон _____

_____

2. Диагноз: беременность (которая) _____ Роды _____

Осложнения данной беременности _____

_____

Экстрагенитальные заболевания (диагноз) _____

_____

3. Исход беременности: аборт, роды в срок, преждевременные _____

недель. Дата _____

_____

Особенности родов _____

Ребенок: живой, мертвый, масса (вес) _____ г. Рост _____ см

Выписался, переведен в больницу, умер в родильном доме (подчеркнуть) диагноз

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ТЕМА 3.5.
ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.
ПОДГОТОВКА К РОДАМ. ПРОЦЕСС РОДОВ

Теоретическое занятие № 19.
«Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам»

Т 3.5.1 Структура современных принципов подготовки к родам, их роль в укреплении здоровья матери и будущего ребенка; психологическая и физическая подготовка мужей к осуществлению психологической поддержки женщины во время родов, к будущему отцовству.

Инстинкт материнства заложен в женщинах природой, и каждая женщина сознательно или неосознанно стремится выполнить свое главное предназначение. Но когда подходит время, когда скоро должен родиться ребенок, многие женщины начинают испытывать страх родов, так как связывают его с обязательными страданиями и нестерпимыми болями. Психологическая и физическая подготовка к родам способствует мобилизации всех сил женщины, для родоразрешения.

Психопрофилактическая подготовка беременных к родам

Психопрофилактическая подготовка беременных к родам представляет собой комплекс мероприятий, включающих лечебную физкультуру, ультрафиолетовое облучение и специальные занятия.

Метод психопрофилактической подготовки беременных к родам основан на учении о сущности родовой боли, в формировании которой принимают участие не только раздражение нервных окончаний со стороны матки и других половых органов, но и условно рефлекторный компонент, связанный с воздействием на вторую сигнальную систему. При этом признается, что ведущая роль в возникновении болевых ощущений принадлежит коре головного мозга.

Сущность метода заключается в том, чтобы путем словесного воздействия снизить возбуждение в подкорковых центрах и уравновесить процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга.

Цель психопрофилактической подготовки состоит в устранении страха перед родами и других отрицательных эмоций, возникающих во время беременности, в выработке и закреплении представлений о родовом акте как о физиологическом и неболезненном процессе, в воспитании нового положительного чувства, связанного с предстоящим материнством.

Психопрофилактическая подготовка к родам начинается с первого посещения женщиной женской консультации. Врач выясняет социально-бытовые условия жизни беременной, ее отношение к беременности и предстоящим родам, наличие вредных привычек. Женщину знакомят с правами беременных и кормящих матерей, льготами для них. Врач выясняет, нет ли у женщины страха перед родами, убеждает беременную в необходимости

специальной подготовки к родам, которая помогает устранить болевые ощущения. Врач должен стремиться оказывать благоприятное воздействие на психику беременной, постоянно подчеркивая, что роды – физиологический акт и их течение во многом зависит от подготовленности женщины к родам и материнству.

С 30 недели (начала дородового декретного отпуска) занятия проводятся особенно тщательно. При хорошей предварительной подготовке ограничиваются 4-5 занятиями с таким расчетом, чтобы последнее состоялось за 6-7 дней до родов. При позднем взятии на учет, патологическом течении беременности, отягощенном акушерском анамнезе, экстрагенитальной патологии количество занятий увеличивается до 6-9, провдятся они индивидуально 2 раза в неделю. Здоровые беременные занимаются в группах по 8 – 10 человек, которые по возможности составляются из однотипных в эмоциональном отношении женщин.

Первое занятие. Беременным сообщаются краткие сведения об анатомическом строении женских половых органов, о матке как плодовместилище и органе питания плода. Приводятся сведения и развитии плода, его положении в мате, роли плаценты, околоплодных вод. Разъясняется сущность изменений в организме беременной, обеспечивающих физиологическое течение беременности и родов.

Второе занятие. Дается представление о родах как о физиологическом акте, о трех периодах родов. Объясняются особенности правого периода родов, субъективные ощущения рожающей женщины, дается понятие о схватках, их продолжительности и регулярности. Рассказывается о механизме сглаживания и раскрытия шейки матки, о роли плодного пузыря и околоплодных вод.

Третье занятие. Разъясняется, как вести себя при появлении схваток и в течение всего первого периода родов. Указывается на то, что не следует отождествлять боль и схватку, у многих женщин схватки протекают совершенно безболезненно. Женщин обучают специальным приемам, с помощью которых можно уменьшить болевые ощущения: правильное, равномерное и глубокое дыхание во время схватки; легкие поглаживания переднебоковых поверхностей живота на вдохе и выдохе; поглаживания кожи поясничной области; прижатие большими пальцами кожи к внутренней поверхности гребешка подвздошной кости у обеих передне-верхних остей; прижатие кулаками точек, соответствующих наружным углам ромба Михаэлиса; ведение счета схваткам; отдых и по возможности попытка дремать между схватками. Беременные должны хорошо усвоить указанные приемы и точно выполнять их. В конце занятия разъясняются причины, которые могут усилить болезненные ощущения в родах (страх, беспокойное поведение, переполненный мочевой пузырь). Необходимо подчеркнуть, что эти причины легко устраняются в родах правильным поведением женщины.

Четвертое занятие. Дается представление о течении второго и третьего периодов родов, характере ощущений роженицы в это время. Рекомендуются рациональные положения в начале и конце периода изгнания, когда роженица

должна проявлять максимум физических и психических усилий, уметь задерживать дыхание для повышения эффективности потуг и расслаблять мускулатуру в момент рождения головки плода. Подчеркивается, что продолжительность второго периода родов зависит не только от правильного применения приемов, но и от достаточной физической подготовки. Рекомендуется дома повторять предложенные приемы для полного их усвоения. Рассказывается о течении и содержании последового периода, его продолжительности, характере схваток. Женщины обучаются правильному поведению при рождении последа.

Пятое занятие. Как правило, это заключительное занятие, на котором контролируется усвоение материала прошлых занятий. Рассказывается о порядке и обстановке в родильном доме, о правилах асептики и антисептики. Дается представление об обязательных и возможных лечебно-диагностических мероприятиях (наружное и влагалищное исследование, вскрытие плодного пузыря, внутривенные и внутримышечные инъекции, вдыхание кислорода и т.д.). Объясняется их обоснованность и необходимость для благополучного течения и завершения родов.

Психопрофилактическую подготовку беременных к родам необходимо сочетать с физическими упражнениями, которые рекомендуется проводить с самого начала беременности.

Занятия физкультурой проводятся чаще группами под руководством инструктора п лечебной физкультуре или специально обученной акушерки. Допускается выполнение упражнений на дому после соответствующего обучения.

Заниматься физкультурой рекомендуется утром до еды или через 1 – 2 часа после завтрака в хорошо проветренном помещении, в свободной, не стесняющей движения одежде. Продолжительность занятий не должна превышать 15-20 мин. Комплекс упражнений не должен вызывать у беременной усталости, затруднения дыхания, сердцебиения, одышки и т.п.

Исключаются прыжки, значительное натуживание, резкие движения. Систематические занятия физкультурой повышают сопротивляемость организма инфекции, укрепляют нервную систему, придают ощущение бодрости, улучшают общее состояние, аппетит, сон, работу сердечно-сосудистой системы, дыхания, желудочно-кишечного тракта. Физические упражнения укрепляют мышцы тазового дна, передней брюшной стенки, устраняют застойные явления в малом тазу и нижних конечностях, способствуя нормальному течению родового акта и послеродового периода.

Занятия физкультурой рекомендуются только здоровым женщинам, с физиологическим течением беременности.

Противопоказания для занятий:

- острые инфекционные заболевания,
- декомпенсированнные заболевания сердечно-сосудистой системы,
- болезни печени и почек,

▪ осложнения беременности (гестозы, угроза невынашивания, кровотечения во время беременности).

Кроме занятий физкультурой используются и другие средства закаливания: прогулки на свежем воздухе, воздушные дозированные ванны, витаминотерапия, рациональная диета и т.д.

Теоретическое занятие № 20.
«Физиологические роды. Причины наступления родов. Предвестники родов. Родовые изгоняющие силы. Периоды родов»

Т 3.5.2 Понятие о родовом акте.

Роды – физиологический процесс изгнания достигшего жизнеспособности плода с плодными оболочками и околоплодными водами из полости матки.

Причины наступления родов:

- Понижение возбудимости коры головного мозга и повышение возбудимости спинного мозга. Усиливается возбудимость нервных элементов и мышц матки;
- Матка сильнее реагирует на механические, химические и другие раздражители (рост плода, опущение предлежащей части);
- Выработка простогландинов, химических веществ, повышающих тонус матки и сократительную деятельность;
- Повышается образование эстрогенов, понижается количество прогестерона, увеличивается выработка окситоцина, ацетилхолина.

Когда возбудимость матки и сила раздражителей достигают определённого предела, возникает регулярная родовая деятельность (родовые схватки) - начинаются роды.

Т 3.5.3 Течение родов: периоды родов, их физиологическая сущность, продолжительность; родовые изгоняющие силы - схватки, потуги.

В течение родов выделяют 3 периода:

I период раскрытия – продолжительность для первородящих 10+-2 часа, для повторнородящих 8 +-2 часа.

II период изгнания – продолжительность до 2 часов.

Ш последовый период – продолжительность от 5-7 мин. до 30 мин.

В **первом периоде родов** происходит раскрытие шейки матки. Начинается первый период родов с момента регистрации регулярной родовой деятельности и заканчивается открытием маточного зева на 10-12 см.

В первом периоде родов выделяют 3 фазы:

а) латентная фаза – родовая деятельность схватки по 10-15 сек. через 10-15 мин. В конце латентной фазы продолжительность схватки увеличивается, до 30-40 сек, паузы уменьшаются до 4-5 мин. Сила схватки нарастает. Окончанием латентной фазы считается момент родов, при котором фиксируется открытие

шейки матки на 5см; скорость раскрытия шейки матки составляет 0,5 см в час, продолжительность 6-7 часов.

Шейка матки у перво- и повторнородящих открывается не одинаково. У первородящих вначале открывается внутренний зев шейки матки. Шейка укорачивается, а затем открывается наружный зев цервикального канала. Наружный зев цервикального канала называется **маточным зевом.** У повторнородящих наружный и внутренний зев цервикального канала открывается одновременно.

б) фаза активной родовой деятельности. Продолжительность до 3 часов, скорость раскрытия маточного зева составляет 1 см/ч, заканчивается фаза активной родовой деятельности открытием шейки матки на 8см. Родовая деятельность - схватки продолжительностью до 1 мин., с паузами 1,5- 2 мин. В этой фазе роженица нуждается в обезболивании.

в) фаза затухания родовой деятельности. Продолжительность до 2 часов, скорость раскрытия 2 см/ч., заканчивается эта фаза полным открытием маточного зева. Родовая деятельность - схватки продолжительностью до 1 мин., с паузами 3-4 мин, менее интенсивные и менее болезненные, чем в фазе активной родовой деятельности.

Второй период родов начинается с момента полного раскрытия маточного зева и заканчивается рождением плода. Продолжительность не должна превышать 2 часов. Во втором периоде родов выделяют **потужной период**, который значительно короче. Потуги начинаются в момент, когда предлежащая часть опускается на тазовое дно и раздражает мышцы тазового дна. Нагрузка на роженицу наивысшая.

Предлежащая часть плода, проходя по плоскостям таза, совершает движения, запрограммированные природой. Совокупность этих движений называется **биомеханизмом родов.**

Биомеханизм родов в переднем виде затылочного предлежания, состоит из 4 моментов:

а) **сгибание головки.** Головка сгибается для того, чтобы пройти своим наименьшим размером по плоскостям таза.

б) **внутренний поворот головки.** Начинается на 2-ой тазовой плоскости и заканчивается на 3-ей тазовой плоскости для того, чтобы головка фиксировалась подзатылочной ямкой под нижним краем лонного сочленения.

в) **разгибание головки.** Головка плода разгибается и рождается.

г) **наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков.** В следующую потугу головка поворачивается личиком к одному из бедер матери. В этот момент рождается переднее плечико и фиксируется под лонным сочленением на границе верхней и средней трети плеча. Туловище изгибается и рождается заднее плечико. В дальнейшем рождение плода происходит беспрепятственно.

Третий период начинается с момента рождения плода и заканчивается рождением последа. Послед состоит из плаценты, оболочек и остатка пуповины. Продолжительность от 5-7 мин. до 30мин. После рождения плода

объём матки резко уменьшается, мышцы матки сокращаются, а плацентарная площадка складывается в складки. Ворсины, прикрепляющие плаценту к стенке матки, разрываются, вскрываются лакуны, и кровь из вскрывшихся лакун изливается наружу. В норме кровопотеря в последовом периоде 250-300 мл, то есть то количество крови, которое содержится в лакунах, но не более 0,5% от массы роженицы.

Кровотечение в момент отслойки плаценты может быть наружным (явным) и скрытым. Если плацента отслаивается с краю (краевая отслойка), то кровь из вскрывшихся лакун отслаивает оболочки и изливается наружу. Если плацента отслаивается в центре, то излившаяся кровь может скапливаться между плацентой и стенкой матки, формируя позадиплацентарную (ретроплацентарную гематому), которая может достигнуть больших размеров.

Во время схватки активно сокращаются трубные углы, дно матки и тело матки. Эти отделы в течение родов утолщаются и называются **полым мускулом.**

Во время схватки не сокращаются следующие отделы матки: плацентарная площадка, шейка матки и нижний сегмент.

Схватка в норме начинается с углов матки и далее распространяется на всё тело матки. В конце беременности предлежащая часть плода находится над входом в малый таз - в большинстве случаев это головка. Плод вступает в малый таз своим малым сегментом. Формирующийся нижний сегмент охватывает головку плода и образует пояс соприкосновения, который делит околоплодной воды на передние и задние. Воды, которые располагаются ниже пояса соприкосновения, называются **передними водами.** В норме их количество составляет 150-200 мл. Воды, которые располагаются выше пояса соприкосновения, называются **задними водами.** Их количество более 1,5 л. Нижний полюс плодных оболочек называется **плодным пузырём.** Плодный пузырь в родах играет немаловажную роль. Во время схватки он ввинчивается в маточный зев и способствует плавному раскрытию шейки матки. Родовые изгоняющие силы: схватки и потуги.

Схватки – ритмичные непроизвольные сокращения матки. В момент схваток в мышцах матки происходят следующие изменения:

- контракция – сокращение мышц;

- ретракция – смещение мышц;

- дистракция – растяжение мышц.

Потуги – родовые изгоняющие силы II периода родов. Ритмичные сокращения матки, продолжительность и силу которых роженица может контролировать.

Общая продолжительность родов в норме составляет 12 -+2 часа. Для повторнородящих 8+-2 часа.

Началом родовой деятельности считается момент, при котором регистрируются, регулярные схватки продолжительностью 10-15 сек с паузой 10-15 мин.

Т 3.5.4 Проблемы здоровой роженицы, роль медицинского работника в решении этих проблем.

Осложнения при родах и родоразрешении

- Преждевременный разрыв плодных оболочек
- Преждевременные роды
- Переношенная беременность
- Роды, которые проходят слишком медленно
- Отклонение от нормы частоты сердцебиения плода
- Нарушения дыхания
- Патологическое положение плода
- Двойня
- Плечевая дистоция (затрудненный выход плечиков)
- Выпадение пуповины
- Эмболия амниотической жидкостью
- Маточное кровотечение
- Оперативное вмешательство:

- Акушерские щипцы и вакуум-экстрактор
- Кесарево сечение

Прием и санитарная обработка роженицы

1) При поступлении роженицы в фильтр приемного отделения *решается вопрос о приеме ее в физиологическое или обсервационное отделение* (не обследована, не дообследована, длительный безводный период, температура выше 37,5°, острое респираторное заболевание, хроническая инфекция и т.д.).

2) Роженица полностью раздевается, осматривается на педикулез, сыпь на коже, гнойничковые высыпания.

3) Проводится сбривание волосяного покрова с подмышечных впадин и с наружных половых органов, ставится очистительная клизма, роженица принимает душ. Роженица одевается в стерильную рубашку, ей выдается стерильная подкладная.

4) В приемном отделении на роженицу заводится история родов. Проводится сбор анамнеза, объективное обследование по системам и органам, наружное акушерское исследование, наблюдают за родовой деятельностью, выделениями.

5) Там же берут кровь на группу, резус-фактор, СПИД, свертываемость крови, мочу на белок.

6) Из приемного отделения роженица переводится в предродовую палату родильного отделения, где ведется сестринский процесс средним медицинским работником (сбор информации, выявление проблем, постановка целей, способ их решения, желаемый результат). Выясняют жалобы, оценивают состояние роженицы, следят за пульсом и АД, продвижением головки, выслушивают

сердцебиение плода, проводят туалет наружных половых органов, готовят роженицу влагалищному исследованию.

Фельдшер, принимаемый роды должен знать признаки отделения последа. Отделившийся послед изгоняется маткой в нижний сегмент, и формируются в этом случае некоторые клинические симптомы:

а) **изменение величины и формы матки**. После изгнания последа матка уплощается в передне - заднем размере и располагается справа, дно выше пупка.

б) отделившаяся плацента опускается в тонкостенный нижний сегмент матки, передняя стенка этого сегмента вместе с брюшной стенкой приподнимается и образует **выпячивание над симфизом**.

в) **удлинение петли пуповины**: если послед опускается в нижний сегмент, то петля пуповины удлиняется.

г) **признак Кюстнера-Чукалова**: если ребром ладони надавить над лоном, то при отделившимся последе, петля пуповины не втягивается во влагалище.

После рождения последа его тщательно осматривают, взвешивают и отправляют на гистологическое исследование.

Родовые пути осматривают, все разрывы ушивают.

Роженицу оставляют на 2 часа на родовом столе под наблюдением акушерки.

3.5.5 Предвестники родов.

Предвестниками родов называется симптомокомплекс, свидетельствующий о подготовке организма беременной к родам.

В конце беременности дно матки опускается, диафрагма освобождается от сдавления и беременная отмечает, что ей стало легче дышать.

В последние недели беременности женщина отмечает появление периодических болей внизу живота и в области поясницы, которые называются **ложные схватки.** Они формируют родовую доминанту и вызывают структурные изменения в шейке матки (готовят шейку матки к родам).

Отхождение слизистой пробки. За несколько дней до родов беременная отмечает появление из половых путей густых слизистых выделений. Отхождение слизистой пробки свидетельствует о том, что шейка матки готова к родам.

Выделяют 3 степени зрелости шейки матки:

I «Незрелая шейка матки» - длина 3-3,5см; плотной консистенции, отклонена к крестцу, цервикальный канал закрыт. Роды невозможны.

II «Созревающая шейка матки» - длина 2-2,5 см; недостаточно размягчена, расположена ближе к проводной оси таза, наружный зев цервикального канала проходим для кончика пальца. Роды проблематичны.

III «Зрелая шейка матки» - длина 1-1,5 см; размягчена, расположена по проводной оси таза, цервикальный канал проходим для 1-2 пальцев. Роды, как правило, возможны при данной степени «зрелости шейки матки».

К концу беременности из перешейка начинает формироваться нижний сегмент матки. Это отдел матки, который под действием схваток растягивается и в конце родов ширина его достигает 6 см.

Т 3.5.6 Подготовка беременных женщин и их семей к родам - помощь в сознательном подходе к предстоящим проблемам, вселение уверенности в благополучном исходе родов.

1. **Обучение**. В первую очередь, необходимо помнить о необходимости посещения занятий для будущих родителей. На курсах рассказывают о том, как начинаются роды, когда нужно ехать в роддом, какие позиции в потуговом периоде, и какую выбрать, какая роль партнера в родах и что ему нужно делать, дыхание в родах и многое другое.
2. **Выбор роддома**. К этому вопросу следует подойти максимально тщательно и учесть наиболее важные для вас моменты: уровень оказания медицинской помощи, квалификация медицинского персонала, техническое оснащение, уровень комфорта для будущих родителей. Чтобы будущим родителям было проще познакомиться с роддомом и персоналом, узнать его уровень, а также получить ответы на свои вопросы.
3. **Выбор врача.** Некоторым беременным женщинам предварительная договоренность с врачом или акушеркой помогает почувствовать себя более уверенно и спокойно. Если вы планируете выбирать врача на роды, то сделайте это заранее. Тогда вы сможете консультироваться с вашим лечащим врачом в последние недели беременности. Это позволит врачу контролировать ваше состояние до момента наступления родов и быть с вами постоянно на связи.
4. **Составление плана родов**. Если вы выбрали врача, желательно с ним обсудить план родов.
5. Для того чтобы у вас было поэтапное понимание того, что будет происходить – подготовьте заранее список вопросов, которые хотите задать врачу. Вопросы могут быть самые разные: как проходят схватки, потуги, как дышать и правильно тужиться. Особенно важно обсудить период потуг.
6. Также следует **обсудить и выбрать сценарий партнерских родов**. Некоторым женщинам комфортнее рожать в присутствии человека, которому он доверяет, которого можно взять в партнерские роды. Это может быть муж, мама, сестра, подруга. Присутствие родного человека в такой важный момент жизни женщины – большая поддержка.
7. Если у вас будут ответы на все вопросы, вы точно будете спокойны и настроены на физиологические, легкие роды.
8. Собрать вещи в роддом

- обменная карта беременной и документы;
- флюорографическое обследование будущего партнера родов;
- одежда для ребенка;

- одежда для мамы на выписку.

Но если вы будете рожать в другом роддоме – заранее узнайте, что нужно брать с собой и сложите сумку.

9. Клизма? Постановка клизмы не является обязательной процедурой. Но если к моменту начала родов у вас 2-3 дневное отсутствие дефекации, то в этом случае клизма показана.

Практическое занятие №18.
«Роль фельдшера в подготовке беременной к родам. Первый туалет новорожденных. Кормление грудью, гигиена молочных желез»

Составление рекомендаций беременной женщине по режиму дня, питанию; обучение специальным физическим упражнениям.

Режим дня и правила поведения беременной женщины

С самого начала наступления беременности женщина должна сделать все необходимое для того, чтобы сохранить свое физическое и психологическое здоровье и позаботиться о полноценном развитии своего будущего ребенка для его последующего благополучного рождения. Для этой цели каждая беременная женщина обязана приучить себя следовать ежедневному распорядку, предназначенному специально для будущих матерей, благотворно влияющему на поддержание их здорового состояния и протекания беременности.

Правила, которых должна придерживаться каждая беременная женщина

10. Избегать физического перенапряжения, т.е. прежде всего не перегружать себя тяжелой физической работой, требующей применения значительных, частых сгибаний туловища, а также нахождения в неудобной позе длительное время;

11. Отказаться от курения и употребления спиртных напитков;

12. Соблюдать правила гигиены (ежедневно принимать теплый душ, чистит зубы, менять нижнее бельё), одежда должна быть чистой и свободной желательно из натуральных тканей, обувь на низком каблуке, ни в коем случае нельзя носить тугой бюстгальтер и стягивающие пояса;

13. Продолжительность сна не менее 8-9 часов, наиболее оптимальное время для этого с 22 ч вечера до 7 ч утра. Будущей матери (особенно во второй половине беременности) рекомендуется отдыхать (спать) в течение дня (1-2 ч после обеда), оптимально с 14 ч до 16 ч.

14. Обязательно проветривать комнату несколько раз в день, особенно перед сном;

15. Ежедневно в течение 2-3 часов проводить прогулки на свежем воздухе, так как у беременной женщины повышена потребность в кислороде на 25-30%. Прогулки проводить в определенные часы. Утром с 10 ч до 11 ч, вечером с 18 ч до 19 ч и обязательно перед сном с 20 ч до 21 ч. На последних месяцах беременности женщина для собственной безопасности должна гулять в

сопровождении близких людей. В холодное время года и плохую погоду от прогулок лучше воздержаться во избежание простуды и прочих осложнений;

16. Систематические занятия физкультурой в течение 40 минут 2-3 раза в неделю положительно влияют на состояние организма беременной и подготавливают к физическим нагрузкам (роды), положительно влияют на органы дыхания, укрепляют дыхательные мышцы грудной клетки. Прежде чем приступить к выполнению упражнений, обязательно нужно проконсультироваться у врача. За 20 – 30 минут до начала упражнений выпить сладкого чая или съесть йогурт. Помните, что в первой половине беременности большая часть упражнений проводится в положении стоя, а во второй половине преимущественно сидя или лежа;

17. Во второй половине беременности (на 6-7 месяце) нужно посещать курсы для будущих матерей, на которых Вы сможете получить массу полезной информации о питании, о том, как делать специальную гимнастику, как вести себя во время схваток, как правильно дышать во время схваток и родов. Очень важно научится управлять своим дыханием, так как это пригодится при родах. Рекомендуется тренироваться в глубоком вдохе и учиться дольше, задерживать выдох;

18. Психопрофилактическая подготовка Хорошо известно, что уравновешенные роженицы ведут себя спокойно, не испытывают страха, а потому и роды протекают у них с незначительной болью. Женщины с повышенной возбудимостью нервной системы со страхом ожидают приближения родов. Порог болевой чувствительности у них низкий, поэтому схватки, даже первоначальные, воспринимаются ими как сильные боли. Разъяснения, позволяют снять психогенный компонент родовой боли, чувство страха, беспокойства, создать положительные эмоции. Успех психопрофилактической подготовки в значительной мере определяется сознательным отношением беременной, ее желанием освоить методы поведения во время родов и приемы, способствующие обезболиванию.

Комплекс упражнений

1. Сядьте на пол. На вдохе поднимите руку к потолку, потянитесь. Потом медленно, выдыхая, согните ее в локте и опустите вниз. Поменяйте руки. Выполните 3 раза.

2. Встаньте на четвереньки и расслабьте спину. Потянитесь на выдохе туловищем вперед, чтобы напрячь мышцы спины. Застыньте на пять секунд. Выдохните, а затем примите исходную позу. Повторяйте упражнение 5 раз.

3. Сядьте на пол, подтяните к себе ноги как можно ближе. Надавите руками на колени, будто бы пытаясь развести их в стороны. Расслабьтесь и сохраняйте такое положение в течение десяти секунд. Повторите 4 раза.

4. Такое же положение, как в предыдущем упражнении. Только теперь соедините стопы и потяните их к себе. Обхватите колени, попытайтесь развести их в стороны так, чтобы руки мешали это сделать. Продержитесь пять секунд, затем расслабьтесь. Сделайте 4 раза.

5. На вдохе медленно поднимите правое плечо вверх и вправо, сделайте полукруг и остановитесь. После отведите плечо назад вниз и влево. Сделайте круг. Повторите те же движения со вторым плечом. Постарайтесь повторить не менее 4 раз.

6. Встаньте напротив стены, вытяните руки впереди себя. Прикоснитесь к стене и наклонитесь вперед. Согните руки в локтевых суставах, не отрывая ступни от пола.

7. Обопритесь рукой о стенку, стоя к ней боком. Согните ногу, а свободной рукой коснитесь колена. Постарайтесь согнуться к колену, чтобы спина приняла форму колеса. Застыньте на некоторое время. Примите исходную позу.

Обучение беременной основным приемам, способствующим уменьшению болевых ощущений во время родов, правильному поведению во время родов.

6 методов облегчить родовую боль в ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ

1. Правильная психологическая настроенность

Все беременные женщины должны понимать, что роды являются физиологическим процессом. Каждая схватка приводит к сглаживанию и раскрытию шейки матки. Чем сильнее и продолжительнее маточные сокращения, тем быстрее закончится процесс родов.

2. Правильное положение тела

В первом периоде роженица может лежать, стоять и даже ходить. Предпочтительнее при положении лежа повернуться на один из боков. Если роженица ложится на спину, то может произойти сдавление нижней полой вены, что в итоге приводит к ухудшению кровоснабжения плода. Многие врачи советуют, как можно дольше находиться в вертикальном положении, т.к. в этом случае быстрее происходит раскрытие шейки из-за давления и правильного вставления головки плода.

3. Мочеиспускание

В родах необходимо хотя бы один раз в час сходить в туалет помочиться. Позывов на мочеиспускание роженица может не испытывать, однако своевременное опорожнение мочевого пузыря имеет важное значение.

4. Дыхание

Роженице необходимо владеть техникой правильного дыхания. Для этого ей предлагается делать глубокий длинный вдох носом, а затем более короткий выдох ртом. Данная техника дыхания улучшает насыщение организма кислородом и уменьшает пересыхание губ и полости рта (в сравнении с дыханием через рот).

Некоторые роженицы из-за болезненности схваток начинают кричать. Из-за криков нарушается ритмичность дыхания. При неправильном дыхании насыщенность организма матери и плода кислородом снижается, а боль усиливается.

5. Отдых

Между схватками стоит отдыхать. Когда схватка прекращается, роженица должна дышать как в обычной жизни, иначе может возникнуть головокружение. Если схватки не слишком частые, некоторым женщинам удается вздремнуть. Таким образом организм восстанавливает силы.

6. Приемы самомассажа

А. *Круговое поглаживание живота.* В начале схватки необходимо расположить ладони на передней брюшной стенке и делать круговые движения от центра в стороны.

Б. *Круговые поглаживания и разминания поясницы*. Этот прием делается в области поясницы, расположенного над ягодицами ближе к центру. Его можно делать как пальцами, так и кулаками. Для этого необходимо расположить руки в области поясничного ромба и производить круговые движения.

В. *Надавливание подушечками пальцев в области передних верхних остей подвздошных костей.* Передние верхние ости подвздошных костей — это выпирающие части костей таза в нижнебоковых отделах передней брюшной стенки. Для этого во время схватки следует расположить большие пальцы кистей на внутренней поверхности остей и придавливать кожу к ним. Прием носит обезболивающий эффект.

Г. *Надавливание на точку, находящуюся в центре межъягодичной складки.* Этот прием уменьшает боли в спине, возникающие во время схватки. Надавливание должно быть не слишком интенсивным. Прием производится подушечками пальцев.

Д. ***Надавливание на точку в центре ступней***. Прием носит общерасслабляющий эффект. Помимо надавливания в этой области можно производить растирание, поглаживание.

Е. *Растирание подушечки большого пальца стопы*. Это также общерелаксирующий прием.

ВТОРОЙ ПЕРИОД

В начале периода изгнания женщины начинают ощущать потуги. Это происходит из-за того, что головка плода опустилась на тазовое дно и сдавливает нервные сплетения крестцовой впадины. Длительность второго периода у первородящих составляет 1-2 часа, у повторнородящих – 30-40 минут.

Как правильно тужиться и дышать в периоде изгнания?

Если роженице разрешается тужиться, то лучше взять ноги ладонями за голени и прижать их бедрами к животу. Во время схватки необходимо набрать ртом воздух и, не выдыхая, начинать тужиться. С этой целью нужно напрячь мышцы пресса. Всю силу необходимо направлять к области промежности в течение 15 секунд. После этого воздух выдыхается, и сразу же все действия следует начать снова. Данный алгоритм действий повторяется трижды за одну схватку. Схватки во втором периоде длятся 50-60 секунд.

ТРЕТИЙ ПЕРИОД ИЛИ ПОСЛЕДОВЫЙ

Третий период включает в себя отделение и выделение последа. Он практически безболезненный. При воздействии на соски вырабатывается окситоцин (гормон, сокращающий матку), поэтому роженице необходимо вращательными движениями их сжимать. Сокращения матки помогают отделиться последу. Длительность последового периода 10-30 минут. Когда послед отделился, роженице необходимо потужиться для его выделения.

Составление плана беседы с супружескими парами по подготовке к родам, грудному вскармливанию

Первая фаза

Советы

- Перед родами нужно научиться особому дыханию, которое сбавляет боли при схватках. Обучиться нужно либо в школе, либо самостоятельно по видеоурокам.
- Во время схватки необходимо тереть поясницу или легонько постукивания по ней, это будет отвлекать от боли.
- Можно умывать лицо прохладной водой, чтобы сохранять силы и не расклеиться, так как при родах силы понадобятся.

Вторая фаза

Во время второго периода родов ваш ребенок появляется на свет. Он гораздо короче первой: 20 — 25 минут при первых родах и чуть меньше при последующих.

Советы

- Слушать то, что говорит врач и выполнять его команды.
- Нельзя теряться, нужно сосредоточиться на родах, так как предстоит потрудиться.
- Думать необходимо только о хорошем. О том, что скоро малыш появится на свет, поэтому мысли о боли нужно отогнать.
- Иногда родовая деятельность ослабевает или с самого начала недостаточно интенсивная, это очень опасно для ребенка, поэтому если врач предлагает стимуляционные лекарственные препараты, необходимо согласиться.

После того как малыш родиться — ему обрежут пуповину, помоют, взвесят его и измерят рост. Для женщины рождение ребенка, еще не конец родов, поэтому существует еще третий этап.

Третья фаза

После появления на свет ребенка, женщина должна родить плаценту.

Советы

- Нужно расслабиться морально и отдохнуть.
- Сказать врачу, если где-либо есть сильная боль.
- После родов обязательно по указу врачей подержать лед на животе, это будет способствовать сокращению матки и остановке кровотечения.

После этого маму и ребенка переведут в палату, где будут наблюдать несколько дней. Если все будет идти хорошо, что новорожденный и мама

пойдут домой на пятый день. Главное не бояться и взять себя в руки, так как от настроя мамы многое зависит. Роды — это естественный процесс, который сможет выдержать любая женщина.

После родов

Грудное вскармливание

В родильном доме осуществляется программа «поддержки и поощрения грудного вскармливания», «технологии» правильного кормления, дается информация о преимуществах естественного грудного вскармливания. Ребенок прикладывается к груди матери сразу же после рождения, непосредственно в родильном зале.

Молоко матери идеально подходит для ее ребенка. В нем большое количество иммуноглобулинов, защищающих ребенка от инфекций и аллергий до тех пор, пока его собственная иммунная система не начнет работать в полную силу.

В роддоме не производится докорм ребенка. Его назначает только врач-неонатолог, если потеря массы тела ребенка больше, чем это физиологически принято, т.е. более 10% за сутки.

Молоко приходит, как правило, на 2-4 сутки после родов. В первые дни после родов для установления и поддержания лактации необходимо обильное питье (до 2-х литров жидкости в день).

Отработка манипуляций (проведение первого туалета новорожденного)

Первый туалет новорожденного

Первый туалет новорожденного начинается с отсасывания слизи из ротика и носика электроотсосом.

Профилактика офтальмобленнореи

Веки новорожденного протирают сухими тампонами от наружного угла глаза кнутри. Затем нижнее веко оттягивается и на слизистую наносится тетрациклиновая мазь это же проводят со вторым глазом. Через 2 часа профилактику повторяют.

Двухмоментная обработка пуповины

I момент. На расстоянии 10см от пупочного кольца пуповину обрабатывают спиртом, накладывают зажим Кохера, выше на 2см накладывают второй зажим, третий зажим накладывают у половой щели. Между зажимами ножницами пересекают пуповину, культу обрабатывают раствором иодоната и накладывают марлевую повязку.

Новорожденного показывают матери и уносят на пеленальный столик.

После окончания родов производят ***II момент*** обработки пуповины.

Акушерка обрабатывает руки, одевает стерильные перчатки. Обрабатывается остаток пуповины от пупочного кольца на 2 см спиртом и накладывается скобка Роговина при помощи зажима или пластмассовый зажим на пуповину на границе кожи и пуповины. Ножницами отсекается пуповина на

2 см выше зажима. Культя обрабатывается 5% раствором перманганата калия и накладывается сухая марлевая салфетка.

Проводится антропометрия новорожденного (масса, окружность головы, окружность груди, длина). *Проводится туалет* новорожденного стерильным растительным маслом, удаляется избыток сыровидной смазки, остаток крови и слизи.

На руки надевают браслеты из медицинской клеенки и медальон, где указываются фамилия, имя и отчество матери, дата и время рождения новорожденного, масса, длина, пол. Проводится пеленание новорожденного и сверху надевается клеенчатый медальон, на котором также указаны все данные, аналогичные, указанным в браслетках.

В современных условиях в крупных акушерских стационарах организованы круглосуточные дежурства педиатра-неонатолога, который вместе с медицинской сестрой отделения новорожденных присутствует при родах, а в случае необходимости они вместе с анестезиологической бригадой проводят реанимационные мероприятия новорожденным, родившимся в асфиксии.

Обучение родильницы кормлению грудью, гигиена молочных желёз.

Ключевые правила прикладывания ребенка к груди

Очень важно, чтобы ребенок был правильно приложен к груди.

Для этого матери следует поднести ребенка к груди и подождать, пока малыш широко откроет рот.

Нижняя губа ребенка должна находится под соском, а подбородок касаться груди.

При этом необходимо следить за положением ротика ребенка по отношению к груди:

- во рту у ребенка должна быть большая часть ареолы (2-5 см околососкового кружка);
- подбородок ребенка прижат к груди;
- нижняя губка вывернута наружу и прикладывается дальше от основания соска, чем верхняя губа;

При правильной технике кормления мать не должна чувствовать болезненность или потягивание соска. Если при сосании чувствуется боль, значит ребенок взял грудь поверхностно, то есть только сосок. В этом случае следует кормление прервать и повторить прикладывание к груди так, чтобы ребенок захватил сосок и часть ареолы.

Каждая женщина может успешно кормить ребенка грудью, независимо от формы и размеров сосков

После родов сосок и ареола обладают способностью вытягиваться, что значительно облегчает прикладывание к груди.

Лучше всего начать кормление грудью в первые часы жизни ребенка (за исключением медицинских противопоказаний). Молозива в груди никогда не

бывает много, оно оптимально соответствует потребностям новорожденного и дает ребенку первую иммунную защиту.

Во время кормления:

- матери нужно максимально комфортно устроиться: (кормить можно лежа или сидя), не нужно придвигаться самой или придвигать грудь к ребенку;
- голова и туловище ребенка должны находиться на одной прямой линии, а туловище должно быть близко прижато к телу матери;
- в первые дни после рождения матери необходимо поддерживать все тело ребенка, а не только плечи и голову;
- нельзя давать ребенку соски, пустышки—это вызовет «путаницу сосков» и может привести к отказу от груди.

Частота и длительность кормления

Частое кормление (до 20 раз в сутки) необходимо ребенку, потому что размеры желудка у него невелики, и он не может усвоить большое количество молока сразу. Кроме получения питания, у ребенка есть психологическая потребность в сосании груди (ощущение близости мамы позволяет ему чувствовать себя в безопасности). Частое кормление (по требованию ребенка) стимулирует выработку молока. Количество и продолжительность кормлений будут меняться и к 4-6 неделям жизни у малыша выработается свой собственный режим кормления.

Длительность кормления не имеет принципиального значения. Она зависит от характера ребенка: одному достаточно 15 минут, другому чуть более. После кормления нужно постараться сделать так, чтобы малыш срыгнул заглоченный воздух. Для этого необходимо поддержать ребенка в вертикальном положении, немного наклоняя вперед и нежно поглаживая и похлопывая его по спинке.

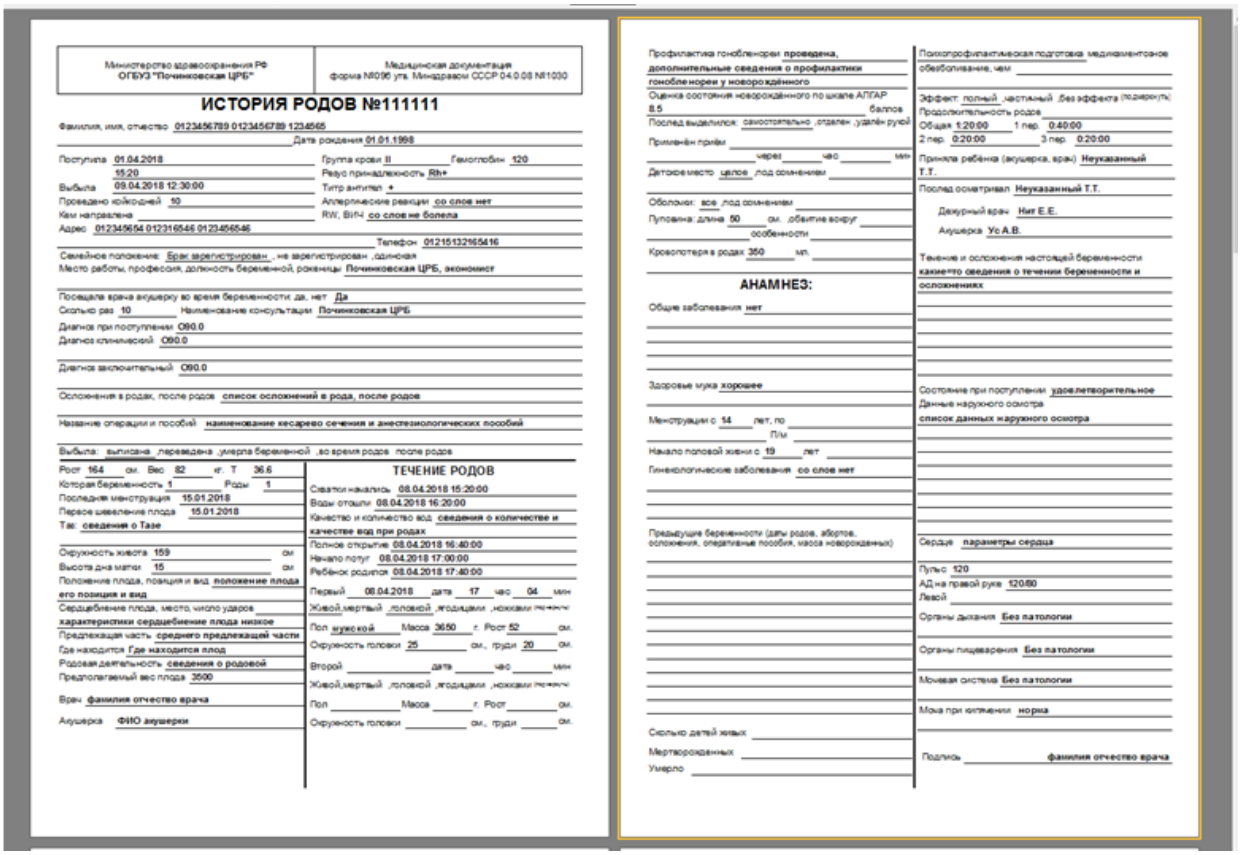
За одно кормление ребенку следует предлагать одну грудь, а следующее кормление начинать с той груди, которой не кормили. При таком кормлении сцеживания молока из груди не требуется, так как ребенок сам регулирует количество вырабатываемого молока. Иногда при чувстве переполнении груди, для ощущения комфорта, можно сцедить небольшое количество молока.

Гигиена груди

Мыть грудь необходимо один раз в день во время гигиенического душа. Затем перед каждым кормлением сцеживается несколько капель молока и смазывается сосок и ареола. После кормления опять необходимо сцедить несколько капель молока и повторно смазать сосок с ареолой, в течение 15-20 минут желательно оставить грудь открытой. Не желательно применять мази для обработки сосков, так как это «перебивает» запах, к которому привык ребенок во время внутриутробной жизни (кожа околососкового кружка и околоплодные воды имеют идентичный запах). В исключительных случаях мази применяются по назначению врача.

Оформление медицинской документации (история родов)

История родов – это важный медицинский документ родильного дома, заполняемый на каждую роженицу, предназначенный для регистрации данных о течении и исходе родов, осложнениях, акушерских операциях, а также о других проведенных лечебных мероприятиях в роддоме.



Министерство здравоохранения РФ
ОГБУЗ "Починковская ЦРБ"

Медицинская документация
Форма №096/у-88 Минздравсоц СССР 04.10.88 №1030

ИСТОРИЯ РОДОВ №111111

Фамилия, имя, отчество 012345678901234567891234565
Дата рождения 01.01.1998

Поступила 01.04.2018 15:20
Выбыла 09.04.2018 12:30:00
Проведено койко-дней 10
Кем направлена
Адрес 012345654 012316546 0123456546
Группа крови II Гемоглобин 120
Резус принадлежность Rh+
Титр антител +
Аллергические реакции со слов нет
RW, ВИЧ со слов не болела
Телефон 012151321654516
Семейное положение Брак зарегистрирован , не зарегистрирован ,одинокая
Место работы, профессия, должность беременной, роженицы Починковская ЦРБ, экономист

Посещала врача акушерку во время беременности: да, нет Да
Сколько раз 10 Наименование консультации Починковская ЦРБ
Диагноз при поступлении О90.0
Диагноз клинический О90.0
Диагноз заключительный О90.0
Осложнения в родах, после родов список осложнений в рода, после родов
Название операции и пособий наименование кесарево сечения и анестезиологических пособий
Выбыла: выписана ,переведена ,умерла беременной ,во время родов после родов

Рост 164 см. Вес 82 кг. T 36.6
Которая беременность 1 Роды 1
Последняя менструация 15.01.2018
Первое шевеление плода 15.01.2018
Таз сведения о Тазе
Окружность живота 159 см
Высота дна матки 15 см
Положение плода, позиция и вид положение плода его позиция и вид
Сердцебиение плода, место, число ударов характеристики сердцебиение плода низкое
Предлежащая часть среднего предлежащей части
Где находится Где находится плод
Родовая деятельность сведения о родовой
Предполагаемый вес плода 3500
Врач фамилия отчество врача
Акушерка ФИО акушерки

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Схватки начались 08.04.2018 15:20:00
Воды отошли 08.04.2018 16:20:00
Качество и количество вод сведения о количестве и качестве вод при родах
Полное открытие 08.04.2018 16:40:00
Начало потуг 08.04.2018 17:00:00
Ребёнок родился 08.04.2018 17:40:00
Первый 08.04.2018 дата 17 час 04 мин
Живой,мертвый ,головной ,ягодицами ,ножками печени
Пол мужской Масса 3650 г. Рост 52 см.
Окружность головки 25 см., груди 20 см.
Второй дата час мин
Живой,мертвый ,головной ,ягодицами ,ножками печени
Пол Масса г. Рост см.
Окружность головки см., груди см.

Профилактика гонобленореи проведена,
дополнительные сведения о профилактики гонобленореи у новорождённого
Оценка состояния новорождённого по шкале АПГАР 8.5 баллов
Послед выделился: самостоятельно ,отделен ,удалён рукой
Применён приём
через час мин
Детское место целое ,под сомнением
Оболочки: все ,под сомнением
Пуповина: длина 50 см. ,обвитие вокруг особенности
Кровопотеря в родах 350 мл.

АНАМНЕЗ:

Общие заболевания нет

Здоровье мужа хорошее

Менструации с 14 лет, по П/м
Начало половой жизни с 19 лет
Гинекологические заболевания со слов нет

Предыдущие беременности (даты родов, абортов, осложнения, операторные пособия, масса новорожденных)

Сколько детей живых
Мертворожденных
Умерло

Психопрофилактическая подготовка медикаментозное обезболивание, чем
Эффект полный ,частичный ,без эффекта (подчеркнуть)
Продолжительность родов
Общая 1:20:00 1 пер. 0:40:00
2 пер. 0:20:00 3 пер. 0:20:00
Принял ребёнка (акушерка, врач) Неуказанный Т.Т.
Послед осматривал Неуказанный Т.Т.
Дежурный врач Ния Е.Е.
Акушерка Ус А.В.
Течение и осложнения настоящей беременности какие-то сведения о течении беременности и осложнениях

Состояние при поступлении удовлетворительное
Данные наружного осмотра
список данных наружного осмотра

Сердце параметры сердца
Пульс 120
АД на правой руке 120/80
Левой
Органы дыхания Без патологии
Органы пищеварения Без патологии
Мочевая система Без патологии
Моча при кипячении норма

Подпись фамилия отчество врача

ТЕМА 3.6.
ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД

Теоретическое занятие № 21. «Послеродовый период. Лактация. Программа «Позитивное материнство». Питание, гигиена, контрацепция»

Т 3.6.1 Основные представления о физиологической сущности послеродового периода, о лактации, ее значении для здоровья женщины, о преимуществах грудного вскармливания, об изменении семейной психологии и проблемах супругов после рождения ребенка, о принципах консультирования здоровых женщин в послеродовом периоде.

Несмотря на то, что послеродовой период является физиологическим процессом, он требует от медиков знания процессов инволюции в органах и системах женщины после родов, лактации, что позволяет своевременно выявить начальные признаки заболеваний и осложнений, которые могут возникать у родильницы.

Этот промежуток времени является очень важным, т. к. происходят физиологические процессы приспособления материнского организма к новым

условиям существования, поэтому необходимо создание наиболее комфортных условий, способствующих эффективной адаптации после родов.

Ведение послеродового периода, основанное на принципах доказательной медицины, способствует более физиологическому течению послеродового периода, снижению частоты осложнений в послеродовом периоде, быстрой психологической адаптации женщины после родов.

Одним из ключевых моментов ведения послеродового периода является организация совместного пребывания матери и новорожденного и вопросы грудного вскармливания.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) обращают внимание на то, что грудное вскармливание является наилучшим способом питания младенцев, а грудное молоко — оптимальной пищей для новорожденных, т. к. содержит питательные элементы, необходимые для здорового развития детей, и антитела, помогающие защитить малышей от распространенных детских болезней. Бесспорно, ведущим мотивационным фактором для кормления грудью является забота о здоровье ребенка.

С другой стороны, лактация не может не влиять на здоровье матери как в первые недели и месяцы после рождения ребенка, так и в отдаленный период.

Т 3.6.2 Определение понятия «послеродовый период», его продолжительность и значение для здоровья женщины.

Послеродовый период заключительная стадия гестационного процесса, которая начинается с момента рождения последа и длится 6—8 недель после родов.

Послеродовый период подразделяется на:

- **ранний послеродовый период** – ближайшие 2 часа после родоразрешения;
- **поздний послеродовый период** – начинается с момента перевода родильницы в послеродовое отделение и продолжается 6 – 8 недель.

В течение пуэрперального периода исчезают возникшие в связи с беременностью сдвиги в эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой и других системах. Исключение составляют молочные железы, функция которых достигает расцвета именно в послеродовом периоде. Наиболее выраженные инволюционные процессы (обратное развитие) происходят в половых органах. Темп инволюционных процессов особенно выражен, впервые 8 – 12 дней.

Т 3.6.3 Основные изменения, происходящие в органах и системах родильницы (обратное развитие половых органов, изменения в эндокринной системе).

Инволюция половых органов

Матка. В пуэрперальном периоде действуют послеродовые схватки, способствующие значительному уменьшению размеров матки. К концу 1-х суток после родов, если освобожден мочевой пузырь, дно матки достигает

уровня пупка (15-16 см над лоном). В дальнейшем высота стояния дна матки ежедневно уменьшается на 2 см (приблизительно на 1 поперечный палец).

Внутренняя стенка матки после отделения плаценты и оболочек представляет собой обширную раневую поверхность. Эпитализация внутренней поверхности матки завершается к концу 7-10 дня, за исключением плацентарной площадки, где этот процесс заканчивается к концу 6-8 недели.

Шейка матки. Инволюция шейки матки совершается изнутри к более поверхностным областям. Это происходит значительно менее интенсивно, чем инволюция тела матки.

Внутренний зев шейки матки закрыт к 10-му дню пуэрперия, наружный зев закрывается лишь к концу 2-й или 3-й недели после родов. Однако и после этого его первоначальная форма не восстанавливается. Он принимает форму поперечной щели, что свидетельствует о перенесенных ранее родах.

Влагалище. Сокращается, укорачивается, исчезает гиперемия, и к концу 3-й недели пуэрперия оно приобретает обычный вид. Однако при последующих родах его просвет становится более широким, а стенки более гладкими, влагалище становиться, более сомкнутым, вход во влагалище остается более приоткрытым. Девственная плева представлена в виде отдельных листков.

Промежность. Если промежность не была повреждена во время родов, а при разрывах была правильно зашита, восстанавливается через 10-12 дней.

При наличии травмы промежности у родильницы необходимо проводить активные реабилитационные мероприятия.

Маточные трубы. В послеродовом периоде гиперемия маточных труб постепенно исчезают. Трубы вместе с маткой опускаются в полость малого таза и к 10-му дню принимают обычное горизонтальное положение.

Яичники. В послеродовом периоде в яичниках заканчивается регресс желтого тела и начинается созревание фолликулов.

У некормящих матерей – менструации обычно возобновляются в течение 6-8 недель после родов, при этом овуляция происходит на 2-4 неделе послеродового периода.

У кормящих матерей – овуляция может произойти после 10 недели послеродового периода. В связи с этим кормящие грудью матери должны знать, что обусловленный лактацией период контрацепции продолжается только 8-9 недель, после чего возможно возобновление овуляторного менструального цикла и наступление беременности.

Брюшная стенка. Состояние брюшной стенки постепенно восстанавливается к концу 6-й недели. Иногда остается некоторое расхождение прямых мышц живота, прогрессирующее при последующих родах. Багровые рубцы беременности на поверхности кожи постепенно бледнеют и остаются в виде белесоватых морщинистых полосок.

Молочные железы. В первые дни (до 3 суток) послеродового периода из сосков выделяется молозиво. На 3-4 сутки молочные железы начинают продуцировать переходное молоко, а концу первого месяца – зрелое молоко.

Обмен веществ. В первые недели послеродового периода обмен веществ повышен, а затем становится нормальным. Основной обмен становиться обычным на 3-4-й неделе после родов.

Дыхательная система. В связи с опусканием диафрагмы увеличивается емкость легких. Частота дыхания снижается до 14-16 в минуту.

Сердечно-сосудистая система. Сердце занимает обычное положение в связи с опусканием диафрагмы. Нередко отмечается функциональный систолический шум, который постепенно исчезает. Под действием внешних раздражителей отмечается большая лабильность пульса, имеется склонность к брадикардии (60-68 уд/мин). Артериальное давление в первые дни может несколько пониженным, а затем достигает нормальных цифр.

Морфологический состав крови. Состав крови имеет некоторые особенности: в первые дни после родов несколько снижается количество эритроцитов, число лейкоцитов остается повышенным. Эти изменения скоро исчезают, а картина становится обычной.

Мочевыделительная система. Диурез нормальный или в первые дни послеродового периода несколько повышен. Функция мочевого пузыря нередко нарушается. Родильница не ощущает позывов или испытывает затруднение при мочеиспускании.

Органы пищеварения. Как правило, система пищеварения функционирует нормально. Иногда наблюдается атония кишечника, проявляющаяся запорами.

Т 3.6.4 Понятие о процессе лактации.

Лактацией называется процесс выработки молока грудной железой. Переход в первые дни жизни новорожденного с гемотрофного питания, осуществлявшегося внутриутробно через пуповину, на молочное питание представляет собой сложную цепь взаимосвязанных процессов, как со стороны кормящей матери, так и со стороны ребенка.

Началом этой цепи является формирование первых капель молока в молочной железе матери и первые попытки сосания груди со стороны ребенка, а завершением — формирование устойчивой и достаточной по объему лактации при хороших показателях развития и здоровья ребенка.

При рассмотрении состава и свойств женского молока следует указать, что они претерпевают существенную динамику в раннем послеродовом периоде. В первые 5 дней после родов грудное молоко представляет собой молозиво, в течение следующих 6-10 дней жизни ребенка молоко носит черты переходного, на более поздних стадиях лактации (после 15-го дня) вырабатывается зрелое молоко.

Т 3.6.5 Преимущество грудного вскармливания новорожденных.

Грудное молоко - лучшая пища для ребенка в его первые 6 месяцев жизни, и никаких заменителей для него нет. Каждая женщина должна знать это

и принять это как аксиому, если хочет обеспечить своему малышу здоровье и лучшие условия для развития его организма.

Плюсы естественного вскармливания

1. Обеспечивает ***противоинфекционный иммунитет***, содержит большое количество иммуноглобулина, неспецифических веществ (лактоферин, лизоцин, бифидус фактор, интерферон, антибиотик лактофелицин, противостафилококковый фактор)

2. Не вызывает аллергию

3. ***Является полноценным питанием***, все вещества легкоусвояемые и в нужном количестве, а именно белки представлены альбуминами и глобулинами (богаты аминокислотами), при свертывании грудного молока в желудке образуется сгусток, который хорошо расщепляется ферментами, а коровье молоко образует грубые хлопья за счет большого количества казеина. Жиры отличаются большим количеством ненасыщенных жирных кислот, содержат много ферментов липазы, что способствует хорошему их усвоению, а также есть эссенциальные кислоты для развития головного мозга. Углеводы представлены В-лактозами, угнетает рост кишечной палочки, синтез витаминов. Витамины А, В, Е, К, С, минеральные вещества: фосфор, кальций, цинк, натрий, магний и др.

4. Стерильное, теплое, не требует дополнительной обработки

5. ***Для мамы: происходит выброс большого количества окситоцина***, что способствует остановки кровотечения, а также снижает риск развития рака молочной железы, матки, яичника, невротических реакций.

Т 3.6.6 Проблемы родильницы, возникающие в первые дни послеродового периода, связанные с лактацией, кормлением новорожденного, с изменениями в репродуктивной системе; роль медицинского работника в решении этих проблем.

Проблемы родильницы

Первые трое суток родильницу беспокоят периодические боли внизу живота (послеродовые схватки), лактостаз (нагрубание молочных желез), задержка мочеиспускания и кровянистые выделения из половых органах.

- **Болевой синдром** выражен у многорожавших женщин и у женщин в момент кормления грудью.

Лечение: ненаркотические анальгетики.

- **Лактостаз** – нагрубание молочных желез. Лечению подлежит только выраженный патологический лактастаз: сцеживание молочных желез, уменьшение объёма жидкости принимаемый родильницей и лекарственные препараты, назначенные врачом.
- **Задержка мочеиспускания** обычно наблюдается у родильниц, перенесших осложнения в родах. У родильницы отсутствует позывы к мочеиспусканию, которые объясняются тем, что во время родов сфинктер мочевого пузыря длительное время прижимается головкой к костям таза. Моча скапливается в мочевом пузыре иногда до большого количества (3-х и более

литров). Возможен и второй вариант, когда у родильницы учащается мочеиспускание, но количество выделяемой мочи незначительно. Остаток мочи также скапливается в мочевом пузыре.

Лечение – катетеризация.

- **Появление геморроидальных узлов.**
- **Отсутствие молока.**
- **Боли в промежности.**
- **Кровянистые выделения из половых путей** - физиологический процесс, но кровь и остатки слизистой оболочки являются питательной средой для микроорганизма. Необходимо строго соблюдать правила инфекционной безопасности в родильном стационаре.
- Основной проблемой в более позднем периоде являются **запоры** (снижен тонус кишечника). Обычно эта проблема формируется во время беременности.

Лечение: диетотерапия и очистительная клизма.

- Если во время беременности соски молочных желез не были подготовлены к родам или ребенок неправильно был приложен к груди, то может сформироваться **трещины сосков**.

Лечение: по назначению врача.

Потенциальные проблемы

- кровотечение;
- послеродовые септические заболевания;
- гипогалактия;
- поддержание лактации;
- личной гигиены;
- дряблость мышц передней брюшной стенки;
- растяжки;
- питание;
- физическая нагрузка;
- патологический лактастаз;
- сексуальные отношения;
- планирование семьи и контрацепция.

Ведение послеродового периода

Спустя 2 часа после родов родильницу на каталке с новорожденным переводят в послеродовое отделение. Перед переводом родильницы в послеродовое отделение необходимо: оценить состояние родильницы (выяснить жалобы, оценить цвет кожных покровов, видимых слизистых оболочек, измерить артериальное давление, пульс и измерить температуру тела); через переднюю брюшную стенку определить состояние матки, ее консистенцию, конфигурацию, чувствительность при пальпации; определить количество, характер выделений из половых путей. Под таз родильницы поставить судно и предложить опорожнить мочевой пузырь. При отсутствии

мочеиспускания выпустить мочу катетером; провести туалет наружных половых органов дезинфицирующим раствором по общепринятой схеме; в истории родов отметить общее состояние родильницы, температуру тела, пульс, артериальное давление, состояние матки, количество и характер выделений из влагалища.

Ежедневно за родильницей наблюдает медицинская сестра: измеряет 2 раза в сутки температуру тела (утром и вечером); во время обхода выясняет жалобы, оценивает состояние, цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек, характер пульса, его частоту; измеряет артериальное давление. Особое внимание обращает на молочные железы; определяет их форму, состояние сосков, наличие трещин на них, наличие или отсутствие нагрубания. Производит пальпацию живота, который должен быть мягким, безболезненными; определяет высоту стояния дна матки, ее конфигурацию, консистенцию, наличие болезненности. Ежедневно осматривает наружные половые органы и промежность. Обращает внимание на наличие отека, гиперемии.

Для профилактики инфекционных осложнений в послеродовом периоде не меньшее значение, чем наблюдение за клиническим течением, имеет своевременная коррекция малейших отклонений от физиологического развития инволюционного процесса и строгое соблюдение санитарно-эпидемиологических требований, а также правил личной гигиены. Большое внимание следует обращать на обработку наружных половых органов. Не реже 4 раз в сутки родильница должна подмываться теплой водой с мылом. После подмывания менять подкладные пеленки. При наличии швов на промежности производят обработку их в перевязочной.

Оценивается характер и количество лохий. Они не должны быть обильными; их характер должен соответствовать дням послеродового периода и иметь обычный запах.

Т 3.6.7 Роль медицинского работника в осуществлении программы «Позитивное материнство»

Школа «Позитивное материнство». Эти занятия предназначены для обучения беременных женщин и будущих отцов.

Цель данных занятий – это подготовка беременных женщин к предстоящим родам, воспитание ответственного отношения к здоровью, материнству; формирование навыков здорового образа жизни.

Программа «Позитивное материнство и детство»

В 1994 году в Петербурге, была начата программа «Позитивное материнство и детство».

Основной целью программы явилось повышение ответственности пациента за свое здоровье, образование молодых матерей, основанное на групповой и индивидуальной работе. В задачи Программы также входило изменение взаимоотношений медицинских сестер-акушерок и будущих родителей.

Программа использует консультативный метод, тем самым расширяя границы своей работы и использования научной базы. На занятия приглашались специалисты неонатальной медицины, врачи и психологи, массажисты и диетологи.

Программа поднимает статус медсестры, привлекает ее к обучению и использованию новых средств информации.

В процессе работы по программе создаются социально положительные связи между медицинским работниками и между будущими семьями.

Продолжительность программы 6-12 занятий.

Тематика и характер проведения занятий.

В цикл занятий входят как традиционные вопросы: питание беременной, посещение врача, контроль веса, поведение при родах и т.д., но и вопросы, определенные самими клиентами - влияние курения в месте проживания, полезность и правильность тех или иных традиционных советов, роль мужа и детей...

Характер занятий позволяет сочетать лекцию, беседу или же дискуссию. Этика взаимоотношений, правила устанавливаются самими участниками группы.

Они предлагают многие темы, а иногда и не только участницы, но и отцы - на специальных занятиях для отцов. На занятиях не используется униформа, и устраняются препятствия к доверительному общению.

Т 3.6.8 Подготовка «супружеских» пар к родам и послеродовому периоду.

К занятиям в «Школе материнства» должны привлекаться женщины уже с первого триместра беременности, желательно с будущими отцами или близкими родственниками.

Для проведения занятий составляется предварительно проработанное расписание, где освещается та или иная тема, соответствующая определенным дням, время проведения. Это способствует активному привлечению будущих отцов или близких родственников к посещению занятий в зависимости от их свободного времени.

Для проведения занятий с беременными женщинами желательно формировать группы не более 10-15 человек, стараясь объединять с одинаковыми сроками беременности. Должна быть доступная информация о программах и времени проведения занятий.

Т 3.6.9 Ориентация супружеских пар на грудное вскармливание новорожденных.

Грудное или естественное вскармливание — эволюционно сформировавшаяся естественная форма питания человека от периода новорождённости до окончания грудного возраста, когда ребёнок начинает питаться сторонней пищей.

Природа создала идеальную по всем параметрам пищу для полноценного развития новорожденного ребенка – грудное молоко. Ни одна искусственная молочная смесь не обладает столь уникальными свойствами. Только в грудном молоке в оптимальном соотношении содержатся все вещества, необходимые для успешного роста и развития новорожденного. Грудное вскармливание и всеобщая система защиты здоровья вместе могут поддержать семьи в их праве на максимально возможный уровень здоровья, что является прямой задачей нацпроекта «Здравоохранение». В настоящее время в России реализуется Национальная стратегия вскармливания детей первого года жизни, в свою очередь ВОЗ разработала Глобальную стратегию по кормлению детей грудного и раннего возраста.

Мамы помните: грудное молоко – самое ценное, что вы можете дать своему малышу в первые месяцы его жизни. Этот продукт богат не только различными микроэлементами и витаминами. Грудное молоко хорошо усваивается детским организмом, повышает иммунитет, предотвращает его от многих инфекционных заболеваний и устанавливает психоэмоциональную связь с ребенком. Вот почему так важно сохранить кормление грудью хотя бы до 1 года.

Всемирная Организации Здравоохранения (ВОЗ) рекомендует ряд правил успешного грудного вскармливания

Грудное молоко - лучшая пища для ребенка в его первые 6 месяцев жизни, и никаких заменителей для него нет. Каждая женщина должна знать это и принять это как аксиому, если хочет обеспечить своему малышу здоровье и лучшие условия для развития его организма.

Рекомендации:

1. Первое прикладывание ребёнка к груди должно осуществляться в первые 30 мин. после рождения, если нет противопоказаний. Некоторые акушеры практически прикладывают ребенка к груди до рассечения пуповины.
2. Кормление ребёнка осуществляется по первому требованию, и чем чаще мать будет прикладывать ребёнка к груди, тем дольше будет осуществляться кормление.
3. До 6-ти месячного возраста ВОЗ не рекомендует, вводит никаких смесей, при условии, если достаточно молока.
4. Спать ребёнку рядом с матерью в одной комнате.
5. При грудном вскармливании давать ребёнку воду, глюкозу не рекомендуется.
6. Если нет лактостаза, то сцеживание молочных желез после кормления не рекомендуется. Это объясняется тем, что в молочной железе вырабатывается столько молока, сколько необходимо для питания ребенка.

Т 3.6.10 Психологические проблемы, возникающие в семье при появлении новорожденного, связанные с отцовством, материнством, изменением ролей в семье.

Нередко после родов у женщин могут возникать различные **эмоциональные и психологические проблемы.**

Очень часто в первые дни после родов у многих родильниц наблюдается быстрая смена настроения, без видимых причин большинство женщин становятся плаксивыми. Слезы может вызвать любая проблема, с которой сталкивается женщина в послеродовом периоде: болезненность молочных желёз, боли в промежности, плохое сосание ребенка, наличие у него желтухи и др. Такая реакция связана с гормональной перестройкой, а также переменами в образе жизни.

Окружающим необходимо помнить об этом, учитывать при общении с женщиной и знать, что такое состояние является нормальным и достаточно быстро проходит.

Многие женщины после родов испытывают чувство душевного подъема, облегчения, удовлетворения, которое может продолжаться несколько месяцев. С другой стороны, встречаются женщины, у которых может преобладать неуверенность в собственных силах, беспокойство за ребенка, за собственную судьбу. Обычно чувство беспокойства проходит через несколько недель, реже — через несколько месяцев, но если повышенная тревожность выражена сильно или продолжается длительное время, это может указывать на развитие послеродовой депрессии и потребовать консультации врача. Необходимо помнить, что такое состояние может возникнуть в любой момент в течение первого года после родов.

Различное эмоциональное состояние в послеродовом периоде у разных женщин может быть связано с разными факторами, действовавшими до беременности, во время нее и родов, а также возникающими в послеродовом периоде и позже.

На эмоциональном и психологическом состоянии женщины сказывается, в частности, то, была ли беременность желательной, первая это беременность или повторная, трудно ли она протекала, насколько физиологичными были роды, возникали ли какие-либо осложнения во время них или в раннем послеродовом периоде, какие взаимоотношения складываются у женщины с ее окружением, имеются ли социальные или финансовые проблемы и т.д.

Женщина, столкнувшись с какой-либо из этих проблем или с их комплексом, задумается о том, сумеет ли она обеспечить всем необходимым ребенка, и будет испытывать чувство беспокойства, неуверенности, которое может отрицательно сказаться на ее здоровье, здоровье ребенка, а в ряде случаев привести и к отказу от ребенка.

Поэтому очень важно в этот момент поддержать женщину, подсказать ей, какими льготами она обладает, куда можно обратиться за помощью. Важно также мотивировать ближайшее окружение женщины на оказание ей психологической поддержки и физической помощи.

Не следует забывать и о том, что после родов женщина чувствует значительную усталость, которая может продолжаться достаточно длительное

время, что связано и с необходимостью ухода за новорожденным, его кормлением.

В первые несколько недель после родов очень важно обеспечить женщине достаточный отдых, что сделать не очень просто, особенно если ребенок плохо спит ночью. И здесь неоценимой оказывается помощь людей, окружающих родильницу (мужа, а в случае расширенной семьи — ее родителей, бабушек, дедушек).

Т 3.6.11 Принципы консультирования родильницы по вопросам питания, гигиены, контрацепции, сохранения грудного вскармливания.

Большое значение имеет соблюдение правил **личной гигиены**. Гигиенические процедуры, в том числе и туалет наружных половых органов, родильницы могут выполнять самостоятельно или с помощью акушерки, при этом туалет наружных половых органов с использованием дезинфицирующих растворов проводится не менее 2 раз в день, а родильницам, находящимся на постельном режиме, — трижды в день.

Ежедневно родильницам рекомендуется принимать гигиенический душ, который способствует лучшему заживлению швов, облегчает боли в области промежности. Обсушивать этот участок лучше с помощью бумажных салфеток, мягкого полотенца или фена, установленного на слабый нагрев.

Особое внимание следует уделять **уходу за молочными железами**, которые следует обмывать теплой водой. Мыть их с мылом перед кормлением или после него не рекомендуется. Необходимо следить за тем, чтобы в промежутках между кормлениями ребенка соски оставались сухими, можно рекомендовать также воздушные ванны, т.е. на некоторое время оставлять грудь открытой. При возникновении трещин сосков можно рекомендовать использование накладок для грудного кормления и применение различных аэрозолей, примочек, антисептических салфеток и других средств, способствующих заживлению трещин.

При нагрубании молочных желез можно обработать их горячей влажной салфеткой с легким давлением на грудь, а затем приложить холодную влажную салфетку в виде компресса.

Специальной диеты здоровым родильницам не требуется, но **питание** должно быть полноценным и регулярным, учитывать особенности течения послеродового периода. На второй день после родов рекомендуется молочно-растительная диета, в последующем переходят на обычное питание.

Для нормализации функции кишечника в пищевой рацион необходимо включать кисломолочные продукты, свежие ягоды, фрукты и овощи. Для удовлетворения возросших по сравнению с обычным образом жизни потребностей в энергии, белках, минеральных веществах, витаминах рацион кормящей женщины должен быть увеличен, содержать достаточное количество белка, который должен поступать в организм в основном с молочными продуктами (молоко, нежирный творог, сыр, кисломолочные продукты).

Однако потребление молока не должно превышать 700—750 мл в сутки, так как избыточное его поступление вызывает необходимость сокращения в рационе других содержащих белок продуктов (рыба, мясо, птица). Жиры в рационе кормящей матери должны быть представлены жирами как животного, так и растительного происхождения, доля которых должна составлять около 30 % всех жиров.

При составлении рациона женщины в период кормления необходимо избегать употребления легкоусвояемых углеводов, поскольку они легко трансформируются в жир, способствуя увеличению массы тела, кроме того, они тормозят лактацию.

В период грудного вскармливания увеличивается потребность в витаминах и минералах, поэтому рацион кормящей женщины должен содержать необходимое их количество. Потребность в витаминах и минералах может удовлетворяться не только за счет продуктов, но и за счет витаминно-минеральных комплексов, разработанных специально для кормящих матерей.

Потребление жидкости в разные периоды послеродового периода различно: в первые сутки, когда женщина обычно испытывает жажду, оно может быть несколько повышенным, затем не должно превышать 2000 мл с учетом жидких блюд.

Режим питания кормящей женщины предусматривает 5— 6-разовый прием пищи, которую лучше принимать за 20— 30 мин до кормления ребенка.

В период кормления грудью из рациона необходимо исключить консервированные, острые, пряные, жареные продукты, категорически запрещено употребление алкоголя.

Послеродовая контрацепция

Пока вы кормите грудью с интервалами менее 3 часов, месячных у вас не будет и беременность вам не грозит. Однако если ребенок стал сосать меньше, этот метод контрацепции становится ненадежным, и появление второго ребенка вслед за первым становится сюрпризом, причем не всегда приятным.

Имейте в виду: прежде чем принимать оральные контрацептивы, вам нужно посоветоваться с врачом – некоторые таблетки уменьшают лактацию. Скорее всего вам порекомендуют современный препарат Депо - Провера или Чаразетта, который защитит вас от нежелательной беременности, не мешая кормить грудью ребенка.

Практическое занятие № 19.
«Послеродовый период. Изменения в организме родильницы. Лактация. Возможные проблемы родильницы»

Изучение течения послеродового периода.

Дискуссионное обсуждение течения послеродового периода, лактации.

Изучение физиологических и психологических составляющих грудного вскармливания.

Изучение изменений репродуктивной системы в послеродовом периоде у женщин.

Определение сроков лактации, обследование молочных желез родильниц, определение объема молока, необходимого для одного кормления.

Обсуждение диеты родильницы и кормящей матери.

Составление рекомендаций для кормящей матери по уходу за молочными железами, питанием, профилактике маститов.

Дискуссионное обсуждение профилактики послеродовых депрессий.

Изучение принципов медицинского консультирования здоровых рожениц и родильниц.

ТЕМА 3.7.
КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД

Теоретическое занятие № 22.
«Климактерический период. Физиологический мужской и женский климакс»

Т 3.7.1 Понятия «климакс», «климактерический период», «пременопауза», «менопауза», «постменопауза».

Климактерический период (от греч. klimakter - ступень, возрастной переломный момент; равноценны термины «**климакс**», «климактерий») является одной из «горячих точек» возрастной биографии человека, особым периодом в жизни человека, имеющим характерные признаки, как у женщин, так и у мужчин.

Климактерический период охватывает возраст от 45 до 60 лет у женщин, хотя климакс может начаться и раньше (до 40 лет) или позже (после 55-56 лет); у мужчин чаще всего он наступает в промежутке от 50 до 60 лет.

Степень выраженности изменений, наблюдающихся в этот период, неодинакова для представителей обоих полов, различна у разных людей, так же, как и возраст, в котором прослеживаются эти проявления.

Процесс угасания репродуктивной функции продолжается в течение длительного времени - 8—10 лет, поэтому выделяют несколько стадий климакса:

- **пременопаузу** — период жизни женщины от момента окончания репродуктивного периода до наступления менопаузы, то есть *от начала нарушения функции яичников до прекращения менструации* (чаще всего это возраст примерно от 45 лет до последней менструации);
- **менопаузу** - *последнее маточное кровотечение (последнюю менструацию)*;
- **постменопаузу** — период от менопаузы до полного и стойкого прекращения гормональной функции яичников (продолжается 5-8 лет).

Т 3.7.2 Понятие о климактерическом периоде в жизни человека как о естественном переходе от зрелости к старости, об изменении жизненно важных потребностей человека в этот период, о роли медицинского работника в решении психологических и физиологических проблем переходного периода и в сохранении качества жизни человека.

Люди обладают способностью к воспроизведению потомства, что является важной биологической функцией, обеспечивающей выживание вида. В связи с этим ее прекращение, обусловленное климаксом, серьезно сказывается на роли человека в обществе.

Климактерический период у женщин

Под **климактерическим периодом у женщин** понимают ***физиологическую стадию, нормальную переходную фазу между периодом половой зрелости и периодом полного прекращения генеративной функции***, в связи с нарушением выделения гормонов гипоталамо-гипофизарной системы, которые обуславливают деятельность яичников и гипофиза, и проявляющимися прекращением менструаций (нарушается связь между гипоталамусом, гипофизом и яичниками, которые перестают реагировать на поступающие команды. Это происходит постепенно, овуляция происходит все реже, выработка прогестерона замедляется, следовательно, изменяется длительность менструальных циклов).

Этот период характеризуется:

- уменьшением выработки женских половых гормонов;
- нарушением менструального цикла (изменения ритма, интенсивности, уменьшение количества выделений);
- изменениями во внутренних органах и системах;
- изменениями в половых органах (изменения слизистой оболочки влагалища — истончение, потеря эластичности; уменьшение матки в размерах).

Климактерический период у мужчин

Под климактерическим периодом у мужчин следует понимать ***физиологическую стадию постепенного угасания генеративной функции***, для которой характерным является доминирование инволюционных процессов, протекающих в половых железах и связанных с атрофическими изменениями клеток Лейдига.

Этот период ***характеризуется:***

- *уменьшением продукции тестостерона*
- *снижением насыщенности организма андрогенами*;
- *сохраняется и даже несколько усиливается секреция гонадотропных гормонов гипофиза.*

Процесс уменьшения продукции тестостерона происходит достаточно медленно (около 1% в год после 40-45 лет), и *организм успевает приспособиться* к возникающим возрастным изменениям, поэтому у подавляющего большинства мужчин, в отличие от женщин, климактерический период *не сопровождается сколько-нибудь заметными клиническими*

симптомами, на удовлетворительном уровне остаются работоспособность, память, энергия.

Эти процессы в большинстве случаев наиболее активно начинают развиваться в возрасте от 50 до 60 лет, именно на этот возрастной промежуток приходится начало климактерического периода у мужчин, хотя наступление его определить достаточно сложно из-за отсутствия выраженных проявлений.

Однако ***в части случаев падение уровня гормонов происходит быстро, отмечается неравномерное угасание функций, что и расценивается как*** **мужской климакс.**

Т 3.7.3 Понятие о климактерическом периоде как о физиологическом периоде в жизни человека.

Общебиологический смысл определения этого периода как особого заключается ***в физиологических процессах старения, приводящих к прекращению репродуктивной способности.***

При физиологическом течении **климактерического периода** наблюдается нарушение цикличности функционирования репродуктивной системы у мужчин и женщин, происходят изменения в других органах и системах организма, характерные для процесса старения, однако организм женщины и мужчины адаптируется к возрастным изменениям, и их самочувствие длительное время может оставаться удовлетворительным.

В случае нарушений со стороны репродуктивной системы, наличия каких-либо сопутствующих заболеваний климактерический период может приобрести патологическое течение.

«Климакс у мужчин» или «андропауза» — это общее название всех проявлений недостаточности мужских половых гормонов (андрогенов). Проявляется это состояние преимущественно в 50 лет: в этот период репродуктивная функция угасает, вызывая ряд неприятных симптомов.

Часто нарушениям мужской репродуктивной функции уделяется слишком мало внимания: симптомы объясняют возрастным «кризисом», не проводят дополнительных методов обследования для выявления уровня тестостерона. Важно знать, что при своевременном распознавании мужского климакса и правильно назначенном лечении эти гормональные изменения не несут опасности для организма.

Т 3.7.4 Причины возникновения климакса.

Причины женского климакса

Это состояние считается физиологическим и наступает в связи с естественными возрастными изменениями. Дело в том, что, в отличие от мужских сперматозоидов, количество яйцеклеток, созревающих в яичниках у женщины, ограничено и определяется еще при рождении. С каждым менструальным циклом их становится все меньше. Когда яйцеклеток не остается, беременность становится невозможной, а организм «отключает» функции, отвечающие за зачатие и вынашивание ребенка.

Кроме того, яичники перестают вырабатывать эстроген, который отвечает за имплантацию яйцеклетки и подготавливает сосуды матки к питанию плода.

В связи с гормональными изменениями, происходящими в климактерический период, толщина эндометрия (внутреннего слизистого слоя матки) становится меньше, в результате этого женщина теряет возможность выносить беременность.

Этот физиологический процесс может ускориться.

К факторам риска раннего климакса относятся нездоровый образ жизни, интенсивные физические нагрузки, хронический стресс, хронические эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз), неблагоприятная экология, наследственная предрасположенность, редкая половая жизнь, избыточный вес, плохое питание и диеты.

Причины мужского климакса

Мужское старение и мужской климакс представляют собой гормонально зависимый процесс, связанный со снижением уровня секреции мужского полового гормона - тестостерона.

Основная часть гормона (90-95%) секретируется клетками Лейдига в яичках и незначительная доля (5%) корой надпочечников. Синтез тестостерона начинается еще в эмбриональном периоде и достигает своего максимума к 30-летнему возрасту; затем, начиная с 30-35 лет, продукция тестостерона ежегодно уменьшается на 1-3%. Следствием возрастной гипопродукции тестостерона является изменение деятельности всей системы «гипоталамус - яички - органы-мишени».

Кроме непосредственного снижения синтеза тестостерона, с возрастом повышается концентрация глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПС). Это приводит к увеличению доли связанного с ним и не поступающего в ткани тестостерона, а также изменению соотношения тестостерон/эстрадиол и усилению эффекта эстрогенов.

Однако, несмотря на то, что к 80 годам уровень общего тестостерона у мужчин снижается до 60%, а свободного тестостерона до 20% от средних цифр в молодом возрасте, в большинстве случаев эти значения не опускаются до показателей истинного гипогонадизма.

Среди причин возрастного снижения продукции тестостерона называются уменьшение количества клеток Лейдига в яичках, снижение чувствительности рецепторов к ЛГ, нарушения регуляции гипотоламо-гипофизарной системы, генетическая предрасположенность и др.

Более ***раннему наступлению мужского климакса*** могут способствовать инфекционно-воспалительные заболевания мочеполовой системы (орхит, эпидидимит), перенесенный эпидемический паротит, опухоли и травмы яичек, орхиэктомия, радиоактивное или химическое воздействие на организм, интоксикации (в т. ч. курение и алкогольная зависимость).

Т 3.7.5 Изменения, происходящие в организме женщины и мужчины в климактерическом периоде.

Изменения, происходящие в организме женщины в климактерическом периоде

В климактерическом периоде отмечаются изменения практически во всех органах и системах женского организма, однако выраженность этих изменений в различные фазы периода неодинакова. *Максимальные изменения характерны для постменопаузы.*

Основными ***субъективными проявлениями*** изменений со стороны **нервной системы** являются:

- ухудшение памяти;
- нарушения ритма сна (бессонница или сонливость);
- раздражительность и повышенная возбудимость;
- приступы немотивированного плача;
- головокружения;
- головные боли;
- сердцебиения, ощущение перебоев в работе сердца;
- повышенная потливость и др.
- Среди ***объективных изменений*** могут отмечаться:
- снижение способности к концентрации внимания;
- повышенная разговорчивость, склонность к повторению сказанного;
- выраженный дермографизм;
- влажность кожных покровов;
- колебания артериального давления;
- учащенное сердцебиение, нарушения сердечного ритма и т.п.

Изменения кожи, ее придатков и подкожной жировой клетчатки вызваны атрофическими процессами и проявляются уменьшением содержания воды в коже и ее придатках. К основным признакам этих изменений можно отнести:

- сухость кожи;
- зуд кожных покровов;
- снижение эластичности кожи;
- увеличение количества морщин;
- ломкость ногтей;
- ломкость, депигментацию и выпадение волос;
- увеличение количества подкожной жировой клетчатки (на животе, бедрах).

Характерные изменения наблюдаются в **костной ткани**. С наступлением климактерического периода в результате дефицита эстрогенов увеличивается скорость потери кальция.

В постменопаузе в результате полного прекращения гормональной функции яичников у значительной части женщин ***развивается остеопороз***, затрагивающий практически все кости скелета. В суставах могут развиваться ***дистрофические процессы***.

Изменения **сердечно-сосудистой системы** связаны с повышением уровня холестерина в крови, нарушением его обмена, а также с изменением обменных процессов в сосудистой стенке в результате снижения эстрогенной активности.

Это вызывает уменьшение эластичности сосудов и изменение условий работы сердца, что в свою очередь приводит к:

- повышению периферического сопротивления току крови;
- уменьшению ударного и минутного объема крови;
- увеличению частоты сердечных сокращений и нередко к нарушению ритма;
- повышению артериального давления с течением климакса;
- появлению признаков атеросклероза;
- возрастанию риска развития ишемической болезни сердца.

В связи с этими изменениями женщины могут предъявлять ***жалобы на***:

- головные боли;
- боли в области сердца;
- перебои в работе сердца;
- одышку при физической нагрузке.

Изменения в **пищеварительной системе** у здоровых женщин в климактерическом периоде выражены умеренно, однако наблюдается:

- общее снижение ферментативной активности желудочно-кишечного тракта;
- изменение моторики желудочно-кишечного тракта в сторону гипотонических реакций.

Это приводит к ***жалобам на:***

- нерегулярный стул;
- запоры;
- боли в области правого подреберья;
- тошноту.

В климактерическом периоде нередко возникают изменения **в мочевой системе**, проявляющиеся в учащении мочеиспускания, уменьшении диуреза; в связи с развивающейся слабостью мышц промежности и мочевого пузыря может развиваться неудержание мочи при физическом напряжении, стрессе.

Во время климактерического периода существенные изменения происходят в **половой системе**. Эти изменения отмечаются во всех половых органах.

Изменения в ***яичниках*** характеризуются:

- уменьшением размеров;
- перестройкой морфологической структуры (истощение и сморщивание коркового слоя, разрастание стромы);

- уменьшением количества фолликулов (около 10000 к началу климактерического периода), началом дистрофических процессов в них.

Это приводит к:

- снижению продукции эстрогенов;
- возрастанию секреции фолликулостимулирущего и лютеинизирующего гормонов.

В постменопаузе ***изменения половых органов*** более выражены:

- *большие половые губы* становятся дряблыми за счет атрофических процессов в коже и уменьшения жировых отложений;
- стенки *влагалища* становятся гладкими, бледно-розовыми, а позднее и белесоватыми; своды влагалища уплощаются, уменьшается степень увлажнения влагалища;
- *матка* уменьшается в размерах;
- *молочные железы* меняют свою форму, становятся дряблыми вследствие гипотрофических изменений альвеол и млечных протоков, соски становятся более плоскими и бледнеют.

Гипотрофические изменения в половых органах приводят *к затруднениям при половом акте*, а нередко и к невозможности половой жизни, что может вызвать беспокойство у женщин в климактерическом периоде. При половом акте возможно появление кровянистых выделений или даже обильных кровотечений из-за нарушения целостности стенки влагалища, особенно при редких или активных половых актах, проводимых после длительного перерыва.

Изменения, происходящие в организме мужчины в климактерическом периоде

Мужской климакс может иметь ряд признаков:

- ухудшение памяти и внимания;
- сонливость;
- головные боли;
- общую слабость;
- перепады артериального давления;
- эмоциональную лабильность;
- склонность к депрессии;
- немотивированное чувство страха;
- склонность к запорам;
- алопецию — выпадение волос;
- сухость кожи;
- ломкость костей;
- увеличение массы тела.

Чаще всего такие проявления не связывают с изменениями гормонального фона и не обращают на них должного внимания, называя «типичными возрастными изменениями».

Однако без своевременной коррекции уровня тестостерона такие симптомы могут становиться причиной не только полного угасания половых функций, но и развития других заболеваний: гипертонической болезни, инфаркта миокарда, сахарного диабета, депрессии.

Т 3.7.6 Особенности возрастных изменений в репродуктивной системе женщины (постепенное снижение детородной, менструальной функции, изменения сексуальной функции) и мужчины.

Климаксом называют комплекс эндокринных, соматических и психологических изменений, наблюдающихся по истечении женского репродуктивного периода. Также это понятие может быть связано с физиологическим уменьшением половой активности у мужчин.

Возраст климакса у мужчин и женщин отличается, начинаясь у женского населения гораздо раньше. Это связано с особенностями строения и функционирования половой системы. Также следует отметить, что женщины переживают симптомы климакса более ярко, в отличие от мужчин, что обусловлено более выраженной гормональной перестройкой.

Возрастное угнетение репродуктивной функции является результатом эволюции. В таком случае, биологический смысл климакса может связан со снижением ресурсов женского организма для вынашивания и предупреждением передачи накопленных ошибок в генетическом материале потомкам. Как правило, процесс снижения репродуктивной способности наиболее ярко выражен у женщин, что связано с сильным изменением работы эндокринной системы, что проявляется как субъективными, так и объективными симптомами. Также климаксу подвержены и мужчины, однако изменения у них выражены не так ярко.

Т 3.7.7 Особенности протекания климактерического периода у женщин и мужчин.

У подавляющего большинства мужчин в отличие от женщин климактерический период не сопровождается сколько-нибудь заметными клиническими симптомами, на удовлетворительном уровне остаются работоспособность, память, энергия. В случае появления характерных признаков климакса, его течение расценивают как патологическое; такое течение наблюдается у 15—25 % мужчин.

Т 3.7.8 Стадии климактерического периода у женщин и их краткая характеристика по изменениям в репродуктивной системе (пременопауза, менопауза, постменопауза).

Физиологическое течение **пременопаузы** наблюдается примерно у 65% *женщин и проявляется в постепенном увеличении интервалов между менструациями и уменьшении интенсивности менструальноподобных выделений.*

Реже встречаются изменения менструальной функции, характеризующиеся появлением *скудных, с постепенно уменьшающимся количеством крови, вплоть до полного прекращения, кровянистых выделений, но длительных и регулярных циклов.*

Иногда наблюдаются *обильные, длительные и нерегулярные менструальноподобные кровотечения*.

В части случаев *менструации прекращаются внезапно*.

При физиологическом течении климактерического периода примерно половину женщин в начале пременопаузы беспокоят только нарушения менструальной функции.

Возраст наступления нормальной менопаузы подвержен значительным индивидуальным колебаниям — от 35 до 60 лет.

В случае прекращения месячных у женщины в возрасте до 40 лет можно говорить о ***преждевременной яичниковой недостаточности***.

Позднее наступление **менопаузы** не является патологией, однако особого внимания требуют женщины, у которых менструальная функция не прекратилась после 53—54 лет, они подлежат обязательному диспансерному наблюдению, так как составляют группу повышенного риска возникновения онкогинекологических заболеваний.

Причинами ранней менопаузы, могут быть:

- ионизирующее излучение;
- общие нарушения здоровья;
- несоблюдение оптимальных интервалов между беременностями;
- частые аборты, как самопроизвольные, так и медицинские;
- длительная лактация;
- некоторые эндокринные заболевания (гипотиреоз);
- ожирение.

Позднему наступлению менопаузы способствуют:

- гипертоническая болезнь,
- миома матки и другие заболевания.

Третья фаза климактерического периода — **постменопауза** — наступает примерно через год после последней менструации и характеризуется полным и стойким прекращением гормональной активности яичников, поэтому наибольшим изменениям подвергаются органы-мишени. Эта фаза продолжается 5-8 лет (с 52—53 до 60 лет).

Теоретическое занятие № 23. «Патологический мужской и женский климакс. Проблемы. Роль фельдшера»

Т 3.7.9 Основные представления о климактерическом синдроме, факторах риска развития климактерического синдрома; патологическое течение мужского климакса.

Патологическое течение климактерического периода у женщин

Патологическое течение климактерического периода встречается у 25-50% женщин и может проявляться ***в двух основных формах***. Это:

- *климактерический синдром;*
- *дисфункциональные (климактерические) маточные кровотечения*.

Климактерический синдром наблюдается примерно в 65-70% случаев патологического течения климакса, а ***дисфункциональные маточные кровотечения*** — в 30—35%.

К патологическому течению климактерического периода могут привести:

- длительные значительные умственные и физические нагрузки;
- заболевания центральной нервной системы, частые стрессы;
- заболевания репродуктивной системы, осложнения при беременности и родах;
- профессиональные вредности;
- вредные привычки;
- нарушения обмена веществ, ожирение;
- частые инфекционные заболевания и др.

Климактерический синдром может протекать в трех формах:

- *типичной;*
- *атипичной;*
- *сочетанной*.

Типичная форма климактерического синдрома встречается наиболее часто и наблюдается у практически здоровых женщин, которые, однако, подвергаются значительным длительным физическим или умственным нагрузкам.

Для этой формы является ***характерным***:

- своевременное наступление менопаузы;
- появление в постменопаузе типичных климактерических симптомов, которые на протяжении примерно полугода усиливаются, а затем постепенно, через 12-18 месяцев, исчезают;
- отсутствие существенных нарушений общего состояния.

Характерными являются ***жалобы на***:

- приливы жара к лицу, голове, верхней половине туловища;
- потливость;
- головную боль;
- головокружения;
- нарушения сна.

Наиболее типичным проявлением климактерического синдрома являются приливы жара, поэтому предложено определять *тяжесть его течения по количеству приливов.*

Выделяют ***три степени тяжести климакте рического синдрома***: легкую, средней тяжести и тяжелую.

Условно *к легкому течению* относят климактерический синдром с числом приливов до 10 в сутки при ненарушенном общем состоянии и работоспособности женщины.

Для климактерического синдрома *средней тяжести* характерным является появление 10-20 приливов в течение суток, а также нарушение общего состояния, проявляющегося головокружением, головными болями, ухудшением памяти.

О *тяжелой форме* климактерического синдрома говорят, если приливы возникают до 10-15 раз в час, при этом отмечается потеря трудоспособности, наблюдаются симптомы вегетативно-сосудистых, обменных, эндокринных нарушений.

Атипичная форма климактерического синдрома может возникать у женщин:

- с отклонениями в состоянии здоровья, наблюдавшимися в репродуктивном периоде;
- имеющих оперативные вмешательства в анамнезе;
- работавших на предприятиях с вредными условиями труда.

Начало этой формы климактерического синдрома не отличается от типичной формы и характеризуется нарушением менструальной функции вплоть до полного отсутствия менструаций и появлением типичных климактерических симптомов.

Одновременно или чуть позднее выявляются и *не вполне типичные симптомы:*

- раздражительность;
- плаксивость;
- ухудшение памяти;
- нарушение сна;
- повышенный аппетит;
- снижение работоспособности.

Помимо этих симптомов, женщин могут беспокоить:

- общая слабость;
- боли в области сердца;
- сердцебиение;
- головная боль;
- неустойчивый стул:
- проблемы с кожей и ее придатками (сухость кожных покровов, по явление пигментных или депигментированных пятен на коже лица, груди, рук, зуд кожи, ломкость ногтей и волос, утрата оволосения в типичных местах и т.д.).

Нарушение обмена веществ, прежде всего жирового обмена, приводит к отложению жировой ткани на груди, животе, бедрах, что является причиной

увеличения массы тела. Значительно реже наблюдается потеря веса, но это вызывает ухудшение общего состояния.

Сочетанная, или осложненная, форма климактерического синдрома возникает у женщин:

- страдающих различными заболеваниями половых органов;
- имеющих различные соматические болезни (гипертоническая болезнь, диабет, заболевания печени и желчевыводящих путей, нарушениями обмена веществ и др.).

Климактерический синдром у таких женщин протекает тяжелее и длительнее, чем при атипичной форме, при этом появляется масса разнообразных симптомов, требующих внимательного к ним отношения со стороны медицинских работников и, в первую очередь, врачей, поэтому основной задачей медицинской сестры в данном случае является своевременное направление женщины на врачебный прием.

Таким образом, универсальной характеристикой гормонального статуса постменопаузы можно считать относительное ***повышение уровня гонадотропинов и снижение уровня эстрогенов***.

Эти изменения можно подразделить на ***три основные группы*** в зависимости от сроков возникновения и характера проявлений:

1 группа:

- психоэмоциональные — раздражительность и повышенная возбудимость, нарушения ритма сна (бессонница или сонливость), приступы немотивированного плача, слабость, немотивированное беспокойство, ухудшение памяти, невнимательность, снижение полового влечения;
- вазомоторные - приливы жара, потливость, головные боли, неустойчивое артериальное давление, сердцебиения, ознобы.

2 группа:

- кожные - сухость, снижение эластичности кожи, увеличение количества морщин, ломкость ногтей, ломкость, депигментация и выпадение волос;
- урогенитальные - учащение мочеиспускания, уменьшение диуреза, неудержание мочи при физическом напряжении, стрессе; сухость, истончение слизистой влагалища, уменьшение эластичности, сглаживание складок, зуд и жжение.

3 группа:

- поздние обменные нарушения - остеопороз, дистрофические процессы в суставах;
- нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы - увеличение частоты сердечных сокращений, нарушения ритма, повышение артериального давления, появление признаков атеросклероза, одышка при физической нагрузке и развитие ишемической болезни сердца.

Патологическое течение климактерического периода у мужчин

У 15-25% мужчин могут отмечаться характерные ***признаки климакса***. К их числу относятся:

- ***сердечно-сосудистые;***
- ***психоневрологические;***
- ***мочеполовые нарушения***.

В случае появления характерных признаков климакса у мужчин его течение определяют, как *патологическое.*

Причинами патологического течения климактерического периода могут стать:

- различные соматические заболевания;
- болезни половых органов (простатиты, орхиты);
- нарушения обмена веществ;
- малоподвижный образ жизни;
- тяжелая физическая работа;
- стрессы;
- контакты с профессиональными вредностями;
- вредные привычки (злоупотребление алкоголем, табакокурение).

У холостых мужчин климакс начинается раньше.

Сердечно-сосудистые нарушения могут протекать в виде следующих ***синдромов:***

- *стенокардитического;*
- *гипертонического;*
- *вегетососудистого*.

При *стенокардитическом синдроме* отмечаются:

- боли в области сердца, напоминающие по своему характеру боли при стенокардии;
- одышка;
- слабость;
- сердцебиения;
- страх смерти.

Гипертонический синдром проявляется:

- повышением давления, для которого характерны головные боли, головокружение.

Вегетососудистый синдром характеризуется:

- ощущением приливов к лицу, голове, верхней половине туловища;
- внезапным покраснением лица и шеи;
- повышенной потливостью;
- головокружением;
- периодическими сердцебиениями;
- чувством перебоев в области сердца.

Психоневрологические и эмоциональные нарушения в климактерическом периоде могут быть выражены достаточно резко или проявляться слабо. У большинства мужчин с патологическим течением климактерического периода отмечаются:

•повышенная возбудимость;

- нервозность;
- быстрая утомляемость;
- раздражительность;
- вспыльчивость;
- неустойчивость настроения;
- мышечная слабость;
- нарушения сна (бессонница или повышенная сонливость);
- головная боль.

Нередко также могут наблюдаться:

- снижение или утрата интереса к работе, дому, любимым занятиям
- беспричинная тревога;
- капризность;
- склонность к конфликтам и ссорам;
- повышенная мнительность;
- плаксивость;
- ослабление памяти;
- депрессии.

Среди ***мочеполовых (урогенитальнгых) нарушений*** отмечаются:

- задержка мочи или непроизвольное ее выделение;
- боли при мочеиспускании;
- частые позывы к мочеиспусканию;
- снижение полового влечения;
- эректильная дисфункция (ослабление эрекции);
- расстройства оргазма;
- расстройства эякуляции;
- снижение фертильности эякулята;
- преждевременное семяизвержение.

Могут отмечаться и ***соматические нарушения***, проявляющиеся в:

- уменьшении количества мышечной массы и силы;
- увеличении количества жировой ткани;
- снижении плотности костной ткани;
- появлении или нарастании признаков висцерального ожирения;
- гинекомастия.

Однако и при патологическом течении климактерического периода 50% мужчин сперматогенез сохраняется до 60 лет и дольше.

Таким образом, универсальной характеристикой гормонального статуса мужчин в возрасте 45—60 лет можно считать ***снижение уровня половых гормонов (в первую очередь тестостерона),*** приводящее к возрастным изменениям, известным как мужской климакс.

Основные проблемы женщин и мужчин в течение климактерического периода

В течение климактерического периода можно выделить проблемы, характерные как для женщин, так и для мужчин. В то же время существуют проблемы, актуальные в большей степени только для женщин или только для мужчин.

Среди ***общих проблем*** можно отметить:

- часто встречающийся дефицит знаний об этом периоде;
- психологическую адаптацию к новым жизненным реалиям;
- взаимоотношения с престарелыми родителями;
- одиночество, к которому ведут смерть близких, уход детей в самостоятельную жизнь или развод;
- нарушения самочувствия, связанные с приливами жара и повышенной потливостью (особенно актуально для представителей публичных профессий, имеющих дело с людьми, — педагогов, врачей, руководителей и др.);
- неадекватную оценку своего состояния (завышение или занижение своих физических, психических и сексуальных возможностей);
- вопросы рационального и адекватного питания.

Среди ***проблем***, более актуальных ***для женщин***, можно отметить:

- восприятие климактерического периода как наступление старости, что связывается с потерей женственности, привлекательности, ослаблением сексуальности, снижением возможностей устройства личной жизни;
- изменения внешности (пигментация или депигментация отдельных участков кожи, ломкость ногтей и волос, утрата оволосения в типичных местах и избыточное оволосение в нетипичных, изменение осанки);
- увеличение или снижение массы тела;
- обеспечение безопасных условий жизни, что обусловлено возрастающим риском переломов в связи с процессами деминерализации костной ткани.

Среди ***проблем***, более актуальных ***для мужчин***, можно отметить:

- снижение физической силы и выносливости;
- страх прекращения профессионального роста, краха карьеры;
- некоторое ослабление потенции, снижение либидо.

Т 3.7.10 Профилактика тяжелого течения климакса.

Профилактика тяжелого течения менопаузального синдрома должна начинаться с юности и продолжаться всю жизнь. Она включает в себя:

- контроль за весом тела;
- регулярные занятия спортом;
- предотвращение абортов;
- своевременную и адекватную терапию инфекционных и гинекологических заболеваний;
- соблюдение режима труда и отдыха.

Особенно важно проводить профилактику развития тяжелой формы климактерического синдрома с началом пременопаузы. Женщинам рекомендуется ежедневно делать утреннюю гимнастику продолжительностью не менее 20–30 минут, гулять на свежем воздухе. Помимо этого, 2–3 раза в неделю желательны занятия фитнесом или плаванием. Для достижения максимального эффекта тренировки должны продолжаться не менее 40–45 минут.

Бороться с таким проявлениями климакса, как раздражительность, перепады настроения, плаксивость, депрессия помогает аутотренинг. Он позволяет настроиться на положительные моменты, оказывает благотворное влияние не только на психологическое состояние, но и на физическое здоровье.

Женщинам настоятельно рекомендуется вести активную социальную жизнь. Встречи с друзьями, путешествия, посещения музеев и выставочных залов, занятие любимым делом, шопинг — все это дарит положительные эмоции, которые оказывают значительное влияние на улучшение качества жизни.

Применение для профилактики тяжелого менопаузального синдрома лекарственных растений, медикаментов, проведение санаторно-курортного лечения возможно только по назначению гинеколога-эндокринолога — после осмотра и обследования женщины.

Т 3.7.11 Роль медицинского работника в пропаганде здорового образа жизни и охране здоровья пациентов в переходном периоде.

Здоровый образ жизни предполагает в первую очередь разумный режим труда и отдыха, рациональное питание, достаточную физическую нагрузку на организм, соблюдение правил личной и общественной гигиены, умение вести себя в стрессовых ситуациях и правильно разряжаться от нервно - психических перегрузок и в то же время исключает курение, злоупотребление спиртными напитками, самолечение. Несоблюдение этих элементов здорового образа жизни резко повышает вероятность развития различных болезней, но особенно часто сердечно - сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований, которые в настоящее время являются основными причинами летальных исходов. Люди, ведущие нездоровый образ жизни, отягощены факторами риска, оказывающими отрицательное воздействие на организм человека постепенно, незаметно, но в конечном счёте ведущими к серьёзным нарушениям здоровья.

Состояние здоровья населения и объём работы в области вторичной профилактики непосредственно зависят от эффективности первичной профилактики, которая и осуществляется в процессе санитарно - просветительной работы

Пропаганда ЗОЖ является компонентом первичной и вторичной профилактики заболеваний. В первичной профилактике пропаганда ЗОЖ может быть направлена на изменение образа жизни, общественных норм поведения больших групп населения или на обеспечение профилактического обслуживания лиц, подвергающихся особому риску заболевания (стратегия повышенного риска). Во вторичной профилактике пропаганда ЗОЖ направлена на предупреждение рецидивов и прогрессирования болезни у тех, у кого она уже есть. Пропаганда ЗОЖ должна не мешать работе, а повышать ее качественный уровень, не сводиться к формально проведенной беседе или вывешенному сан бюллетеню, а осуществляться с использованием всех доступных методов индивидуального воздействия, воздействия на группу и массовой коммуникации. Координировать эту работу, на уровне среднего медицинского персонала призваны старшие и главные медицинские сестры поликлиник и больниц, планировать -- заведующие отделениями, а обеспечивать технически и методически -- инструкторы по санитарному просвещению.

Уже в кабинете доврачебного приема пациент должен получить советы и рекомендации, нацеливающие его на активную охрану и укрепление своего здоровья.

Медицинская сестра почти 30 % рабочего времени должны отводить на профилактические мероприятия и гигиеническое воспитание.

Сюда относятся:

- оказание помощи в оптимизации семейного уклада, режима труда, отдыха, питания;
- работа по нормализации в семье психологического микроклимата и интимных отношений;
- борьба с имеющимися вредными привычками;
- борьба с самолечением, привлечение к уходу за больными здоровых членов семьи, заострение внимания на проблемах санитарии и гигиены.

Долг средних медицинских работников - учить население не только гигиеническому поведению, направленному на сохранение собственного здоровья, но и взятию на себя ответственности за здоровье других, участию в создании и усовершенствовании укрепляющих здоровье условий жизни и труда, полноценному выполнению людьми их разнообразных социальных функций.

Роль среднего медицинского персонала в пропаганде формирования здорового образа жизни среди населения является одной из самых главных составляющих в работе среднего медицинского персонала первичного звена здравоохранения.

Практическое занятие № 20.
«Климактерический период. Физиологический мужской и женский климакс»

Дискуссионное обсуждение причин возникновения климакса у мужчин и женщин, факторов, влияющих на появление раннего климакса.

Факторы, влияющие на наступление менопаузы:

- наследственность. Если у старшего поколения семьи отмечается поздний климакс, велика вероятность, что у дочерей и внучек будет также;
- социальные условия жизни. Если женщина живет в тяжелых бытовых условиях, вынуждена плохо питаться, курит и занимается тяжелым физическим трудом — вероятнее всего, ее ожидает ранний климакс;
- перенесенные заболевания. Тяжелые физические недуги приближают наступление климакса. В составе факторов риска — высокая степень ожирения, повышенное давление, повышенный уровень сахара и холестерина.
- психологический фактор. Климакс приходит позже к счастливым женщинам, находящимся в гармоничном браке, воспитывающим детей и бесконфликтно проживающим в семьях, состоящих из нескольких поколений.
- проживание в районах с плохой экологией. Загрязнение окружающей среды, опасные химические вещества действуют как разрушители эндокринной системы.

Причины, которые провоцируют ранее развитие женского климакса

В случае прекращения месячных у женщины в возрасте до 40 лет можно говорить о ***преждевременной яичниковой недостаточности***.

Позднее наступление **менопаузы** не является патологией, однако особого внимания требуют женщины, у которых менструальная функция не прекратилась после 53—54 лет, они подлежат обязательному диспансерному наблюдению, так как составляют группу повышенного риска возникновения онкогинекологических заболеваний.

Причинами ранней менопаузы, могут быть:

- ионизирующее излучение;
- общие нарушения здоровья;
- несоблюдение оптимальных интервалов между беременностями;
- частые аборты, как самопроизвольные, так и медицинские;
- длительная лактация;
- некоторые эндокринные заболевания (гипотиреоз);
- ожирение.

Позднему наступлению менопаузы способствуют:

- гипертоническая болезнь,
- миома матки и другие заболевания.

Причины, которые провоцируют ранее развитие мужского климакса:

- вредные привычки (алкоголь, курение, половые излишества, злоупотребление жирной пищей);
- нервный стресс, работа «на износ»;
- повреждения и аномалии половых органов, кастрация;
- различные эндокринные заболевания;
- воспалительные заболевания, в том числе передающиеся половым путём;
- воздействие радиации, различных токсических факторов;
- приём определённых лекарственных препаратов.

Практическое занятие № 21. «Патологический мужской и женский климакс. Проблемы. Роль фельдшера»

Обучение выявлению факторов, влияющих на патологическое течение климакса, проблем человека в климактерическом периоде. Составление рекомендаций женщине и мужчине в климактерическом периоде по режиму дня, питанию, гигиене, поддержанию безопасности.

Основные аспекты деятельности фельдшера при решении некоторых проблем климактерического периода

Людям, переживающим климактерический период, полезной может оказаться помощь медицинских сестер, работающих на участке, с врачом общей практики, урологом, андрологом, а также акушерки женской консультации.

В большей помощи — в силу более выраженных проявлении климакса — ***нуждаются женщины,*** однако ***не следует забывать и о мужчинах***, которые из-за особенностей психики значительно реже обращаются к врачам на протяжении всей жизни.

Деятельность по профилактике патологического течения климактерического периода следует начинать задолго до его наступления – это:

- профилактика ожирения,
- обеспечение адекватного питания
- обеспечение адекватной физической нагрузки,
- обеспечение психологической поддержки, особенно в критические периоды жизни.

Основная задача сестринского персонала в связи с этим — *помочь конкретному человеку спокойно пережить климактерический период, справиться с его проявлениями, адекватно оценивать свое состояние.*

При решении проблемы *дефицита знаний* следует:

- выяснить объем знаний пациента о климактерическом периоде;
- объяснить суть климактерического периода, рассказать о причинах раннего наступления, его влиянии на репродуктивную функцию, половую

жизнь;

- рассказать об изменениях организма в этот период;
- рекомендовать посещение школ для женщин после 40 лет.

При решении проблемы *взаимоотношений с престарелыми родителями* необходимо:

- объяснить особенности психики пожилого и старого человека;
- рассказать об анатомо-физиологических особенностях людей пожилого возраста;
- мотивировать к доброжелательному общению с людьми пожилого и старческого возраста;
- способствовать установлению взаимопонимания с престарелыми родителями.

При работе с пациентом **по решению проблемы *одиночества*** можно:

- мотивировать конкретного человека переносить одиночество без какого-либо вреда и неудобства для себя;
- формировать стремление быть личностью со свободной волей, не, подверженной сильному влиянию извне;
- стимулировать формирование позитивного отношения к одиночеству.

К числу *положительных моментов одиночества* для женщины можно отнести:

- возможность построения жизни по своему усмотрению, без обязательного учета интересов и желаний окружения, уделять больше внимания себе;
- возможность расслабиться, быть дома «самой собой» и отдохнуть от общения;
- отсутствие необходимости делить внимание между работой и семьей;
- наличие тишины и покоя в доме;
- отсутствие негативных переживаний вследствие неудач окружения;
- возможность уделять значительное время хобби и увлечениям;
- возможность посещать выставки, театры, концерты, музеи;
- возможность более свободного общения с друзьями и подругами.

Положительное воздействие на состояние оказывает наличие ***хобби и увлечений,*** к которым могут быть отнесены:

- спорт;
- чтение книг;
- общение с природой;
- посещение театров, музеев, выставок и т.п.;
- коллекционирование;
- путешествия;

- помощь другим людям и т.д.

Увлечения и хобби могут оказаться полезными не только для женщин климактерического периода, но и для мужчин, поскольку они меняют жизнь в положительную сторону, создают условия для расширения кругозора, всестороннего развития личности, формирования новых социальных контактов, укрепления здоровья.

При ***общих нарушениях самочувствия***, особенно связанных с приливами жара и повышенной потливостью, необходимыми являются:

- соблюдение режима труда и отдыха, рационального режима дня;
- адекватное питание;
- водные процедуры;
- гигиеническая гимнастика;
- массаж и самомассаж;
- прогулки на свежем воздухе.

Помимо этих мероприятий, как для женщин, так и мужчин климактерического периода возможным является ***назначение заместительной гормональной терапии (ЗГТ).***

При формировании ***оптимального режима дня*** необходимо предусмотреть:

- время для достаточного отдыха;
- время для занятий гимнастикой или спортом;
- время для приема пищи 5—6 раз в день;
- время для прогулок на свежем воздухе;
- регулирование умственных и физических нагрузок;
- сон в одно и то же время;
- отказ от работы и просмотра телепередач перед сном.

Рациональное питание в климактерическом периоде оказывает не только профилактическое, но и лечебное действие, и помимо общих принципов предусматривает:

- соблюдение режима приема пищи (питание через 3-3,5 часа);
- разнообразное питание:
- правильный выбор продуктов:

- исключение или ограничение продуктов с высоким содержанием холестерина и насыщенных жирных кислот (сливочное масло, маргарин, майонез; свинина, жирные сорта баранины и говядины; гусь, утка; мясные деликатесы, колбасные изделия, субпродукты; сыры жирных сортов с содержанием жира> 30%; сливки, сметана, молоко с содержанием жира> 1,5%; жирные сорта рыбы, икра);

- исключение из рациона продуктов, богатых рафинированными углеводами (торты, бисквиты, конфеты, шоколад, лимонад, салатные

приправы), а также супов и бульонов из пакетиков и кубиков, богатых экстрактивными веществами;

- ограничение соли, мучных изделий, хлебопродуктов, кофе и крепкого чая; шоколада;
- включение в рацион изделий из круп (гречневой, овсяной);
- потребление мяса кур и индеек (грудной части), как альтернативы говядины и свинины (при обработке следует удалять кожу и жир);
- потребление полужирного или обезжиренного молока и нежирного творога, кисломолочных продуктов;
- использование в рационе морепродуктов (креветки, кальмары, моллюски, морская капуста) и рыбы (особенно лососевые и скумбрия);
- использование в рационе сырых овощей и фруктов, фруктовых и овощных соков;
- прием витаминно-минеральных комплексов;
- достаточное потребление жидкости (не менее 6-8 стаканов воды);
- снижение аппетита (перед едой можно рекомендовать потребление примерно полстакана воды, несладкого сока);
- контроль количества пищи, съедаемой за один прием (можно класть еду на маленькие тарелки);
- тщательное пережевывание пищи;
- отказ от обильного приема пищи перед сном;
- проведение разгрузочных дней 1-2 раза в неделю (особенно при проблемах с излишней массой тела):
- кефирного, подразумевающего потребление 1,5-2 л кефира в день;
- мясного, подразумевающего потребление 400-500 г нежирного мяса и 200 г овощей;
- яблочного, подразумевающего потребление 1,5-2 кг яблок несладких сортов и т.п.

Существенное значение для решения многих **проблем** климактерического периода имеют ***общегигиенические мероприятия***, поэтому следует мотивировать людей этой возрастной группы на:

- *ежедневное проведение гимнастики* в течение 15-20 минут. Полезными могут оказаться занятия в лечебных группах здоровья (2-3 раза в неделю по 40-45 минут) или занятия видами спорта, не требующими значительных физических нагрузок;
- *применение аэротерапии* (лечение воздухом):
- ходьба на свежем воздухе как наиболее доступный и вполне достаточный метод, который можно применять в течение всего года с постепенным увеличением расстояния ходьбы;
- световоздушные ванны;
- *гидротерапию (*лечение водой):
- обтирания, обливания;
- душ (веерный, циркулярный);

- ванны с использованием лечебных трав (хвойные, шалфейные и др.) или эфирных масел;

- посещение бассейна.

Эти мероприятия могут оказать положительное воздействие на многие симптомы, сопровождающие климактерический период.

Для профилактики и лечения *остеопороза* следует рекомендовать:

- своевременную диагностику остеопороза - проведение денситометрии (определение плотности костной ткани);

- выявление факторов риска развития остеопороза. К таким факторам можно отнести:

- длительный прием кортикостероидов;

— остеопороз у родственников;

— хрупкое телосложение;

— неадекватное питание в детстве;

— малоподвижный образ жизни;

— интенсивные занятия спортом или тяжелая физическая работа;

— принадлежность к европейской или азиатской расе;

— повышенную функцию щитовидной железы;

— курение;

— злоупотребление алкоголем, кофе, газированными напитками, соленой пищей;

— у женщин дополнительно:

- длительность менопаузы (с увеличением срока вероятность возникновения остепороза возрастает);
- менархе после 17 лет;
- диету, богатую кальцием (потребление кальция женщинами старше 40 лет, не применяющим заместительную гормональную, терапию должно составлять 1500 мг в день, женщинами старше 40 лет, использующим эту терапию, — 1000 мг вдень, женщинами старше 60лет -1200 мг);
- адекватную физическую нагрузку, так как малоподвижный образ жизни ведет к дальнейшей потере кальция, а для достаточной профилактики нарушений состояния костной ткани необходимо иметь четыре раза в неделю 30—40-минутные нагрузки. Это могут быть плавание, пробежки, аэробика;
- занятия лечебной физкультурой, направленной на укрепление мышц, прежде всего спины;
- посещение бассейна с температурой воды, равной температуре тела (теплая вода способствует расслаблению мышц, уменьшает боль, увеличивает подвижность суставов);
- прием лекарственных препаратов:

— подавляющих разрушение костной ткани;

— стимулирующих образование костной ткани;

— широкого спектра действия.

ВАЖНО ЗАПОМНИТЬ! ***Выбор конкретного способа лечения и препарата для профилактики и лечения остеопороза осуществляется врачом с учетом индивидуальных особенностей пациента***

Для женщин значимой **проблемой** являются ***изменения внешности и потеря привлекательности*** *(поредение волос, излишнее оволосение в нетипичных местах, сухость кожи, появление морщин и др.).* При этих проблемах можно рекомендовать:

- отказ от химической завивки, электрических бигуди, горячих фенов, жестких и колючих щеток для волос;
- использование расчесок с мягкими закругленными зубьями;
- использование средств для укрепления волос (как специальных препаратов — после консультации с врачом, так и домашних средств
- — настоев трав, эфирных масел);
- отказ от длительного пребывания под прямыми солнечными лучами;
- достаточное потребление жидкости, адекватное питание, прием витаминов;
- использование осветлителей или депиляторов при излишнем оволосении или появлении волос в нетипичном месте;
- отказ от вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем и др.);
- адекватный уход за кожей, который включает:

— подбор хороших средств очистки с учетом индивидуального типа кожи (для сухой или нормальной кожи - средства на основе глицерина; крем для снятия косметики; увлажняющие кремы или гели; для жирной кожи - обезжиривающие лосьоны или гели для умывания);

— использование средств для умывания с лечебным эффектом при появлении сыпи;

— отказ от грубых воздействий на кожу (средства с абразивными добавками);

— использование лосьонов с низким содержанием спиртов после умывания или очистки кожи;

— использование небольшого количества ночного крема вечером;

— применение питательных масок для увядающей кожи (желтково-медовой — проверить на переносимость меда! — творожной, картофельной и др.);

— использование прохладных компрессов.

Существенное значение для решения многих проблем климактерического периода имеет назначение ***заместительной гормональной терапии*** *(ЗГТ).*

Использование ЗГТ в климактерическом периоде оказывает выраженный защитный эффект на организм вследствие выделения, определенного количества эстрогенов.

Перед назначением ЗГТ женщине следует рекомендовать *ряд исследований,* который включает:

- сбор анамнеза;
- общий анализ крови;
- маммографию;
- ультразвуковое исследование органов малого таза;
- взятие мазка из цервикального канала на выявление атипичных клеток;
- исследование функции щитовидной железы;
- исследование функции печени;
- контроль артериального давления;
- электрокардиограмму;
- проведение денситометрии;
- исследование органа зрения (определение остроты зрения, внутриглазного давления, исследование глазного дна).

Положительными моментами ЗГТ являются:

- устранение или существенное ослабление многих симптомов климакса;
- благоприятное влияние на уровень холестерина и глюкозы в крови;
- предотвращение развития атеросклероза;
- снижение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (на 30-60%);
- снижение риска развития остеопороза (на 50%).

При применении ЗГТ могут проявиться и ***отрицательные ее стороны***, такие как:

- тошнота, метеоризм, отеки;
- нагрубание молочных желез, проявляющееся их увеличением и болезненностью;
- головные боли;
- колебания настроения, появление страхов;
- аллергические реакции;
- кровотечения после каждого цикла терапии;
- увеличение массы тела.

Для назначения заместительной гормональной терапии существуют и абсолютные ***противопоказания***:

- эстрогензависимые опухоли (молочной железы, эндометрия);
- тяжелые заболевания печени и почек с нарушением их функции;
- нарушения свертываемости крови, острые тромбоэмболические заболевания вен;
- кровотечения из половых путей неустановленного происхождения;
- установленная или предполагаемая беременность.

ВАЖНО ЗАПОМНИТЬ! ***Решение о назначении заместительной гормональной терапии, выборе конкретных препаратов и сроков их***

применения принимает врач с учетом общего состояния здоровья, образа жизни, характера клинических проявлений климактерических расстройств и других причин, побуждающих к использованию этого вида терапии

При назначении ЗГТ в течение шести месяцев женщине следует продолжать консультироваться с врачом для обсуждения любых возможных побочных эффектов.

Одной из актуальных **проблем** климактерического периода становится ***обеспечение безопасных условий жизни***, что связано с возрастающим риском переломов.

Для решения этой проблемы следует рекомендовать:

- периодический контроль состояния здоровья (проверка зрения, контроль артериального давления, консультации невропатолога, эндокринолога и других специалистов);
- обоснованный прием лекарственных препаратов;
- профилактику переломов, включающую:
- прием препаратов для лечения и профилактики потери костной массы;
- создание безопасной обстановки дома (достаточная освещенность, отсутствие скользких полов и ковриков, пользование исправными лестницами, использование исправных стремянок при выполнении домашних работ и др.);
- соблюдение осторожности на улице (ношение удобной обуви на низком каблуке, избегание скользких участков дороги, мокрых тротуаров и т.п.);
- использование поясов, поддерживающих поясничный отдел позвоночника;
- правильный подъем тяжестей (поставить ноги как можно ближе к основанию тяжелого предмета, согнуть ноги в коленях, взять предмет и выпрямить ноги, следя за тем, чтобы спина была прямой и мышцы напряжены, а подбородок приподнят; предмет при этом следует располагать как можно ближе к телу);
- критический подход к оценке своих физических возможностей.

Практическое занятие № 22.
Обобщающее занятие по разделу «Зрелый возраст»

ТЕМА 4.1.
ВВЕДЕНИЕ В ГЕРОНТОЛОГИЮ. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ. ТЕОРИИ И МЕХАНИЗМЫ СТАРЕНИЯ

Теоретическое занятие № 24.
«Геронтология. Старение, как закономерный этап развития человека

Т 4.1.1 Введение в геронтологию.

Геронтология -- наука о жизни, об одном из ее этапов, о том, как сделать его счастливым. О том, когда начинается старость и когда нужно начинать к ней готовиться.

Старение населения, т.е. увеличение доли лиц старше трудоспособного возраста, наблюдается во всех развитых странах. Рост продолжительности жизни в основном происходит за счёт увеличения численности людей старших возрастов, что ведёт к дальнейшему росту демографического старения.

Демографическая особенность России - значительное превышение численности женщин над численностью мужчин. Из 148 млн. населения страны - 79 млн. женщин, что составляет 53% от общего числа.

Средняя продолжительность жизни в России составляет:

- для мужчин 59лет;
- для женщин 72 года;

Во всём мире:

- для мужчин 64г.
- для женщин 68 лет;

У человека можно выделить следующие **виды возраста**.

- ***Биологический*** — отражает функциональное состояние органов и систем, определяет долгосрочную способность к адаптации и надежность организма (мера предстоящей способности жить).
- ***Календарный*** — число лет, прожитых человеком с момента рождения.
- ***Психологический*** — ощущение человеком своей принадлежности к той или иной возрастной группе, отражает способность индивидуума объективно оценивать функциональное состояние своего организма.

Основной задачей геронтологии является - сохранение физического и психического здоровья пожилых и старых людей и их социального благополучия.

Т 4.1.2 Понятие о геронтологии.

Геронтология - наука изучающая процесс старения: его биологические, медицинские, социальные, психологические, гигиенические и экономические аспекты.

Геронтология имеет 3-и основных раздела:

- ***Биология старения*** - изучение процесса старения живых организмов (высших животных и человека), на разных уровнях их организации: субклеточном, клеточном, тканевом, органном, системном.
- ***Гериатрия*** - это учение о болезнях людей пожилого и старческого возраста (особенности их клинического течения, профилактики, организации социальной и медицинской помощи).
- ***Социальная геронтология*** - изучает влияние социальных и социально – культурных условий на процесс старения. Это учение о взаимодействии между возрастом стареющего организма, его здоровьем и работоспособностью в условиях окружающей среды.

Выделение возрастных границ, определяющих тот или иной период жизни человека, а тем более отделяющих пожилой возраст от периода зрелости, является условным, так как процессы старения протекают ежедневно. Тем не менее, в ***возрастном развитии выделяют:***

- пожилой (60-74 года);
- старческий (75—89 лет) возраст;
- долголетие (90 лет и старше).

Т 4.1.3 Актуальность геронтологии на современном этапе развития общества.

В последние годы в экономически развитых странах наблюдается увеличение численности лиц старших возрастных групп. Это становится характерным и для нашей страны: доля лиц пенсионного возраста в России составляет примерно 20%, а в европейской части страны эти цифры превышают 23%.

И количество лиц старших возрастных групп неуклонно возрастает, что обусловливает необходимость детального изучения вопросов, связанных с проблемами старения общества, сохранения здоровья пожилых людей, организации медико-социальной помощи этой категории граждан.

Т 4.1.4 Старение как закономерный этап жизнедеятельности человека.

Под ***старением*** принято понимать *разрушительный процесс, непрерывно нарастающий с возрастом, приводящий к снижению приспособительных возможностей организма и характеризующийся развитием возрастных изменений здоровья, а также увеличением вероятности смерти.*

Старение необходимо отличать от ***старости*** — *заключительного периода возрастного развития*.

Т 4.1.5 Средняя продолжительность жизни в историческом аспекте.

Продолжительность жизни населения стран является одним из основных показателей уровня социально-экономического развития, индикатором качества жизни населения стран и регионов, определяющим качество жизни в регионе.

Ученые, изучающие древний мир, утверждают, что наши предки жили гораздо меньше современного человека. Немудрено, ведь раньше не было такой развитой медицины, не было тех знаний в области нашего здоровья, которые позволяют человеку сегодня следить за собой и предвещать опасные болезни.

Однако есть и другое мнение, что наши предки, наоборот, жили намного дольше, чем мы с вами. Они питались экологически чистой пищей, пользовались природными лекарствами (травами, отварами, мазями). Да и атмосфера нашей планеты была намного лучше, чем сейчас.

Правда, как всегда, где-то посередине.

Первые сведения о средней продолжительности жизни получены археологами и антропологами в ходе археологических раскопок. В результате, было выяснено, **что в конце эпохи неолита** (8-3 тыс. до н.э.) средняя продолжительность жизни составляла 20 лет. **В эпоху бронзы и железа** (4-1 тыс. до н.э.) средняя продолжительность жизни была немного больше и составляла приблизительно 30 лет.

В Древнем Египте средняя продолжительность жизни достигала 22,5 года в городе, в провинциях - 25 лет.

В средневековье люди доживали в среднем до 28,7 лет, причем женская смертность была выше мужской.

В XIX веке в Европе средняя продолжительность жизни составляла примерно 40 лет, а в то же время в России – 32 года. Причина столь низкой продолжительности жизни заключалось в неизлечимых в то время различных инфекционных заболеваниях, пневмонии, бронхите, гриппе, а также диарее.

С победой над смертностью от острых респираторных заболеваний связан рост средней продолжительности жизни в XX веке.

Раньше женская смертность многократно превышала мужскую вследствие приниженного положения женщины в обществе и тяжелой физической работы, которую приходилось выполнять женщинам, а также высокой материнской смертности и отсутствием заботы о новорожденных девочках.

В XIX веке смертность городского населения превышала смертность сельского населения. Это было связано с бурным развитием экономики и появлением мануфактур. В XX в. ситуация изменилась: смертность сельского населения в несколько раз превысила смертность городского. Эти изменения были связаны с отсутствием в сельской местности новейших достижений в области медицины.

В современное время важной проблемой является высокая преждевременная смертность населения трудоспособного возраста. Показатели смертности мужчин в 4-6 раз превышают показатели смертности женщин трудоспособного возраста.

Доля доживающих до начала трудоспособного возраста составляет для мужчин и женщин соответственно 97 % и 98 %. А доля доживающих до конца трудоспособного возраста для мужчин и женщин соответственно равна 52 % и 82 %.

В 2000 г. от несчастных случаев погибли 238,2 тыс. чел, причем 40% из них составляли мужчины. Средний возраст умерших составил приблизительно 45 лет, т.е. почти середина трудоспособного возраста.

С 1992 г. все большее место среди причин смерти занимают самоубийства. В России смерть от самоубийств превысила в 2,5 раза показатели по Европе.

От болезни сердца умирают почти 30 % трудоспособного населения. Наблюдается процесс «омолаживания» данного заболевания. Если раньше

средний возраст умирающих от болезни сердца составлял 75 лет, то теперь он равен 50 годам.

Актуальная проблема – алкоголизм. В России среднедушевое потребление алкоголя в 2 раза превысило уровень, определенные ВОЗ как опасный.

В России **с середины 60-х гг**. наблюдается застой и падение средней продолжительности жизни. Это вызвано высокой и «молодой» смертностью от болезни системы кровообращения (почти половина всех смертей), а также сверхсмертностью от несчастных случаев, отравлений и травм в трудоспособном возрасте, особенно у мужчин. В 2000 г. средняя продолжительность жизни у женщин составляла 72,2 года, а у мужчин –59,0 лет.

Максимальная мужская средняя продолжительность жизни зарегистрирована в Ингушетии (68 лет), Дагестане (65 лет), Мурманске (62,5 года). **Минимальная средняя продолжительность жизни** – в Туве (52 года) и Красноярском крае (57 лет).

Максимальная женская средняя продолжительность жизни, более 74 лет, зафиксирована на Северном Кавказе и Татарстане. **Минимальная средняя продолжительность жизни** – в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке.

Максимальная младенческая смертность зарегистрирована в Ингушетии, Туве, Карачаево-Черкесской республике. **Минимальная** – в Москве, Санкт- Петербурге и Мордовии.

Т 4.1.6 Основные причины смертности в России.

Министерство здравоохранения Российской Федерации выделяет восемь основных причин смертности населения РФ:

- ишемическая болезнь сердца,
- цереброваскулярные заболевания,
- новообразования,
- туберкулез,
- дорожно-транспортные происшествия,
- болезни органов пищеварения,
- болезни органов дыхания,
- младенческая смертность.

Т 4.1.7 Увеличение численности пожилых и старых людей на фоне сверхсмертности мужчин и феминизации общества.

Пик неестественной смертности мужчин (в основном) в возрасте 45-55 лет (13) дополняется быстрым ростом численности женщин (в основном) в возрасте старше 80 лет. Уровень смертности в России самый высокий среди европейских стран (15 на 1000 человек в год, в среднем по ЕС 6,7 на 1000 в год, в Румынии и Латвии – по 11, а в Швеции – менее 6 на 1000 человек в год) (14). «Вымывание» из состава населения граждан трудоспособного возраста (особенно мужчин) в условиях низкой рождаемости (недостаточной для

простого воспроизводства населения), безусловно, сказывается на среднем возрасте населения и оказывает влияние на процесс его относительного старения. С точки зрения многих специалистов именно эта ситуация, а не низкая рождаемость, является приоритетной демографической проблемой в России.

Т 4.1.8 Медико-демографические и социально-гигиенические аспекты постарения населения.

В прошлом каждое новое поколение было по численности больше предыдущего, поэтому содержание стариков не ложилось тяжелым бременем на государственную систему социального обеспечения. Подсчитано, что уже в ближайшем будущем последующие поколения будут меньше или такими же по численности и их возможность обеспечивать своих предшественников жизненными благами сократится.

Специалисты отмечают разные **социальные последствия** этого явления. Например, постарение населения ведет к увеличению доли лиц с более низкими доходами, нежели имеют работающие, поэтому сократится спрос на товары некоторых отраслей производства; уменьшение удельного веса молодых мужчин до 40 лет, что приведет к сокращению численности военнослужащих, и т.д.

Стареющее общество, по мнению некоторых исследователей консервативно, боится риска, нетерпимо к радикальным экспериментам, поэтому оно станет «непрогрессивным, отстающим от других обществ не только по технической оснащенности и экономическому благосостоянию, но и в интеллектуальном отношении, в творческих достижениях»

Многие авторы обращают внимание на то, что **постарение общества приведет** к конфликту поколений (мнимому или действительному): обострению конкуренции за рабочие места, росту отчужденности между возрастными группами.

Постоянный рост отчислений в пенсионные фонды вызовет (и уже вызывает) возмущения со стороны молодых рабочих, отказ от содержания старшего поколения.

Вместе с тем политическая сила пожилых с ростом их численности увеличивается, и специалисты предупреждают, что противоречия между молодыми и пожилыми могут вызвать взрывоопасную социальную ситуацию.

В западноевропейской литературе уже не раз появлялись публикации по поводу нежелания работающей части населения содержать непроизводительные слои общества. Молодежь сопротивляется также политике привлечения «старых» кадров к работе, так как это может неблагоприятно сказаться на их шансах иметь работу и продвигаться по служебной лестнице.

Т 4.1.9 Место человека преклонного возраста в современном обществе.

Пожилой человек в обществе должен быть уважаем и почитаем. Но история развития человечества говорит, что все было не так безупречно.

Положение пожилых людей в обществе меняется стремительно, как на аттракционе «Американские горки». Факты истории неумолимы: положение пожилого человека в разные века, в разные эпохи, в разных странах всегда было неоднозначным. Значит, и влиять на это самое общество для облегчения своего социального положения пожилые люди не могли.

Представьте себе картину с названием «Пожилой человек». У вас получился добрый портрет умиротворенного и счастливого дедушки в окружении детей и внуков? Вы счастливчик. Чаще люди видят замученного проблемами и болезнями дряхлого человека, считающего у кассы копеечки на булку.

Положение пожилых людей в современном обществе не назовешь благополучным. Чудо, если родные души, дети или внуки, помогут материально, сделают ремонт, подлечат в платной клинике.

Одинокий человек, мимо которого проносится жизнь, – вот реальность. Страшнее всего, когда пожилой человек страдает от одиночества в своей семье. Тогда ему как никому другому нужна поддержка общества.

Пожилой возраст - такая стадия в жизненном цикле, где происходят систематические социальные потери и отсутствуют приобретения.

Главные жизненные задачи выполнены, ответственность уменьшается, зависимость возрастает. Эти потери связаны с болезнями и физическим недомоганием.

Т 4.1.10 Отношение к пожилым людям как важный показатель нравственного состояния общества.

Внимательное отношение к пожилым людям – это показатель того, что душа народа жива, а его будущее опирается на твёрдый фундамент прошлого. Память стариков хранит живую историю и каждое их слово, каждое воспоминание и мудрый совет бесценны для нас. Мы должны проявлять больше внимания и любви к пожилым людям: и к тем, которые живут рядом с нами, и к тем, с которыми случайно встречаемся на улице.

Одним из факторов стабильности общества является преемственность поколений. Она невозможна без уважения и взаимопомощи между молодыми людьми и пожилыми людьми.

Отношение общества к старшему поколению - показатель уровня его цивилизованности, культуры, благополучия. Большинство молодых людей нашего времени считает, что важно помогать пожилым людям, надо поддерживать их не только материально и морально, но заботиться о них.

Однако многие пожилые люди оказались брошенными своими детьми, обществом, лишились сочувствия, сопереживания и помощи со стороны своих детей и внуков, оказались в домах-интернатах для людей их возраста.

В массовом сознании как в скрытной, так и явной форме формируется отношение к пожилым людям как к бесполезной категории населения, как к обузе.

А ведь люди в пожилом сегодня возрасте все силы отдавали обществу, не щадили ни сил, ни труда, чтобы умножить материальные и духовные богатства народа, создавали главные основы существования общества. Они и сегодня могут передать знания и опыт молодому поколению, если будут ощущать уважительное отношение к себе, будут чувствовать, что они нужны людям. К сожалению, большая часть молодых людей не проявляет уважения к пожилым людям, считают, что люди в возрасте - это "отработанный материал", забывают, иные и не знают, сколько старшее поколение сделало для них.

В последнее время пропасть между поколениями углубляется, так как произошла переоценка ценностей и коренное изменение всего уклада жизни, в результате чего дедушки и бабушки оказались не нужны семье, утрачена их роль в воспитании детей.

Очень многое в данной проблеме зависит от воспитания в семье. Если родители хорошо относятся к своим пожилым родителям, родственникам, то молодой человек, выросший в такой семье, легко будет находить общий язык с пожилыми людьми, будет относиться к ним уважительно.

Выросший в такой правильной семье молодой человек не будет в общественном транспорте сидеть, низко опустив голову, уткнувшись в свой телефон или планшет, когда рядом с ним стоят пожилые люди.

Т 4.1.11 Основные гипотезы старения.

Основные гипотезы старения

В настоящее время существует значительное число гипотез, пытающихся объяснить старение, но ни одна из них не дает исчерпывающего ответа на все возникающие вопросы.

К числу основных теорий старения относятся:

- теория, рассматривающая ***старение как запрограммированный процесс.*** Согласно этой гипотезе, в каждой клетке заложена программа старения, все нормальные клетки проходят определенное число делений;
- ***генно-регуляторная теория***. Согласно этой гипотезе, гены, определяют возрастные изменения в структуре и функции клеток;
- ***теория свободных радикалов***. В соответствии с этой теорией, свободные радикалы, постоянно образующиеся в клетке в результате химических реакций и необходимые для биохимических процессов в организме, могут повреждать структуры клетки (ДНК, РНК, белки, липиды), нарушая ее функции, что может приводить к гибели клетки;
- ***теория «поперечных сшивок».*** Согласно этой идее, в белках за счет образования дополнительных химических связей (поперечных сшивок) возникают ошибки, которые в последующем накапливаются, и наступает смерть клеток;

- ***мутационная теория***. Согласно этой гипотезе, с течением времени в каждой клетке происходит накапливание случайных мутаций, приводящих к нарушениям строения клетки и ее гибели.

Т 4.1.12 Характеристика процесса старения.

Механизмы старения

Общие изменения в организме - уменьшение: общего содержания жидкости в организме, мышечной массы, внутриклеточной жидкости; увеличение количества жира.

Возрастные изменения возникают практически во всех системах и органах живого организма, на всех уровнях его организации (от молекулярно-клеточного до системного), но степень выраженности и характер возрастных изменений разный.

Все показатели обмена и функций могут:

1) прогрессивно снижаться с возрастом (например, сократительная способность сердца, функция пищеварительных желез, образование гормонов в половых железах, острота зрения и слуха, работоспособность многих нервных центров, активность многих ферментов)

2) существенно не изменяться с возрастом (например, уровень сахара в крови, клеточный состав крови, мембранный потенциал большинства клеток),

3) прогрессивно расти с возрастом (например, синтез гормонов в гипофизе, чувствительность многих клеток к биологически активных веществ и химических соединений, уровень холестерина в крови).

Для развития старения характерна неодинаковость изменений в пространстве и времени, а именно:

- гетерохронность,
- гетеротопность,
- гетерокинетичность
- гетерокатефтенность.

Гетерохронность представляет собой *различия во времени наступления морфологических изменений, связанных с возрастом, в различных тканях, органах и системах*. Так, обратное развитие вилочковой железы у человека наблюдается в периоде полового созревания, половые железы у женщин подвергаются инволюции в возрасте 50-53 лет, а некоторые клетки гипофиза сохраняют свою активность до глубокой старости.

Гетеротопность характеризует *неодинаковую выраженность морфологических изменений*, происходящих с возрастом, для разных органов и разных тканей одного и того же органа.

Гетерокинетичность — *развитие возрастных морфологических изменений, возникающих в разных органах с различной скоростью*. Так, изменения в костной системе возникают относительно рано, но происходят медленно и постепенно, а изменения, наблюдающиеся в нервных клетках

некоторых отделов центральной нервной системы, возникают поздно, но нарастают очень быстро.

Гетерокатефтенность проявляется *разнонаправленностью возрастных морфологических изменений*, обусловленных подавлением активности одних клеток и активизацией других структурных элементов.

Эти процессы свидетельствуют о том, изменения органов и систем при старении являются сложными процессами приспособления и регулирования, которые направлены на поддержание и сохранение жизнедеятельности всего организма на новом качественном уровне.

Т 4.1.13 Образ жизни, его влияние на процессы старения.

Образ жизни – система, в которую входят формы поведения, активность, возможность самореализации в труде, культурных обычаях и повседневной жизни, которые свойственны определенному социально-экономическому строю. Понятие образ жизни включает в себя потребности людей (количественные и качественные), эмоции и их личное выражение, взаимоотношения.

Напрямую активный или пассивный образ жизни не влияет на темп старения. Тем не менее, физические возможности у людей, ведущих активный и деятельный образ жизни, гораздо выше, чем у их сверстников, ведущих малоподвижную и пассивную жизнь. Определено это с тем, что при высокой двигательной активности человека до 25 – 30 лет процесс старения у него начинает наступать с гораздо более высоких физических показателей, и к 60 годам выносливость и физические возможности у него выше, чем у человека, который на 10-20 лет младше по возрасту, но ведущий малоподвижный образ жизни.

Механизм воздействия на организм двигательной активности очень непрост. Более высокая двигательная активность значительно расширяет рамки физических возможностей организма и сокращает уровень физиологических нагрузок на него во время работы. Поэтому двигательная активность тормозит и замедляет процессы в организме вызываемые старением.

При постоянной двигательной активности происходит повышение вентиляции легких, возрастает объем крови проходящей через сердце, пропадает одышка, становится экономным дыхание при малых физических нагрузках. Деятельность сердца улучшается, изменение артериального давления является незначительным при легких физических нагрузках, потребность мышцы сердца в кислороде понижается. Выносливость и сила мышц организма увеличиваются, а используемый ими кислород расходуется с большей пользой и эффективностью. В организме вырабатываются гормоны, способствующие укреплению костей и мышц, стимулируется производство инсулина, который мешает развитию диабета. Общий объем крови организма повышается, а запасы энергетических веществ существенно увеличиваются. Повышенная двигательная и физическая активность помогает легче и быстрее

справляться со стрессовыми ситуациями и стрессами (происходит снижение в крови кортизона – гормона стресса).

Нормальная и повышенная двигательная активность является простым и надежным способом замедления процессов старения, увеличения работоспособности и других форм жизненной деятельности организма, повышения физических возможностей.

Смех, не менее плодотворно, чем двигательная активность, изменяет в сторону улучшения кровяную циркуляцию в организме. Во время смеха в организме происходит стимуляция выработки «гормонов счастья», способствующих улучшению общего настроения.

Еще один способ замедлить процессы старения это **активная общественная и социальная сторона жизни** (поддержание связей путем общения с друзьями, родственниками), это способствует усилению иммунной системы и улучшает качество умственной деятельности.

Т 4.1.14 Влияние неблагоприятной экологической обстановки на интенсивность и выраженность процессов старения.

Загрязнение внешней среды представляет собой не только этиологический фактор появления определенных патологических состояний организма, ему принадлежит известная провоцирующая роль в возникновении хронических неспецифических заболеваний, его влияние отягощает течение и прогноз этих патологических состояний организма.

Считается, что заболеваемость населения в крупных городах до 40% (а на территориях вблизи мощных источников выбросов – до 60%) связана с загрязнением среды, в то время как в небольших – не более чем на 10%.

С точки зрения здоровья горожан ведущую роль играет **загрязнение атмосферного воздуха,** так как через него контакты человека с окружающей средой более интенсивны и продолжительны, чем через воду и продукты питания. Кроме того, многие химические вещества воздействуют на организм более активно, если поступают в него через органы дыхания. Атмосферные осадки, поглощая газообразные, жидкие и твердые компоненты загрязненного воздуха, приобретают новый химический состав и физико-химические свойства.

Статическая достоверная зависимость заболеваемости населения от загрязнения атмосферного воздуха установлена для бронхитов, пневмонии, эмфиземы легких (расширение легочных пузырьков – альвеол, приводящее к сдавливанию мелких кровеносных сосудов и ухудшение процессов газообмена), острых респираторных заболеваний. Установлено достоверное влияние загрязнение воздуха на продолжительность заболеваний.

Опасность загрязнения воздуха для организма человека определяется во многом тем, что благодаря круглосуточной фильтрации легкими загрязненного воздуха может происходить значительное по объему поступление вредных веществ в организм.

Степень воздействия загрязненной атмосферы на организм человека зависит от возраста людей. Наиболее чувствительны 3-6 летние дети и пожилые люди старше 60 лет.

Нарушение деятельности органов дыхания постепенно, но неуклонно приводит к увеличению нагрузки на сердце и кровеносные сосуды, что, в конечном счете, может стать причиной летального исхода.

Образующиеся в результате вдыхания воздуха, содержащего оксид азота, нитриты и нитраты отрицательно влияют на деятельность практически всех ферментов, гормонов и других белков, регулирующих обмен веществ, рост, развитие, размножение организма.

Серьезные проблемы у городского населения возникает при повышении концентрации в приземном слое **воздуха озона**. Он является очень мощным окислителем, а его токсичность увеличивается при повышении температуры воздуха. К воздействию озона более чувствительны больные астмой и аллергическим ренитом (насморком) [20].

Велика роль **продуктов сгорания автомобильного топлива** как загрязнителей окружающей среды. В выхлопных газах автомобилей находится, причем в значительных количествах, окись углерода – угарный газ. Окись углерода, связываясь в крови с гемоглобином эритроцитов, превращается в карбоксигемоглобин, который в отличии от гемоглобина, не обладает способностью переносить кислород к тканям организма.

Таким образом ухудшается тканевое дыхание, оказывая отрицательное влияние на деятельность сердечно-сосудистой системы, функциональное состояние центральной нервной системы. Поэтому у людей находящихся в зонах высоких концентраций газов, нередко наблюдаются признаки хронического отравления угарным газом: быстрая утомляемость, головные боли, шум в ушах, боли в области сердца.

Широко распространены в окружающей горожан воздушной среде **полиядерные ароматические углеводороды** – вещества, обладающие токсическими свойствами. Воздействие этих веществ на организм человека часто связывают с появлением злокачественных новообразований.

В целом можно сказать, что различные химические вещества, загрязняющие атмосферу городов, характеризуются некоторой однотипичностью действия на организм человека.

Так, многие из них раздражают слизистые оболочки, что приводит к увеличению числа воспалительных заболеваний органов дыхания, ЛОР-органов, глаз. Даже в небольших количествах они ослабляют защитные свойства организма человека, влияя на его иммунологическую реактивность, повышают уровень заболеваемости сердечно-сосудистой системы и бронхиальной астмой.

Выявлена положительная связь между уровнем загрязнения ими атмосферного воздуха городов и ростом заболеваний генетической природы, повышением количества злокачественных новообразований, ростом аллергических заболеваний, увеличением случаев нарушения обмена веществ.

На основании исследований, проведенных в японском городе Осако, показана зависимость между уровнем загрязнения атмосферного воздуха и уровнем смертности жителей города.

Особенно ярко проявляется эта связь с сердечно-сосудистыми, респираторными заболеваниями, хроническими ревматическими болезнями сердца.

Специфической проблемой для населения многих городов являются **последствия хлорирования питьевой воды.**

Химическое загрязнение питьевой воды вызывает прежде всего болезни органов пищеварения и выделительной системы. К ним относятся гастриты, язвы желудка, желчекаменная и мочекаменная болезни, нефриты.

Загрязнение воды органическими и неорганическими отходами промышленности приводит к поражению печени, кроветворного аппарата, к отложению солей кальция.

Очистные сооружения, используемые на современных водопроводных станциях, не обеспечивают необходимую эффективность очистки воды от ПАВ, что является причиной их появления в питьевой воде. При попадании детергентов в желудочно-кишечный тракт повреждаются стенки пищевода и желудка, тем самым нарушается их проницаемость. Оказывая длительное хроническое воздействие на организм человека, эти вещества могут вызывать резкое ухудшение течения многих заболеваний внутренних органов.

К числу факторов окружающей среды, неблагоприятно влияющих на здоровье городского населения, следует помимо химических и биологических веществ отнести также загрязнители физической природы: шум, вибрацию, электромагнитные колебания, радиоактивное излучение.

Одним из важнейших физических видов загрязнения окружающей природной среды **является акустический шум**.

Ежедневное воздействие слабого шума ухудшает самочувствие, снижает остроту внимания, способствует возникновению неврозов, расстройств нервной системы и утрате остроты слуха.

Много проблем возникает и в связи с воздействием на человека **магнитных и электромагнитных полей техногенного характера**. Они отрицательно влияют на нервную систему, а наиболее значительную роль в ответных реакциях на этот мощный антропогенный фактор играют сердечно-сосудистая и эндокринная системы.

Появление патологий в тех или иных органах и системах под влиянием негативных антропогенных факторов окружающей среды может стать непосредственной причиной преждевременного старения организма человека, и даже смерти.

ТЕМА 4.2.
АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Теоретическое занятие № 25.
«Здоровье лиц пожилого и старческого возраста. Возможные проблемы»

Т 4.2.1 Анатомо-физиологические изменения в пожилом и старческом возрасте: особенности дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочеполовой, нейроэндокринной систем, системы крови, опорно-двигательного аппарата, органов чувств, кожи. (см. Практическое занятие № 23).

Т 4.2.2 Возрастные изменения личности пожилого человека и его эмоциональной жизни.

Человек меняется с возрастом: одни черты его личности сглаживаются, другие заостряются. ***По мере старения появляются характерные изменения психики, которые могут быть связаны с самочувствием, сменой образа жизни и статуса.*** Важно, чтобы такие изменения оставались в пределах возрастной нормы, чтобы человек сохранял общительность и активность.

В пределах нормы

Многие из возрастных изменений личности связаны только со старением. Они естественны, неопасны, не требуют коррекции. К таким изменениям относят:

- ***утомляемость.*** Человек быстрее устает, медленнее справляется с привычными делами, ему сложнее запоминать новую информацию, и это нормально. В пожилом возрасте требуется больше отдыха, а уровень активности нужно корректировать так, чтобы она не была чрезмерной;
- ***забывчивость***. Память постепенно слабеет с возрастом. Это может проявляться рассеянностью, забывчивостью. Человек может не помнить, принимал ли он таблетки, есть ли дома хлеб, куда он положил очки или ключи. Такие проявления нормальны, но важно контролировать, чтобы проблемы с памятью не становились более серьезными. Желательно тренировать память, чтобы она не слабела: больше читать, стараться запоминать новую информацию, выполнять специальные упражнения;
- ***консервативность.*** С возрастом адаптироваться к изменениям становится сложнее. Пожилому человеку тяжело менять место жительства или обычный график, он старается сохранять уже выработанные привычки, держится за них. Многие предпочитают пользоваться старыми вещами, отказываются от покупки новой посуды или техники. Устоявшийся, привычный порядок и хорошо знакомые вещи дают ощущение стабильности, которое особенно важно для пожилых людей;
- ***изменения в поведении***. Отдельные черты характера или склонности с возрастом могут проявляться ярче, становиться более заметными. Из-за этого пожилой человек может становиться обидчивым или назидательным, проявлять больше сентиментальности, быть раздражительным, чаще тревожиться по любым поводам. Это может быть связано с изменениями в образе жизни, со снижением активности;

- ***смена интересов***. Они могут становиться ограниченными, человек может предпочитать более спокойные занятия. Возможны и серьезные изменения: увлечение религией или смена круга общения, появление новых хобби (рыбалка, огородничество, рукоделие и другие).

Возрастные изменения личности остаются в пределах нормы до тех пор, пока пожилой человек сохраняет активность и самостоятельность, пока он способен к критике своих действий, к самоконтролю.

Какие **возрастные изменения психики опасны**?

Изменения в эмоциональном состоянии и поведении могут быть связаны с заболеваниями, появляющимися с возрастом, накапливающимися к старости. Это могут быть тяжелые хронические болезни, из-за которых человек становится менее активным. Изменения к худшему может ***провоцировать болезнь Альцгеймера, развитие деменции, старческая депрессия, а также травмирующие события***, с которыми пожилой человек неспособен справиться самостоятельно.

Такие изменения проявляются следующими симптомами:

- ***нарушения поведения***. Это может быть агрессия, подозрительность, неуравновешенность, отсутствие самоконтроля, выраженная тревожность, мнительность, отказ от общения. Без коррекции такие нарушения становятся все более серьезными, и на фоне них могут возникать бредовые расстройства, галлюцинации, мании;
- ***отсутствие критики и самоконтроля***. Может проявляться неряшливостью, проблемами с гигиеной, постоянным беспорядком в доме. В других случаях человек перестает адекватно оценивать свои действия и поведение. Он может становиться ***эгоистичным, вести себя непристойно***, не задумываться о последствиях совершаемых поступков;
- ***проблемы с ориентацией во времени и пространстве***. Одно дело — перепутать дни недели, другое — забыть, какой сейчас год. Если пожилой человек перестает ориентироваться во времени, если он теряется даже в знакомых местах, может заблудиться по дороге в магазин, это — опасный симптом. Такие изменения могут быть связаны с деменцией и другими возрастными заболеваниями;
- ***резкое снижение памяти***. Если человек не помнит, что он делал накануне, забывает о своих планах, не узнает знакомых или родных, ему нужна консультация врача. Если память быстро ухудшается, заметно слабеет, если пропадает способность запоминать новую информацию, высок риск развития деменции.

При появлении этих и других серьезных изменений личности врачи рекомендуют как можно быстрее обратиться за медицинской помощью, получить ***консультацию геронтолога*** или психиатра.

Т 4.2.3 Интеллект в преклонном возрасте, психомоторная способность, проявления эмоциональности.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА:

1. Морфологические изменения в нервной системе при старении, особый социальный статус пожилого человека обусловливают **изменения психики** гериатрического пациента.

2. **Пониженная способность к адаптации** и, вследствие этого, большая **уязвимость** людей «третьего» возраста объясняют усиление их эгоизма вплоть до эгоцентризма.

3. В интеллектуальной сфере отмечается **замедление психических реакций, скорости переключения, ослабление интенсивности внимания и кратковременной памяти, снижение ориентировки в пространстве** и возможности научения. Однако сохраняется способность к ассоциативному мышлению, активному использованию богатого жизненного опыта. В целом, интеллектуальный коэффициент тем выше, чем выше был общекультурный и образовательный уровень, достигнутый человеком в более молодые годы.

4. В **эмоциональной сфере** — интраверсия (обращенность в мир внутренних переживаний), снижение интенсивности эмоций вплоть до апатии, склонность к аффективным реакциям, лабильность (неустойчивость) настроения, тревожность и мнительность.

5. В **моральной сфере** — консерватизм, медленное привыкание к новым нормам морали, манер поведения, критика этих норм и манер.

6. У лиц старшего возраста формируется определенное **своеобразие структуры психического склада** за счет ухудшения образного мышления, снижения силы, уравновешенности основных нервных процессов, изменения темпа психомоторных реакций

7. Общепринятым является**: заострении черт характера, консерватизм пожилых, немотивированная обидчивость, эгоцентризм**, ипохондричность, что составляет основной механизм нарушений психологической адаптации в старческом возрасте.

8. Изменения в характере пожилого человека объясняются ослаблением контроля над своими реакциями.

9. Систематическая умственная деятельность, тренировка интеллекта, устоявшиеся профессиональные навыки способны поддерживать мозг в работоспособном состоянии до глубокой старости.

10. Британский психолог Д. Бромлей **выделил пять основных «жизненных позиций» пожилых** людей:

- Конструктивная позиция - формируется у людей которые были и остаются спокойными, довольными, жизнерадостными. Не страшатся старости, смерти, недомоганий.
- Зависимая позиция - формируется у людей, которые не доверяли себе всю свою жизнь, были зависимыми, пассивными. В старости они ещё больше ищут поддержки, помощи, но получая это недостаточно, чувствуют себя обиженными, несчастными.

- Защитная позиция - формируется у людей, замкнутых, отгораживающихся от окружающих. Они ненавидят старость.
- позиция «Враждебности к миру» - формируется у людей, которые обвиняют окружающих и общество за свои неудачи.
- «Враждебность к себе и своей жизни» - формируется у людей, пассивных, безынициативных, не имеющих собственных интересов, склонными к депрессиям.

Т 4.2.4 Самооценка и социальная среда.

Самооценка – это то, что индивид значит сам для себя, это ценностный, а не когнитивный показатель.

Факт: все элементы самооценки с возрастом снижаются. Люди позднего возраста оценивают себя ориентируясь на «я был - я есть». По данным многих авторов, самооценка находится в тесной зависимости от занятости, состояния здоровья и эмоционального тонуса старых людей.

Чем больше расхождение между истинным положением и представлением о том, каким оно могло быть при других условиях, тем глубже неудовлетворенность жизнью и ниже самооценка личности.

Были выделены два фактора повышения самооценки в пожилом возрасте:

- Первый связан с тем, что с возрастом уменьшаются расхождения между реальным и идеальным «Я». Происходит сближение того, чем человек хотел стать и чем он стал. Это ведет к удовлетворению своей жизнью.
- Второй фактор относится к опыту взаимодействия пожилых с другими людьми. С возрастом появляется умение строить разные отношения с разными людьми. Это ведет к тому, что человек в позднем возрасте выстраивает устойчивый круг общения.

Т 4.2.5 Стрессовые ситуации в старости.

Основные стрессоры у пожилых людей:

- отсутствие четкого жизненного ритма
- сужение сферы общения
- уход от активной трудовой деятельности
- синдром «опустошения гнезда»
- уход в себя
- ощущение дискомфорта от замкнутого пространства
- одиночество (социальное и психологическое) – наиболее сильный стрессор

Т 4.2.6 Нарушения памяти, сна.

Нарушения сна

Проблема **нарушений сна** у пожилых длительное время оставалась без внимания, несмотря на учащение жалоб на плохой сон и увеличение потребления снотворных.

Неудовлетворенность сном отмечается у 25% мужчин и 50% женщин пожилого возраста. Более 25% пациентов позднего возраста регулярно или часто употребляют снотворные средства. Нарушение сна выступает одним из факторов в оценке качества жизни пожилых.

Основные проявления нарушений сна у пожилых:

- упорные жалобы на бессонницу;
- постоянные трудности засыпания;
- поверхностный и прерывистый сон;
- наличие ярких, множественных сновидений, нередко тягостного содержания;
- ранние пробуждения;
- ощущение тревожного беспокойства при пробуждениях;
- затруднение или невозможность уснуть вновь;
- отсутствие ощущения отдыха от сна.

Основные причины нарушений сна у пожилых и стариков

Современная систематика нарушений сна предусматривает их подразделение на первичные и вторичные.

К первичным нарушениям сна у пожилых относятся ночной миоклонус, ночное беспокойство ног и ночное апноэ (с задержкой дыхания во сне и последующим пробуждением). Следует отметить, что ночное апноэ вообще более характерно для позднего возраста или учащается с возрастом. Обычно этому предшествует длительный период храпа во сне, а затем присоединяется апноэ. Общеизвестно, что этот синдром наблюдается преимущественно у тучных мужчин во второй половине жизни, однако нередко встречается и у женщин в старости.

Вторичные нарушения сна обусловлены соматическими заболеваниями, неврологическими поражениями, психическими расстройствами, при которых диссомнические расстройства являются симптомом этих заболеваний. Наиболее часто это сердечно–сосудистая патология (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца), когда имеет место ночная артериальная гипертензия, ночные приступы стенокардии.

Нередко нарушения сна возникают у больных сердечной недостаточностью при неадекватной терапии этого состояния, причем коррекция терапевтической тактики сердечной недостаточности позволяет регулировать и нарушения сна.

Расстройство сна может быть вызвано учащением ночных приступов бронхиальной астмы или обострениями хронической обструктивной болезни легких, различными болевыми синдромами, в пожилом и старческом возрасте чаще всего при полиостеоартрозе.

Нарушения сна могут быть симптомом эндокринной патологии (тиреотоксикоз, сахарный диабет). Прерывистый сон обусловлен никтурией у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Синдром беспокойных ног, сопровождающийся нарушением засыпания, может быть и вторичным (B_{12} дефицитная анемия, хроническая почечная недостаточность,

диабетическая полинейропатия и др.). Предшествуя засыпанию, тягостные ощущения в голенях и стопах заставляют больных совершать движения ногами или ходить, возобновляются при укладывании в постель и проходят только в достаточно глубоком сне.

Для расстройств сна, связанных с соматической патологией, наиболее характерны поверхностный сон и частые пробуждения, а не трудности засыпания. В этих ситуациях первостепенную важность имеет адекватная терапия основного заболевания, а применение препаратов со снотворным действием оправдано только при безуспешности принятых мер и с учетом строгих противопоказаний к назначению психотропных препаратов.

Нарушения памяти

С возрастом постепенно изнашиваются все внутренние органы и системы. Замедляется обмен веществ и регенерация тканей, клетки теряют пластичность. Нейронные связи тоже становятся не такими прочными, поэтому ухудшается способность запоминать информацию и применять новые знания.

Сначала не получается запомнить, как справляться с новой техникой – пользоваться телефоном и компьютером. Потом болезнь прогрессирует и начинает затрагивать старые навыки – пожилой человек забывает, как пользоваться купленной 10 лет назад мясорубкой или другим привычным предметом. Пропадают базовые умения вплоть до навыка держать и применять по назначению ручку.

Важно вовремя начать принимать лекарства от потери памяти и склероза для пожилого человека. Комплексный подход оказывает положительное действие и не допускает прогрессирование недуга. Но самостоятельно себе или близкому нельзя назначать препараты, это должен делать врач после осмотра.

Причин ухудшения несколько:

- травмы черепа и мозга;
- опухоли;
- гипоксия на фоне проблем с сердцем;
- постоянно повышенное давление;
- инсульт, сопровождающийся изменением кровообращения;
- инфекционные заболевания;
- сбои в работе нервной системы;
- малоподвижная жизнь;
- последствия длительной химической терапии;
- табак, алкоголь и наркотики;
- болезнь Альцгеймера;
- нестабильный обмен веществ и сон.

Это не единственные основания, которые приводят к нарушению и потере памяти в пожилом возрасте. Спровоцировать это может сахарный диабет, параноидальная шизофрения и даже просто неправильное питание.

Т 4.2.7 Возможные проблемы в удовлетворении универсальных потребностей человека в преклонном возрасте.

Основные проблемы лиц пожилого и старческого возраста

Можно выделить проблемы, характерные для лиц пожилого и старческого возраста, которые не зависят от пола, и проблемы, более актуальные для женщин или мужчин.

Проблемы старения затрагивают:

1. ***социальные аспекты***, включающие:

- прекращение профессиональной деятельности и связанные с этим:
- изменение экономического положения;
- изменение социального статуса;
- нарушение привычных социальных связей, сужение круга общения;
- изменение положения в семье;
- появление зависимости от окружения, в том числе семейного и др.;

2. ***медицинские аспекты***, включающие:

- ухудшение зрения;
- снижение слуха;
- изменение вкусовых ощущений;
- изменение обоняния;
- изменение тактильной и, возможно, болевой чувствительности;
- нарушение осанки;
- нарушение координации движений;
- наличие у многих пожилых людей нескольких хронических заболеваний и необходимость принимать значительное количество лекарственных препаратов;
- нарушения сна;

3. ***психологические аспекты***, к которым можно отнести:

- разочарование в жизни, прогрессирующую утрату интереса к окружающему;
- уход от реалий жизни, пассивное отношение к жизни; чувство безысходности, вплоть до нежелания дальнейшего существования; снижение самооценки;
- чувство малоценности, неуверенности в себе;
- снижение настроения, тревожные опасения смерти, одиночества;
- увеличение времени ответа на стимулы;
- недостаточную гибкость при переходе от одной проблемы к другой;
- уменьшение способности к синтетическому мышлению;
- замкнутость и подозрительность, невнимательность;
- депрессию и др.

Некоторые возможные способы решения проблем лиц пожилого и старческого возраста

При решении проблем лиц пожилого и старческого возраста сестринскому персоналу следует:

- ***установить доверительный контакте*** пожилым человеком; убедить пожилого человека в естественности процесса старения, продемонстрировать преимущества старшего возраста; убедить в необходимости придерживаться правил здорового образа жизни;
- ***установить контакт с ближайшим окружением*** (членами семьи, соседями, друзьями) пожилого человека;
- ***объяснить*** окружению анатомо-физиологические и психологические ***особенности пожилого человека***;
- ***установить и поддерживать контакты с социальными службами***, особенно при работе с одиноко проживающим пожилым человеком.

При организации питания людей преклонного возраста следует рекомендовать:

- соблюдение режима питания (предпочтителен 5-6-разовый прием пищи, но не менее 4—5 раз);
- снижение энергетической ценности рациона (калорийность пищи после 50-ти лет должна быть уменьшена на 10%, а после 70-ти — на 30% в сравнении с ее уровнем в молодом и среднем возрасте);
- ограничение потребления углеводов, особенно при наличии избыточной массы тела и/или сахарного диабета;
- резкое ограничение потребления поваренной соли, особенно при повышенном артериальном давлении;
- специальную кулинарную обработку приготавливаемой пищи (измельчение мяса и рыбы на мясорубке, а фруктов и овощей — на терке) из-за часто возникающих трудностей с пережевыванием пищи;
- использование антисклеротической диеты, предусматривающей:
- уменьшение потребления пищи, богатой насыщенными жирными кислотами (жиры животного происхождения);
- увеличение потребления растительных жиров;
- уменьшение потребления продуктов, богатых холестерином (печень, почки, жирные сорта мяса и рыбы и т.п.);
- увеличение в рационе доли морепродуктов (или введение их в рацион);
- применение вегетарианской диеты;
- потребление продуктов, богатых калием (картофель, капуста, баклажаны, кабачки, сухофрукты и др.).
- потребление достаточного количества овощей, фруктов и ягод, в

сыром виде;

- проведение курсов витаминотерапии не реже 2—3 раз в год.

Решение **проблемы создания безопасной окружающей среды** во многом определяется состоянием пожилого человека,

- использования одежды, соответствующей погодным условиям;
- обязательного использования ремней безопасности при поездках на автомобиле;
- создания обстановки в доме с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей (приподнятые сиденья для ванн и унитазов, трости для ходьбы, достаточная освещенность помещений);
- убирать с пути крупные предметы и стелящиеся провода;
- использовать не скользкие напольные покрытия;
- установки противодымных сигнализаторов;
- составления списка телефонов для экстренной помощи и др.,
- всегда перекрывать подачу газа к плите, когда она не используется по назначению;
- контролировать температуру приготовленной воды для ванны;
- использовать специальные экраны для отопительных батарей.
- хранить предметы бытовой химии и лекарственные вещества в специально отведенных для них местах;
- хранить краски, растворители, технические масла и другие продукты в специальных шкафах;
- оборудовать дверь ванной комнаты замком, который открываете снаружи и т.п.

Сестринские услуги лицам пожилого и старческого возраста.

При работе с пожилыми людьми медицинская сестра должна знать психологические особенности гериатрического пациента.

Работа с пожилыми людьми требует большого терпения, снисходительности и искусства общения. Чувство уважения к пожилому пациенту, часто восхищение его жизненным анамнезом обычно резко повышает доверие к медсестре, ее авторитету как специалиста.

Медсестра должна уметь хранить тайну, доверенную ей больным, не злоупотреблять доверием, которым она пользуется в силу своего положения.

Сестринское обследование пожилого человека требует больше времени.

Говорить с пожилым необходимо ясно, более медленно, не кричать в ухо пациента.

При опросе следует выяснить, как сам пожилой человек описывает свое состояние в настоящий момент, что делает для поддержания здоровья, что знает о связи между образом жизни и здоровьем, что знает о лекарствах, которые принимает, если есть аллергия, что делает для ее предупреждения, что

знает о болезнях своих родственников, имеет ли серьезные болезни или повреждения.

Выясняют также обмен веществ и питание: как питается пациент, как сочетаются рекомендуемая и реально соблюдаемая диеты, есть ли болезни, связанные с нарушением обмена веществ или пищеварения.

Выделительная функция: как функционируют органы выделения, имеются ли жалобы со стороны мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта и кожи.

Двигательная активность: как пациент оценивает свою двигательную активность, есть ли заболевания сердечнососудистой, дыхательной или опорно-двигательной систем.

Режим сна и отдыха: есть ли нарушения сна, с чем они связаны, чем занимается пациент в свободное время.

Самовосприятие и самопонимание: что человек чувствует, что необычно в его ощущениях, комфортно ли ему.

Ролевые отношения: как человек оценивает свою роль в семье, на работе и т.д., есть ли у него положительные примеры этих ролей.

Толерантность к стрессу: как человек обычно справляется с проблемными ситуациями, его действия обычно помогают преодолению таких ситуаций или ухудшают их, существуют ли у пациента индивидуальные приемы при эмоциональном стрессе.

Увлечения и жизненные приоритеты: какие принципы важны еще с детства, и к какой культурной, этнической, религиозной или другой группе относится человек, какова его система жизненных ценностей.

После опроса медсестра определяет проблемы пациента, которые могут быть связаны с дефицитом его знаний в области укрепления здоровья, неправильным образом жизни (курение, злоупотребление алкоголем, неправильное, нерациональное питание и т.д.). На основании полученных данных составляется и осуществляется план сестринских вмешательств.

Практическое занятие № 23.
«Анатомо-физиологические особенности лиц пожилого и старческого возраста»

Т 4.2.1 Анатомо-физиологические изменения в пожилом и старческом возрасте: особенности дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочеполовой, нейроэндокринной систем, системы крови, опорно-двигательного аппарата, органов чувств, кожи.

Анатомо-физиологические особенности лиц пожилого и старческого возраста

В процессе старения происходят изменения, затрагивающие все органы и системы, изменяются внешний вид, психика, поведение.

Выделяют несколько ***синдромов старения***:

- гемодинамический;
- нейрогенный;
- эндокринный;
- относительно гармоничный и другие.

Каждый из этих синдромов характеризуется преобладанием процессов старения в той или иной системе.

Изменения, наблюдающиеся в ***нервной системе*** при старении, начинаются с коры головного мозга, и идут последовательно. Для этих изменений характерным является:

- уменьшение массы головного мозга;
- уменьшение объема головного мозга;
- нарастающая атрофия извилин больших полушарий головного мозга;
- расширение борозд;
- увеличение полостей желудочков головного мозга;
- гибель нейронов, особенно лобной и нижневисочной областей коры головного мозга.

Возрастные изменения нервной системы во многом определяют проявления изменений ***в других органах и системах***, такие как:

- изменения психики;
- изменения поведенческих и эмоциональных реакций;
- нарушения памяти;
- снижение умственной и физической работоспособности;
- снижение двигательной активности и др.

К числу наиболее существенных признаков, вызываемых старением, относятся ***изменения психики***, которые проявляются:

- снижением психической активности, выражающимся замедлением темпа психической деятельности;
- затруднением восприятия, сужением его объема;
- ухудшением сосредоточения внимания и его переключения;
- снижением творческого потенциала;
- уходом от внешних стимулов к внутренним переживаниям и воспоминаниям;
- снижением мотивации;
- обеднением эмоциональных переживаний;
- консерватизмом суждений и поступков;
- обострением черт характера, которые проявлялись в молодости;
- появлением не обнаруживаемых ранее черт характера.

Возрастные изменения ***органа зрения***

Наиболее часто встречаются возрастные *изменения хрусталика,* проявляющиеся катарактой и уменьшением его эластичности.

Эти изменения проявляются:

- уменьшением остроты зрения;
- снижением силы аккомодации глаза;
- прогрессированием старческой дальнозоркости;
- изменением скорости адаптации к темноте;
- снижением периферического зрения;
- повышением внутриглазного давления, развитием глаукомы.

Возрастные изменения в ***органе слуха***: эти изменения проявляются в постепенном снижении слуха (старческая тугоухость).

Возрастные изменения ***сердечно-сосудистой системы*** проявляются:

- замедлением пульса в покое;
- медленным учащением пульса при физической нагрузке;
- увеличением артериального давления (систолического и диастолического);
- головными болями;
- головокружением, вплоть до развития обморока;
- нарушениями сердечного ритма;
- зябкостью, прежде всего стоп;
- нарушением питания тканей и т.д.

Изменения **в *дыхательной системе***:

В слизистой оболочке органов дыхания развиваются атрофические процессы, сопровождающиеся увеличением вязкости секрета желез и сухостью.

Гортань **и** ***трахея*** смещаются вниз, при этом из-за снижения эластичности тканей ***трахея расширяется***. Голосовые связки и мышцы гортани подвергаются атрофическим изменениям, в результате чего у пожилых людей ***меняется тембр голоса.***

В ***бронхах*** наблюдаются дистрофические процессы, деформации, склеротические изменения.

Легкие в целом уменьшаются в размерах, становятся менее подвижными.

Результатом морфологических изменений является:

- некоторое увеличение частоты дыхательных движений;
- частое возникновение дыхательных аритмий;
- снижение резервного объема вдоха и выдоха;
- уменьшение жизненной емкости легких.

Изменения со стороны ***пищеварительной системы*** при старении характеризуются нарастанием атрофических процессов в эпителии слизистых оболочек всех органов пищеварения.

Значительным изменениям подвергаются ***зубы:***

- уменьшается количество;

- стираются жевательные поверхности;
- меняется окраска;
- уменьшается количество органических веществ в зубной эмали;
- в эмали появляются трещины;
- нарушается питание тканей зубов (вследствие склероза сосудов).

Эти изменения приводят к хрупкости зубов, потере жевательной способности, худшему пережевыванию пищи и проблемам с пищеварением

Язык с возрастом уплощается, на нем образуются борозды и склад к сосочки атрофируются, поверхность становится гладкой. Эти изменения приводят *к снижению и извращению вкусовых ощущений*.

Слюнные железы уменьшаются в размерах, что приводит к уменьшению количества выделяемой слюны, появлению и нарастанию сухости слизистой оболочки ротовой полости, а это, в свою очередь, создает предпосылки для возникновения и развития инфекционных процессов.

Изменения ***пищевода*** *проявляются:*

- его удлинением;
- уменьшением количества секрета, выделяемого клетками слизистой оболочки;
- снижением тонуса мускулатуры;
- истончением стенок;

Это способствует возникновению нарушений глотания и образованию грыж.

Значительным изменениям в процессе старения подвергается ***желудок.*** Изменения проявляются в:

- уменьшении размеров;
- изменении положения - желудок принимает более горизонтальное положение;
- нарастании дистрофических изменений в слизистой оболочке;
- уменьшении количества клеток, вырабатывающих желудочный сок;
- снижении желудочной секреции;
- замедлении образования соляной кислоты;
- ослаблении моторной функции.

Это приводит к задержке пищи в желудке, плохому ее перевариванию.

Изменения затрагивают и все структуры ***кишечника,*** что приводит к нарушениям его функций. С возрастом:

- атрофируется слизистая оболочка;
- атрофируется мышечный слой кишечника, в результате чего образуются выпячивания;
- ослабевает перистальтика кишечника, что нередко является причиной запоров.

При старении изменения затрагивают ***поджелудочную железу***, что может приводить к худшему перевариванию пищи, а также повышению уровня глюкозы в крови, хотя компенсаторная перестройка инсулярного аппарата часто обеспечивает нормальный уровень глюкозы.

Выраженные изменения в ***печени,*** приводят к ослаблению дезинтоксикационной функции.

Ослабевает также и эвакуаторно-моторная функция желчного пузыря, что может приводить к худшему расщеплению жиров, особенно животного происхождения, образованию камней в желчных протоках и самом желчном пузыре и развитию желчекаменной болезни.

Система мочеотделения с возрастом также претерпевает ряд изменений.

В ***почках*** отмечается:

- прогрессирующая с возрастом гибель почечной паренхимы;
- утрата до 1/3 - 1/2 части нефронов;
- возрастной нефросклероз;
- одновременное развитие гипертрофии оставшихся нефронов, что позволяет длительно поддерживать функцию почек;
- уменьшение интенсивности почечного кровотока;
- снижение скорости фильтрации;
- снижение выделительной функции.

С возрастом происходят изменения **в *мочеточниках***. В них отмечаются:

- потеря эластичности;
- утолщение;
- расширение и удлинение;
- истончение мышечного слоя;
- ослабление функций сфинктеров мочеточников, что приводит к часто возникающему в старости забросу мочи из мочевого пузыря.

В ***мочевом пузы****ре* изменения малозначительны, но отмечается:

- некоторое утолщении его стенок;
- снижение эластичности и вместимости, что приводит к учащению позывов к мочеиспусканию;
- атрофия мышечного слоя;
- уменьшение сократительной способности внутреннего и наружного сфинктеров, что становится причиной часто возникающего в старческом возрасте *недержания мочи*.

Эндокринная система в пожилом и старческом возрасте подвергается инволюционной перестройке. Это сопровождается:

- незначительным уменьшением массы *гипофиза*;
- уменьшением размеров фолликулов *щитовидной железы;*
- изменением структуры *надпочечников:* уменьшение секреции надпочечников; снижение гормональной активности коры надпочечников;

Возрастные изменения в ***половой системе мужчин*** выражаются в:

- уменьшении яичек;
- снижении объема эякулята;
- постепенном затухании сперматогенеза;
- менее выраженной эрекпии;
- ослаблении потребности в эякуляции;
- увеличении массы *предстательной железы* за счет разрастания и уплотнения соединительной ткани при одновременной атрофии железистых долек.

Старение ***женской половой сферы*** происходит постепенно, нарастая от начала климактерического периода к менопаузе, и затрагивает все репродуктивные органы.

Яичники при старении уменьшаются в размерах, фолликулы атрофируются, гормональная активность снижается.

В *матке* происходят структурные изменения, затрагивающие все слои. Матка уменьшается в размерах, становится плотной, ее полость сужается.

В *маточных трубах* также происходят атрофические процессы, в результате которых они становятся короткими, узкими, тонкими.

Слизистая оболочка *влагалища* истончается, выделение секрета уменьшается, снижается и способность влагалища расширяться при стимуляции.

В *молочных железах* происходят гипотрофические процессы, желези стая ткань замещается соединительной и жировой, соски уплощаются форма железы меняется.

Половые реакции и у мужчин, и у женщин с возрастом замедляются, однако многие пожилые люди сохраняют интерес к сексуальной жизни и сексуальную активность.

Изменения ***кожи, ее придатков и подкожной клетчатки***, обусловленные возрастом, после 40 лет нарастают постепенно и становятся выраженными к 60-70 годам, усиливаясь в 75—80-летнем возрасте.

В пожилом и старческом возрастных периодах отмечается:

- резкое замедление деления клеток кожи;
- снижение обменных процессов;
- потеря кожей способности удерживать влагу;
- уменьшение количества функционирующих потовых и сальных желез;

- уменьшение размеров и снижение активности потовых и сальных желез;
- истончение кожи;
- образование морщин, складок, борозд;
- образование и расширение участков пигментации или депигментации.

Изменения ***волос*** с возрастом наблюдаются у представителей обоих полов и проявляются:

- истончением;
- поредением, вплоть до облысения (в типичных местах), с одновременным усилением роста в не типичных местах (брови, наружный слуховой проход, а у женщин - и области верхней губы и подбородка);
- депигментацией.

Изменения ***ногтей*** выражаются в:

- изменении цвета;
- деформации;
- утолщении вследствие отложения кальция;
- замедлении роста вследствие снижения интенсивности обмена.

С возрастом происходит перераспределение ***подкожно-жировых отложений,*** меняется их количество. В начале этого возрастного периода подкожно-жировой слой несколько увеличивается, особенно на животе и талии, затем в процессе старения подкожно-жировой слой истончается, что сказывается на терморегуляции, увеличивая риск переохлаждения.

Костно-мышечная система - остеопороз, обусловленный белковым дефицитом и нарушением минерального обмена. Это приводит к:

- повышенной хрупкости костей;
- замедлению процессов регенерации костей при их переломах, медленному образованию костной мозоли.

Выраженные изменения, проявляющиеся деструкцией и деформацией, отмечаются в ***позвоночнике,*** что приводит к:

- кифозу грудного отдела позвоночника;
- лордозу поясничного отдела;
- изменению формы грудной клетки;
- нарушению осанки, появлению сгорбленности;
- уменьшению роста.

С возрастом существенные изменения наблюдаются и в ***суставах,*** развивается артроз.

Возрастные изменения ***мышц*** *проявляются:*

- атрофией;
- уменьшением объема мышечных волокон;
- частичным отмиранием мышечных волокон;
- увеличением в скелетных мышцах содержания соединительной ткани;
- снижением эластичности и упругости мышц;
- снижением силы скелетной мускулатуры.

Это приводит к ослаблению мышечного тонуса, потере плавности движений, неуверенной, медленной походке.

Система кроветворения у лиц пожилого и старческого возраста продолжает функционировать на уровне, обеспечивающем потребности организма, но активность ее несколько снижается.

Красный костный мозг подвергается жировому замещению, однако это не вызывает существенных нарушений клеточного состава крови.

Количество *эритроцитов* у лиц пожилого возраста не отличается от такового людей среднего возраста. У старых людей (старше 90 лет) отмечается некоторое уменьшение количества эритроцитов.

Содержание гемоглобина у пожилых несколько понижено. Это снижение имеет половые отличия: более значительное снижение уровня гемоглобина отмечается у мужчин.

Независимо от пола отмечается тенденция к снижению числа *лейкоцитов,* но лейкоцитарная формула существенно не меняется.

С возрастом, особенно после 70-ти лет, количество *тромбоцитов* снижается как у мужчин, так и у женщин.

Таким образом, ***возрастные изменения отмечаются практически во всех органах и системах, но они не носят патологического характера, а являются компенсаторно-приспособительными, позволяющими обеспечить адекватное функционирование организма.***

ТЕМА 4.3.
ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.

Теоретическое занятие № 26.
«Организация социальной и медицинской помощи населению старших возрастных групп»

Т 4.3.1 Потребности пожилых людей в различных видах медико-социальной и бытовой поддержки.

Типы потребностей пожилых пациентов:

- специфические медицинские проблемы и медицинская помощь;
- потребность в медицинском оборудовании;

- психические проблемы;
- проблемы оплаты услуг;
- необходимость социальной поддержки.

Т 4.3.2 Комплексный медико-социальный характер помощи пожилым как необходимое условие её эффективности.

Медико-социальная помощь лицам пожилого возраста направлена на лечение имеющихся у них заболеваний и уход, поддержание активного образа жизни и социальную защиту в случае болезни и неспособности удовлетворить свои жизненные потребности

Среди населения старше нетрудоспособного возраста ВОЗ **выделяет категорию престарелых повышенного риска.**

Это наиболее уязвимые группы престарелых, имеющие высокий риск ухудшения здоровья, социального и экономического положения:

- лица в возрасте 80, 90 лет и старше;
- живущие одиноко (семья из одного человека), в том числе вдовые;
- живущие изолированно пары, в том числе бездетные пары;
- страдающими тяжелыми заболеваниями или физическими недостатками;
- вынужденные жить на минимальное государственное или социальное пособие.

Наиболее угрожающими состояниями для этой категории являются:

- обездвиженность,
- потеря зрения,
- патологические нарушения психики (депрессия),
- развитие остеопороза,
- травмы и др.

Организация социальной защиты престарелых строится на принципах адресности, комплексного подхода, гибкости форм. В соответствии с этими принципами оказываются различные виды поддержки.

Материальная: пособия по нуждаемости (доплата до прожиточного минимума), целевые доплаты (на приобретение угля, одежды, лекарств), пособия попавшим в экстремальные ситуации, пособия на приобретение (или оплата) протезно-ортопедических изделий.

Натуральная: в виде предметов первой необходимости, одежды, обуви, продуктов питания, организации бесплатного питания, обеспечения ночлега.

Наиболее старой и традиционной формой коллективной социальной помощи одиноким престарелым является **дом-интернат**.

В дома-интернаты поступают лица, не имеющие возможности обслуживать себя или пользоваться посторонней помощью.

В стране имеются **дома-интернаты *для престарелых различных типов:***

1) ***общего типа*** - для престарелых, сохранивших способность к самообслуживанию;

2) ***больничного типа*** - для лиц с хроническими заболеваниями, которым требуется постоянный уход;

3) ***специальные интернаты*** для психиатрических больных;

4) ***дома, принадлежащие ведомственным организациям*** (ветеранов сцены, цирков, шахтеров и др.).

Дома для пожилых — новая форма обслуживания престарелых. В них предполагается размещать одиноко живущих людей и одинокие семейные пары в отдельных однокомнатных или двухкомнатных квартирах гостиничного типа. Все бытовые и коммунальные услуги в домах для пожилых оплачиваются их жильцами на льготных условиях. В таких домах удобно организовывать медицинское и культурное обслуживание престарелых.

Пансионаты и санатории - здесь пожилые люди получают лечение, отдыхают.

Большое распространение получило *обслуживание на дому* социальными работниками, которые подчиняются центру социального обслуживания.

К услугам **социальных работников относятся: -**

- доставка на дом продуктов питания из магазина, с рынка;
- доставка необходимых товаров и лекарств, гуманитарной помощи;
- оформление различных коммунальных и других платежей,
- сдача в ремонт различных вещей.

По поручению подопечного социальный работник свяжется при необходимости с нотариусом, вызовет врача, получит заказанную ортопедическую обувь, поможет написать письмо родственникам, оформить необходимые документы, пригласит мастеров по ремонту квартиры или какой-нибудь аппаратуры.

Основные услуги на дому предоставляются бесплатно, отдельные виды услуг, не связанные с первонеобходимыми потребностями, оплачиваются пенсионерами, но при условии, что он получает надбавку к пенсии по уходу. Размер платы составляет 25% от суммы надбавки.

Услуги социальными работниками на дому оказываются одиноким нетрудоспособным гражданам.

Т 4.3.3 Законодательные аспекты социальной защиты престарелых граждан.

Граждане Российской Федерации имеют право на пенсионное обеспечение:

- при достижении соответствующего пенсионного возраста,
- при наступлении инвалидности,
- а для нетрудоспособных членов семьи при потере кормильца;

Кроме того, **ветераны труда и войны имеют дополнительные льготы** в виде:

- скидок при оплате жилья и коммунальных услуг,
- бесплатного проезда в городском транспорте,

- бесплатного протезирования,
- бесплатного или со скидкой обеспечения лекарствами и т.д.

В 1995 г. Государственной Думой был принят ряд законов в области социальной защиты населения:

- «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»,
- «Об основах социального обслуживания населения Российской Федерации»,
- «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов».

Последний закон предусматривает пять форм социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов:

1. Социальное обслуживание на дому (включая социально-медицинское обслуживание).
2. Полустационарное соц. обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания.
3. Стационарное соц. обслуживание в домах-интернатах, пансионатах и др. учреждениях независимо от их назначения.
4. Срочное соц. обслуживание – разовая социальная помощь остро нуждающимся гражданам.
5. Социально-консультативная помощь - направлена на адаптацию в обществе, ослабление социальной напряженности, создание благоприятных отношений в семье, а также на обеспечение взаимодействия личности, семьи, общества, государства.

Т 4.3.4 История и современная структура гериатрической службы РФ.

Медицинские аспекты защиты пожилых.

Все меры медицинского воздействия должны преследовать цель активизации подвижности пожилого больного, его способности к самообслуживанию.

Численность лиц пожилого возраста в Российской Федерации постоянно растет, они страдают множественными тяжелыми хроническими заболеваниями, поэтому с целью повышения объемов и качества оказания медицинской и медико-социальной помощи лицам пожилого и престарелого возрастов, профилактики преждевременного старения в РФ были организованы:

- **гериатрические центры**,
- **сеть** гериатрических **больниц и отделений,**
- **учреждений медико-социальной помощи** (хосписов, домов и отделений сестринского ухода)

Гериатрический центр предназначен для оказания специализированной стационарной и консультативно-диагностической медицинской помощи

населению пожилого и старческого возрастов и лицам с признаками преждевременного старения организма.

В структуру центра включаются:

- гериатрические стационарные отделения различного профиля;
- консультативное отделение;
- отделения диагностики;
- организационно-методический отдел;
- вспомогательные отделения и службы.

Гериатрическая больница (гериатрическое отделение многопрофильной больницы) предназначается для оказания плановой гериатрической, в том числе специализированной, стационарной медицинской помощи, а также долечивания и медицинской реабилитации после проведения курса интенсивного лечения в стационарах иного профиля.

Организуются также специальные стационары для пожилых дневного пребывания, где пациенты получают консультативную и лечебную помощь.

Отделения медико-социальной помощи —которые занимаются оказанием долговременной медицинской (диагностической, лечебной и реабилитационной) и медико-социальной помощи, преимущественно на дому, больным старших возрастных групп и инвалидам, частично или полностью утратившим способность к передвижению и самообслуживанию.

Отделение выполняет следующие функции:

- организует и обеспечивает проведение диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий;
- проводит санитарно-просветительскую работу, оказывает содействие в социально-психологической адаптации лицам пожилого возраста, осуществляет обучение правилам пользования средствами реабилитации, реабилитационной техникой и приспособлениями, навыками ухода за пациентами;
- обеспечивает в пределах своей компетенции взаимодействие с территориальными органами и учреждениями социальной защиты населения, медико-социальными экспертными комиссиями, организациями - осуществляющими продажу и прокат средств инвалидной техники.

Хоспис - медико-социальное учреждение, в задачи которого входит паллиативный уход за онкобольными пациентами, чьи болезни не поддаются лечению.

Цель паллиативного ухода — достижение наилучшего качества жизни для больных и их семей. Паллиативный уход утверждает жизнь и рассматривает умирание как нормальный естественный процесс, не ускоряет и не отдаляет смерть, обеспечивает систему поддержки семье во время болезни их близких и в период смерти.

Лечение престарелых, хронически больных и инвалидов в обычных стационарах экономически нерационально - эти пациенты нуждаются в минимальном объеме лечебных мероприятий и длительном сестринском уходе.

Т 4.3.5 Опыт других стран.

Гериатрические клиники и отделения больниц Израиля

В Израиле традиционно почтительное и уважительное отношение к людям старшего возраста, что не могло не найти своего отражения в медицине. Проблемой старения занимаются два направления – геронтология и гериатрия. Именно эти две науки изучают методы ***лечения за рубежом*** ***п***ожилых людей. Область применения у них одна, но разные подходы.

Существуют специализированные ***гериатрические клиники в Израиле*****,** такие, например, как Центр Гериатрии «Бейт-Ривка» при Тель-Авивском медицинском университете, или гериатрическая больница «Харцфельд». Помимо этого, отделения гериатрии есть в каждом крупном медицинском центре, таком, как клиника «Кармель».

В этих клиниках пожилым людям ***оказывается всесторонняя медицинская помощь***, как при первичных изменениях, таких как возрастные изменения кожи: появление морщин, пигментных пятен, соединительнотканных узелков, так и восстановлением после перенесенного инсульта, инфаркта миокарда, переломов, связанных с возрастной хрупкостью костей.

Также осуществляется уход за пациентами пожилого возраста с болезнью Альцгеймера, Паркинсона, сенильными расстройствами – тех категорий пациентов, которая утрачивает способность самостоятельного обслуживания своих повседневных нужд.

Большое внимание в гериатрических клиниках при ***лечении в Израиле*** уделяется комфортному пребыванию пожилого человека. Палаты, коридоры и переходы сконструированы с учетом возможных трудностей перемещения и снабжены дополнительными опорами и, обязательно, лифтами. Палаты просторные, с отличной вентиляцией, оборудованы удобными кроватями с дополнительными приспособлениями для людей, чьи функции ограничены.

Персонал таких клиник чуткий и внимательный, настроенный на терпеливое обращение с самыми капризными и трудными пациентами, большая часть персонала говорит по-русски. Особое внимание уделяется досугу пожилых людей.

При каждой клинике оборудован парк для прогулок, с удобными дорожками и скамейками для отдыха, в палатах есть телевизоры с каналами русскоязычного вещания, есть библиотеки с литературой на русском языке. Предусмотрено все необходимое для удобства общения пациентов со своими родными и близкими. При этом ***цены на лечение в Израиле*** ***существенно ниже, чем в клиниках других стран.***

Т 4.3.6 Проблема адаптации лиц старших возрастных групп к старению и микросоциальной среде.

Проблемы адаптации лиц пожилого возраста к старению.

В старости страдает сила, подвижность, уравновешенность нервной системы. Нарушается выработка условных рефлексов. В связи с ослаблением,

замедлением их образования организм уже не так совершенно адаптируется к среде.

Период жизни людей, переступивших возрастной пенсионный рубеж, далеко не всегда характеризуется успешной адаптацией.

Плохое приспособление к новым условиям жизни вызывается психологическими причинами.

История приспособления к жизни в молодом возрасте, в значительной мере предопределяет адаптацию в старости.

Лучше адаптируются к стрессам в старости люди, легко устанавливающие контакты с окружающими, те, у кого сложились хорошие отношения в семье и на работе, люди, которые прежде сталкивались с трудностями, встречающимися на их жизненном пути, но не дали сломить себя.

Адаптацию к старости надо рассматривать и с учетом высшей нервной деятельности человека в прошлом и настоящем.

В пожилом и старческом возрасте, подавляющему большинству предстоит пережить два неминуемых события: уход на пенсию, и расслоение — уход взрослых детей из семьи.

Пожилой человек, оставляющий свою профессиональную деятельность и переходящий на пенсию, часто испытывает стрессовые состояния, называемые «пенсионной болезнью».

В сохранении психического здоровья пожилых людей, в продлении их жизни огромную роль играет то, насколько внимательно и заботливо относятся к ним окружающие, и особенно близкие люди.

Посильный труд дает уверенность в собственной полезности и необходимости. Многие старики с удовольствием включаются в ведение домашнего хозяйства, почитают за счастье заняться воспитанием внуков, делая доступными для детей все радости жизни.

Т 4.3.7 Синдром ранней смерти после выхода на пенсию («пенсионная болезнь»).

Пенсионная болезнь.

Болезненное состояние, проявляющееся в невротических симптомах, которое связано с обостренной реакцией стареющего человека на вынужденное прекращение трудовой деятельности и вызванные им негативные последствия: сужение социальных контактов, ограничение возможностей во внешней среде, сужение жизненного пространства, изменение времени, ухудшение материального положения, существенное снижение социального статуса.

Т 4.3.8 Сохранение социальной активности: продолжение посильной трудовой деятельности, участие в общественной жизни, активные контакты с родственниками, чтение периодических изданий, просмотр телепередач, различные увлечения.

Социальная активность – это такая деятельность личности или индивида, которая направлена, прежде всего, на удовлетворение потребностей,

а также создания благоприятных социальных условий, реализацию социальных инициатив, формирование активной жизненной позиции. При этом следует выделить ***показатели социальной активности***:

- мотивированность;
- желание самого человека;
- инициативность;
- эмоциональный компонент деятельности.

Стоит отметить, что главным образом социальная активность пожилых и престарелых граждан заключается в деятельности, которая направлена на семью и близких людей, удовлетворения своих потребностей и интересов. Впрочем, изменения в обществе влечет за собой постепенное расширение интересов и сфер деятельности пенсионеров, к многообразию форм социальной активности. Из выше изложенного можно сказать, что это, в свою очередь, ведет к устранению одиночества и отчужденности старшего поколения.

Чем лучше самочувствие и настроение пожилых людей, тем выше их активное взаимодействие в социальной деятельности и их успешная адаптация. И чем хуже, то есть вероятность уменьшения их активности и неспособность адаптироваться к новым условиям. Это объясняет то, что многие пенсионеры перестают вести активную жизнь из-за плохого самочувствия, чувства ненужности, нехваткой денежных средств и эмоциональных переживаний.

Закономерно выделить фундаментальные ***сферы социальной активности лиц пожилого возраста:***

- сфера трудовой деятельности;
- сфера общественно-политической деятельности;
- сфера семейно-бытовой деятельности;
- социокультурная сфера;
- сфера образования;
- волонтерское движение.

Человек, достигший пенсионного возраста, сам должен решать вопрос, уходить на заслуженный отдых или продолжать работу, если позволяет здоровье.

Общество должно не препятствовать ему, а облегчать этот выбор.

Для общества важно, чтобы пожилые люди как можно дольше сохраняли свою работоспособность и принимали активное участие в общественном производстве.

Во-первых, они могут передавать свой жизненный опыт молодому поколению.

Во - вторых, работая в коллективе и продолжая заниматься любимым видом труда, люди в преклонном возрасте не порывают своих психологических и социальных связей с окружающим миром, не ломают свой динамический стереотип.

Последнее особенно существенно, т.к. пожилые люди в большинстве своем вырабатывают новый стереотип с трудом (В.В. Фролькис, 1969).

С экономической точки зрения также очень важно, чтобы люди пенсионного возраста продолжали работать. Дело в том, что в связи с процессом старения населения увеличивается нагрузка на активную часть населения, т.е. находящуюся в трудоспособном возрасте.

Т 4.3.9 Пожилой человек в семье.

Особенности положения пожилых людей в семье

Пожилой человек, как никто другой, ***нуждается в семье в связи с потребностью в общении, во взаимопомощи, с необходимостью организации и поддержания жизни.*** Это объясняется тем, что человек в годах уже не имеет прежней энергии, прежних сил, не может переносить нагрузки, часто болеет, нуждается в особом питании, уходе за собой.

В первой половине жизни человек, поднимаясь по ступенькам профессиональной карьеры, все время расширяет внесемейные контакты. Однако по мере приближения к старости этот процесс, естественно, останавливается. По достижении пенсионного возраста (60 лет для женщин и 65 лет для мужчин) некоторая часть пожилых людей (в основном имеющих более высокое образование и профессиональную квалификацию) продолжает свою трудовую деятельность. Но для большинства людей пенсионного возраста семья становится практически единственным объектом приложения их сил, знаний и опыта.

Очень большое значение для взаимоотношений разных поколений имеет ***психологический климат в семье***. Самочувствие пожилых людей в значительной мере определяется сложившейся атмосферой в семье — доброжелательной или недоброжелательной, нормальной или ненормальной, тем, как распределяются обязанности в семье между дедушками (бабушками), детьми и внуками. По мере старения пожилого человека роль семьи в его жизни возрастает, как и зависимость от других ее членов. Активное участие старших членов семьи в ведении домашнего хозяйства и воспитании молодого поколения позволяет им лучше адаптироваться к периоду старости. Поэтому положение пожилых людей в семье, их взаимоотношения с младшими поколениями являются важными вопросами в изучении проблем их жизни.

Уважительное отношение к старости — одна из первых привилегий человеческого общества. Однако, к сожалению, приходится сталкиваться с такими фактами, когда выросшие дети уклоняются от выполнения своих обязанностей перед родителями. А отношение семьи к пожилому человеку служит показателем ее сплоченности, духовности, взаимной заботы. Наряду с проблемой одиночества пожилые люди тяжело переживают отсутствие взаимопонимания между пожилым и молодым поколениями, а также безразличие к их социальному опыту со стороны близких родственников — детей, внуков, правнуков.

Т 4.3.10 Взаимопомощь поколений.

Исследования достаточно убедительно показали, что между старыми людьми и их родственниками преобладают хорошие отношения.

Проживая вместе или недалеко друг от друга и поддерживая в той или иной степени частые контакты, старые родители и их взрослые дети ***оказывают взаимные услуги и помощь***.

Для родителей эта взаимопомощь скорее имеет эмоциональное значение, для них это выражение любви, уважения, сердечности и, главное, памяти.

Услуги и помощь со стороны взрослых детей имеют для родителей тем большую ценность, что для многих дети являются единственными социальными контактами с людьми.

Общеизвестно, что в старости происходит постепенное, но неуклонное снижение социальных связей и в конце концов они полностью исчерпываются лишь отношениями с семьей, с супругом (супругой), детьми, внуками и, возможно, с сестрами и братьями.

Следует отметить, что из всех видов услуг, которые оказывают взрослые дети, ***наименьшей является денежная помощь***. По данным А.Г. Симакова, денежную помощь от родственников получают только 5,1% старых людей; 20%- в виде продуктов и лекарств, а также помощи на дому и выполнения некоторых поручений. Регулярную помощь получали лишь 3-4% одиноко проживающих старых людей.

По данным польских геронтологов, в целом более 65% родителей не получали никакой помощи от своих отдельно проживающих детей. Среди живущих вместе не получали никакой помощи 30%.

Родители в возрасте 65-69 лет делают в целом больше для своих детей, чем получают от них.

Само собой разумеется, что ***характер взаимоотношений складывается задолго***, когда старые люди становятся немощными и нуждающимися в уходе. Как и в любом обществе, они определяются характерологическими особенностями самих старых людей, их стремлением к сохранению своего лидерства, их отношением к нажитому за время трудовой деятельности и другими субъективными и объективными факторами. Если ранее эти взаимоотношения не отличались особой близостью, то они не могут стать добросердечными в старости.

Как показывают исследования, примерно 1/4 часть родителей, живущих вместе со своими детьми, отмечают, что у них не лучшие отношения с зятьями, невестками и даже с детьми. Обычно чаще жалуются те родители, совместное проживание которых стало не по обоюдному доброму желанию, а в силу необходимости, экономической или правовой, или в силу существующих традиций.

Особого внимания заслуживает следующее явление. В настоящее время довольно привычным стало ***совместное проживание очень старых родителей в возрасте от 80 лет и их пожилых детей от 60*** лет и старше. Согласно оценке, проведенной в Европе в 1981 г., на каждые 100 человек в возрасте 60-64 лет приходится 85 человек в возрасте 80 лет и старше.

Результаты опросов таких семейств выявили множество проблем, стоящих перед их членами, но в первую очередь, это огромные физические трудности и эмоциональное напряжение, которое испытывают пожилые дети, обеспечивая уход за своими престарелыми родителями.

Необходимость заботиться о престарелых родителях возникает у взрослых людей, когда они сами переживают личные потери, связанные с возрастом, страдают хроническими болезнями, упадком сил или собираются выходить на пенсию.

Нередко ***само присутствие старого человека в семье является осложняющим моментом*** в личной жизни взрослых детей или близких родственников, особенно если в прошлом эти взаимоотношения не отличались особым чувством уважения друг к другу.

Моральный климат семейств, в которых молодые или зрелые члены расценивают пребывание старого человека как бремя, обузу, осложняющие их личные проблемы, ограничивает их материальные и бытовые возможности, очень тяжелый для всех без исключения. Эмоциональное напряжение - наиболее распространенное и тяжелое последствие этой ситуации.

Нехватка времени, ограничение свободы действия, изоляция от друзей, необходимость разрываться между различными обязанностями способствуют возникновению депрессии, чувству тревоги, безнадежности, упорной бессонницы. Этим негативным последствиям подвержены больше дочери, чем сыновья.

Американские геронтологи отрицают распространенное мнение, что старые люди якобы “выбрасываются” в дома для престарелых. Специальные исследования этого вопроса показывают, что подобное решение принимается родственниками после длительных и настойчивых попыток найти альтернативу.

Исследования также убедительно свидетельствуют о том, что с помещением старых людей в дом для престарелых семейные связи не прерываются. Семьи продолжают проявлять внимание и заботу о старых родителях, посещают их, одни чаще, другие - не очень, третьи - совсем редко в зависимости от своих личных проблем и соматического здоровья. Но вне всякого сомнения, большинство из детей испытывают чувство вины и самообвинения.

Но ***самой тяжелой ситуацией для старого человека бывает ситуация, когда его физическая беспомощность, а нередко и психические нарушения отталкивают от него родственников.*** В таких семьях формируется активное отторжение, отвержение старого человека, полное его игнорирование, за исключением выполнения самого элементарного ухода. Крайним проявлением дезорганизации семейных отношений является жестокость и физические оскорбления со стороны родственников, полная изоляция старого человека.

Особенно невыносимой становится ситуация, когда совместное проживание диктуется меркантильными расчетами молодых или взрослых

членов семьи. В этом случае вмешательство органов социальной защиты является просто необходимым.

Старые люди чаще получают в семье повреждения от сына, реже обидчиком выступает зять, дочь или сноха. Конфликты в семействе возникают, как правило, из-за материально-бытовой неустроенности, вынужденном существовании в одной квартире, а также в результате алкоголизации отдельных членов семьи. Как правило, пожилые люди, получающие повреждения от родственников, обращаются за помощью только после неоднократных конфликтов, проявляя до определенных моментов жалость к обидчику-родственнику.

Социальная политика должна быть направлена на оказание необходимой помощи таким семьям, вплоть до выделения определенных средств и льгот для стимулирования домашнего ухода за старыми людьми, обучение лиц, осуществляющих такой уход, самым элементарным геронтологическим понятиям и правилам.

Т 4.3.11 Рост числа одиноких пожилых людей, экономические и социальные аспекты одиночества в старости.

Одиночество — еще одна из -проблем пожилого человека. Особенно много одиноких женщин, но женщина легче приспосабливается к одиночеству после смерти мужа, чем мужчина. Мужчина-вдовец - редкое явление, он, как птица с одним крылом, не приспособлен к жизни.

Сотни факторов и множество обстоятельств влияют на жизнь и здоровье одиноких, и далеко не все из них обречены на раннюю смерть, хотя среди всех «официальных» долгожителей, т.е. лиц, продолжительность жизни которых удостоверяется документально, нет и не было ни одного старого холостяка, ни даже вдовца, жившего одиноко длительное время. Но даже если не говорить о долгожителях, то и в числе всего остального населения одинокие умирают раньше, нежели семейные. Скрасить жизнь пожилых людей могут животные.

«Одиночество» — отсутствие человеческих контактов — разрушает личность, ее социальный строй.

Большинство пожилых людей, тем более одиноких, нуждается в постоянном медицинском наблюдении и уходе, в психологической поддержке и психиатрической помощи.

Т 4.3.12 Создание безопасной среды для пожилого человека в общественных местах, в транспорте, на улице.

Очень важно уделить максимальное внимание мерам безопасности для наших пожилых близких. Это поможет избежать множества неприятностей и на долгие годы подарит им радость жизни.

Рекомендации по созданию безопасной окружающей среды:

- Полы должны быть чистыми и сухими, на них не должно быть ненужных предметов.

- У ковров и ковровых покрытий не должно быть загнутых краев, потрепанных или порванных частей.
- Ковры должны иметь нескользящее основание (двухсторонний скотч).
- Не должно быть высоких перепадов в напольных покрытиях.
- На пути из одного помещения в другое не должно быть препятствий, порогов или незакрепленных проводов.

Лестницы

- У лестниц по всей длине должны быть перила, в верхней и нижней части лестницы — ограждения. Перила и ограждения необходимо надежно закрепить.
- На лестницах не должно быть ковровых дорожек. Края ступеней желательно «окантовать» нескользким материалом.
- Пороги и края ступенек и на лестнице желательно отметить, например, белой краской, чтобы их было хорошо видно

Освещение

- Освещение должно быть достаточным и днем, и ночью.
- Выключатели освещения должны располагаться рядом с дверью так, чтобы до них было удобно достать рукой.
- Выключатели настольных ламп и торшеров также должны быть под рукой.
- Устанавливать светильник таким образом, чтобы его легко было включать, находясь в кровати.
- Для освещения лучше использовать лампочки высокой мощности.

Обстановка, мебель

- Стены внутренних помещений желательно оборудовать поручнями.
- Не следует использовать мебель с выступающими углами и ножками.
- Разместить для хранения наиболее часто используемые предметы на нижних полках (приблизительно на уровне пояса).
- В комнате подопечного на видимом месте должны быть размещены часы и календарь.

Обстановка, мебель

- Кровать должна быть удобной. Верхний край матраса должен быть на уровне не ниже уровня колен.
- Все необходимые предметы, такие как очки, книги, газеты, лекарства, вода для питья должны лежать рядом с изголовьем.

Ванная комната

- В ванных комнатах и душевых помещениях на полу должны лежать резиновые коврики или нескользкие покрытия.
- Рядом с ванной, душем и унитазом должны быть оборудованы поручни.

- Мыльница и полотенце должны находиться не далее расстояния вытянутой руки.

- При необходимости приобрести стул, предназначенный для купания с установленными на ножках силиконовыми или резиновыми заглушками.

Практическое занятие № 24.
«Основные проблемы человека преклонного возраста и возможные способы их решения»

Т 4.3.13 Сестринские услуги лицам пожилого и старческого возраста.

Сестринские услуги лицам пожилого и старческого возраста.

При работе с пожилыми людьми медицинская сестра должна знать психологические особенности гериатрического пациента.

Работа с пожилыми людьми требует большого терпения, снисходительности и искусства общения. Чувство уважения к пожилому пациенту, часто восхищение его жизненным анамнезом обычно резко повышает доверие к медсестре, ее авторитету как специалиста.

Медсестра должна уметь хранить тайну, доверенную ей больным, не злоупотреблять доверием, которым она пользуется в силу своего положения.

Сестринский процесс состоит из 5 этапов:

1 — сбор субъективной и объективной информации о пациенте;

2 — сестринская диагностика или интерпретация проблем пациента;

3 — планирование сестринских вмешательств;

4 — реализация намеченного плана;

5 — оценка эффективности и анализ деятельности.

Т 4.3.14 Психологические и этические аспекты сестринской работы с пожилыми и старыми людьми.

Психологические особенности людей пожилого возраста:

1. Морфологические изменения в нервной системе при старении, особый социальный статус пожилого человека обусловливают изменения психики гериатрического пациента.

2. Пониженная способность к адаптации и, вследствие этого, большая уязвимость людей «третьего» возраста объясняют усиление их эгоизма вплоть до эгоцентризма.

3. В интеллектуальной сфере отмечается замедление психических реакций, скорости переключения, ослабление интенсивности внимания и кратковременной памяти, снижение ориентировки в пространстве и возможности научения. Однако сохраняется способность к ассоциативному мышлению, активному использованию богатого жизненного опыта. В целом, интеллектуальный коэффициент тем выше, чем выше был общекультурный и образовательный уровень, достигнутый человеком в более молодые годы.

4. В эмоциональной сфере — интраверсия (обращенность в мир внутренних переживаний), снижение интенсивности эмоций вплоть до апатии, склонность к аффективным реакциям, лабильность (неустойчивость) настроения, тревожность и мнительность.

5. В моральной сфере — консерватизм, медленное привыкание к новым нормам морали, манер поведения, критика этих норм и манер.

6. У лиц старшего возраста формируется определенное своеобразие структуры психического склада за счет ухудшения образного мышления, снижения силы, уравновешенности основных нервных процессов, изменения темпа психомоторных реакций

7. Общепринятым является: заострении черт характера, консерватизм пожилых, немотивированная обидчивость, эгоцентризм, ипохондричность, что составляет основной механизм нарушений психологической адаптации в старческом возрасте.

8. Изменения в характере пожилого человека объясняются ослаблением контроля над своими реакциями.

9. Систематическая умственная деятельность, тренировка интеллекта, устоявшиеся профессиональные навыки способны поддерживать мозг в работоспособном состоянии до глубокой старости.

10. Британский психолог Д. Бромлей выделил **пять основных «жизненных позиций» пожилых людей:**

Конструктивная позиция - формируется у людей которые были и остаются спокойными, довольными, жизнерадостными. Не страшатся старости, смерти, недомоганий.

Зависимая позиция - формируется у людей, которые не доверяли себе всю свою жизнь, были зависимыми, пассивными. В старости они ещё больше ищут поддержки, помощи, но получая это недостаточно, чувствуют себя обиженными, несчастными.

Защитная позиция - формируется у людей, замкнутых, отгораживающихся от окружающих. Они ненавидят старость.

Позиция «Враждебности к миру» - формируется у людей, которые обвиняют окружающих и общество за свои неудачи.

«Враждебность к себе и своей жизни» - формируется у людей, пассивных, безынициативных, не имеющих собственных интересов, склонными к депрессиям.

Т 4.3.15 Принципы эффективного общения.

Чтобы общение было плодотворным, следует соблюдать рекомендации:

1. Не нужно спорить с пожилым человеком, критиковать его действия.
2. Не отвечать конфликтогеном на конфликтоген.
3. Не нужно показывать свои истинные эмоции: раздражение, злость, обиду. Просто попытайтесь его понять и выяснить причину его поведения.

4. Не нужно смеяться над страхами и опасениями своего собеседника. Постарайтесь отнестись с пониманием ко всем его проблемам, посочувствуйте.

5. Постарайтесь не перебивать пенсионера, а предоставьте ему возможность выговориться. Если на это не хватает времени, то нужно как можно деликатнее остановить разговор и пообещать продолжить, как только появится возможность.

6. Начинайте разговор только по обоюдному согласию. Не нужно навязываться старику, но и не нужно избегать общения с ним.

7. Говорите достаточно громко, внятно и четко, не торопитесь в высказываниях, не хамите, относитесь к собеседнику с уважением.

8. Убеждайте пожилого человека уговорами и упрашиваниями, воспользуйтесь помощью людей, которые способны оказать на него влияние, но не наседайте.

9. Для убеждения попробуйте привести примеры с жизни других людей, персонажей, исторических личностей.

10. Если пожилой человек начинает бросаться обвинениями, не следует остро на них реагировать. Нужно набраться терпения и постараться сообща решить вопрос.

11. Всегда оставайтесь тактичными, смотрите собеседнику прямо в глаза, относитесь с уважением.

Попробуйте сами прожить один день с ощущением ушедшей молодости и утекающего ежеминутно времени, с чувством того, что дети под словом «моя семья» далеко не всегда имеют в виду и вас. А теперь представьте, если такой опыт повторяется каждый день. Именно поэтому большинство ссор случаются из-за того, что вы живете своей жизнью, а для родителей в ней места с каждым годом все меньше. Отсюда же печально известная озлобленность пожилых людей – признак уязвимости и неуверенности в себе. **Пожилым людям необходимо внимание**.

Т 4.3.16 Сестринский уход при оказании консультативной помощи по вопросам укрепления здоровья пожилых людей.

При осуществлении ухода за пожилыми пациентами необходимо учитывать их возрастные особенности, которые несколько изменяют каждый из элементов сестринского процесса.

1. На первом этапе медсестра должна оценить следующие группы параметров:

- состояние основных систем организма;
- психологический статус;
- способность пациента к осуществлению самоухода;
- данные об окружающей среде в плане положительных и отрицательных влияний;
- социальный статус.

При работе с гериатрическими пациентами возникают трудности в сборе субъективной информации в связи с нарушениями слуха и речи, памяти на недавние события, эмоциональной лабильностью.

Анализируя информацию, полученную при субъективном обследовании пожилого пациента, необходимо помнить о часто встречающейся неадекватном оценке своего состояния.

В качестве источника информации большое значение имеют родственники и люди, ухаживающие за по жилым человеком дома, а также медицинские работники, с которыми сталкивался пациент.

2. Второй этап сестринского процесса у гериатрического пациента затрудняется обилием физиологических, социальных, психологических проблем. Это требует от медсестры наблюдательности, достаточного знания проявлений заболеваний и особенностей течения болезней у пожилых людей.

На первое место должны быть поставлены реальные и потенциальные проблемы, которые могут вызвать резкую дестабилизацию состояния пациента. Это могут быть как физиологические, так и психологические, а нередко и социальные проблемы.

3. Третий этап сестринского процесса.

При планировании определяются цели и выбираются мероприятия сестринского ухода, причем пациент активно вовлекается в этот процесс. Для решения каждой из проблем составляется отдельный план, обеспечивающий, по мнению медсестры, достижение целей ухода.

Цели должны быть реальными, отражающими действия пациента по восстановлению и сохранению своего здоровья (с обязательным указанием сроков и условий выполнения этих действий). Например, «Пациент сможет, используя трость, передвигаться по палате через 3 дня». Для выбора набора сестринских вмешательств должны использоваться разработанные и принятые стандарты сестринской деятельности.

Основными особенностями реализации третьего этапа сестринского процесса в отношении пациентов старше 60 лет являются:

1) длительные сроки достижения целей ухода;

2) меньшие возможности активного участия пациента в решении проблем, связанных с его здоровьем;

3) необходимость учитывать при определении целей ухода выраженность процессов старения органов и систем.

Т 4.3.17 Сестринское обследование удовлетворения универсальных потребностей стареющего человека с точки зрения влияния на здоровье.

Сестринское обследование пожилого человека требует больше времени.

Говорить с пожилым необходимо ясно, более медленно, не кричать в ухо пациента.

При опросе следует выяснить, как сам пожилой человек описывает свое состояние в настоящий момент, что делает для поддержания здоровья, что

знает о связи между образом жизни и здоровьем, что знает о лекарствах, которые принимает, если есть аллергия, что делает для ее предупреждения, что знает о болезнях своих родственников, имеет ли серьезные болезни или повреждения.

Выясняют также обмен веществ и питание: как питается пациент, как сочетаются рекомендуемая и реально соблюдаемая диеты, есть ли болезни, связанные с нарушением обмена веществ или пищеварения.

Выделительная функция: как функционируют органы выделения, имеются ли жалобы со стороны мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта и кожи.

Двигательная активность: как пациент оценивает свою двигательную активность, есть ли заболевания сердечнососудистой, дыхательной или опорно-двигательной систем.

Режим сна и отдыха: есть ли нарушения сна, с чем они связаны, чем занимается пациент в свободное время.

Самовосприятие и самопонимание: что человек чувствует, что необычно в его ощущениях, комфортно ли ему.

Ролевые отношения: как человек оценивает свою роль в семье, на работе и т.д., есть ли у него положительные примеры этих ролей.

Толерантность к стрессу: как человек обычно справляется с проблемными ситуациями, его действия обычно помогают преодолению таких ситуаций или ухудшают их, существуют ли у пациента индивидуальные приемы при эмоциональном стрессе.

Увлечения и жизненные приоритеты: какие принципы важны еще с детства, и к какой культурной, этнической, религиозной или другой группе относится человек, какова его система жизненных ценностей.

После опроса медсестра определяет проблемы пациента, которые могут быть связаны с дефицитом его знаний в области укрепления здоровья, неправильным образом жизни (курение, злоупотребление алкоголем, неправильное, нерациональное питание и т.д.). На основании полученных данных составляется и осуществляется план сестринских вмешательств.

План сестринского ухода:

дата	проблема пациента	желаемый результат	действия медсестры	сроки исполнения	оценка достигнутого эффекта

При составлении плана медсестра обязательно должна заручиться поддержкой пациента и родственников для успешного выполнения намеченных мероприятий.

При реализации сестринских вмешательств медсестра должна дать полную консультацию пациенту по вопросам рационального образа жизни, помочь в формировании здоровых привычек (отказ от курения, употребления алкоголя).

Итак, наибольший дискомфорт у лиц старших возрастов вызывают

- нарушения двигательной функции (44%),
- сна и отдыха (35,9%),
- пищеварения (33,7%),
- кровообращения (32,4%),
- дыхания (.40,6%),
- стула (28,4%),
- мочевыделения (24,3%),
- терморегуляции (19,4%),
- зрения (14,3%),
- слуха (7,2%),
- эмоционального состояния (25,5%),
- психических функций (21,2%).

Т 4.3.18 Оценка факторов индивидуального риска.

Медсестра должна указать пациенту на факторы риска, которые могут привести к ухудшению его здоровья: это может быть ожирение, гиподинамия, неполноценный отдых, плохой уход за кожей и т.д.

Т 4.3.19 Оценка потенциальных возможностей (ресурсов) пациента и его семьи для обеспечения позитивных перемен в образе жизни.

Чтобы жить в гармонии с окружающей средой, человеку необходимо постоянно удовлетворять свои потребности. Существуют несколько теорий о потребностях, **изучать которые мы будем в следующей главе**.

При нарушении удовлетворения хотя бы одной из потребностей у пациента развивается болезненное состояние.

Медсестра знает, что нарушить потребности человека могут факторы риска. Их более десяти. Некоторые из них могут возникать в определенных условиях жизни человек. Главное, если невозможно их устранить, необходимо найти способ адаптации человека к жизни в новых условиях, научить человека жить с факторами риска.

На потребность пациента и (или) его семьи в обучении, которую он испытывает в определенный момент своей жизни можно активно влиять с целью улучшения здоровья, и значительная роль в этом принадлежит медсестре.

Для этого медсестре необходимо:

1. Оценить образ жизни пациента - способ удовлетворения основных потребностей пациента.

2. Определить потребность в обучении самоуходу, улучшению состояния здоровья, т.е. чему обучать пациента.

3. Оценить социальное и культурное окружение пациента, его влияние на процесс обучения пациента, т.е. решить вопрос кто и как будет обучать пациента.

4. Оценить особенности обучаемых: психическое развитие (умственное, социальное, волевое), отношение к обучению и другие индивидуально-психологические особенности пациента: внимание интерес к обучению, осмысливание, понимание, запоминание и др.

Т 4.3.20 Проблемы пациента, связанные с дефицитом знаний, умений, навыков в области укрепления здоровья.

После проведенной оценки медсестра должна сформулировать проблемы пациента, связанные с дефицитом знаний, умений и решить, кто из профессиональных работников может помочь пациенту. Проблемы, которые медсестра может самостоятельно разрешить, называются сестринскими диагнозами. Сестре необходимо их четко сформулировать и установить их приоритетность и значимость для пациента.

Информация о пациенте интерпретируется медсестрой и отражается в сестринской истории с точки зрения потребностей пациента в обучении.

Т 4.3.21 Мотивация пациента на оздоровление образа жизни.

Мотивация здорового образа жизни.

Приобщение человека к ЗОЖ следует начинать с формирования у него мотивации здоровья. Забота о здоровье, его укреплений должна стать ценностным мотивом, формирующим, регулирующим и контролирующим образ жизни человека.

Образ жизни каждого человека определяет его представления о смысле жизни, отношение к окружающему миру, к себе, к своему здоровью. Доказано, что никакие пожелания, приказы, наказания не могут заставить человека вести здоровый образ жизни, охранять и укреплять собственное здоровье, если всем этим не управляет осознанная мотивация здоровья.

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

Стиль здоровой жизни определяется разными мотивами. Назовем главные из них:

- ***мотивация самосохранения***; человек не совершает того или иного действия, зная, что оно угрожает его здоровью и жизни. Например, человек не будет прыгать с моста в реку, если он не умеет плавать, ибо заведомо знает, что утонет;
- ***мотивация подчинения этнокультурным требованиям***: человек подчиняется этнокультурным требованиям потому, что хочет быть

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

- ***мотивация получения удовольствия от здоровья***: эта простая гедоническая (наслажденческая) мотивация, ибо ощущение здоровья приносит радость. Чтобы испытать это чувство, человек стремится быть здоровым. Например, дети и подростки любят бегать прыгать, танцевать, так как эти занятия улучшают кровообращение в организме, повышают обмен веществ, вызывают положительные эмоции, повышают настроение. Все это способствует формированию мотивации, побуждающей к максимизации двигательной активности такого характера, а позже к формированию интереса к систематическим занятиям танцами или физической культурой. По мере взросления эти занятия перейдут в привычку, которая непременно будет доставлять удовольствие, поскольку результатом будет не только хорошее настроение, но и физическое совершенство. Важно не переусердствовать в этом;
- ***мотивация самосовершенствования***: выражается в осознании того что, будучи здоровым, можно подняться на более высокую ступень общественной лестницы. Эта мотивация весьма существенна, для выпускников, средних и высших учебных заведений, когда необходимо быть конкурентоспособным, чтобы добиться высокого уровня общественного признания. У здорового выпускника больше шансов на успех;
- ***мотивация маневрирования***: она сводится к, тому, что здоровый человек сможет по своему усмотрению изменять свою роль и свое местоположение в сообществе. Здоровый человек может менять профессии, перемещаться из одной климатической зоны в другую, он чувствует себя свободным независимо от внешних условий;
- ***мотивация сексуальной реализации*** формулируется так: «Здоровье дает мне возможность для сексуальной гармонии». Сексуальная потенция мужчины и женщины находится в прямой зависимости от здоровья. А молодому человеку архиважно быть сексуально привлекательным;
- *мотивация достижения максимально возможной комфортности*, сущность которой сводится к тому, что здорового, человека не беспокоит, физическое и психологическое неудобство.

Люди, у которых все мотивации одинаково значимы, встречаются крайне редко.

Т 4.3.22 Планирование мероприятий по укреплению здоровья совместно с пациентом и его семьей.

Роль медицинской сестры определяется целями сестринского дела, которые в различной степени должны разделять, и другие работники системы здравоохранения. К таким целям относятся следующие:

- помощь пациенту, его семье в определении и достижении физического, умственного и социального здоровья в связи с их социальным и экологическим окружением.
- укрепление и сохранение хорошего здоровья, а также профилактика его отклонений.
- вовлечение пациента в заботу о своем здоровье.
- удовлетворение потребностей в физической, эмоциональной или социальной заботе в случае нездоровья, немощности или смерти.

Т 4.3.23 Реализация сестринских вмешательств: консультации по вопросам рационального образа жизни, обеспечения печатной информацией, помощь в формировании здоровых привычек.

4. Четвертый этап сестринского процесса.

Реализация плана ухода включает в себя 3 типа сестринских вмешательств: зависимый, независимый, взаимозависимый.

- ***Зависимые вмешательства*** проводятся медсестрой по назначению врача и иногда выполняются под его наблюдением (это может быть введение наркотических анальгетиков, обеспечение соблюдения пациентом определенного режима и диеты и т. п.). При выполнении таких вмешательств медсестра является, с одной стороны, пунктуальным исполнителем распоряжений врача, с другой — помощницей пациента в восстановлении здоровья. Поэтому перед выполнением назначений медсестра должна уточнить их соответствие текущему состоянию пациента и при необходимости проконсультироваться с врачом.
- ***Независимое вмешательство*** — действия, осуществляемые медсестрой по собственной инициативе без прямого требования со стороны врача. Например, оказание помощи пациенту в самообслуживании, наблюдение за реакцией пациента на болезнь и за адаптацией пациента к болезни, наблюдение за реакцией пациента на лечение и за адаптацией к лечению, обучение пациента приемам лечения и ухода за собой (самомассажу, гигиене и т. п.), советы пациенту относительно его здоровья.
- ***Взаимозависимое вмешательство*** — это сотрудничество медсестры с физиотерапевтом, диетологом или инструктором ЛФК, когда усилия по восстановлению здоровья пациента взаимны и равнозначны.

Т 4.3.24 Оценка эффективности сестринских вмешательств.

5. Пятый этап сестринского процесса.

Оценка эффективности и качества ухода за пациентом проводится постоянно и включает в себя оценку степени достижения целей, обследование

ответной реакции пациента на сестринское вмешательство, активный поиск и оценку новых проблем. Осуществление данного этапа требует от медсестры умения мыслить аналитически при сравнении ожидаемых результатов с достигнутыми и выяснении причин неудач. Это могут быть непредвиденные осложнения состояния пациента, нереальность поставленных целей и т. п.

В центре сестринского процесса — пациент как уникальная личность, активно сотрудничающая с медперсоналом.

Основная задача сестры — побудить пациента к самообслуживанию и поэтапному решению проблем.

Т 4.3.25 Поощрение успехов пациента в оздоровлении образа жизни.

"Для повышения ответственности граждан за свое здоровье нужен комплекс мер. В частности, широкое информирование людей о причинах большинства болезней и путях их предупреждения. Важны также меры воспитательного характера в семьях и в школах, формирование культа здоровья. Мы должны двигаться в сторону повышения мотивации у населения внимательно относиться к своему самочувствию и регулярно контролировать его состояние.

Например, ***в качестве поощрения за бережное отношение к своему здоровью людям можно было бы предоставлять дополнительные дни к отпуску, возможность бесплатно заниматься в фитнес-центрах, бесплатные путевки в санаторно-курортные учреждения*** и т.д. Все это должно быть основой формирования профилактической модели системы здравоохранения", - считает Николай Говорин.

Впрочем, не факт, что стимулирующие меры, если они появятся (а над возможными вариантами уже не первый год работает Минздрав), будут поддержаны населением. Когда участникам опроса предложили оценить возможность введения "санкций" за отказ проходить диспансеризацию, вакцинацию, или же, наоборот, о поощрениях за ответственный подход к своему здоровью, мнения разделились диаметрально. Почти 40% отреагировали негативно, пояснив, что "это личное дело каждого человека". И только около 30% считают, что метод "кнута и пряника" действительно может подтолкнуть население внимательнее следить за собой.

Т 4.3.26 Коррекция сестринских действий на основании обратной связи.

Задача пятого заключительного этапа сестринского процесса – определение результативности сестринского вмешательства. Оценка осуществляется сестрой непрерывно, с определённой периодичностью, которая зависит от состояния пациента и характера проблемы.

Можно выделить основные аспекты оценки:

- достижение цели;

-реакция пациента на сестринское вмешательство;

-активный поиск и оценка новых проблем, нарушенных потребностей.

Оценка считается положительной, когда цели и ожидаемые результаты достигнуты, отрицательной, если результаты нежелательны или не удалось избежать потенциальных проблем. Состояние пациента в результате сестринского вмешательства служит основой для оценки качества ухода или принятия решения о необходимости коррекции плана.

Коррекция ухода проводится, если цель не достигнута по данной проблеме; проводится переоценка всех этапов сестринского процесса; устанавливается причина ухудшения состояния или момент, когда никаких улучшений не наступило. Вносятся изменения в план сестринского процесса или ожидаемые результаты.

Оценка результатов и коррекция позволяют:

- определить качество ухода;
-обследовать ответную реакцию пациента на сестринское вмешательство;
-найти новые проблемы пациента.

Т 4.3.27 Представление о гериатрической фармакотерапии, правила безопасного лечения пожилого человека фармакологическими препаратами.

Реализация плана ухода за гериатрическим пациентом должна проводиться с учетом **особенностей фармакотерапии** лиц пожилого и старческого возраста:

- раздача лекарств должна быть индивидуальной, на один прием с многократными повторениями правил приема;
- лекарственные средства через рот должны приниматься с интервалом 40-60 минут;
- действие препаратов наступит позднее, т. к. замедляется всасывание лекарств как в желудочно-кишечном тракте, так и при подкожном или внутримышечном введении (из-за возрастного снижения периферического кровообращения), нарушается транспорт веществ кровью (из-за снижения уровня альбуминов);
- возрастает риск кумуляции препаратов из-за затруднения выведения их через почки, кишечник, кожу и легкие и снижения обезвреживающей функции печени;
- увеличивается риск появления аллергических и подобных им реакций даже на препараты, принимавшиеся ранее;
- необходим контроль приема препаратов, назначавшихся ранее по поводу хронических заболеваний. При уходе за пациентами «третьего возраста» необходимо помнить, что они чрезвычайно чувствительны к гиподинамии, быстро становятся зависимыми при гиперопеке, могут иметь сниженные волевые функции и нуждаются в значительной моральной поддержке. Медсестра должна стремиться внимательно относиться к индивидуальности пациента — воспринимать его как личность.

При работе одновременно с несколькими пожилыми пациентами нельзя в общении выделять кого-либо из них, а заполняя палаты, следует обязательно учитывать психологическую совместимость.

Внимательное наблюдение за эмоциональным и физиологическим состоянием гериатрического пациента позволит медсестре правильно оценить реакцию больного на болезнь и проводимые диагностические и лечебные процедуры и предупредить развитие потенциальных проблем.

Дискуссионное обсуждение социальных проблем человека преклонного возраста, экономических и социальных аспектов одиночества, особенности формирования и оказания социальной помощи в России.

Пенсионное обеспечение, система льгот.

Определение и обоснование нуждаемости в социальной помощи. Обсуждают проблемы создания безопасной среды в общественных местах, на транспорте, на улице и т.д. для людей преклонного возраста.

Обосновывают значение семьи для пожилого пациента, роль общественных организаций в сохранении социальной активности.

Проведение собеседования с пациентом преклонного возраста, определение его социального статуса, выявление сохранности социальных контактов, положения пациента в микросоциуме. Составление отчета по результатам собеседования с выводами. При разборе конкретных ситуаций определяют и обосновывают нуждаемость в социальной помощи.

Дискуссионное обсуждение возможностей сестринской службы в удовлетворении универсальных потребностей пожилых пациентов и решении их проблем со здоровьем.

Теоретическое обоснование особенностей специализированного сестринского ухода с учётом анатомо-физиологических и психологических возрастных изменений, особенности способов удовлетворения универсальных потребностей.

Методика сестринского обследования образа жизни пациента. Примеры возможных проблем пациента, связанных с дефицитом знаний, умений, навыков в области укрепления здоровья. Определение целей и планирование объема обучения. Реализация плана обучения. Оценка эффективности объема обучения.

Обеспечение безопасности пожилого пациента в МО, в том числе особенности раздачи лекарственных средств в геронтологических отделениях. Обучение пациентов старших возрастных групп правилам приема лекарственных препаратов в домашних условиях.

Работа с пациентами старших возрастов в отделениях стационара.

ТЕМА 4.4.
ИСКУССТВО ПРОДЛЕНИЯ ЖИЗНИ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СМЕРТИ

Теоретическое занятие № 27.
«Искусство продления жизни»

Т 4.4.1 Здоровый образ жизни как залог активного долголетия.

Люди всегда хотели иметь долгую жизнь. Еще в древности люди пытались разгадать секрет долголетия. Каждому человеку хочется жить и быть здоровым, трудоспособным как можно дольше и не ощущать бремя старости. Старость подкрадывается незаметно и все - таки наступает. К сожалению, старость неизбежна. Чтобы удлинить себе жизнь, не нужно ее себе укорачивать. Источник долголетия кроется, прежде всего, в сохранении своего здоровья.

Для сохранения и укрепления здоровья, для профилактики болезней надо соблюдать определенные **принципы, характеризующие здоровый образ жизни**.

Каждому необходимо полноценно питаться, быть физически активным, соблюдать душевный покой, избегать вредных привычек. Эти рекомендации особенно необходимы для людей пожилого возраста.

Для сохранения здоровья и предупреждения преждевременного старения недостаточно пассивно ожидать, что природа подарит вам благополучную «осень жизни». Человек сам должен совершить для этого конкретные действия, проявить активность. Большое значение в продлении жизни имеет диета.

Т 4.4.2 Факторы риска для человека пожилого и старческого возраста.

Факторами риска для людей пожилого возраста является малоподвижный образ жизни, неправильное, нерациональное питание, избыточный вес, вредные привычки.

Т 4.4.3 Пути увеличения продолжительности жизни и замедление темпов старения.

В старости важное значение имеют оздоровительные мероприятия, активный двигательный режим, рациональное, сбалансированное питание, антисклеротическая направленность диеты с использованием антиоксидантов и других геропротекторов, положительный эмоциональный фон, оптимистическая психологическая настроенность, сохранение рабочего стереотипа. Укорачивают сроки жизни человека, отчуждение от всего окружающего, привычного, от эмоциональных встрясок, а также перенапряжение, нервное истощение.

Т 4.4.4 Позитивная личностная концепция.

Позитивное мышление

Символ долголетия – позитивное мышление. К сожалению, многие о нем слышали, но не знают, как настроить себя на правильное настроение.

Позитивное мышление – это не только фактор, который оказывает влияние на долголетие, но и ключ к счастливой жизни и достижению поставленных целей.

Сила позитивного мышления заключается в следующем – мир вокруг нас может быть плохим и хорошим. То, каким он окажется, зависит исключительно от самого человека. Прежде всего, важно ждать хороших событий и новостей, верить в собственные силы и успех. Однако не всегда достаточно одной веры – ее нужно подкрепить активностью. Заключается она в поиске вдохновения и возможных решений жизненных ситуаций.

Позитивное мышление дает неограниченный ресурс энергии. Это важно! Неудачи будут встречаться на пути – это неизбежно, но позитивное мышление заключается в умении правильно относиться к ним. Понимание, что ***любые проблемы временные, — придает силы, человек становится сильнее.***

Принципы позитивного мышления:

- любовь – прежде всего;
- ресурсов во вселенной огромное количество – их хватит на всех;
- относитесь к себе, как к волшебнику, способному творить чудеса;
- полюбите себя;
- вселенная справедлива и ею нужно восхищаться;
- замечайте вокруг себя только хорошее.

Т 4.4.5 Способы сохранения интеллекта.

Интеллектуальные нагрузки

Конечно, к старости память заметно ухудшается у многих людей. Но если её постоянно тренировать, то эти процессы ощутимо замедлятся. К тому же в пожилом возрасте, когда свободного времени вполне достаточно, его можно посвятить самым разным интересным и увлекательным занятиям, на которые раньше не хватало времени.

Полезной будет любая деятельность: изучение иностранных языков, наук, поэтических произведений, песен и т.п. Некоторые пенсионеры посещают различного рода клубы и кружки для пожилых людей, творческие студии, хоры ветеранов. Массу различных мероприятий проводят в своём кругу такие общественные организации, как Союз пенсионеров или Общество инвалидов.

Современные библиотеки с недавних пор уже не ограничиваются предоставлением доступа к литературе и периодическим печатным изданиям (газетам, журналам). На их базе, по сути, сформировались полноценные культурные центры.

В библиотеках проводятся различные мероприятия: лектории, семинары, концерты художественной самодеятельности, литературные вечера и т.л. Ежегодно по всей стране проводится «Библионочь», по своему содержанию похожая на «Ночь музеев».

Кроме того, в библиотеках предоставляется возможность доступа к интернету. Это очень удобно для тех пенсионеров, кто хотел бы «подружиться»

с компьютером, но не имеет возможности его приобрести и оплачивать услуги по доступу к сети.

Т 4.4.6 Понимание возрастных изменений.

Изменение поведения в пожилом возрасте

Пожилой и старческий возраст характеризуется различными изменениями, которые выражаются в следующих проявлениях:

- ***Обидчивость***. Достаточно часто люди преклонного возраста не понимают смысл некоторых слов и полагают, что неудачные шутки направлены в их адрес. В общении с пожилыми людьми следует быть максимально внимательными и взвешивать каждое слово. Только доброжелательное общение поможет избежать обидчивости со стороны близких родственников.
- ***Агрессия.*** Эта эмоция может возникать не по вине пожилого человека, а произвольно. Причина таких проявлений – гормональный сбой или различные социальные факторы. Если агрессия носит эпизодический характер, стоит набраться терпения и узнать у человека о причине его беспокойства. Однако если агрессивное поведение проявляется регулярно и мешает жить окружающим, следует обратиться за помощью к специалисту.
- ***Желание высказаться***. Одна из особенностей психики людей преклонного возраста – стремление хоть ненадолго вернуться в тот период, когда они были востребованы и полны физических сил. Поэтому достаточно часто они в разговоре зацикливаются на воспоминаниях и всецело предаются воспоминаниям. В этом случае необходимо выслушать человека и плавно сменить тему беседы.
- ***Тревожность.*** Нередко ухудшение здоровья и ощущение неполноценности вызывает тревогу и беспокойство. Пожилой человек не хочет чувствовать себя обузой и впадает в угнетенное эмоциональное состояние. Чтобы избежать депрессии престарелого, близкие люди должны попытаться настроить человека на позитив, подняв его самооценку: хвалить за любые достижения, поступки и т.д. Таким образом, он почувствует себя более уверенно и, возможно, будет пытаться сделать что-то полезное.
- ***Забывчивость.*** Причина таких проявлений – различные изменения в структуре мозга. Угасание функций головного мозга – необратимый естественный процесс, предотвратить который невозможно. Если забывчивость не вносит дискомфорт в жизнь престарелого человека, не стоит придавать этому большое значение. Однако если появляется реальная угроза его здоровью и жизни, требуется помощь врача-психиатра, который установит причину психического расстройства и назначит лечение, корректирующее поведение.
- ***Скупость.*** Пенсионный возраст практически всегда означает снижение финансовых возможностей и это, конечно, негативно сказывается на эмоциональном состоянии человека. Он начинает экономить денежные сбережения, старается жить по средствам, которые получает ежемесячно в виде

пенсионных выплат. Отсюда появляется бережливость, которую близкие люди нередко принимают за скупость.

- ***Восприятие информации***. Проблемы с концентрацией внимания и слухом в пожилом возрасте возникают достаточно часто. Поэтому при общении с престарелым говорить нужно громко, а речь должна быть четкой. Если человек не понимает, о чем разговор, следует повторить эту же информацию еще раз, подобрав более простые выражения и фразы. Важно знать, что сложные предложения пугают пожилого человека, и он начинает еще больше осознавать свою беспомощность. Чтобы беседа стала для пожилого человека информативной, нужно говорить медленно, дружелюбно, делать между предложениями паузы. Это позволит ему понять суть разговора и принять активное участие в беседе.

Только поняв, что престарелый человек нуждается в доброжелательном отношении и внимании, можно выстроить с ним продуктивное общение и оказать помощь.

Т 4.4.7 Особенности геродиететики.

Геродиетика

Характерна невысокая калорийность, низкое потребление простых сахаров, высокое содержание в рационе питания растительных продуктов, содержащих витамины и минеральные вещества.

Принципы питания пожилых людей:

- энергетическая сбалансированность,
- максимальное разнообразие питания,
- оптимальное обеспечение рационов питания веществами, стимулирующими активность ферментных систем организма,
- использование пищевых продуктов и блюд, легко доступных действию ферментов.

Калорийность в среднем у пожилых людей она должна составлять 2100 (женщины) — 2300 (мужчины) ккал/сутки, у стариков — 1900 (женщины) — 2000 (мужчины) ккал/сутки.

Лечебно-профилактическая направленности пищевого рациона:

- сниженное употребление жиров животного происхождения, богатых холестерином (замена мяса животных и птицы на мясо рыб, использование растительных масел);
- включение в рацион повышенного количества липотропных веществ: холина, метионина, лецитина;
- снижение количества белка: не более 0,8 г на 1 кг массы тела (нежирные сорта творога и сыра, другие молочные продукты, рыба, постное мясо);
- достаточное употребление растительной клетчатки, пектинов, содержащихся в овощах и фруктах;

- уменьшение легкоусвояемых углеводов, замена части суточного количества сахара (50 г) небольшим количеством меда (не более 2 чайных ложек в день) или фруктозы;
- введение повышенного количества кальция с йогуртом, сыром, сардинами, зелеными листьями овощей и т. п.
- обогащение рациона такими микроэлементами как йод, селен, медь, цинк, магний (это ароматические травы, морские продукты).

Ограничению в рационе пожилых людей подлежит поваренная соль, но пища должна быть богата солями калия. Солей калия много в картофеле, капусте, баклажанах, кабачках, тыкве, абрикосах, землянике и очень много в сушеных плодах (курага, изюм, чернослив, шиповник).

Строгая вегетарианская диета неприемлема с точки зрения рационального питания.

Людям пожилого возраста необходимо ***ограничивать*** прием мясных продуктов из-за содержания значительного количества твердых жиров и холестерина. А вот присутствие молочных продуктов в питании пожилых людей должно быть ежедневным. Особенно ***полезны*** кисломолочные продукты. Питание пожилых людей должно быть полноценным, с достаточным количеством белков, жиров и углеводов.

Соотношение белков, жиров и углеводов для лиц пожилого возраста должно составлять 1:0,8:3,5.

Т 4.4.8 Контроль массы тела.

Люди пожилого возраста должны следить за своим весом, потому что ожирение является фактором риска для таких заболеваний, как атеросклероз, ЦБС, гипертоническая болезнь, сахарный диабет.

Т 4.4.9 Режим рациональной физической активности и распорядок дня пожилого человека.

Пожилой человек должен вести достаточно ***подвижный образ жизни***. Сегодня точно установлено, что гиподинамия — один из факторов риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, ожирения, опорно-двигательного аппарата и других «болезней цивилизации».

Двигательная активность является важнейшим фактором в борьбе со стрессом. Под влиянием активного двигательного режима у пожилых и старых людей значительно улучшается самочувствие, умственная и физическая работоспособность, уравновешивается нервно-психическое состояние, координация движений, укрепляется костная ткань, снижается жировая масса.

Физические упражнения способствуют улучшению кровообращения, облегчают работу сердца, снабжают ткани кислородом. Физические упражнения необходимы пожилым людям под контролем врача-специалиста. При этом нельзя спешить с наращиванием физических нагрузок, их необходимо увеличивать постепенно до оптимального уровня.

К чему приводит гиподинамия:

- развитие гипертонии;
- ишемическая болезнь;
- патологии опорно-двигательного аппарата.

Путь к долголетию – это ежедневные тренировки.

Упражнения для долголетия – это обычная утренняя зарядка, пешие прогулки, пробежки в парке. Помните, что тренировки должны приносить удовольствие и никакого дискомфорта. Чем раньше вы начнете выполнять упражнения для долголетия, тем быстрее они принесут результат. Достаточно заниматься 20- 30 минут в день.

Движение – символ долголетия.

Рассмотрим основные ***принципы двигательной активности***:

- трижды в день на протяжении 10 минут вставайте, приседайте, наклоняйтесь;
- ходите по лестнице пешком;
- прогуливайтесь до магазина и обратно пешком;
- часть пути до работы проходите пешком;
- играйте с детьми в активные игры.

Для пожилого и старческого возраста доступным, безопасным и эффективным средством повышения двигательной активности является дозированная оздоровительная ходьба.

Жизнедеятельность организма подчиняется определенным хронобиологическим ритмам. Пожилой человек, желающий сохранить здоровье, обязан отводить особую роль режиму сна, питания, полезной трудовой деятельности (работа по дому, на даче).

Составлять **распорядок дня** нужно в соответствии со следующими ***принципами***:

- каждое утро нужно выделить час-полтора на себя (гигиена, пробежка или утренняя зарядка, завтрак, время на сборы);
- независимо от продолжительности рабочего дня, нужно выделить час на обед, и не тратить его на телефонные звонки и интернет, обязательно нужно покушать не спеша, в тихой спокойной обстановке;
- по окончанию рабочего дня стоит освежиться и поужинать;
- не стоит решать рабочие вопросы в нерабочее время, если есть семья и дети;
- обязательно в режиме дня должно быть время для развития (чтения книг, посещения курсов вождения или иностранных языков), человек должен расти и развиваться как в личностном плане, та и в профессиональном, от этого зависит его психическое состояние;
- отход ко сну должен быть не позже 10-11 часов вечера, а сам сон должен длиться не менее шести часов (некоторые ученные считают, что взрослому человеку необходимо 8 часов сна для восстановления сил).

Т 4.4.10 Регуляция ночного сна.

Сон — это естественный процесс восстановления сил, обработки накопившейся за день информации, а не просто пассивное состояние. Перед сном не рекомендуется возбуждать нервную систему пожилых людей просмотром остросюжетных телепередач или прочтением подобных книг. Чем ближе ко сну, тем более спокойным должны быть поведение и мысли человека. Продолжительность сна пожилого человека должна быть не менее 7—8 часов для мужчин и 8—9 часов для женщин. Лучший сон считается в период с 22 до 24 часов, поскольку в это время активно идут восстановительные процессы. Многие лица пожилого и старческого возраста спят в дневное время после обеда. Если это способствует хорошему самочувствию, не нарушает ночного сна, то это оправданно; Следует рекомендовать пожилым и старым людям обязательно посильный умственный труд, однако не приводящий к утомлению.

Т 4.4.11 Личная гигиена и герокосметология.

Внешний вид чрезвычайно важен для сохранения уверенности в себе, хорошего настроения. С возрастом пожилые люди иногда перестают следить за собой, имеют довольно неопрятный вид. Медсестра, а также члены семьи или социальные работники должны помогать пожилым людям, если они не могут себя обслужить, проводить гигиенические мероприятия.

Красивый, чистый и ухоженный внешний вид свидетельствует о хорошем самочувствии и состоянии здоровья. Элементарные **правила гигиены** помогут сохранить здоровье и поднять уровень жизненной энергии.

Регулярное мытье рук – защита от многих инфекционных заболеваний, возбудителем которых являются бактерии и микробы. Состояние организма зависит не только от мытья рук. Есть еще и другие факторы здорового образа жизни, которые предотвратят многие заболевания. Это и ежедневное принятие душа (лучше контрастного), чистка зубов дважды в день, маникюр и педикюр, и прочие гигиенические процедуры.

С возрастом кожа становится суше, шелушится, поэтому гигиенические ванны или душ с применением мыла рекомендуется 2-3 раза в неделю. Необходимо применение кремов для лица и рук. Особое внимание необходимо уделять уходу за ногами, так как появляющиеся мозоли, трещины на ногах ухудшают передвижение. Нет сомнения в том, что старческие изменения внешнего облика, и в первую очередь лица и шеи, отрицательно влияют на психоэмоциональную сферу человека и часто, особенно у женщин, являются одним из факторов, приводящих к снижению трудоспособности. Применение косметики в пожилом возрасте также необходимо, но во всем должна быть мера. Хорошо расчесанные и красиво уложенные волосы вызывают у пожилой женщины душевный подъем. После бритья мужчина чувствует себя более бодрым и уверенным.

4.4.12 Сохранение социальных контактов.

Сохранение психического здоровья невозможно без предоставления пожилому человеку достаточной информации, особенно в тех случаях, когда он

привык быть в курсе современных событий. Следует помнить, что дефицит постоянной тренировки умственных способностей так же пагубен, как длительное отсутствие или даже резкое снижение двигательной активности.

Привлечение пенсионеров к труду и различным формам общественной деятельности оказывает благотворное влияние на их здоровье, служит источником их морального удовлетворения, длительного поддержания жизненного тонуса. Увлекательная работа позволяет смягчить недуги старения, забывать о них; нарочитая же праздность превращает человека в раба этих недугов.

Т 4.4.13 Предупреждение психотравмирующих ситуаций в межличностном общении.

Факторов, которые могут стать причиной стресса, огромное количество. Для каждого человека они индивидуальны.

Вызвать **стресс** может шум, высокая интенсивность работы, температурные перепады, травмы, работа с токсичными веществами, высокая ответственность, частые командировки. Человек, который вынужден ежедневно преодолевать действие негативных факторов, неизбежно потребует помощи специалиста, чтобы справиться со стрессом.

В медицине существует понятие – профессиональный стресс – это состояние организма, при котором человек постоянно испытывает нервноэмоциональные перегрузки, в результате возникает постоянное напряжение и переутомление.

Подобное состояние может повлечь за собой развитие таких патологий:

- атеросклероз;
- ишемическая болезнь сердца;
- гипертония;
- расстройства невротического характера.

Находясь в таком состоянии, функции и резервы организма быстро изнашиваются, человек слабеет, развиваются хронические патологии.

Рассматривая влияние стресса на долголетие, стоит говорить о том, что в малых дозах он укрепляет организм, способствует рациональному мышлению, стабилизирует психику. Но для этого важно научиться в стрессовых ситуациях, которые неизбежны, уметь абстрагироваться, на несколько минут закрыть глаза и восстановить дыхание.

Профилактические меры

К профилактическим мерам относятся:

- повышение иммунитета (комплекс мероприятий, направленный на улучшение функционирования всех систем жизнедеятельности человеческого организма);
- физическая активность, спорт;
- умственная активность (тренажеры для мозга);
- закаливание;
- предотвращение стрессовых ситуаций;

- контроль массы тела;
- регулярное прохождение медицинского осмотра и др.
- витамины;
- жирные кислоты (основные).

Т 4.4.14 Интимная жизнь в пожилом возрасте.

Над пожилыми людьми довлеет убеждение, что коль они вышли из фертильного (детородного) возраста, то об интимных отношениях необходимо забыть. У каждого человека под влиянием воспитания, образа жизни, культурных и семейных традиций его среды, генетических, гормональных и нервных качеств складываются свои, только ему присущие представления о характере и нормах сексуального поведения. Так же индивидуальны сроки начала и окончания половой жизни.

Более того, физиологические потенции вторичны по отношению к эмоциональной окрашенности сексуальных переживаний, которые больше зависят от взаимоотношений партнеров, их способности к сопереживанию, коммуникабельности, привязанности друг к другу, стремления доставить радость и удовлетворение другому, а не только получить их самому.

Врачи утверждают, что нормальный, ***регулярный секс*** снимает напряжение, расслабляет тело и душу, позволяет гормональной системе освобождаться от накопившейся скованности и смягчает негативные последствия чрезмерного притока адреналина.

Люди со здоровой половой жизнью живут дольше, так как существует прямая зависимость между эмоциональным благополучием, сильной иммунной системой и здоровым сердцем.

Секс может быть одним из лучших способов снятия напряжения, приобретения чувства уверенности в себе, в своем здоровье и гашения нежелательных стрессов. Конечно, при этом нельзя переходить пределы разумной нагрузки, учитывая, как собственный возраст, так и возраст партнера. Даже отличные лекарственные средства при передозировке приводят к печальным последствиям.

Т 4.4.15 Приспособление к ограничениям и создание безопасной среды обитания для пожилого человека. Требования к жилищу и его оборудованию.

Для пожилых людей необходима удобная **мебель и привычная обстановка, среда обитания должна быть безопасна.**

Старый человек недостаточно устойчив при ходьбе, испытывает затруднение при переходе в положении стоя. В связи с этим кровать для пожилого человека должна быть не ниже 60 см и иметь приспособления для перехода в сидячее положение. ***Одеяло*** должно быть теплым, но легким. Удобный прикроватный столик с необходимыми предметами и хорошо размещенная прикроватная лампа, обеспечивающая достаточное освещение при чтении в постели.

Кресло для пожилого человека должно быть мягким, иметь невысокие, удобные подлокотники и быть неглубоким, чтобы край его не надавливал на область подколенных ямок и не нарушал местного кровообращения, изменение которого может обусловить образование венозных тромбозов. Спинка кресла должна быть достаточно высокой, чтобы быть опорой для головы.

В комнатах не должно быть лишней мебели. Не следует переставлять мебель, не поставив в известность об этом пожилого или старого человека. Передвигаясь по комнате, они больше полагаются на выработавшуюся привычку, чем на зрение.

Если пожилые люди плохо передвигаются, необходимы передвигающиеся на колесиках опоры, передвижные кресла, приспособления для опоры должны быть в туалете, ванной.

В ванной комнате обязательно должен быть резиновый коврик, чтобы пожилой человек не упал. При приеме душа необходимо помочь пожилому человеку отрегулировать температуру воды, чтобы не было ожогов. Температура душа не должна превышать 35 градусов.

Пожилые и старые люди более чувствительны к холоду, сквознякам. Уменьшение регионального кровообращения, в частности микроциркуляции кожи, приводит к снижению кожной температуры. Подкожный жировой слой часто развит хуже, чем у молодых. Все это вызывает у многих зябкость, плохую переносимость пониженной температуры; нередки возражения против частого проветривания помещения. Оптимальная температура помещения должна быть 22-23 градуса.

Следует помнить, что сухость воздуха в помещениях с центральным отоплением плохо переносится пожилыми людьми с хроническими заболеваниями легких и способствует появлению кашля. Чтобы сделать воздух более влажным, на батареи центрального отопления или возле них следует помещать сосуды с водой.

Т 4.4.16 Здоровый досуг.

Основными занятиями пожилых являются физические упражнения, экскурсионный туризм, прогулки, посещение кинотеатров, театров, концертных залов, выставок, чтение книг, просмотр телепередач, встречи с родственниками и друзьями, ухаживание за растениями и животными.

Кроме спорта, туризма и других оздоровительных мероприятий, особое место в системе социальной реабилитации пожилых принадлежит художественно-творческой форме активности.

Т 4.4.17 Ограничение курения, приёма алкоголя.

Курение

Курение оказывает непосредственное вредное воздействие на дыхательную и кровеносную систему. Тем самым нарушая кровоснабжение и насыщение кислородом всех тканей и органов.

Длительное воздействие табачных смол на дыхательные пути приводит к разрушению ворсинчатых клеток трахеи и бронхов, препятствующих проникновению инфекционных агентов в легкие. В результате увеличивается риск инфекционных заболеваний.

Так же хроническая интоксикация никотином и табачными смолами приводит к хроническому обструктивному бронхиту, что через продукты воспалительных реакций также отравляет весь организм.

Никотин оказывает сосудосуживающий эффект на микроциркуляторное русло, что повышает риск тромбообразования и развития инсультов и инфарктов.

Алкоголь

Большие дозы алкоголя или его регулярное употребление в первую очередь влияют на работу пищеварительного тракта. Алкогольные напитки оказывают непосредственное химическое воздействие на стенки желудка, могут стать причиной язвы желудка и ее малигнизации (превращение в раковую опухоль).

Также алкоголь негативно воздействует на печень и поджелудочную железу, разрушая клетки этих жизненно важных для человека органов.

Продукты распада алкоголя оказывают токсическое воздействие на сердечную мышцу, что повышает риск развития инфаркта или возникновения проблем с сердечным ритмом.

Алкоголь негативно влияет на нервную систему. При длительных алкогольных интоксикациях тонкие волокна нервов разрушаются, и утрачивается чувствительность в стопах и кистях рук, распространяясь выше по конечностям. Воздействие алкоголя на центральную нервную систему (головной и спинной мозг) проявляется в разрушении нейронов в мозге, и приводит к раннему развитию энцефалопатии и деменции.

Также часто злоупотребление алкоголем связано с недостаточным питанием, что может привести к истощению организма и возникновению проблем с кроветворением (B12-дефицитная анемия, фолиеводефицитная анемия). Аномальные клетки крови не могут осуществлять достаточный газообмен в тканях и органах, из-за чего человек чувствует себя изможденным.

Нельзя сказать, что секреты активного долголетия включают в себя полный отказ от курения или употребления алкоголя. Только есть важная особенность - долгожители никогда не становились рабами своих пагубных пристрастий.

Т 4.4.18 Условия окружающей среды, препятствующие сохранению здоровья.

В современном мире на здоровье человека все большее влияние оказывают разные свойства и качества факторов окружающей среды.

1. Климатические факторы

Наиболее распространенными факторами оказывающие воздействие на самочувствие человека являются изменения атмосферного давления и электромагнитного поля. Также могут оказывать влияние изменения влажности воздуха, осадки в виде дождя или снега, сильные ветра и т.д. По данным воздействием могут появляются головные боли, обострение заболеваний суставов, перепады артериального давления.

2. Химические факторы

Производственная детальность людей сопровождается выделением в атмосферу выбросов загрязняющих веществ. Химические вещества попадаю вместе с осадками в почву, воду, а затем в организм человека посредством употребления загрязненной пищи и воды, вдыхания воздуха, насыщенного вредными элементами. В результате в организме накаливаются токсические вещества, которые могут вызвать головокружение, тошноту и т.д.

3. Биологические факторы

В окружающей среде присутствует разнообразие вирусов, бактерий и других микроорганизмов, являющимися источниками заболеваний человека.

4. Питание

Пища является одним из главных источников для поддержания нормальной жизнедеятельности человека. Поэтому от качества пищи, получаемой из внешней среды, зависит состояние здоровья человека и его общее развитие. Так по данным многочисленных исследований ученые пришли к выводу, что для поддержания физиологических процессов организма на должном уровне необходимо поддерживаться сбалансированного питания.

Наиболее распространенными заболеваниями на сегодняшний день являются ожирение, сахарный диабет, заболевания сосудов и сердечной мышцы, предпосылками возникновения которых могут быть переедание продуктов, содержащих углеводы и жиры в больших количествах. Также употребление продуктов, содержащих ГМО, в составе которых повышенные концентрации вредных веществ, приводит к ухудшению общего состояния здоровья и к развитию раковых клеток.

5. Воздух

Атмосферный воздух является один из главных элементов окружающей нас среды, поддерживающих существование живых организмов на планете. Если воздухе содержаться вредные вещества, то при контакте с поверхностью кожи или слизистой оболочкой человека, они глубоко проникают в организм. Однако наиболее опасным считается ингаляционный путь поступления загрязняющих веществ в организм человека. Так как приводит к развитию бронхитов и астмы. Наряду с органами дыхания, загрязнители поражают органы зрения и обоняния, а воздействуя на слизистую оболочку гортани, могут вызвать спазмы голосовых связок.

Т 4.4.19 Роль семьи пожилого пациента в сохранении здоровья, способности к самообслуживанию и продлению активного долголетия.

По мнению ученых, **принципы долголетия основаны на близких, семейных отношениях.** Важно, чтобы рядом был близкий человек, с которым можно поговорить, поделиться мыслями и переживаниями. Живое общение способствует синтезу гормона окситоцина, который снижает риск стресса. Крепкие семейные отношения вызывают ощущение спокойствия и защищенности, а это крайне важно для поддержания здоровья.

Не следует забывать, что жизнь не теряет привлекательности, пока сохраняется способность познавать и поддерживать отношения с обществом, даже если человек одинок. Связь с семьей, друзьями — важнейший стимул для сохранения желания жить и быть здоровым.

Теоретическое занятие № 28.
«Основы танатологии. Эвтаназия»

Т 4.4.20 Понятие «смерть».

Смерть - прекращение жизнедеятельности организма и в следствии его гибель или необратимое прекращение обмена веществ в живой субстанции, сопровождающееся разложением белковых тел.

Т 4.4.21 Классификация смерти.

В медицине выделяют две категории смерти — смерть насильственную (в результате воздействия на организм различных факторов внешней среды**) и смерть ненасильственную (**как следствие различных заболеваний**).**

Виды насильственной смерти: убийство, самоубийство и смерть в результате несчастного случая.

Виды ненасильственной смерти: смерть физиологическая, смерть патологическая и смерть скоропостижная.

В зависимости от причин, обусловливающих наступление смерти, различают:

1) ***физиологическую смерть***, или естественную, наступающую в результате физиологического (естественного) старения;

2) ***патологическую смерть***, или ***преждевременную***, вызываемую болезненными состояниями организма, поражением жизненно важных органов.

3) ***скоропостижная смерть*** (внезапная).

Т 4.4.22 Медико-биологические, социально-психологические аспекты смерти.

Естественная смерть.

Танатология – это наука, изучающая динамику и механизмы процесса умирания.

В соответствии с представлениями современных танатологов смерть не является мгновенным событием и не существует определенного «момента смерти».

Умирание — это процесс, имеющий определенную протяженность во времени, при этом происходит постепенное угасание всех функций организма, который умирает постепенно, клетка за клеткой.

Процесс умирания является качественным переходом от жизни к смерти и представляет собой ряд последовательных закономерных нарушений функций и систем организма, которые заканчиваются их полным выключением.

Вопрос о том, когда наступает смерть, является очень важным с психологической и практической точек зрения, особенно для окружения человека, который находится на грани смерти и жизнь которого поддерживается только системами жизнеобеспечения, когда трудно определить, жив ли человек.

Определение времени наступления смерти важно также в медицинском, юридическом и этическом аспектах, когда решается вопрос о реанимационных мероприятиях, их целесообразности, о времени прекращения медицинского вмешательства. Медицинский персонал может быть обвинен в преждевременном прекращении лечения или подвергнут осуждению за слишком длительное и настойчивое его продолжение.

Точная фиксация момента смерти необходима и в связи с развитием трансплантологии: для целей пересадки органов и тканей важно, чтобы они сохраняли свою жизнеспособность и быстро восстанавливали функции в организме реципиента, а это возможно, если они взяты у только что скончавшегося человека.

Основные этапы умирания и смерти.

В процессе умирания различают

- *терминальные состояния,*
- *смерть мозга*
- *истинную*, или *биологическую, смерть.*

К **терминальным состояниям** относят:

- преагонию;
- агонию;
- клиническую смерть.

Для ***преагонального состояния*** характерны:

- нарушения деятельности центральной нервной системы — спутанность или полная утрата сознания;
- нарушения кровообращения — низкое (70—60 мм рт. ст.) или неопределяемое артериальное давление, слабый частый пульс;
- четкие признаки нарушения периферического кровообращения — бледность, синюшность или пятнистость кожных покровов;
- расстройства дыхания — оно становится поверхностным, частым, нередко периодичным.

Эти нарушения способствуют развитию кислородного голодания тканей.

Преагональный период умирания не имеет определенной продолжительности.

При продолжении процесса умирания наступает ***агония,*** начало которой часто (но не при всех видах умирания) четко регистрируется клинически, что обусловлено наличием переходного периода между преагональным состоянием и агонией — так называемой ***терминальной паузы.***

Для терминальной паузы характерным является:

- полное внезапное прекращение дыхания, которое наступает после резкого его учащения;
- резкое угасание роговичных рефлексов;
- продолжительность от нескольких секунд до 2—4 минут.

После этого наступает ***агония,*** которая начинается короткой серией вдохов с постепенно нарастающей амплитудой или единственным поверхностным вдохом с быстрым полным выдохом.

В акте дыхания на крайних стадиях умирания принимают участие мышцы грудной клетки, шеи, ротовой полости. Голова при каждом вдохе запрокидывается, рот широко раскрывается, умирающий как бы глотает воздух.

Но такое дыхание неэффективно и не обеспечивает вентиляции легких, которая почти полностью прекращается. Достигнув определенного максимума, дыхательные движения уменьшаются и быстро прекращаются. Нарушение дыхания является важнейшим признаком агонии. Помимо ярко выраженного нарушения дыхания, для клинической картины агонии характерно:

- исчезновение болевой чувствительности;
- утрата сознания;
- угасание зрачкового рефлекса;
- угасание сухожильных и кожных рефлексов;
- развитие терминального отека легких;
- угасание сердечной деятельности.

Продолжительность агонии и ее проявления могут различаться в зависимости от вида умирания, но, как правило, это состояние длится от

2—3 до 15—20 минут. Лишь при умирании от длительной интоксикации агония может продолжаться от нескольких часов до 2—3 суток в некоторых случаях.

Вслед за агонией наступает этап ***клинической смерти*** — своеобразного переходного состояния между жизнью и смертью, которое еще не является смертью в полном смысле слова, но уже не может быть названо и жизнью.

Этот этап является обратимым и протекает в течение короткого промежутка времени после прекращения деятельности центральной нервной системы, кровообращения и дыхания, с момента которых и начинается клиническая смерть.

Картина клинической смерти характеризуется:

- полной утратой сознания;
- отсутствием кровообращения;
- отсутствием дыхания;
- полным отсутствием всех рефлексов (арефлексия);

- полным отсутствием всех видов чувствительности.

Констатация клинической смерти основана на факте прекращения кровообращения.

Диагноз **смерть мозга** устанавливается в учреждениях здравоохранения, имеющих необходимые условия для констатации смерти мозга в соответствии с инструкцией по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга.

При прекращении физиологических процессов в клетках и тканях, развитии необратимых изменений в них и, прежде всего, в головном мозге, наступает **истинная, *или* биологическая, смерть.**

С момента начала биологической смерти любые реанимационные мероприятия являются безуспешными.

Время констатации смерти устанавливается на основании необратимого прекращения кровообращения и дыхания или необратимого прекращения всех мозговых функций, что может быть зафиксировано при помощи регистрации электроэнцефалограммы, на которой отмечается отсутствие электрической активности мозга.

Наступление биологической смерти констатируется врачом, независимо от места смерти (дома, на улице, в медицинском учреждении). В случае отсутствия в медицинских учреждениях населенного пункта врачебного персонала смерть может быть констатирована фельдшером.

Констатация смерти человека производится при смерти мозга или биологической смерти человека (необратимой гибели человека) в соответствии с инструкцией по определению критериев и порядка определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий.

Биологическая смерть устанавливается на основании наличия трупных изменений (ранние признаки, поздние признаки).

Достоверными признаками наступившей биологической смерти служат *посмертные изменения,* которые проявляются в различные сроки, что позволяет установить время смерти.

К ***признакам, свидетельствующим о наступлении смерти***, относят, в частности,

- отсутствие реакции зрачков на свет,
- появление симптома «кошачьего глаза» (симптом Белоглазова,),
- высыхание роговицы.

Определение реакции зрачков на свет для определения смерти основано на физиологическом эффекте сужения зрачков у живого человека при попадании на них света и расширении их в темноте.

ВАЖНО ЗАПОМНИТЬ! ***Реакцию зрачков на свет следует проверять на обоих глазах, так как один глаз может быть искусственным***

Симптом Белоглазова («кошачий глаз») основан на потере эластичности и упругости тканей человека после смерти.

Для выявления *симптома Белоглазова* необходимо сдавить глаз мертвого человека с двух сторон — при положительном симптоме он деформируется,

вместе с глазным яблоком деформируется и зрачок, который примет вертикально вытянутую форму, как у кошки. Симптом появляется уже через 25—30 минут после смерти.

У живого человека деформировать глазное яблоко практически невозможно (или очень трудно).

Посмертные изменения подразделяют на ранние и поздние.

К ранним изменениям относят охлаждение трупа, трупные пятна, трупное окоченение, высыхание, аутолиз.

В результате ***поздних посмертных изменений*** труп подвергается разложению и разрушению или естественной консервации.

Т 4.4.23 Констатация смерти.

Констатация биологической смерти производится:

- врачами отделений стационара (если больной скончался в больнице),
- поликлиник и скорой помощи (в тех случаях, когда пациент умер дома),
- а также судебно-медицинскими экспертами (при осмотре трупа на месте его обнаружения), по совокупности признаков биологической смерти.

Если больной умер в стационаре, то факт его смерти и точное время ее наступления записывает врач в истории болезни. Труп раздевают, укладывают на спину без подушки с разогнутыми коленями, опускают веки, подвязывают нижнюю челюсть, накрывают простыней и оставляют в отделении на 2 часа (до появления трупных пятен). По истечении этого срока медицинская сестра записывает на бедре умершего его фамилию, инициалы, номер «медицинской карты стационарного больного». Труп с сопроводительным документом, заполненным врачом, перевозят на специальной каталке в патологоанатомическое отделение для последующего вскрытия. Вещи и ценности передают родственникам умершего под расписку.

Т 4.4.24 Законодательство РФ об эвтаназии.

Эвтаназия (от греч. хорошо и смерть) - намеренное ускорение смерти или умертвление неизлечимого больного с целью прекращения его страданий.

В последние годы широко обсуждается вопрос о допустимости эвтаназии. Однако проблема не нова.

К эвтаназии прибегали в глубокой древности. В первобытных племенах убивали соплеменников, ставших обузой.

В Спарте сбрасывали со скалы младенцев, родившихся слабыми и больными, поощряли самоубийство стариков.

Эвтаназия узаконена в некоторых странах.

Нидерланды — первая в мире страна, в которой официально разрешена практика прерывания жизни неизлечимо больных людей.

Голландский парламент значительным большинством голосов одобрил законопроект, легализирующий эвтаназию. Теперь ее может проводить по

многократно выраженному желанию больного врач, проконсультировавшись со своими коллегами.

В американском штате Орегон закон о медицинском самоубийстве был принят в 1994 г., но вступил в силу лишь с ноября 1999 г. после ожесточенных судебных разбирательств по поводу его отмены.

В Дании разрешена «пассивная эвтаназия», решение о которой может принять сам больной.

В 1998 г. китайское правительство разрешило применять эвтаназию для умирающих.

Активная эвтаназия — это прямое причинение смерти больному, находящемуся в терминальном состоянии, например, путем «смертельной инъекции».

Пассивная эвтаназия — это особая тактика лечения, ухода за терминальными больными, в основе которого лежит отказ от экстраординарных методов лечения, «в результате чего смерть причиняет сама природа».

Нынешняя ситуация в медицине радикально отличается от той, что была еще полвека назад, а тем более во времена Гиппократа, концепция отношений «врач-пациент» провозглашает уважение моральной автономии личности и признание права пациента на сотрудничество с докторами.

Осторожность и нерешительность врачей и юристов, занимающихся проблемами легализации эвтаназии, вполне понятны и оправданы. Так же, как и стремление людей достойно умереть.

Проблема эвтаназии обсуждается с медицинской, этической и философской точек зрения. В дискуссии активно участвует церковь, категорически отвергающая любое самоубийство.

Россия не готова к принятию закона об эвтаназии. В современных условиях подобный закон может в любую минуту превратиться в удобную ширму для устранения неугодных и бесконтрольной торговли органами для трансплантации.

Конечно, можно принять законы, регламентирующие каждый шаг при эвтаназии, чтобы попытаться не допустить злоупотреблений, но они вряд ли окажутся эффективными. И так будет до тех пор, пока жизнь человека не станет в нашей стране самой большой ценностью.

Теоретическое занятие № 29.
«Психологические проблемы умирания. Вопросы психологической поддержки умирающего»

Т 4.4.25 Эмоциональные стадии горевания.

Американский танатолог Р. Кэвэнау подразделяет эмоциональные реакции человека, испытавшего тяжелую утрату, на ***семь стадий:***

- шок;
- растерянность;
- неустойчивые эмоции;

- вина;
- одиночество;
- облегчение;
- восстановление.

Эти стадии могут перекрываться, менять свою последовательность, человек в своих переживаниях может возвращаться к предыдущим стадиям, надолго «застревать» на одной из них, но рано или поздно острота ощущений притупляется, человек справляется со своими эмоциями и возвращается к привычной жизни.

Некоторые исследователи выделяют ***три стадии*** переживания горя, которые последовательно сменяют друг друга.

Во время *первой стадии,* включающей в себя несколько дней после смерти и день похорон, члены семьи, понесшей тяжелую утрату, находятся в состоянии шока, оцепенения и растерянности. Затем наступает фаза активности, когда возникает необходимость в принятии соболезнований, организации похорон, приведении в порядок вещей и дел умершего.

Вторая стадия характеризуется упадком сил и эмоций, началом настоящего горя, когда все хлопоты, связанные с первыми днями, позади, друзья расходятся, близкие остаются одни и в полной мере осознают безмерность своей утраты, что может сопровождаться дезориентацией, отчаянием, растерянностью, беспокойством, приводящим и к депрессии.

В этот период люди много плачут, часто вспоминают покойного, мысль о котором может превратиться в навязчивую идею. Эта стадия продолжается долго **— *от полугода до года***, а иногда затягивается и на многие годы. Депрессия может вызвать и физическую апатию, привести к ухудшению здоровья и потребовать вмешательства медицинских работников.

Для *третьей стадии* характерным является смирение с утратой и покорность судьбе, которые развиваются постепенно. Обычно она наступает ***через 6—12 месяцев***, то есть когда человек прошел вторую стадию, и длится ***около полугода***. В это время боль утраты стихает, смерть воспринимается более хладнокровно, энергия постепенно восстанавливается, человек возвращается к жизни, однако возможно периодическое воз*в*ращение на одну из стадий, когда вновь проявляются характерные идя каждой из них признаки. Чаще это бывает обусловлено какими-либо на мятными датами, событиями, связанными с ушедшим человеком (дни рождения, смерти и др.).

На любой из этих стадий для переживающих горе очень важна дружеская поддержка, могут оказаться полезными и необходимыми советы о том, как справиться с горем. Сестринский персонал, работающим с семьей, также может содействовать более безболезненному преодолению всех стадий горевания. Медицинская сестра может напомнить, что:

- горе может продолжаться дольше, чем думают многие, поэтому необходимо терпение и время, чтобы восстановилось прежнее восприятие жизни;
- плач, слезы являются допустимым, естественным, а часто и необходимым выражением горя, поэтому не стоит стесняться слез;

- нарушение аппетита, расстройства сна, рассеянность, общий упадок сил, сексуальные проблемы являются обычной реакцией на смерть близкого человека; для преодоления этих проблем необходимо соблюдать принципы здорового образа жизни (сбалансированное питание, достаточный сон, двигательная активность, отказ от употребления алкоголя, ограничение приема лекарственных препаратов), отказ от которых может вызвать расстройства здоровья;
- возможно, следует отложить серьезные дела на достаточно длительный срок, до стадии восстановления;
- ощущение чувства вины часто сопровождает переживающего потерю человека, поэтому необходимо делиться такими переживаниями с другими, научиться прощать себя;
- реакция немотивированного гнева также является вполне естественной, она со временем пройдет, но нужно научиться быть снисходительным по отношению к другим людям, чтобы гнев не стал обычным вариантом общения;
- возможно, следует найти того, с кем можно говорить о своих чувствах (это может быть член семьи, друг или священник);
- не следует стесняться обращений за помощью к окружению, нужно подсказывать, чего бы вам хотелось, поскольку люди часто хотят помочь, но не знают, как это сделать;
- следует искать способы борьбы со стрессом (можно слушать музыку, писать дневник, гулять, заниматься хобби);
- не следует увлекаться алкогольными напитками, седативными препаратами;
- существуют телефоны доверия, группы психологической поддержки, куда можно обратиться в случае, если человек не справляется со своим состоянием самостоятельно, а помощь окружения, медицинских работников участковой и медико-социальной служб, общеврачебной практики, недостаточно эффективна.

Таким образом, человек, перенесший утрату, в своих переживаниях проходит определенные эмоциональные стадии, сменяющие друг друга и характеризующиеся достаточно типичными реакциями. На каждой из этих стадий ему может быть необходима дружеская поддержка, профессиональная помощь, которую должны уметь оказывать и средние медицинские работники.

Но и сами медицинские сестры, работающие с умирающим, с его семьей в течение длительного времени, могут проходить эти стадии горевания и нуждаться в помощи, поэтому, возможно, следует заранее подумать о такой поддержке, находящейся вне сферы профессиональных интересов.

Т 4.4.26 Психологическая поддержка умирающего человека и его близких.

Общение с умирающим, помощь ему имеет свои особенности на каждой стадии, зависит от того, является ли умирающий верующим человеком и требует от окружения максимально возможных внимательности и такта.

Общение с умирающим должно обеспечивать человеку эмоциональную поддержку, способствовать решению психологических, социальных проблем, обеспечить максимально возможную активность и самостоятельность.

Действия медицинского персонала, окружения у постели умирающего должны быть направлены именно на это, они диктуются обстановкой, потребностями и ограничиваются возможностями их исполнения.

Характер и объем мероприятий, распространенность работы и тип общения, информация, доносимая до умирающего, зависят от:

- его физического состояния;
- особенностей личности;
- уровня образования;
- мировоззрения человека;
- отношения умирающего к смерти;
- эмоциональной настроенности.

Так, при выраженной реакции отрицания, когда человек ничего не хочет ни слышать, ни знать о смерти, говорить на эту тему не следует.

Если же человек смирился с мыслью о неизбежном конце и даже желает смерти, ждет ее, ему можно сказать правду. Однако не всегда можно верить утверждениям умирающего о том, что он готов спокойно перенести любые, даже самые тяжелые известия, что ему лучше все рассказать. Часто изменения личности, ее перестройка в процессе умирания, измененное сознание не позволяют этого сделать, так как умирающий не всегда способен по-настоящему понять, о чем идет речь, поэтому окружающим нужно быть предельно осторожными, общаясь с ним.

Очень важно ***не оставлять умирающего человека одного, наедине со своими мыслями.*** Следует также помнить, что каждый умирающий находится в таком положении, когда какая бы то ни была черствость, безразличие или желание быстрейшего конца являются недопустимыми. Человек чувствует неискренность, безразличие, поэтому медицинскому работнику необходимо научиться самому и научить окружение преодолевать в себе все темные, мрачные чувства, научиться понимать чувства и желания другого человека.

Необходимо помнить, что умирающий, смирившись с неизбежностью смерти, может испытывать ***потребность в прощании с семьей, друзьями,*** с людьми, окружавшими его на протяжении жизни. Это может быть необходимо умирающему для того, чтобы принять смерть, и его близкие не должны воспринимать это желание как отказ от них.

Окружению также необходимо проститься с умирающим, чтобы дать ему возможность уйти из жизни спокойно, а это возможно, когда все связи с ней разорваны. Не следует больше просить умирающего вернуться к жизни, не оставлять близких, не следует говорить также, как им будет трудно без него.

Не существует единого рецепта, как следует общаться с умирающим, говорить ли ему правду, как себя вести у его постели — в каждом конкретном случае действия определяются индивидуально, с учетом особенностей личности умирающего.

Однако необходимым и важнейшим условием является ***большой такт, не следует у его постели говорить что-либо обидное, произносить тяжело ранящие слова, даже если человек находится без сознания***. Глубина утраты сознания может быть переменчивой, и человек окажется способным воспринять те или иные высказывания.

Помимо общения с умирающим, медицинскому персоналу и окружению, осуществляющему уход, необходимо продумать мероприятия, касающиеся организации собственной жизни и жизни умирающего, последние дни которой могут стать самыми важными для него.

Так, следует рекомендовать окружению ***предоставить умирающему возможность самостоятельно выбирать ритм жизни, ежедневный режим бытия***. В то же время нет необходимости абсолютно точно следовать какому-то раз заведенному распорядку дня, жестко навязывать его умирающему, заставляя слепо подчиняться режиму дня, который окружению — близким или медицинскому персоналу — представляется удобным.

Помимо этого, необходимо ***проявлять заботу об удобстве и соблюдении достоинства умирающего человека.*** Это касается:

- комнаты, в которой находится умирающий (она должна быть чистой, аккуратной, свободной от лишних вещей);
- постели (она должна быть удобной, чистой, без складок);
- любимых вещей (они должны быть рядом, в пределах досягаемости);
- поощрения самообслуживания (до тех пор, пока это возможно);
- общения с окружением (вставать, находиться в кругу членов семьи - до тех пор, пока это возможно);
- помощи при соблюдении гигиенических процедур (умывание, обработка ротовой полости, носа, глаз).

Сохранению чувства собственного достоинства способствуют также:

- всегда чистая ночная одежда (окружение должно обеспечить своевременную смену белья);
- чистые, аккуратно уложенные волосы;
- возможность пользоваться косметикой (для женщин — при желании);
- чисто выбритое лицо (для мужчин — при желании);
- деликатная помощь при мытье (без излишнего обнажения тела);
- адекватное обезболивание (любыми доступными средствами — прием обезболивающих препаратов, техника расслабления, различные способы отвлечения).

Присутствие в семье умирающего человека может привнести существенные перемены в привычный уклад домашней жизни, могут

возникнуть или обостриться бытовые, финансовые проблемы, может накапливаться физическая и/или психологическая усталость, ощущаться нехватка времени и т.д.

Комплекс этих проблем может привести к изменениям во взаимоотношениях между членами семьи: успешное решение проблем способствует укреплению семьи, сплачивает ее, в противном случае на длительное время возникает непонимание, которое может перейти в открытую вражду. Медицинскому работнику, столкнувшемуся с такой ситуацией, следует помнить, что пережить это трудное для окружения, умирающего время помогает открытое общение. ***Необходимо, чтобы все близкие, в том числе и сам умирающий, открыто говорили о своих чувствах, высказывали их вслух***. Однако отношение к смерти, сложившееся в обществе, в семье, часто осложняет достижение открытого общения или делает эту задачу невыполнимой.

Переживания близких людей очень близки к тем эмоциональным стадиям, которые проходит и сам умирающий.

Узнав о грядущей утрате, родственники сначала испытывают своеобразный ***шок***, они не верят в неблагоприятный исход, пытаются отрицать неизбежность, предпринимают попытки исправить ситуацию, обращаются к различным врачам, знахарям, желая услышать обнадеживающую весть, ищут новые способы лечения, не останавливаясь ни перед какими препятствиями. На этой стадии эмоциональных переживаний близкие никогда не заговорят о надвигающейся беде. Часто неопределенность ситуации вызывает у окружения тревогу, которая может сопровождаться жалостью к уходящему человеку, жалостью к себе.

Родственники и близкие могут также терзаться ***ощущением вины*** за происходящее, которое может быть связано с тем, что они ничего сделать не в состоянии, или тем, что не предпринимали никаких шагов раньше, не убедили умирающего в необходимости поддерживать свое здоровье или своевременно начать лечение. Чувство вины могут вызвать и мысли о том, что они остаются жить, будут продолжать радоваться всем ее проявлениям, а их близкий человек будет лишен всего этого.

Часто эти чувства перемежаются или сменяются ***гневом, злостью***, которые могут быть направлены как на медицинских работников, которые, по мнению ближайшего окружения, недостаточно внимательны к их нуждам и нуждам умирающего, плохо ухаживают за ним, не делая всего возможного, и не в достаточной степени информируют родственников о его состоянии, так и на самого умирающего, которого даже могут обвинить в собственных страданиях. Медицинским работникам, контактирующим с окружением умирающего, следует помнить о возможности такой реакции и проявлять при общении терпение и такт.

Практически неизбежным, обычным и вполне естественным состоянием для окружения становится депрессия, апатия, что подготавливает родных и близких к мысли о близкой утрате.

В конце концов окружение умирающего, как и он сам, обычно приходят к осознанию ***неизбежности*** предстоящей разлуки, смиряются с ней.

Такая эмоциональная реакция скорее наступит в семье, члены которой делятся своими переживаниями, поддерживают друг друга, и будет способствовать установлению спокойствия, что, по мнению Клоблер-Росс, поможет умирающему легче примириться со смертью.

Практическое занятие № 25.
«Мероприятия по формированию представлений о здоровом образе жизни у людей преклонного возраста. Умирание, смерть и проблемы, связанные со смертью»

Дискуссионное обсуждение вопросов, касающихся рационального образа жизни.

Оценка образа жизни пожилого человека на примере разбора конкретных ситуаций. Мероприятия по формированию представлений о здоровом образе жизни у людей преклонного возраста.

Формирование суточного меню для человека преклонного возраста в соответствии с требованиями геродиетики. Составление комплекса гимнастических упражнений, разработка плана беседы о герокосметологии, вреде курения, алкоголизме в старости.

Проведение беседы с пациентами о рациональном питании и двигательной активности в старости, о значении сна и способах его регуляции, стрессе и его последствиях, о возможностях борьбы со стрессом в преклонном возрасте.

Проведение беседы о личной гигиене и гигиене жилища, формировании безопасного быта. Реферативные сообщения о наиболее важных аспектах сохранения здоровья в пожилом возрасте.

Дискуссионное обсуждение вопросов, касающихся смерти, этапов умирания, констатации смерти, эмоциональных этапов горевания. Оказание психологической поддержки родных и близких умирающего человека.

Правила констатации смерти. Клиническая и биологическая смерть.

Практическое занятие № 26.
Обобщающее занятие по разделу «Здоровье лиц пожилого и старческого возраста»